

Magdalena Mazur*

Gorzów Wielkopolski

Specyfika pracy logopedycznej z wykorzystaniem elementów muzyki w pracy z dzieckiem autystycznym. Refleksje z praktyki

Specificity of logopedic therapy of children with autism with use of musical elements. Conclusions from practice

Autyzm

W niniejszej pracy staram się przedstawić specyfikę pracy logopedycznej z wykorzystaniem elementów muzyki w pracy z dzieckiem autystycznym.

Autyzm dziecięcy do dziś wzbudza wiele kontrowersji. Jest jednym z najpoważniejszych zaburzeń rozwoju a spory dotyczące przyczyn autyzmu będą trwały jeszcze długo. Obiektem dyskusji, wnikliwej obserwacji, a także fascynacji są zachowania dzieci autystycznych, pełne nie do końca zrozumiałych skrajności. Zachowania te stanowią wyzwanie dla rodziców, terapeutów oraz samych osób autystycznych¹.

Autyzm, jako całościowe rozległe zaburzenie rozwoju, wpływa na przebieg różnych procesów i znacznie ogranicza możliwości samodzielnego, nie uzależnionego od opieki innych ludzi, życia. Wczesne wykrycie tego zaburzenia oraz jak najszybsze otoczenie opieką dzieci cierpiących z tego powodu, może zasadniczo zmienić ich życiowe szanse. Wczesnie postawiona diagnoza umożliwia nie tylko podjęcie w optymalnym

* Specjalistyczny Gabinet Logopedyczny „NSL”

¹ L. Bobkowicz–Lewartowska, *Autyzm dziecięcy zagadnienie diagnozy i terapii*, Kraków: Impuls 2005, s. 9.

czasie działań wobec dziecka, ale także otoczenie opieką całej jego rodziny. Sprzyja to redukowaniu stresu i obciążeń związanych z trwaniem przez rodziców w niepewności i z ich bezradnością².

Zaburzenia rozwoju języka

U dzieci autystycznych bardzo wyraźnie zaznaczają się ogromne trudności związane z tym obszarem. Największym dramatem, w przypadku kiedy dziecko nie komunikuje się słownie, jest fakt, że nie stosuje ono ani gestów, ani innych sposobów na przekazanie informacji. Zarówno mimika jak i mowa ciała są bardzo mało ekspresywne i czytelne dla odbiorcy. Aby zrozumieć subtelne sygnały wysyłane przez dziecko konieczna jest jego bardzo dobra znajomość i umiejętność bardzo wnikliwej obserwacji.

Zmysł słuchu

Autyzmowi towarzyszą także zaburzenia w funkcjonowaniu poszczególnych zmysłów. „Autyzm jako zaburzenie rozwojowe jest uszkodzeniem systemu, który porządkuje otrzymane od zmysłów informacje, co sprawia, że dziecko nadmiernie reaguje na niektóre bodźce, na inne zaś słabo”. Zaburzenia sensoryczne są bardzo widowiskową cechą wyróżniającą autyzm spośród innych zaburzeń czy jednostek chorobowych³.

Zmysł słuchu jest przedmiotem największego zainteresowania w mojej pracy surdologopedy. Jest on istotnym transferem informacji, kanałem, dzięki któremu możemy „uchwycić” dziecko, niejako „wyrwać” je z jego zamkniętego i trudnego do zrozumienia przez innych świata.

Ogromnym utrudnieniem w prawidłowym odbieraniu i przetwarzaniu bodźców, nie tylko słuchowych, jest nieumiejętność selekcjonowania ich na ważne i mniej ważne, na te, które są na pierwszym planie. Taki stan rzeczy powoduje, że nadmiar informacji jawi się osobom z autyzmem jako szum informacyjny, z którego niemożliwe jest wychwycenie tych informacji, które są ważne i pierwszoplanowe. Znajomość tej specyfiki może choć w części wytłumaczyć „dziwne zachowania”. Poniżej zamieszczono przykładowe rodzaje zaburzeń wraz z ich opisami:

² E. Pisula, *Małe dziecko z autyzmem*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne 2005, s. 11.

³ Ibidem, s. 11.

Śluch nadwrażliwy (nadwrażliwość na hałas) – są to dzieci, które zasłaniają uszy rękoma. Terroryzuje je hałas przejeżdżających samochodów, pociągów, dźwięki wydostające się z telewizora, rozmowy telefoniczne. To wszystko może sprawiać nie do wytrzymania ból fizyczny. Stąd krzyk, ucieczka, czasem agresja skierowana na siebie lub inną osobę.

Śluch o zmniejszonej wrażliwości (niedowrażliwość) – te dzieci same wytwarzają silne rytmiczne dźwięki, przykładają uszy do powierzchni drgających, lubią trzask, siadają koło pralki, nie robią nic innego, tylko stykają swój słuch o zmniejszonej wrażliwości.

Komunikacja osób z autyzmem – werbalna i niewerbalna

Pracując w swoim gabinecie największą uwagę przywiązuję do działań, które mają na celu nauczenie, poprawienie czy ułatwienie komunikacji między moim pacjentem a otoczeniem. W przypadku podopiecznych z zaburzeniami autystycznymi jest to szczególnie ważne, ponieważ niezadko w tym obszarze występują największe trudności.

Badania epidemiologiczne wykazują, że połowa populacji osób autystycznych nie mówi bądź nie komunikuje się w sposób jasny z punktu widzenia społecznej konwencji⁴.

Uważa się, że dzieci autystyczne są „podwójnie” upośledzone w zakresie mowy. Z jednej strony ich rozwój językowy jest opóźniony, z drugiej natomiast mają one istotne problemy z wykorzystaniem posiadanych umiejętności komunikowania się⁵.

Istnieją pewne głęboko tkwiące w programie genetycznym cechy rozwojowe, które mają istotne znaczenie dla przyswajania sobie przez dziecko zdolności komunikacyjnych. Należy do nich przede wszystkim skłonność do tworzenia więzi emocjonalnej z osobami z najbliższego otoczenia i dokonywania poprzez najwcześniejsze interakcje swoistej wymiany informacji⁶.

Dzieci z autyzmem komunikują się z otoczeniem najczęściej w sposób

⁴ L. Bobkowicz-Lewartowska, *Autyzm dziecięcy...*, op. cit., s. 57.

⁵ Ibidem, s. 57.

⁶ T. Gałkowski, *Zaburzenia komunikacji w autyzmie* [w:] *Logopedia: pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*, T. Gałkowski, G. Jastrzębowska (red.), Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego 1999, s. 269.

odmienny od swoich rówieśników. Posługują się „systemem”, który niezrędko jest niezrozumiały nawet dla najbliższych.

Najczęstszą formą komunikacji, jaką obserwuję, jest płacz, krzyk, zachowania autoagresywne lub agresywne. Wniosek nasuwa się jednoznaczny – dzieci autystyczne mają bardzo ograniczony repertuar komunikacyjny.

Są i takie dzieci, które mówią. Zauważyłam, że wówczas ich słownictwo wykracza daleko poza normę wiekową, jest bogate i nacechowane trudnymi wyrażeniami. Bardzo często mówią monologami lub echolaliami odroczonymi.

Największa trudność polega na braku zdolności do inicjowania rozmowy, jak i samego kontaktu, oraz na wykorzystaniu umiejętności werbalnych odpowiednio do sytuacji. Wiąże się to ściśle z zaburzeniami poznawczymi jak również tymi, które dotyczą teorii umysłu.

Życzyłabym sobie, jak i rodzicom dzieci autystycznych, aby jak najszybciej trafiali do gabinetów logopedycznych, w których będą mogli skorzystać z profesjonalnej pomocy. Najważniejsza jest bardzo wczesna praca z dzieckiem – wczesna interwencja terapeutyczna, która umożliwia lepszy jego rozwój, zapobiega lub hamuje pierwotną lub wtórną niepełnosprawność.

Opis przypadku

Istnieje szereg metod i oddziaływań terapeutycznych z powodzeniem wykorzystywanych w pracy z dzieckiem autystycznym. Postaram się wymienić takie, które w swoim założeniu opierają się na muzyce i ruchu i które wykorzystywałam w swojej pracy terapeutycznej z jednym z moich pacjentów.

Olek, to 6-letni chłopiec z zaburzeniami ze spektrum autyzmu, z postawionym rozpoznaniem encefalopatii niedotlenieniowo-niedokrwiennej, niedosłuchem obustronnym zmysłowo-nerwowym stopnia głębokiego, usprawianiany od 4 miesiąca życia i poddawany, na podstawie opinii o potrzebie wspomagania rozwoju, terapii neurologopedycznej, surdologicznej i ćwiczeniom ruchowym w jednej z Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych.

Olek jest dzieckiem, które mimo swoich problemów rozwojowych wykazywało od początku obserwacji i terapii duży potencjał rozwojowy,

szybko uczyło się nowych wzorców i zachowań. Jest dzieckiem szukającym kontaktu z innymi, dość otwartym na nowe sytuacje i doznania.

Matka chłopca jest młodą i bardzo zapracowaną kobietą. Prowadzi swoją działalność prywatną, która pochłania jej większość czasu i energii w ciągu dnia. Ubolewa nad faktem, iż poświęca synkowi mało czasu, że nie może uczestniczyć we wszystkich zajęciach terapeutycznych, że *ma zawsze dużo spraw do załatwienia i że ktoś musi utrzymać rodzinę*. Mówi wprost, że *to nie ona jest specjalistą*, np. logopedą, że *to specjalista zna się na terapii – nie ona*. Ciężko jest wyegzekwować różne oddziaływania terapeutyczne w domu (np. komunikację alternatywną i wspomagającą, masaże neurologopedyczne, stymulacje dźwiękami, elementy treningu słuchowego). Dziecko zawsze jest „dostarczone” na czas terapii, przygotowane technicznie (zaopatrzone w pomoce dydaktyczne i terapeutyczne), rzadko jednak istnieje możliwość „prawdziwego” kontaktu z matką.

Na początku pracy z Olkiem zapytałam, czego mama oczekuje ode mnie jako terapeuty i czego oczekuje od swojego dziecka. Dowiedziałam się wówczas, że

nie ma złudzeń. Wie, jak poważny jest stan dziecka i będzie cieszyła się każdą, choćby najmniejszą nową umiejętnością syna. Usłyszałam również, że nigdy nie pogodzi się z tym, że Oluś jest dzieckiem niepełnosprawnym, ale pomimo tego bardzo go kocha i akceptuje takim, jaki jest.

Diagnoza medyczna

Na diagnozę medyczną u Olusia składa się wiele czynników okołoporodowych, przeprowadzone później szczegółowe badania diagnostyczne, konsultacje u lekarzy specjalistów, które potwierdziły ogromne obciążenie rozwojowe chłopca.

Chłopiec, obecnie 6-letni, jest dzieckiem z ciężą pierwszej, powikłanej wielowodziem. Urodzony w 38 tygodniu ciąży przez cesarskie cięcie, z masą ciała 3250 g, długością ciała 55 cm, obwodem głowy 36 cm, oceniony na 8-8-8 /1-3-5'/ punktów w skali Apgar. Po porodzie stwierdzono zaburzenia oddechowe – otrzymał oddech wspomagany, następnie rozpoznano martwicze zapalenie jelit. W USG przeciemiennowym stwierdzono wylewy do komór bocznych mózgu.

W 1 miesiącu życia wykryto u chłopca obustronny niedosłuch zmysłowo-nerwowy stopnia głębokiego.

W 6 miesiącu życia, po badaniach specjalistycznych, rozpoznano niedosłuch na poziomie – UP 80 dB, UL 90 dB. Zastosowano dopasowane aparaty słuchowe, zalecono rehabilitację logopedyczną i trening słuchowy.

W 9 miesiącu życia przeprowadzone badanie elektroencefalograficzne wykazało okresowe napady czynnościowe, zapis senności i zasypiania określono na pograniczu normy. Ze względu na objawy częstego wyłączenia się chłopiec zaczął przyjmować lek przeciwdrgawkowy – Depakine.

W 11 miesiącu życia, po ponownym przebadaniu słuchu chłopca, potwierdzono obustronny głęboki niedosłuch zmysłowo-nerwowy.

Tomografia komputerowa głowy wykazała poszerzenie układu komorowego na tle niedorozwoju podkorowego mózgu, cechy niewielkiego zaniku płatów czołowych i mózdzku.

W 2009 roku, w powtórny badaniu elektroencefalograficznym, zaobserwowano czynność napadową kilkanaście razy, potwierdzając w ten sposób stan napadów padaczkowych.

W 2009 roku wykonano również badania genetyczne, które potwierdziły dodatkowo nieprawidłowość genetyczną pod postacią cech dysmorfii twarzy: zmarszczka nakątna prawostronna, nisko osadzone uszy, szeroko rozstawione zęby oraz cechy zespołu aberracji chromosomowej. Wynik badania kariotypu był nieprawidłowy. U Olka stwierdzono nieprawidłowy kariotyp 46, XY, del(13)(q32-q34) oznaczający obecność delecji interstycjalnej, czyli braku fragmentu chromosomu 13, co tłumaczyłoby nieprawidłowy i opóźniony rozwój psychoruchowy dziecka.

Na samym końcu postawiono jeszcze ostatnią diagnozę – autyzm. W przypadku tego dziecka zaburzenia autystyczne nakładają się na inne – wspomniane wcześniej – trudności, które to w ogromnym stopniu utrudniają codzienne funkcjonowanie chłopca i jego rodziny.

Głuchota

Głuchota jest mało widoczną niepełnosprawnością. Mimo to niesie poważne konsekwencje dla życia człowieka, gdyż w znaczący sposób upośledza możliwość kontaktu z innymi ludźmi. W naszej kulturze, która ponad wszystko ceni werbalny, słowny sposób komunikowania się,

ludzie, zwłaszcza dzieci, z uszkodzonym słuchem są w wyjątkowo niekorzystnej sytuacji. Choć dziecko z głęboką wadą słuchu ma trudności w komunikowaniu się z innymi, jego potrzeba i pragnienie, by się porozumiewać z otoczeniem, są równie silne jak u dziecka słyszącego. Słuch to tylko cząstka każdej osoby. I chociaż słuch głuchego czy niedosłyszącego dziecka jest upośledzony, to jego mózg, oczy, głos, ręce, całe jego ciało są wciąż gotowe do wysyłania i odbierania informacji. Poczynania nazywane rehabilitacją dziecka z wadą słuchu to program kompleksowych działań diagnostycznych, wychowawczych i terapeutycznych, które zmierzają do stworzenia dziecku optymalnych warunków rozwoju i osiągnięcia przez nie efektów na miarę możliwości, rodzinie zaś dziecka – warunków zrozumienia sytuacji i akceptacji oraz poradzenia sobie ze wszystkimi trudami wychowania dziecka nietypowego, innego – dziecka z uszkodzonym narządem słuchu⁷.

Diagnoza surdologicpedyczna

Moment ujawnienia się niedosłuchu ma duże znaczenie w ocenie możliwości słuchowych dziecka i przyjęciu właściwych strategii terapii, tudzież rehabilitacji.

W przypadku Olka mamy do czynienia z niedosłuchem prelingwalnym – nabytym przed rozwojem mowy.

Do diagnozy surdologicpedycznej posłużyłam się m.in. kwestionariuszem do badania „Kategorii zachowań komunikacyjnych”.

Omówię wyniki moich obserwacji.

A - DĄŻENIE DO KONTAKTÓW I WSPÓŁDZIAŁANIA Z INNYMI

Koncentruje uwagę na sygnałach gestowo-mimicznych ujawniając tym samym pewną gotowość do komunikowania się gestowo-mimicznego. Dąży do kontaktów i współdziałania z innymi ludźmi, co manifestuje poprzez przejawianie zainteresowania osobami z najbliższego otoczenia. Odpowiada na inicjatywę kontaktu z ich strony. We wspólnych zabawach i zajęciach uczestniczy, gdy jest do tego odpowiednio zachęcany, ale ma trudności w podporządkowaniu się ich regułom i zasadom. Sam nie inicjuje kontaktów, nie proponuje wspólnych zabaw.

⁷ J. Kosmalowa, *Domowa Klinika Rehabilitacji*, nr 2. *Rehabilitacja osób z wadami słuchu – poradnik encyklopedyczny* (płyta CD), Warszawa 2002. *Wczesne wychowanie słuchowe* (S. Schmid-Giovannini, 1995)

B - POROZUMIEWANIE SIĘ FONICZNE

Gotowość do komunikowania się słownego, koncentracja uwagi na sygnałach mowy. Przejawia wyraźne zainteresowanie czynnością mówienia innych osób, obserwuje ich rozmowy. Patrzy na usta osoby mówiącej do niego, koncentruje uwagę na sygnałach mowy.

Ekspresja głosowa

Używa głosu jako sygnału dla otoczenia, np. pragnąc zwrócić na siebie czyjąś uwagę, wzywając kogoś, domagając się czegoś, starając się wyrzeć nacisk. Nie posługuje się słowami.

Świadome łączenie dźwięków ze znaczeniami

Stara się naśladować dźwięki i głosy otoczenia, powtarza je w celu oznaczenia osób i przedmiotów, z którymi je kojarzy. Samodzielnie tworzy lub powtarza wyrazy dźwiękonaśladowcze, których używają inne osoby w kontaktach z nim.

C - POZNAWANIE SŁÓW

Wymawianie dźwięków

Mogę stwierdzić, że wydawane przez niego dźwięki są mało zróżnicowane. Przeważają nieartykułowane okrzyki zbliżone brzmieniem do samogłosek oraz wokalizacje przedłużone.

Powtarzanie wypowiedzi według wzoru

Odtwarza tylko pojedyncze głoski, sylaby lub fragmenty wyrazów w brzmieniu znacznie odbiegającym od wzoru.

Trwałe zapamiętywanie słów

Zapamiętuje mimo to pojedyncze słowa związane z pojedynczą sytuacją, potrafi je powtórzyć w tym samym dniu.

D - UMIEJĘTNOŚĆ POSŁUGIWANIA SIĘ SŁOWAMI

Rozumienie treści wypowiedzi słownych

Słuchając i patrząc na usta osoby dobrze znanej rozpoznaje kilka potocznych wypowiedzi jednowyrazowych, zwłaszcza takich, które często powtarzają się w codziennych sytuacjach.

Budowanie wypowiedzi słownych

Zauważam, iż wypowiada spontanicznie tylko fragmenty wyrazów („strzępki”), pełnią one jednak funkcje całości komunikacyjnych.

E - KOMUNIKOWANIE SIĘ SŁOWNE Z SAMYM SOBĄ

Komunikuje się słownie z samym sobą poprzez bawienie się własnym głosem, pobudzając się nim do aktywności. Wydaje dźwięki dla

przyjemności, będąc w dobrym nastroju (np. śpiewa, przedłużając i modulując dźwięk).

F - CECHY KOMUNIKOWANIA SIĘ SŁOWNEGO

Częstość komunikowania się słownego

Zauważam, że komunikuje się słownie z innymi osobami w sytuacjach codziennych, przynajmniej kilka razy w ciągu dnia, ale zwykle z ich inicjatywy. Sam inicjuje kontakt słowny wyjątkowo, z powodu szczególnie silnie odczuwanych potrzeb.

Zrozumiałość wypowiedzi

Osoby najbliższe mogą zrozumieć niektóre słowa – dźwięki wymawiane przez niego, ale wymaga to znacznego wysiłku z ich strony.

Celowość i skuteczność wypowiedzi

Wzywa głosem, przywołuje inne osoby, co świadczy o celowości wydawania przez chłopca dźwięków. Potrafi za pomocą dźwięków zwrócić na siebie czyjąś uwagę, domagać się czegoś.

G - POROZUMIEWANIE SIĘ GESTOWO-MIMICZNE

W przypadku Olka i jego najbliższego środowiska dominują gesty naturalne

H - GOTOWOŚĆ DO KOMUNIKOWANIA SIĘ GESTOWO-MIMICZNEGO

Koncentracja uwagi na sygnałach gestowo-mimicznych

Koncentruje uwagę na sygnałach gestowo-mimicznych, co ujawnia się w momencie kierowania przez chłopca wzroku na osoby gestykulujące. Przez chwilę patrzy na osobę zwracającą się do niego.

Ekspresja gestowo-mimiczna

Używa gestów i mimiki jako sygnałów dla otoczenia, np. pragnąc zwrócić na siebie czyjąś uwagę, wzywając kogoś, domagając się czegoś, starając się wywrzeć nacisk. Wprawdzie są one mało ekspresyjne, a możliwość ich zaobserwowania i zrozumienia wymaga dłuższej znajomości dziecka, jednak robi to świadomie.

Świadome łączenie gestów i mimiki ze znaczeniami

Dostrzega, że inne osoby reagują na wykonywane przez niego gesty i mimikę, i powtarza te czynności z zamiarem powtórnego wywołania reakcji.

I - POZNAWANIE ZNAKÓW GESTOWO-MIMICZNYCH

Wykonywanie sygnałów gestowo-mimicznych

Wykonuje gesty o określonych kierunkach (np. wyciąga rękę

w kierunku jakiegoś przedmiotu lub osoby). Dostrzega się zamierzone powtarzanie tych samych krótkich sekwencji gestowo-mimicznych.

Powtarzanie komunikatów gestowo-mimicznych według wzoru

Stara się powtarzać krótkie komunikaty gestowo-mimiczne, ale nie potrafi odtworzyć wszystkich elementów ruchowych zgodnie z wzorem. Powtarza tylko pojedyncze znaki lub fragmenty komunikatów w sposób odbiegający od wzoru.

Trwałe zapamiętywanie znaków gestowo-mimicznych

Zapamiętuje pojedyncze znaki gestowo-mimiczne związane z bieżącą sytuacją (np. zrób „pa pa”, prześlij całuska). Potrafi je wykorzystywać w tym samym dniu.

J - UMIEJĘTNOŚĆ POSŁUGIWANIA SIĘ ZNAKAMI GESTOWO-MIMICZNYMI

Rozumienie treści komunikatów w języku migowym

Rozpoznaje kilka znaków gestowo-mimicznych używanych przez osoby najbliższe w kontaktach z nim, zwłaszcza takich, które często powtarzają się w codziennych sytuacjach (np. : chodź, daj, nie, nie wolno, słuchaj).

Budowanie komunikatów w języku migowym

Spontanicznie wykonuje tylko fragmenty konwencjonalnych znaków gestowo-mimicznych, pełnią one jednak funkcje całości komunikacyjnych, mają określony sens i intencję.

Komunikowanie się gestowo-mimiczne z samym sobą

Potrafi komunikować się gestowo-mimicznie z samym sobą, co uwiadcza się w tym, że chętnie „robi miny” (np. przed lustrem) i bawi się własnymi gestami, pobudzając się nimi do aktywności, wykonuje różnorodne gesty i miny dla przyjemności, będąc w dobrym nastroju.

K - CECHY KOMUNIKOWANIA SIĘ GESTOWO-MIMICZNEGO

Częstość komunikowania się gestowo-mimicznego

Rzadko, ale mimo wszystko komunikuje się z innymi osobami przy użyciu konwencjonalnych, wykształconych wcześniej wspólnie znaków gestowo-mimicznych w sytuacjach codziennych, ale głównie z ich inicjatywy, sam inicjuje kontakty wyjątkowo, z powodu szczególnie silnie odczuwanych potrzeb.

Zrozumiałość komunikatów gestowo-mimicznych

Osoby z najbliższego otoczenia mogą zrozumieć niektóre znaki

gestowo-mimiczne wykonywane przez Olka, ale wymaga to wysiłku z ich strony;

Celowość i skuteczność komunikowania się gestowo-mimicznego

Przywołuje inne osoby gestem lub mimiką, potrafi za ich pomocą zwrócić na siebie czyjąś uwagę, wyrazić swoje podstawowe emocje, domagać się czegoś (np. wyciąga ręce i lekko unosi się do góry, gdy chce aby wziąć go na ręce; otwiera buzię i wystawia lekko język jak chce coś zjeść, pokazuje palcem, to czym chce się bawić lub patrzy się w kierunku zabawki).

L - ZNAJOMOŚĆ JĘZYKA

Zasób znaków językowych odbieranych (rozumianych)

W tym obszarze mogą stwierdzić, że Olek rozpoznaje co kilka wyrazów wymawianych, ich liczba z pewnością nie przekracza 100.

Zasób znaków językowych używanych do budowania wypowiedzi (komunikatów)

Używa znaków języka mówiąc, starając się naśladować usłyszane dźwięki (onomatopeje: odgłosy zwierząt, pojazdów, przedmiotów użytku codziennego).

M - FUNKCJONOWANIE APARATU OBWODOWEGO MOWY

Oddychanie – coraz częściej oddycha nosem, z zamkniętą buzią, bardzo dobra koordynacja mięśni oddechowych podczas jedzenia i picia (nie krztusi się), synchronizacja procesu połykania pokarmów i oddychania. Mięśnie fonacyjne w coraz lepszym stanie.

Głos – zabarwienie nosowe, częściej wokalizuje dźwięki nosowe, rzadziej dźwięczne z użyciem mięśni krtani i więzadeł głosowych.

Sprawność ruchowa aparatu artykulacyjnego – oceniana jako umiejętność naśladowania

ruchów demonstrowanych przez logopedę (stan na dzień dzisiejszy):

- Język – zaburzona kinestezja artykulacyjna. Olek ma ogromne problemy z czuciem ułożenia mięśni języka;
- Wargi – coraz lepsza praca mięśni okrężnych warg, jednak nadal mamy do czynienia z dyskinestezją- słabym odczuciem ułożenia mięśni warg, częstym oddychaniem przez otwarte usta;
- Podniebienie twarde – gotyckie, bardzo wysklepione, co nadaje głosowi barwę nosową, utrudnia oddychanie przez nos, powoduje częste oddychanie ustami;

- Staw zuchwowo-skroniowy – coraz lepsze napięcie mięśni, zmniejszyły się nieprawidłowe rotacje żuchwy podczas wokalizacji, częściej niż kiedyś przymknięta żuchwa;
- Połykanie/jedzenie – dominuje już typ dojrzały z prawidłową pracą mięśni języka i mięśni okrężnych warg, połyka ślinę, je z widelca stałe pokarmy, prawidłowe odruchy gryzienia i żucia.

Opis dotychczas prowadzonej terapii neuro-surdologicznej

Olek trafił pod moją opiekę w wieku 4 lat.

Realizowany wówczas program logopedyczny obejmował następujące obszary:

- usprawnianie motoryki narządów mowy (języka, warg, podniebienia, żuchwy) dla uzyskania prawidłowego typu jedzenia - z infantylnego na dojrzały oraz prawidłowego brzmienia głosu;
- stymulowanie aparatu słuchu;
- różnicowanie wrażeń słuchowych;
- ocenę sprawności komunikacyjnej dziecka;
- wychowanie słuchowo-werbalne jako program usprawniający odbiór i produkcję mowy.
 - a) etap wykrywania dźwięku:
 - wskazywanie zdarzeń dźwiękowych w otoczeniu;
 - podawanie bodźców słuchowych ze wskazówką dotykową gdy dziecko jest nastawione na słuchanie oraz bez aktywnego oczekiwania na dźwięki;
 - b) etap różnicowania dźwięków (dyskryminacja);
 - c) etap identyfikacji (utożsamiania) dźwięku;
 - d) etap rozpoznawania;
 - e) etap rozumienia mowy;
- ćwiczenia oddechowe i fonacyjne;
- rozpoznawanie dźwięków z najbliższego otoczenia – sprzętu domowego (np. pralki, telefonu, telewizora, radia, odkurzacza). Identyfikacja dźwięku z przedmiotem;
- rozpoznawanie dźwięków, które wydają przedmioty, np. pudełka wypełnione grochem, kaszą, monetami, ryżem;

- wytwarzanie różnych dźwięków za pomocą określonych przedmiotów (np. papieru, piłki, kluczy, wody, balonów);
- lokalizacja źródła dźwięku (np. budzik, płacząca lala, telefon itp.) ;
- różnicowanie i naśladowanie głosów zwierząt (z wykorzystaniem nagrań odgłosów).

Osobiście zajęłam się Olusiem gdy miał 4 lata - w 2009 roku, po tym, jak zostałam zatrudniona w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej. Dziecko bardzo emocjonalnie zareagowało na nagłą zmianę terapii. Takie bynajmniej były moje odczucia, ponieważ musiałam zacząć proces terapii w zasadzie od najbardziej podstawowych oddziaływań. Zapamiętałam Olka jako dziecko płaczące, rzadko nawiązujące kontakt wzrokowy, drażliwe na wszelkie próby nawiązania z nim kontaktu. Swoje oddziaływania terapeutyczne rozpoczęłam więc od terapii wg Knill'a.

Podstawowym założeniem tego programu jest oparcie działań stymulujących rozwój dziecka na zmyśle dotyku. Celem zajęć jest doświadczanie kontaktu fizycznego jako podstawy rozwoju związków między ludźmi i nawiązywania kontaktów między nimi.

Zajęcia służą:

- poznawaniu własnego ciała,
- pobudzaniu do aktywności,
- usprawnianiu zachowań uspołeczniających,
- odczuwaniu różnych rodzajów ruchu,
- kształtowaniu koordynacji wzrokowo-ruchowej,
- nauce pojęć związanych z ciałem i ruchem.

Zajęcia odbywały się przy muzyce (to ważny element tego programu aktywności) dostosowanej do rodzaju ruchu, każdą aktywność poprzedzały i kończyły specjalne dźwięki.

Program ułożony jest w sekwencji powtarzających się na tle specjalnego akompaniamentu muzycznego ćwiczeń. Muzyka tworzy klimat, w ramach którego wykonywane są poszczególne elementy programów, jednocześnie wprowadza strukturę, która porządkuje przebieg zajęć, dzięki czemu dziecko uczy się także umiejętności przewidywania co będzie dalej. Terapia Knill'a przyniosła Olusowi poczucie bezpieczeństwa i większą umiejętność nawiązywania ze mną kontaktu emocjonalnego i fizycznego.

Następną dziedziną, którą musiałam się zająć były zaburzenia somomotoryczne w obrębie twarzy, jamy ustnej i gardła oraz zaburzenia połykania, żucia i mowy.

Olek spożywał pokarmy z butelki ze smoczkiem lub ewentualnie bardzo zmiksowane potrawy z łyżeczki. Sposób połykania był infantylny, ujawniał się rozwarciem zębów i wsuwaniem języka między nimi. Nacisk języka na zęby spowodował wychylenie przednich zębów do przodu. Dodatkowo chłopiec używał smoczka jako uspokajacza i bardzo często wkładał rączki do buzi. Miał obniżone napięcie mięśni języka, podniebienia miękkiego, mięśni okrężnych warg, stawu skroniowo-żuchwowego. Z tego względu cały czas oddychał przez otwartą buzię, w wyniku czego często zapadał na infekcje górnych dróg oddechowych. Proces pracy mięśni w obrębie jamy ustnej był tak zaburzony, że dziecko rzadko połykało ślinę.

Nadmienię, że ukończyłam studia podyplomowe w zakresie neurologopedii, więc zaburzenia neurologiczne i neurologopedyczne były dla mnie bardzo widoczne i uznałam, iż wymagają niezbędnej interwencji. Z tego względu moja praca opierała się początkowo na oddziaływaniach z zakresu neurologopedii.

Wprowadziłam *Ustno-Twarzową Terapię Regulacyjną* wg koncepcji Rudolfo Castillo Moralesa. Ta metoda polega na oddziaływaniu na mięśnie zaangażowane w proces mowy: mięśnie oddechowe, mięśnie kontrolujące ustawienie głowy, mięśnie twarzy, mięśnie jamy ustnej i klatki piersiowej poprzez odpowiednie manipulacje terapeutyczne. Stymulowałam obszary neuromotoryczne twarzy, wyzwalające określone odruchy. Uaktywniałam mięśnie mimiczne i mięśnie żucia. Kontrolowałam ruchy związane z prawidłowym żuciem i połykaniem oraz kontrolowałam żuchwę w celu domknięcia jamy ustnej, cofnięcia języka, zredukowania ślinienia.

Efekty zastosowania przeze mnie terapii Moralesa względem Oliwiera były następujące:

- domykanie jamy ustnej,
- ustawienie szczęki względem żuchwy,
- cofnięcie i podniesienie języka,
- normalizacja napięcia mięśni języka, warg, podniebienia,

- zahamowanie nadmiernego ślinienia,
- polepszenie funkcji pokarmowych, tj.: połykania, żucia, gryzienia (Oliver je stałe pokarmy, butelka i smoczek został całkowicie wyeliminowane),
- poprawa funkcji oddechowych – częściej oddycha przez nos,
- poprawa artykulacji – mięśnie narządów mowy są mocniejsze, lepiej napięte i dziecko zaczyna kontrolować ułożenie artykulatorów podczas wokalizowania głosek.

W trakcie naszych wspólnych spotkań starałam się kontynuować, rozpoczęte przez poprzedniego logopedę Olusia, wychowanie słuchowo-werbalne.

Początkowo skupiałam się na ćwiczeniach fonacyjnych i ćwiczeniach na wyrażeniach dźwiękonaśladowczych. Skupiliśmy się na odgłosach zwierząt, które chłopiec uwielbia, przedmiotach użytku codziennego, pojazdach, instrumentach muzycznych. Wprowadziłam również ćwiczenia oddechowe i fonacyjne kształtujące prawidłowy tor oddechu.

Przeszliśmy również przez etap ćwiczeń artykulacyjnych mających na celu uzyskanie poprawnej artykulacji samogłosek. W tym celu posłużyłam się **metodą symultaniczno-sekwencyjną prof. dr hab. Jagody Cieszyńskiej**.

Nauka czytania i mówienia tą metodą opiera się na:

- wynikach badań neuropsychologicznych, dotyczących powiązań intermodalnych, budowanych podczas przetwarzania bodźców słuchowych i wzrokowych;
- badaniach neuropsychologicznych potwierdzających, iż sylaba a nie fonem jest najmniejszą jednostką percepcyjną;
- założeniu, że percepcja słuchowa ma zasadnicze znaczenie dla budowania systemu językowego dziecka;
- wiedzy na temat funkcji symultanicznych (prawopółkulowych) i sekwencyjnych (lewopółkulowych) oraz kształtowania się struktur umożliwiających przesyłanie informacji między półkulami mózgu (spoidło wielkie, istmus);
- powtórzeniu sekwencji rozwoju mowy dziecka (od samogłosek, sylab, przez wyrażenia dźwiękonaśladowcze, do wyrazów i zdań);
- naśladowaniu 3 etapów nabywania systemu językowego: POWTA-RZANIA, ROZUMIENIA, NAZYWANIA (samodzielnego czytania) ;

- konstruowaniu dla potrzeb terapii podstawowych schematów składniowych i minimalizacji systemów języka;
- pobudzaniu „zwierciadlanych neuronów” (mirror neurons, Spiegelneurone).

Ze względu na liczne ograniczenia dziecka skupiliśmy się (i nadal skupiamy) na pierwszym etapie metody. Zadaniem Olka było powtarzanie głosek, odczytywanych przeze mnie. Zwrócenie uwagi na układ ust podczas wymawiania samogłosek ułatwiało mu proces zapamiętywania, jaki dźwięk przyporządkowany jest poszczególnym obrazom graficznym (literom) oraz włączonych przeze mnie zdjęciom chłopca wymawiającego poszczególne samogłoski. Odczytując samogłoskę Olek zapoznawał się jednocześnie z jej ruchową wizualizacją.

Posłużyłam się również elementami metody Manualnego Torowania Głosek Pani Elżbiety Wianeckiej, korzystając z zaproponowanych przez nią chwytów artykulacyjnych umożliwiających wywoływanie samogłosek.

Z uwagi na fakt, iż mowa czynna Olusia ogranicza się do pojedynczych dźwięków, samogłosek i kilku onomatopei, wprowadziłam **system do komunikacji alternatywnej i wspomagającej** (ang. Augmentative and alternative communication – dosłownie wspomagająca i alternatywna komunikacja, AAC – grupa metod mających na celu umożliwienie komunikowania się osobom, które nie posiadają umiejętności mowy, bądź posiadają ją w stopniu uniemożliwiającym satysfakcjonującą komunikację).

Posłużyłam się **metodami kombinowanymi**. Używam, w pewnym ograniczonym zakresie, kilku metod naraz.

Uważam, że powinnością logopedy jest wskazywanie niemówiącym lub słabo mówiącym dzieciom różnorodnych sposobów komunikacji w celu dobrania odpowiedniej dla danego użytkownika formy porozumiewania się z innymi osobami.

Najważniejsze, aby dziecko, mimo długotrwałego czasem braku rozwoju mowy, dzięki danemu sposobowi komunikacji, mogło jak najlepiej nawiązywać kontakt z najbliższym otoczeniem i dokładnie je poznawać.

Wykorzystuję w pracy z Olkiem wiele pomocy komunikacyjnych, aby wspomóc jego porozumiewanie się z innymi oraz uatrakcyjnić naukę. Rozpoczęłam od zdjęć poszczególnych osób z rodziny chłopca. Ułatwiło

nam to pracę głównie w zakresie rozumienia, skupianiu uwagi na wyrazach – dźwiękach.

Wprowadziłam także **piktogramy**, które są przeznaczone dla wszystkich osób niemówiących wokalnie w celu ułatwienia im kontaktu i komunikacji z otoczeniem. Należą do graficznych systemów komunikacji. Zasadą konstrukcji znaków tego systemu jest: czarne tło i biała figura. Oprócz tego, każdy ze znaków opisany jest literowo w postaci wyrazu określającego treść znaku.

Połączyłam piktogramy z kolorowymi obrazkami zaczerpniętymi z zestawu „Od obrazka do słowa. Gry rozwijające mowę dziecka” Hanny Rodak i Danuty Nawrockiej. Są to pomoce do rozwijania mowy dziecka, zawierające bogaty materiał obrazkowy z gramami językowymi, kombinacjami ćwiczeń językowych i etykietami z podpisami do poszczególnych obrazków.

Do wprowadzania kolejnych pojęć, treningu słuchowego korzystam także z przedmiotów rzeczywistych, znajdujących się w domu. Bawimy się głównie dźwiękami, jakie mogą wydawać: brzęczące talerze, odkurzacze, suszarka, pralka, dzwonek do drzwi itp.

Propozycja procedury dalszego postępowania terapeutycznego

Myśląc o planowaniu dalszej terapii logopedycznej z chłopcem uwzględniam tak jego mocne, jak i słabe strony.

Niewątpliwie mocną stroną chłopca jest gotowość do podejmowania współpracy ze mną, coraz lepsze skupienie uwagi dowolnej, mimowolnej oraz słuchowej, jego optymizm i zaufanie, jakim mnie darzy.

Słabe strony związane są z upośledzeniem funkcji ruchowych – zaburzenia kinestezji artykulatorów, tak ważne dla świadomego artykułowania dźwięków mowy. Innym istotnym elementem są możliwości umysłowe chłopca oceniane na upośledzenie w stopniu umiarkowanym.

Ograniczenia Olka odnoszą się głównie do dynamiki rozwoju, która nie jest jednolita. W trakcie terapii wyraźnie zauważalne były okresy intensywnego rozwoju jak i okresy spowolnienia uczenia się. Trudności sprawiają również wady anatomiczne ośrodkowego układu nerwowego: nieprawidłowe napięcie mięśni, zaburzona równowaga i koordynacja, poczucie własnego ciała, które zaburza doznania czuciowe, słuchowe

i rozumienie. Ponadto dziecko rzadko jest poddawane oddziaływaniom terapeutycznym w środowisku domowym, co niewątpliwie ma wpływ na jego rozwój.

Ograniczenia w sferze rozumienia i mówienia są ogromne, jednak biorąc pod uwagę jego dotychczasowe sukcesy wydaje się, że ma on duże możliwości rozwojowe. Stąd mnogość wprowadzanych przeze mnie form oddziaływań terapeutycznych.

Terapię z Olkiem w dalszym ciągu będę wspomagała działaniami z zakresu Ustno-Twarzowej Terapii Regulującej wg Castillo Moralesa oraz – w przypadku, gdy dziecko nie będzie wykazywało gotowości do podjęcia współpracy – oddziaływaniami wg Knill'a. Nie rozstanę się także z metodami zaproponowanymi przez prof. dr hab. Jagodę Cieszyńską i Elżbietę Wianecką.

Nadal rozwijam umiejętności chłopca w zakresie komunikacji alternatywnej i wspomagającej mając na uwadze metody kombinowane. W dalszym ciągu będę kontynuowała opisane wcześniej ćwiczenia w zakresie wychowania słuchowo-werbalnego. Będę wykorzystywać także:

- ćwiczenia w wydawaniu dźwięków o charakterze samogłosek w celu wyrażenia uczuć i emocji;
- używanie gestów i wokalizowanie w celu wyrażenia potrzeb;
- wokalizowanie podczas zabaw tematycznych;
- inicjowanie kontaktu werbalnego z otoczeniem poprzez wokalizowanie;
- używanie pojedynczych słów w powiązaniu z sytuacją – początki mowy sytuacyjnej;
- spontaniczne posługiwanie się mową niezależnie od sytuacji w celu: wyrażenia stwierdzeń, rozkazów, prośb, ekspresji, uczuć;
- mowę dialogową – dostosowanie się dziecka do rozmówcy w sposobie komunikowania się i odpowiadanie na pytania, repliki, powtórzenia, sprzeciw.

Bibliografia

„Bliżej przedszkola” 2008, nr 9.

Bobkowicz-Lewartowska L., *Autyzm dziecięcy zagadnienie diagnozy i terapii*, Kraków 2005.

Kosmalowa J., *Domowa Klinika Rehabilitacji nr 2. Rehabilitacja osób z wadami słuchu – poradnik encyklopedyczny (płyta CD)*, Warszawa 2002.

Katarynczuk-Mania L., *Wybrane metody wspomagania muzyką komunikacji alternatywnej*. [W:] *Edukacyjne oblicza komunikacji. Dyskurs interdyscyplinarny*, J. Błeszyński, K. B. Kochan, E. M., Skorek (red.), Zielona Góra 2016.

Katarynczuk-Mania L., *Muzyka w logopedii - zarys problematyki*. [W:] *Wybrane zagadnienia z teorii i praktyki logopedycznej*, E. M. Skorek, K. B. Kochan (red.), Zielona Góra 2013.

Mazur M., *Możliwości połączenia elementów logorytmiki i metody „Dyna-Lingua M.S.” w terapii logopedycznej*. [W:] *Edukacja artystyczna - nowe wyzwania*, Katarynczuk-Mania L. (red.), Zielona Góra-Skarbona 2016.

Logopedia: pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki, T. Gałkowski, G. Jastrzębowska, Opole 1999.

Pisula E., *Małe dziecko z autyzmem*, Gdańsk 2005.

Streszczenie

Muzyka jest sztuką potrzebną ludziom, ponieważ przez nią i w niej tworzą oni swój świat przeżyć i wzruszeń wzbogacających życie. Muzyka wyostrza wrażliwość, rozwija wyobraźnię, uczy samodzielności myślenia oraz zaspokaja potrzebę ekspresji.

Muzyka i całe jej bogactwo jest coraz bardziej doceniana i wykorzystywana w procesie terapeutycznym. Liczne techniki, metody muzykoterapeutyczne są skuteczne w pracy z każdą osobą, bez względu na płeć, pochodzenie, wiek, schorzenie, czy wykształcenie. Stanowi wyjątkową dziedzinę, która całościowo wywiera wpływ na człowieka nierzadko ułatwiając proces uczenia się, komunikację, poprawia koncentrację, sferę emocjonalną. Stanowi także formę zabawy, zwłaszcza dla dzieci z zaburzeniami i różnymi trudnościami.

Główną cechą autyzmu są zaburzenia w umiejętności w kontaktach interpersonalnych. Autystyczny mózg odznacza się specyficznym przystosowaniem do otaczającej go rzeczywistości, zwłaszcza w sferze interpretowania informacji, jakie do niego docierają. Występują trudności w prawidłowym kodowaniu i dekodowaniu informacji, w koordynowaniu kilku informacji sensorycznych jednocześnie.

Literatura pokazuje, że muzyka od zawsze stanowił terapeutyczny aspekt i posiadała uzdrawiającą moc. Każdy rodzaj muzyki oddziałuje inaczej na pojedynczego odbiorcę, dlatego włączając muzykę w oddziaływanie terapeutyczne należy postarać się o zachowanie jej różnorodności, co korzystnie wpływa na pacjentów. Muzyka stymuluje wiele obszarów, jak na przykład inteligencję i emocje, pozwala dotrzeć do samego siebie by później pomóc w otwarciu się na świat i docieraniu do drugiego człowieka.

Wielu badaczy potwierdziło, że dzieci autystyczne są niezwykle zainteresowane muzyką i jej wykonywaniem, przeżywając ją w sposób inny w porównaniu do prawidłowo rozwijających się rówieśników. Stwierdzo-

no także, że osoby autystyczne bardziej reagują na muzykę niż na inne stymulacje słuchowe.

Muzyka stanowi zatem swego rodzaju bodziec do utrwalania się prawidłowego przystosowania funkcjonalnego ze względu na to, że spaja systemy sensoryczne jak: przetwarzanie informacji dotykowych, lokalizacyjnych, wzrokowych, słuchowych czy przedsionkowych. W tych obszarach muzyka potrafi wpłynąć na utrwalenie się funkcjonalnego przystosowania i poprawia ogólnie rozumianą integrację sensoryczną. To wszystko niewątpliwie wpływa na polepszenie samopoczucia osoby z autyzmem, co w konsekwencji prowadzi do polepszenia umiejętności interpersonalnych, emocjonalnych, psychicznych.

Słowa kluczowe: autyzm, zaburzenia rozwoju języka, zmysł słuchu, komunikacja werbalna i niewerbalna, diagnoza medyczna, głuchota, diagnoza surdologopedyczna, terapia neurologopedyczna i surdologopedyczna, postępowanie terapeutyczne

Abstract

Music is a form of art people need, because they use it as a means of expression and creation of experiences and emotions, which enrich their lives. Music sharpens sensitivity, develops imagination, encourages independent thinking, and fulfils the need for self-expression.

Music, with its multitude of forms, is being increasingly appreciated and harnessed in therapeutic processes. Various techniques and methods of music therapy are successfully used with people of all ages and sexes, backgrounds, conditions, or educations. It is a unique medium which deeply affects a person and frequently fosters the learning process, communication, concentration, and the emotional dimension. Music is also a form of play, especially for children with different disorders and difficulties.

The main feature of autism is interpersonal communication disorders. The autistic brain is characterised by specific adaptation to the surrounding reality, in particular in terms of interpreting information. Difficulties occur with coding and decoding information as well as coordinating a few pieces of sensory information simultaneously.

Literature shows that music has always been part of therapy and had beneficial effects. Each type of music has different effects on different people, so if music is included in therapy, it must retain its diversity, because it positively influences patients. Music stimulates a lot of areas such as intelligence and emotions, it enables people to reach their inner self in order to open up to the world and reach out to other people.

Many researchers have confirmed that autistic children are greatly interested in music and playing music, and they experience it differently than compared to properly developing peers. Also, it has been concluded that autistic people's reaction to music is stronger than to other sounds.

Therefore, music acts as a stimulus for strengthening proper functional adaptation, because it connects sensory systems such as: processing tactile, location-related, visual, auditory, and vestibular information. In these areas music can be conducive to developing functional adaptation, and it improves the broadly defined sensory integration. All this undeniably increases the well-being of an autistic person, which, in consequence, leads to improved interpersonal, emotional, psychic, and cognitive skills.

Keywords: autism, speech developmental disorders, hearing sense, verbal and non-verbal communication, medical diagnosis, hearing loss, diagnosis in speech therapy for the hearing impaired, neurological speech therapy, therapy in speech therapy for the hearing impaired, therapeutic management