

Uczeń z autyzmem: charakterystyka zaburzenia i metody terapii

The student with autism: characteristics of the disorder and approaches to therapy

DOI 10.25951/14280

Obserwowanie dziecka, które raz po raz gryzie własną rękę, kręci popielniczką zupełnie jak w hipnotycznym transie, godzinami tępo gapi się na jakiś pyłek, ryczy jak ranne zwierzę kiedy się zbliżasz, bije się po twarzy lub rozmazuje na ciele swój kał – a na dodatek patrzy na ciebie, jakbyś był przeczysty – to jest przerażające.

Takie jest właśnie dziecko autystyczne. Ignoruje cię, odrzuca kontakt, nie słucha cię, nie porozmawia, nie pozwoli się dotknąć. Nawet nie spojrzy na innego człowieka. Sprawia wrażenie, jakby jedyną przyjemność i nagrodę dawało mu ciągle powtarzanie groteskowego, często autodestrukcyjnego zachowania. Woli rzeczy od ludzi. Jest samotne, zamknięte w sobie. Jest wśród nas obce. [...] Jest dziwne i niepojęte (Delacato 1995, s. 18).

W ostatnich latach zaobserwowaliśmy dynamiczny rozwój wiedzy o spektrum zaburzeń autystycznych. Pojawia się dużo nowych koncepcji teoretycznych, jak również hipotez, które są stale weryfikowane pod kątem empirycznym. Rosnąca liczba publikacji naukowych zgłębiających zagadnienie autyzmu świadczy z jednej strony o dynamiczności badań, z drugiej natomiast wymaga niezwyklej ostrożności i krytycznego podejścia do publikowanych treści. Nie znamy na chwilę obecną odpowiedzi na to, która z metod terapeutycznych przynosi najwięcej korzyści w pracy z dziećmi cierpiącymi na autyzm. Zarówno środowisko akademickie, jak również praktycy zajmują się intensywnymi debatami na temat skuteczności różnych modeli interwencji terapeutycznych. Brak jednomyślności w tej dziedzinie wynika m.in. z indywidualnego charakteru przebiegu zaburzenia u każdego dziecka oraz zróżnicowania potrzeb rozwojowych tej grupy.

Pojęcie autyzmu w świetle literatury przedmiotu

Termin „autyzm” wywodzi się z języka greckiego (*autos* – sam) i po raz pierwszy został użyty w 1911 r. przez szwajcarskiego psychiatrę Eugena Bleulera. Opisywał on wówczas autyzm jako jeden z podstawowych objawów schizofrenii, charakteryzujący się wycofaniem jednostki z kontaktu z rzeczywistością i skupieniem na świecie wewnętrznym, co wiązało się z rozluźnieniem logicznego toku myślenia (Delacato 1995).

Znaczący krok w kierunku wydzielenia autyzmu jako odrębnego zaburzenia rozwojowego postawił w 1943 r. austriacko-amerykański psychiatra dziecięcy Leo Kanner. Opisał przypadki 11 dzieci, które wykazywały charakterystyczny wzorec objawów – m.in. trudności w interakcjach społecznych, opór wobec zmian i ograniczone, powtarzalne zachowania. To właśnie L. Kanner jako pierwszy zaproponował klasyfikowanie autyzmu jako jednostki diagnostycznej niezależnej od schizofrenii.

W późniejszych dekadach autyzm przez długi czas był utożsamiany z niepełnosprawnością intelektualną oraz zaburzeniami neurologicznymi. Przykładem takiego podejścia są poglądy brytyjskiego psychiatry Digby’ego Tantama, który w latach dziewięćdziesiątych XX w. opisywał autyzm jako konsekwencję różnych patologii neurologicznych – w tym infekcji wirusowych – prowadzących do uszkodzeń mózgu, często już w okresie okołopłodowym. Wskazywał również na współwystępowanie autyzmu z innymi zaburzeniami, takimi jak upośledzenie umysłowe, trudności motoryczne czy epilepsja (Tantam 1996, s. 4).

Inne podejście pierwotnie uznawało autyzm za psychozę. W dwóch pierwszych wydaniach systemu klasyfikacji zaburzeń umysłowych opracowanego przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne, czyli DSM-I i DSM-II, zgodnie z koncepcją Paula E. Bleulera charakteryzowano autyzm jako postać schizofrenii dziecięcej (1952 i 1968 rok). W 1980 r. w DSM-III wprowadzono termin „całościowe zaburzenie rozwoju”, czyli odniesiono się do koncepcji Carla Delacato i uwzględniono szeroki, rozwojowy charakter zaburzeń podstawowych funkcji psychicznych, jak uwaga, percepcja, motoryka, które mają wpływ na rozwój zdolności społecznych oraz językowych dziecka. Pojęcie całościowych zaburzeń rozwoju swym zakresem znaczeniowym obejmowało autyzm dziecięcy (podkreślone w klasycznej terminologii L. Kanner’a wczesne ujawnianie się zaburzenia), rozwijający się według dawniejszych kryteriów przed ukończeniem przez dziecko 30. miesiąca życia, jak i całościowe zaburzenia rozwoju pojawiające się w dzieciństwie po 30. miesiącu życia. W kolejnych wyda-

niach prac Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, czyli DSM-III-R i DSM-IV z 1994 r. rozszerzono zakres całościowych zaburzeń rozwoju. Obecnie w ten zakres wchodzi pięć jednostek: zaburzenie autystyczne, zaburzenie Aspergera, zaburzenie Retta, dziecięce zaburzenie dezintegracyjne oraz całościowe zaburzenie rozwoju, nieujęte w innych kategoriach diagnostycznych (Pisula 2005, s. 14).

Choć niektóre z tych ujęć są dziś uważane za uproszczone lub przestarzałe, odzwierciedlają one ówczesne trudności w definiowaniu i rozumieniu autyzmu. Ich analiza pozwala lepiej zrozumieć ewolucję podejścia do tego złożonego zaburzenia oraz kierunki, w jakich rozwijała się diagnostyka i terapia w kolejnych latach.

Różnicowanie w obrębie całościowych zaburzeń rozwoju sprawia wiele trudności i wiąże się z licznymi błędami. Bez wątpienia autyzm nie jest jednorodnym zespołem chorobowym, ale stanowi bardzo złożone zjawisko, na które składa się wiele problemów o skomplikowanej etiologii.

Spośród licznych ujęć teoretycznych podejście Tadeusza Gałkowskiego w sposób szczególny oddaje istotę autyzmu. Zdaniem autora „[...] autyzm dziecięcy jest rozległym zaburzeniem rozwojowym o charakterze kompleksowego syndromu z wieloma symptomami, nie w pełni jeszcze opisanymi. Zaburzenie to jest wysoce zróżnicowane i wielopostaciowe. Nie ma dwojga takich samych dzieci dotkniętych autyzmem” (Biadasiewicz, Maciarz 2005, s. 9).

Amerykańskie Towarzystwo Autyzmu definiuje autyzm jako złożone upośledzenie rozwojowe, które typowo objawia się w pierwszych trzech latach życia i jest wynikiem zaburzenia neurologicznego wpływającego na rozwój w obszarach interakcji społecznej i zdolności komunikacyjnych. Zarówno dzieci, jak i dorosłe osoby dotknięte autyzmem typowo przejawiają problemy w komunikacji werbalnej i niewerbalnej, interakcjach społecznych i zabawie.

Joanna Kruk-Lasocka ujmuje istotę autyzmu jako „[...] zespół poważnych zaburzeń rozwojowych dziecka manifestujących się do 30. miesiąca życia, związanych z wrodzonymi dysfunkcjami układu nerwowego” (Biadasiewicz, Maciarz 2005, s. 11). Autorka uzupełnia definicję o przyjętą powszechnie tzw. triadę zaburzeń, czyli:

1. zaburzenie więzi międzyludzkich przejawiające się niewystarczającą świadomością egzystencji czy uczuć innych ludzi, trudnością naśladowania innych, wchodzenia z nimi w kontakty i więzi oraz rozumienia konwencji w interakcjach społecznych;

2. zaburzenie komunikacji i fantazji sprowadzające się do braku porozumiewania się werbalnego i pozawerbalnego, trudności w odgrywaniu ról i zabaw fikcyjno-iluzyjnych, upośledzenia zdolności inicjowania i podtrzymywania rozmowy;
3. ograniczony repertuar aktywności i zainteresowań wyrażający się uporczywym zajmowaniem się tymi samymi przedmiotami czy sprawami, zawężeniem zainteresowań i przejawami niepokoju przy nieznaczących już zmianach w otoczeniu (Biadasiewicz, Maciarz 2005, s. 11).

Charakterystyka dziecka autystycznego

Rozwój dzieci z autyzmem jest nieharmonijny. Charakteryzują go dysfunkcje i deficyty w pewnych obszarach i dobry, a nawet nadzwyczaj dobry poziom rozwoju w innych obszarach. Często się zdarza, że dzieci z autyzmem nie potrafią sobie poradzić w sytuacjach, które ich rówieśnikom nie sprawiają najmniejszych trudności, a jednocześnie przejawiają wysoki poziom inteligencji i niezwykle zdolności, rozwiązując skomplikowane problemy. Znane są wybitne zdolności pamięciowe, arytmetyczne, muzyczne, plastyczne i przestrzenne u niektórych z nich. Owe wysepkowe zdolności, ujawniające się w wąskich obszarach, występują tylko u około 15% osób z autyzmem. Nie ulega wątpliwości, że z autyzmem może wiązać się ogromny potencjał, choć jego wykorzystanie napotyka wielkie trudności (Pisula 2005, s. 29).

Zgodnie z obowiązującymi kryteriami diagnostycznymi autyzm wiąże się przede wszystkim z jakościowymi zaburzeniami w zakresie uczestnictwa w naprzemiennych interakcjach społecznych. Nie należy tego jednak utożsamiać z całkowitym brakiem kontaktów społecznych. Kompetencje społeczne osób ze spektrum autyzmu są wysoce zróżnicowane — zarówno pod względem formy, jak i intensywności ich przejawiania.

Zaburzenia w sferze funkcjonowania społecznego mogą być widoczne już we wczesnym okresie życia. Wiele zachowań obserwowanych u niemowląt w pierwszych miesiącach świadczy o ich wrażliwości na bodźce społeczne oraz o zdolności do wysyłania sygnałów społecznych. U części dzieci można zaobserwować brak typowych reakcji na kontakt fizyczny – nie uspokajają się, gdy są brane na ręce, nie odwzajemniają gestów inicjujących relację, nie uśmiechają się do osób z otoczenia lub czynią to bardzo rzadko. Nie wyciągają rąk w oczekiwaniu na bliskość, ani nie zmieniają ułożenia ciała w reakcji na obecność opie-

kuna. Zdarza się, że w trakcie przytulania sztywnieją lub nawet odwracają się od osoby trzymającej.

Innym charakterystycznym przejawem trudności są zaburzenia w zakresie wspólnego pola uwagi – dzieci z autyzmem nie zawsze potrafią śledzić wzrokiem kierunku spojrzenia drugiej osoby, ani kierować jej uwagi na konkretny przedmiot czy zdarzenie. W wielu przypadkach obserwuje się wyraźny brak zainteresowania ludźmi, a niekiedy wręcz ignorowanie ich obecności. Jak zauważa Uta Frith, „dzieci z autyzmem zdają się nie rozumieć społecznego znaczenia obecności innych ludzi – traktują ich jak część krajobrazu” (Frith 2008, s. 14). Część dzieci podejmuje inicjatywy społeczne lub odpowiada na próby nawiązania kontaktu przez innych, jednak interakcje te cechuje znaczne zaburzenie kontaktu wzrokowego lub nieadekwatna ekspresja emocji.

W niektórych przypadkach relacje społeczne przybierają odwrotny, również niepokojący charakter – dzieci nie respektują granic interpersonalnych i traktują osoby obce tak, jakby były im doskonale znane. Czasem uparcie ich dotykają, szarpią lub traktują w sposób instrumentalny, jakby były przedmiotami.

Charakterystyczną cechą funkcjonowania dzieci z autyzmem jest brak zainteresowania rówieśnikami. Niektóre z nich całkowicie ignorują obecność innych dzieci. Nie podejmują żadnej wspólnej aktywności, nie rozumieją prostych zasad rządzących zabawami i grami. Bawią się „obok”, pochłonięte własnymi zajęciami, zazwyczaj mało atrakcyjnymi dla innych. Nie okazują zainteresowania tym, czym zajmują się inni, i nie potrafią zaciekawić ich tym, co jest dla nich ważne i interesujące. Częściej szukają kontaktu z osobami dorosłymi lub dziećmi dużo starszymi albo młodszymi od siebie (Bobkowicz-Lewartowska 2005, s. 57).

Wielu autorów opisuje szeroko kwestię komunikacji u dzieci autystycznych. Badania wykazują, że połowa populacji osób autystycznych nie mówi bądź nie komunikuje się w sposób jasny z punktu widzenia społecznej konwencji. Obecnie za jedną z najbardziej charakterystycznych cech autyzmu uważa się zaburzenia w społecznym używaniu języka mówionego i gestów. W DSM-IV akcentowane są jakościowe zaburzenia w komunikowaniu się, od opóźnionego lub całkowitego braku rozwoju mowy, poprzez zaburzoną zdolność do inicjowania i podtrzymywania konwersacji do stereotypowego użycia języka lub języka idiosynkratycznego (Bobkowicz-Lewartowska 2005, s. 58).

W poniższej tabeli zostały wyróżnione podstawowe deficyty językowe w komunikowaniu się dzieci autystycznych.

Tabela 1. Deficyty językowe w komunikowaniu się dzieci autystycznych

Deficyty ilościowe	Deficyty jakościowe	Deficyty w pragmatycznym użyciu języka
Brak mowy • z brakiem gestykulacji • z elementarną gestykulacją	Echolalia • natychmiastowa • opóźniona	Niezdolność do naprzemiennego wysławiania się
Opóźnienia w mowie • krótkie (miesięczne) • długotrwałe (wieloletnie)	Odwracanie zaimków	Brak komunikowania się w stosunku do dorosłych
Ograniczona mowa • tylko łańcuch: bodziec–reakcja • bardziej zaawansowane, lecz ograniczone posługiwanie się mową	Neologizmy	Brak komunikowania się w stosunku do rówieśników
	Metaforyczne użycie języka	Niezdolność do symbolicznego użycia przedmiotów
	Nieodpowiednie uwagi	Słabe używanie prozodii dla wyrażenia zamiaru
	Język stereotypowy	Słabe wykorzystanie bodźców wzrokowo-twarzowych dla metakomunikacji
	Defekty w artykułowaniu	

Źródło: L. Bobkovicz-Lewartowska (2005), *Autyzm dziecięcy, zagadnienia diagnozy i terapii*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”, s. 58.

Wiedza o występowaniu deficytów w zakresie zabawy na niby, wskazywania oraz tworzenia wspólnego pola uwagi u małych dzieci doprowadziła do stwierdzenia, że te deficyty mogą stanowić wczesne prekursory zaburzeń w rozwoju teorii umysłu. Ich występowanie u małego dziecka może wcześniej informować o zagrożeniu rozwoju i autyzmie (Pisula 2005, s. 49).

Jedną z pierwszych teorii zakładających neurologiczne podłoże autyzmu sformułował C. Delacato. W jego ujęciu zaburzenie to wynika z uszkodzeń mózgu, które prowadzą do nieprawidłowości w funkcjonowaniu systemu nerwowego, szczególnie w zakresie przetwarzania bodźców sensorycznych. Jak twierdził, „autyzm nie jest zaburzeniem emocji ani wychowania, lecz problemem percepcyjnego chaosu” (Delacato 1995, s. 65).

Zgodnie z teorią C. Delacato mózg osoby ze spektrum autyzmu nie odbiera i nie integruje informacji zmysłowych w sposób typowy. Dysfunkcje mogą dotyczyć co najmniej jednego z kanałów sensorycznych: wzrokowego, słuchowego, smakowego, węchowego bądź czuciowego. Praca tych kanałów może zostać zakłócona na jeden z trzech sposobów:

1. nadwrażliwość – kanały sensoryczne są „zbyt otwarte”, więc do mózgu przedostaje się zbyt duża ilość bodźców, by mógł się z nimi uporać;
2. zbyt mała wrażliwość (niedowrażliwość) – drogi sensoryczne nie są wystarczająco „otwarte”, co prowadzi do deprywacji sensorycznej mózgu na skutek zbyt małej ilości docierających do niego bodźców;
3. „biały szum” – wadliwe działanie kanałów sensorycznych powoduje, że wytwarza ona własne bodźce, zatem przekaz płynący ze świata zewnętrznego jest zakłócony lub w skrajnych przypadkach niedopuszczany do mózgu przez szumy panujące w układzie.

W momencie gdy uda się zidentyfikować, które kanały sensoryczne funkcjonują nieprawidłowo, możliwe staje się wdrożenie działań terapeutycznych ukierunkowanych na ich wsparcie. Jak wskazywał sam C. Delacato, „naprawa mózgu nie polega na leczeniu, lecz na uczeniu go na nowo” (1995, s. 90–91).

Diagnoza w autyzmie dziecięcym – wybrane metody

Skala Oceny Autyzmu Dziecięcego (Childhood Autism Rating Scale – CARS) należy jeszcze do najpopularniejszych skal diagnozujących. Służy ona ocenie zachowania dzieci od urodzenia do 16. roku życia, przy czym jej użyteczność jest większa w przypadku dzieci powyżej 2. roku życia. Skalę tę powszechnie wykorzystuje się w celach diagnostycznych, a także do planowania postępowania terapeutycznego i oceny jego skuteczności. Obejmuje ona 15 obszarów, m.in. relacje z ludźmi, naśladowanie, adaptację do zmiany i komunikację niewerbalną. W obrębie każdego z nich obserwator dokonuje oceny zachowania dziecka na czterostopniowej skali, określającej stopień ciężkości zaburzeń w danym obszarze. Informacje mogą pochodzić z bezpośredniej obserwacji lub też od rodziców albo innych osób dobrze znających dziecko i spędzających z nim dużo czasu. Całościowy wynik interpretowany jest w kategoriach: brak autyzmu, lekkie, umiarkowane lub znaczne natężenie autyzmu. Rzetelność i trafność tej skali uznano za zadowalające. Analiza czynnikowa pozwoliła na wyodrębnienie w niej trzech czynników: zaburzeń w rozwoju społecznym, przejawiania negatywnych emocji oraz zaburzonych reakcji sensorycznych. Przydatność CARS jest największa, gdy używa się tej skali do oceny zachowania osób o umiarkowanym natężeniu autyzmu. Możliwości efektywnego wykorzystania CARS do analizy zachowań dzieci poniżej 2. roku życia, a także starszych dzieci, które nie mówią, o wieku umysłowym poniżej 18 miesięcy, są ograniczone (Pisula 2005, s. 85).

Z kolei Profil Psychoedukacyjny PEP-R to narzędzie diagnostyczne zawierające 174 zadania, służące do oceny poziomu rozwoju dziecka w siedmiu obszarach Skali Rozwoju: naśladowaniu, percepcji, motoryce małej, motoryce dużej, koordynacji wzrokowo-ruchowej, komunikacji oraz mowie czynnej. Test umożliwia także określenie charakterystyki zaburzeń zachowania za pomocą Skali Zachowań. Wyniki uzyskane przy użyciu PEP-R stanowią podstawę do konstruowania indywidualnych programów edukacyjno-terapeutycznych, dostosowanych do specyfiki funkcjonowania dziecka.

Rzetelność narzędzia oceniana była na podstawie zgodności wyników uzyskiwanych przez różnych diagnostów. Wskaźnik zbieżności ocen wyniósł 92%, co potwierdza wysoki poziom powtarzalności obserwacji dokonywanych przez niezależnych specjalistów posługujących się PEP-R (Bondy, Frost 1998, s. 375). Trafność treściowa Skali Zachowań wykazuje silną korelację z wynikami uzyskiwanymi przy użyciu CARS.

Narzędzie opiera się na rozwojowej koncepcji diagnozy, zakładającej, że zachowania dzieci autystycznych ewoluują wraz z wiekiem, a skuteczna interwencja powinna uwzględniać aktualny poziom rozwoju dziecka. PEP-R przeznaczony jest dla dzieci z autyzmem oraz dzieci z zaburzeniami rozwoju i komunikacji, w wieku od 6 miesięcy do 7 lat, choć w praktyce stosowany bywa również u dzieci starszych – nawet do 12. roku życia.

W ujęciu Pauliny Formy i Bożeny Matyjas diagnoza funkcjonalna w pracy z dzieckiem z autyzmem nie jest punktem końcowym, lecz początkiem procesu terapeutycznego, który opiera się na precyzyjnym rozpoznaniu potrzeb rozwojowych (Forma, Matyjas 2023, s. 295).

Skala Rozwoju w tym teście zawiera 131 zadań i obejmuje naśladowanie, percepcję, motorykę małą i dużą, koordynację wzrokowo-ruchową, czynności poznawcze, komunikację, mowę czynną (Pisula 2005, s. 140–141).

W systemie oceniania dotyczącym Skali Rozwoju, obok ocen: zaliczone, nie zaliczone, znajdują się oceny obiecujące. Wskazują one na nie w pełni wykonane zadanie, kiedy dziecko prawidłowo je tylko zaczyna, lub gdy badający musi pokazać dziecku, jak ma wykonać zadanie. Druga podstawowa skala PEP-R to Skala Zachowań i dostarcza ona informacji o zaburzeniach dziecka w następujących sferach: nawiązywanie kontaktów i reakcje emocjonalne, zabawa i zainteresowanie przedmiotami, reakcje na bodźce, mowa.

Wyniki uzyskane w Skali Zachowań umożliwiają dobieranie dzieci w grupach oraz służą obserwacji zmian zachodzących w zachowaniu dziecka pod wpływem terapii. Zastosowanie profilu Skali Zachowań ułatwia także prezentację danych o dziecku jego rodzicom (Pisula 2005, s. 142).

Wybrane metody, techniki postępowania terapeutycznego z dzieckiem autystycznym

Specyfika zaburzeń funkcjonowania dzieci z autyzmem, przede wszystkim w sferze kontaktów społecznych i komunikacji, stanowiła i nadal stanowi ogromne wyzwanie dla rodziców, nauczycieli i terapeutów. Wiele tradycyjnych form oddziaływania terapeutycznego okazało się nieskuteczne w zetknięciu z tak szerokim zakresem deficytów rozwojowych. Obecnie najlepsze rezultaty, czego dowodzą obiektywne badania, przynosi wcześnie podjęta, intensywna terapia behawioralna, oparta na założeniach teorii uczenia się. Podstawowym celem tak rozumianego procesu terapeutyczno-edukacyjnego jest kształtowanie u dziecka jak największej ilości zachowań adaptacyjnych, które rozwiną jego niezależność i umożliwią mu efektywne funkcjonowanie w środowisku. Drogą do tego celu jest:

1. Systematyczne wzmacnianie, nagradzanie coraz bardziej zbliżonych do docelowych form zachowania przy użyciu znaczących dla dziecka wzmocnień. W pierwszym etapie terapii zazwyczaj są to tzw. wzmocnienia pierwotne, w postaci smakołyków lub preferowanych przez dziecko zachowań, w tym zachowań autostymulacyjnych. Później, co jest również wynikiem uczenia się, coraz większego znaczenia nabierają wzmocnienia społeczne.
2. Ścisłe kontrolowanie sytuacji, w których zachowanie przebiega. Oznacza to odpowiedni sposób wydawania poleceń, które w pierwszej fazie terapii muszą być krótkie i bardzo konkretne, oraz umiejętne wprowadzanie i wycofywanie różnorodnych podpowiedzi: manualnych, wizualnych, werbalnych itp. Temu samemu celowi służy wprowadzanie do środowiska terapeutycznego wyraźnej struktury czasowo-przestrzennej (Kozłowski 2003, s. 49).

Ivar Lovaas uznawał, że autyzm jest wynikiem uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego, które uniemożliwia dziecku uczenie się lub znacząco ogranicza jego zdolność do przyswajania wiedzy w typowym środowisku. I, podobnie jak inni przedstawiciele nurtu behawioralnego, koncentrował się przede wszystkim na obserwowalnych, mierzalnych przejawach zachowań. Interesowały go te zachowania, które można rejestrować i wykorzystywać jako wskaźniki zmian wynikające z zastosowanej interwencji terapeutycznej.

Zachowania typowe dla autyzmu, takie jak: kiwanie się, obracanie wokół własnej osi czy tzw. sensoryzmy (np. wpatrywanie się w światło, machanie rękami), I. Lovaas klasyfikował jako zachowania „deficytowe” lub „nadmierne”. Jego

podejście zakładało, że można je zastąpić zachowaniami bardziej adaptacyjnymi, pod warunkiem zastosowania intensywnej terapii opartej na zasadach analizy zachowania. Jak twierdził, „zmiana zachowania nie zachodzi spontanicznie – trzeba ją zaplanować, wywołać i utrwaląć”. Według I. Lovaasa kluczowe znaczenie ma systematyczne wdrażanie technik behawioralnych we wszystkich kontekstach życia dziecka – w domu, w szkole i podczas zabawy – i to tak często w ciągu dnia oraz tak długo, jak to tylko możliwe (Lovaas 1987, s. 2–3).

Podejście behawioralne I. Lovaasa charakteryzuje się kilkoma kluczowymi założeniami, które wyznaczają ramy prowadzenia terapii dziecka z autyzmem:

1. Uczenie dostosowane do możliwości – terapia powinna koncentrować się na rozwijaniu umiejętności, które są osiągalne dla populacji neurotypowej, ale wymagają specyficznych strategii dydaktycznych w przypadku dzieci z autyzmem.
2. Różnice w sposobie uczenia się – pomimo porównywalnego potencjału rozwojowego dzieci ze spektrum nie uczą się w taki sam sposób jak ich rówieśnicy. Wynika to z deficytów organicznych, które zaburzają naturalne mechanizmy nabywania wiedzy i umiejętności.
3. Znaczenie środowiska społecznego – aby zminimalizować te trudności osoby dorosłe z otoczenia dziecka powinny zostać przeszkolone w zakresie systematycznego nauczania w różnych sytuacjach życia codziennego.
4. Praca zespołowa – w proces terapeutyczny powinno być zaangażowanych kilku dorosłych, w tym przeszkoleni specjaliści, rodzice, rodzeństwo, a także osoby uczące się stosowania strategii behawioralnych. Zespół ten powinien początkowo być wspierany przez osoby z doświadczeniem terapeutycznym.
5. Uogólnianie efektów – zdaniem I. Lovaasa włączenie członków rodziny do procesu nauczania ma kluczowe znaczenie, ponieważ umożliwia uogólnienie nabytych umiejętności na inne konteksty i sytuacje.

Co istotne, I. Lovaas podkreślał, że postępy dziecka muszą być systematycznie monitorowane przez cały okres trwania terapii. Tylko w ten sposób można rzetelnie ocenić skuteczność interwencji i dostosować ją do indywidualnych potrzeb dziecka (Randall, Parker 2004, s. 250–251).

Dzieci z autyzmem posiadają zdolność uczenia się, podobnie jak ich neurotypowi rówieśnicy, pod warunkiem że przebywają w odpowiednio dostosowanym środowisku edukacyjnym. Środowisko to powinno być dostosowane do ich indywidualnych potrzeb, aby stało się dla nich bardziej funkcjonalne. W takim otoczeniu wymagania stawiane dziecku powinny być jasne i zrozumiałe, co sprzyja efektywnemu przyswajaniu wiedzy. Niepowodzenia dzieci

autystycznych w standardowym środowisku edukacyjnym oraz ich sukcesy w środowisku specjalnie przystosowanym wskazują, że trudności te wynikają raczej z niedopasowania między ich systemem nerwowym a otoczeniem niż z samej natury zaburzenia.

Badania podkreślają znaczenie dostosowania środowiska edukacyjnego do potrzeb uczniów z autyzmem. Zmiany w otoczeniu mogą znacząco poprawić zachowanie i wyniki edukacyjne tych uczniów. Dostosowanie środowiska edukacyjnego do indywidualnych potrzeb uczniów z autyzmem może prowadzić do lepszych wyników edukacyjnych i społecznych (Forma, Matyjas 2023, s. 296–297).

Podstawowym celem procesu terapeutyczno-edukacyjnego jest kształtowanie u dziecka jak największej ilości zachowań adaptacyjnych, które rozwiną jego niezależność i umożliwią mu efektywne funkcjonowanie w środowisku (Danielewicz, Pisula 2003, s. 17). Zasadnicze cele terapii behawioralnej, szczególnie w odniesieniu do dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu, koncentrują się na trzech podstawowych obszarach: rozwijaniu zachowań deficytowych, redukowaniu zachowań niepożądanych, generalizowaniu i utrzymywaniu efektów terapii.

Zachowaniami deficytowymi nazywamy te zachowania, które uważa się za normalne i pożądane u dziecka w pewnym wieku i w pewnych okolicznościach, a które u dziecka autystycznego występują zbyt rzadko lub nie występują w ogóle (np. prawidłowa mowa, okazywanie uczuć, zabawa itp.). Zadaniem terapeuty behawioralnego jest kształtowanie u dziecka autystycznego jak największej liczby zachowań adaptacyjnych, które rozwiną jego niezależność i umożliwią mu efektywne funkcjonowanie w środowisku. Niepożądane zachowania dziecka powinny być eliminowane, ponieważ stanowią źródło trudności dla otoczenia oraz utrudniają proces uczenia się. W celu ich redukcji stosuje się dwie podstawowe metody: odebranie dziecku czegoś, co sprawia mu przyjemność lub zastosowanie bodźca awersyjnego, czyli czegoś nieprzyjemnego. Obie formy oddziaływania powinny następować bezpośrednio po wystąpieniu niepożądanego zachowania.

W edukacji dziecka z autyzmem należy przestrzegać podstawowych zasad behawioralnych, które warunkują skuteczność oddziaływań terapeutycznych. Jednym z kluczowych założeń terapii behawioralnej jest wzmacnianie pożądanych zachowań, czyli takich, które chcemy, aby występowały częściej. Wyróżnia się dwa główne typy wzmocnień: pozytywne i negatywne. Wzmocnienie pozytywne polega na dostarczeniu bodźca przyjemnego (takiego jak np. zabawka, jedzenie, pochwała), natomiast wzmocnienie negatywne wiąże się z usunięciem bodźca nieprzyjemnego (np. hałasu, polecenia).

W praktyce pracy z dziećmi ze spektrum autyzmu najczęściej wykorzystuje się wzmocnienia pozytywne, których skuteczność została szeroko potwierdzona w badaniach empirycznych. Wśród nich można wyróżnić cztery podstawowe rodzaje: wzmocnienia pierwotne (np. jedzenie, picie), wtórne (np. żetony, pieniądze), socjalne (np. pochwały, uśmiechy, przytulenie) oraz stymulujące (np. ulubione zabawki czy aktywności). Aby wzmocnienie było skuteczne, musi zostać zastosowane natychmiast po wystąpieniu zachowania i w sposób wyraźny, tak by dziecko mogło zrozumieć zależność między własnym działaniem a jego konsekwencją.

Z drugiej strony zachowania niepożądane nie powinny być wzmacniane. Nawet nieświadome ich utrwalanie – np. poprzez poświęcanie im uwagi – może prowadzić do ich nasilenia i utrwalenia. Samo pojawienie się trudnego lub niepożądanego zachowania nie jest jeszcze problemem, o ile nie zostanie ono wzmocnione i nie zacznie pełnić określonej funkcji w zachowaniu dziecka. Ważne jest, by nauczyciele i terapeuci potrafili rozróżniać funkcje zachowań oraz konsekwentnie stosowali techniki wzmacniania i wygaszania, zgodnie z założeniami terapii behawioralnej (Cooper, Heron, Heward 2007, s. 36–37).

Metoda integracji sensorycznej w terapii dzieci autystycznych

Terapia zaburzeń sensorycznych powinna być traktowana przede wszystkim jako terapia podstawowa, której celem jest przygotowanie dziecka do uczenia się oraz łagodzenie określonych trudności w zakresie przetwarzania danych percepcyjnych. Stanowi ona istotny element, który należy wkomponować w całościową koncepcję wsparcia dzieci z autyzmem. Jej głównym zadaniem nie jest edukacja sensu stricto, lecz oddziaływanie na zaburzone obszary funkcjonowania sensorycznego.

Podstawowym założeniem terapii jest aktywna postawa dziecka, które powinno być – w pewnym sensie – „swoim własnym terapeutą”. Oznacza to, że dziecko ma wybierać bodźce, które sprawiają mu przyjemność lub których w danym momencie potrzebuje. Terapeuta pełni tu funkcję narzędzia w rękach dziecka – wcześniej powinien sam doświadczyć określonych technik, aby następnie, w pracy z dzieckiem, móc je stosować: poprzez naciąganie, uciskanie czy aplikowanie bodźców o odpowiedniej sile. Należy przy tym pamiętać, że jedynie bodźce przyjemne mogą zostać skutecznie zintegrowane przez układ nerwowy.

Techniki wykorzystywane w tej formie terapii służą regulacji nadwrażliwości lub niedowrażliwości sensorycznej – poprzez ich hamowanie lub pobudzanie. Metody te najlepiej jest prezentować w odniesieniu do konkretnych sfer zmysłowych. Niezależnie jednak od rodzaju zastosowanej techniki ich wspólnym celem jest wykształcenie u dziecka tolerancji na bodźce zewnętrzne oraz umożliwienie ich kontrolowania – nie przez samo dziecko, lecz przez terapeutę (Bobkowicz-Lewartowska 2005, s. 98–99).

Terapia zaburzeń sensorycznych odgrywa istotną rolę w pracy z dziećmi ze spektrum autyzmu. Jej celem jest nie tyle edukacja, co oddziaływanie na zaburzone sfery percepcyjne. W zależności od rodzaju nadwrażliwości lub niedowrażliwości sensorycznej stosuje się odpowiednie techniki, które pobudzają lub hamują reakcje układu nerwowego.

Nadwrażliwość dotykowa może być łagodzona poprzez tzw. stymulację proprioreceptywną. Oznacza to dostarczanie bodźców głębokich – np. poprzez mocny nacisk na wybrane części ciała. Wykorzystuje się w tym celu różne pomoce terapeutyczne, jak woreczki z obciążeniem, ciężkie piłki, materiały o zróżnicowanej fakturze, a także dłonie terapeuty. Istotne jest, aby rytm i siła nacisku były zmienne – monotonia może prowadzić do znużenia lub wręcz przeciwnych efektów. Kolejnym etapem pracy nad obronnością dotykową jest delikatna stymulacja tych części ciała, które są najmniej wrażliwe na dotyk. Używa się do tego np. pianek, kremów, pędzli czy dłoni, w zależności od preferencji i tolerancji dziecka.

Z kolei niedowrażliwość dotykowa objawia się często poprzez zachowania autostymulacyjne, takie jak uderzanie, gryzienie czy drapanie ciała. W takich przypadkach należy skoncentrować się na intensywnej stymulacji tych obszarów, które dziecko samo sobie uszkadza. Zalecane działania to głęboki masaż, pocieranie różnymi fakturami lub zmienne temperatury wody, stosowane w kontrolowany sposób.

Dzieci z nadwrażliwością słuchową wymagają odpowiedniego środowiska akustycznego. Wskazane są pomieszczenia z miękkimi elementami wystroju – zasłony, dywany czy poduszki – które pochłaniają dźwięki. Należy unikać hałaśliwych, zatłoczonych miejsc. W kontakcie z dzieckiem sprawdza się cichy ton głosu, a czasem nawet szept.

W przypadku nadwrażliwości wzrokowej zaleca się eliminację ostrych, migających źródeł światła oraz błyszczących, odbijających powierzchni. Otoczenie dziecka powinno być spokojne wizualnie, o stonowanej kolorystyce.

Dzieci z nadwrażliwością smakową wymagają szczególnie ostrożnego podejścia podczas rozszerzania diety. Nowe potrawy wprowadza się po jednej kropli,

zaczynając od smaków łagodnych, by dopiero po dłuższym czasie przechodzić do intensywniejszych – jak kwaśne czy gorzkie.

Wreszcie nadwrażliwość węchowa może być łagodzona przez ograniczenie używania silnie pachnących kosmetyków i produktów spożywczych. Po ich eliminacji wprowadza się dziecku delikatne, naturalne zapachy w kontrolowany sposób, co pozwala na stopniową normalizację funkcjonowania tego zmysłu (Bobkowicz-Lewartowska 2005, s. 99–100).

Postępowanie terapeutyczne u dzieci z niedowrażliwością sensoryczną powinno koncentrować się na zróżnicowanej i intensywnej stymulacji bodźcami związanymi z zaburzoną modalnością zmysłową. W przypadku niedowrażliwości słuchowej zaleca się umożliwienie dziecku swobodnego wydawania dźwięków, takich jak hałasowanie czy krzyczenie, bez negatywnych konsekwencji ze strony otoczenia. Dodatkowo warto zainteresować dziecko urządzeniami takimi jak mikrofon, wzmacniacz dźwięku czy magnetofon, które mogą wspierać rozwój mowy oraz motywować do prawidłowego posługiwania się przedmiotami. Należy również uczyć dziecko lokalizowania źródeł dźwięków.

W przypadku niedowrażliwości wzrokowej dziecko powinno być zachęcane do obserwowania oświetlonych przedmiotów i osób, unikając bezpośredniego wpatrywania się w źródła światła takich jak słońce.

Gdy występuje niedowrażliwość smakowa lub węchowa, które często współwystępują, istotne jest zabezpieczenie dziecka przed kontaktem z substancjami toksycznymi takimi jak benzyna czy środki czyszczące. Terapia powinna rozpoczynać się od nauki rozpoznawania i nazywania dwóch wyraźnie różniących się zapachów lub smaków.

W terapii integracji sensorycznej, prowadzonej z dziećmi ze spektrum autyzmu, szczególną rolę odgrywa praca z zaburzeniami w zakresie zmysłu równowagi oraz propriocepcji. Obie te sfery mają kluczowe znaczenie dla prawidłowego rozwoju motoryki, koordynacji oraz orientacji w przestrzeni, a ich dysfunkcje mogą znacząco wpływać na codzienne funkcjonowanie dziecka.

W przypadku nadwrażliwości układu przedsionkowego (odpowiedzialnego za równowagę) dziecko wykazuje niechęć do ruchu i może przejawiać silne reakcje lękowe w sytuacjach związanych z przemieszczaniem się. Terapeuta powinien wówczas stworzyć bezpieczne i motywujące środowisko, w którym dziecko będzie miało możliwość samodzielnego podejmowania aktywności. Przykładowym ćwiczeniem może być zabawa polegająca na przechodzeniu przez pokój wypełniony przeszkodami w celu dotarcia do ulubionego przedmiotu.

Przy niedowrażliwości konieczne jest dostarczanie intensywnych i różnokierunkowych bodźców stymulujących zmysł równowagi. Wykorzystuje się tu

różnorodne formy bujania – do przodu i do tyłu, na boki, a także ruchy obrotowe. Stosuje się huśtawki obrotowe, hamaki, wałki sensoryczne. Ćwiczenia te, oprócz funkcji stymulacyjnej, pomagają również w rozwijaniu odruchowych reakcji obronnych, takich jak np. odruch podparcia.

W przypadku nadwrażliwości proprioceptywnej, która jest stosunkowo rzadka, dziecko może boleśnie odczuwać każdy ruch, szczególnie w obrębie stawów. Zwykle wiąże się to z próbami ograniczenia ruchu w celu uniknięcia nieprzyjemnych doznań. W takich przypadkach zalecana jest hydroterapia, ponieważ wypór wody działa rozluźniająco na mięśnie i stawy, łagodząc dyskomfort związany z ruchem.

Z kolei niedowrażliwość w zakresie propriocepcji wymaga intensywnej stymulacji. Stosuje się uciski przy pomocy różnego rodzaju materiałów, a także opukiwania wybranych partii ciała za pomocą odpowiednio dobranych przedmiotów, np. szczotek sensorycznych lub specjalnych pałeczek (Bobkowicz-Lewartowska 2005, s. 100–103).

Warto zwrócić uwagę, że wiele sytuacji z codziennego życia może pełnić funkcję naturalnej terapii sensorycznej. Przykładem jest pobyt na plaży, gdzie dziecko doświadcza różnych bodźców dotykowych – poprzez kontakt z piaskiem mokrym i suchym, wodą, a także poprzez odczuwanie ciepłego wiatru i dźwięku fal. Takie doświadczenia mogą dostarczać wartościowych wrażeń bez konieczności stosowania specjalistycznego sprzętu.

Szczególnie interesującym i wartościowym środkiem terapii jest kontakt z koniem. Choć nie należy on do sytuacji codziennych, zwłaszcza w środowisku miejskim, to jednak – gdy jest możliwy – stanowi silny i zróżnicowany bodziec dla wielu systemów zmysłowych. Ruch konia wpływa korzystnie na równowagę, propriocepcję i koordynację ruchową. Często obserwuje się, że dzieci z autyzmem łatwiej nawiązują relację z koniem niż z mniejszymi zwierzętami czy nawet z ludźmi (Wegnerowska 2011, s. 165).

Podsumowanie

Wciąż stosunkowo niewiele publikacji w sposób kompleksowy opisuje zagadnienie autyzmu dziecięcego, mimo że zaburzenie to występuje coraz częściej i stanowi istotny problem społeczny. Dzieci ze spektrum autyzmu nierzadko pozostają niezauważone przez długi czas – bywają „ukrywane” w domu, a ich diagnoza następuje zbyt późno, co znacząco ogranicza możliwości wczesnej interwencji.

W przeszłości wielu rodziców obarczało siebie winą za pojawienie się autyzmu u dziecka, rezygnując przy tym z terapii i wsparcia. Obecnie coraz rzadziej spotyka się takie postawy – podejście do rodziny uległo zmianie. Dąży się do jak najszerzego włączenia rodziców w proces terapeutyczny poprzez współpracę z zespołami specjalistów zajmującymi się wychowaniem i wspomaganiem rozwoju dziecka.

W większych miastach coraz łatwiej dostępne są wyspecjalizowane placówki terapeutyczne, w których rodzice mogą uzyskać wsparcie. Niestety, sytuacja w mniejszych miejscowościach i na terenach wiejskich pozostaje znacznie trudniejsza – brak infrastruktury i specjalistów ogranicza możliwości systemowego wsparcia.

Podsumowując przedstawione wcześniej cechy charakterystyczne dla dzieci z autyzmem oraz wybrane metody terapeutyczne, można sformułować następujące wnioski:

- Nie istnieje jedno uniwersalne podejście terapeutyczne, które byłoby skuteczne w pracy ze wszystkimi osobami ze spektrum autyzmu.
- Istotne jest identyfikowanie i selekcjonowanie tych elementów różnych metod terapeutycznych, które mogą okazać się użyteczne w tworzeniu indywidualnego programu pracy z konkretnym dzieckiem.
- Wczesna, intensywna i dobrze zaplanowana interwencja ma kluczowe znaczenie dla rozwoju dzieci z autyzmem.
- Zarówno dzieci, jak i ich rodziny posiadają indywidualne zasoby i trudności, które należy uwzględniać przy planowaniu wsparcia.
- Rodzice powinni mieć realną możliwość uczestniczenia w opracowywaniu programu terapeutycznego oraz – jeśli to możliwe – w jego realizacji.
- Terapia powinna obejmować całościowy kontekst życia osoby z autyzmem, a nie koncentrować się wyłącznie na okresie dzieciństwa czy młodości.
- W świetle powyższych wniosków kluczowe wydaje się podejście zindywidualizowane, wielospecjalistyczne i długofalowe, oparte na współpracy z rodziną, szerszym środowiskiem społecznym oraz na elastycznym dobieraniu metod pracy w zależności od potrzeb konkretnego dziecka.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (2013), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.), Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Biadasiewicz M., Maciarz A. (2005), *Dziecko autystyczne z zespołem Aspergera*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.

- Błęszyński J. (2005), *Uwarunkowania efektywnego oddziaływania terapeutycznego w pracy z osobami autystycznymi*, w: J. Błęszyński (red.), *Terapie wspomagające rozwój osób z autyzmem*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Błęszyński J. (2004), *Wykorzystanie metody Ruchu Rozwijającego w terapii dziecka z głębokimi deficytami rozwojowymi – autystycznego*, w: J. Błęszyński (red.), *Wspomaganie rozwoju osób z autyzmem*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Bobkowicz-Lewartowska L. (2005), *Autyzm dziecięcy. Zagadnienia diagnozy i terapii*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Bondy A.S., Frost L.A. (1998), *The picture exchange communication system*, „Seminars in Speech and Language”, 19(4), s. 373–388.
- Cooper J.O., Heron T.E., Heward W.L. (2007), *Applied behavior analysis* (2nd ed.), Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.
- Danielewicz D., Pisula E. (2003), *Terapia i edukacja osób z autyzmem – historia i dzień dzisiejszy*, w: red. D. Danielewicz, E. Pisula, *Terapia i edukacja osób z autyzmem. Wybrane zagadnienia*, Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej.
- Delacato C. (1995), *Dziwne, niepojęte. Autystyczne dziecko*, Warszawa: Fundacja Synopsis.
- Frith U. (2005), *Asperger i zespół Aspergera*, w: red. U. Frith, *Autyzm i zespół Aspergera*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Frith U. (2008), *Autism: Explaining the enigma*, Oxford: Blackwell Publishing.
- Forma P., Matyjas B. (2023), *Childhood autism spectrum. Types and scope of social and pedagogical support*, „Forum Pedagogiczne”, 13(1), s. 285–299.
- Galkowski T. (1995), *Dziecko autystyczne w środowisku rodzinnym i szkolnym*, Warszawa: WSiP.
- Galkowski T., Kossewska J. (2004), *Autyzm wyzwaniem naszych czasów*, Kraków: Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej.
- Knill M.Ch. (1997), *Program aktywności. Świadomość ciała, kontakt i komunikacja*, Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej MEN.
- Kozłowski J. (2003), *Zastosowanie teorii uczenia się w terapii małych dzieci z autyzmem na przykładzie projektu wczesnej interwencji O.I. Lovaasa* w: red. D. Danielewicz, E. Pisula, *Terapia i edukacja osób z autyzmem. Wybrane zagadnienia*, Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej.
- Lovaas O.I. (1987), *Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children*, „Journal of Consulting and Clinical Psychology”, 55(1), s. 3–9.
- Olechnowicz H. (2004), *Wokół autyzmu. Fakty, skojarzenia, refleksje*, Warszawa: WSiP.
- Pisula E. (2005), *Małe dziecko z autyzmem. Diagnoza i terapia*, Gdańsk: GWP.

- Randall P., Parker J. (2004), *Autyzm. Jak pomóc rodzinie*, Gdańsk: GWP.
- Tantam D. (1996), *Czyjś niezależny umysł*, w: *Dziecko autystyczne*, 4, Warszawa: Krajowe Towarzystwo Autyzmu.
- Wacław W., Aldenrud U., Ilstedt S. (2000), *Dzieci z autyzmem i zespołem Aspergera. Praktyczne doświadczenia z codziennej pracy*, Katowice: Wydawnictwo Naukowe „Śląsk”.
- Wegnerowska E. (2011), *Metoda Felicie Affolter*, w: *Terapie wspomagające osób z autyzmem*, red. J. Błęszyński, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”, s. 163–175.
- Wysocka K. (2004), *Metoda Dobrego Startu w pracy z dziećmi autystycznymi*, w: J. Błęszyński (red.), *Wspomaganie rozwoju osób z autyzmem*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.

STRESZCZENIE

Artykuł porusza zagadnienia związane z terapią dzieci ze spektrum autyzmu, ze szczególnym uwzględnieniem terapii behawioralnej oraz integracji sensorycznej. Zwraca uwagę na charakterystyczne cechy funkcjonowania dzieci autystycznych, trudności w dostępie do diagnozy i terapii – zwłaszcza na terenach wiejskich – oraz znaczenie wczesnej iindywidualizowanej interwencji. Omówiono podstawowe założenia terapii behawioralnej, takie jak wzmacnianie pożądanych zachowań, wygaszanie niepożądanych oraz generalizacja efektów. Przedstawiono także techniki stosowane w terapii nad- i niedowrażliwości sensorycznej, w tym stymulację proprioceptywną i przed-sionkową, oraz zwrócono uwagę na terapeutyczny potencjał codziennych doświadczeń zmysłowych.

SŁOWA KLUCZOWE: autyzm dziecięcy, terapia behawioralna, integracja sensoryczna, nadwrażliwość zmysłowa, propriocepcja, równowaga, interwencja wczesna, rodzina dziecka z autyzmem

SUMMARY

The article discusses issues related to the therapy of children on the autism spectrum, with particular emphasis on behavioral therapy and sensory integration. It highlights the characteristic features of children with autism, challenges in accessing diagnosis and therapy – especially in rural areas – and the importance of early and individualized intervention. The article outlines the basic principles of behavioral therapy, such as reinforcing desirable behaviors, reducing undesirable ones, and generalizing learned behaviors. It also presents techniques used in treating sensory over- and under-responsiveness, including proprioceptive and vestibular stimulation, and emphasizes the therapeutic potential of everyday sensory experiences.

KEYWORDS: childhood autism, behavioral therapy, sensory integration, sensory hypersensitivity, proprioception, balance, early intervention, family of a child with autism

JOANNA SĄDEL – Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

Pedagogika/Pedagogy

Przysłano do redakcji / Received: 15.04.2025

Data akceptacji do publikacji / Accepted: 30.09.2025