

REALIZACJA OPOWIADANIA PRZEZ CHŁOPCA Z AUTYZMEM I NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ W STOPNIU UMIARKOWANYM

Katarzyna Koć

IKRiBL
ikribl@wp.pl

Abstrakt: Artykuł dotyczy kwestii realizacji opowiadania przez chłopca z autyzmem i niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym. Badania dowiodły, iż u badanego chłopca trzeba rozwijać sprawności językowe i leksykalne, jak też należy wyposażyć go w umiejętność narracyjnego odnoszenia się do przeszłości, przyszłości i teraźniejszości. Poprawa komunikacji umożliwi chłopcu pełniejszym uczestniczenie w życiu społecznym oraz umożliwi pełniejsze interakcje z innymi dziećmi.

Słowa kluczowe: sprawność narracyjna, zaburzenia mowy, autyzm, niepełnosprawność intelektualna

REALISATION OF THE SHORT STORY BY A BOY WITH AUTISM AND MENTAL RETARDATION IN MODERATE LEVEL

Abstract: The article concerns the issue of writing a story by a boy with autism and moderate intellectual disability. The research has proven that the examined boy needs to develop linguistic and lexical skills, as well as equip him with the ability to refer narratively to the past, future and present. Improving communication will enable the boy to participate more fully in social life and interact more fully with other children.

Keywords: narrative efficiency, speech disorder, autism, mental retardation

Wstęp

Rozwój mowy dzieci z autyzmem jest nieharmonijny i ma indywidualny przebieg. Występująca dodatkowo u niektórych jednostek niepełnosprawność intelektualna prowadzi do powstania kolejnych nieprawidłowości utrudniających im funkcjonowanie w społeczeństwie.

U osób autystycznych z niepełnosprawnością intelektualną występuje wiele deficytów językowych i komunikacyjnych. Zaburzenia mowy mają charakter sprzężony i dotyczą wszystkich poziomów języka. Wraz ze zmniejszaniem się ilorazu inteligencji obniża się również sprawność komunikacyjna jednostki.

Tematem niniejszego artykułu jest sprawność narracyjna autystycznego chłopca z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym¹. Natomiast jej cel stanowi ocena realizacji opowiadania stworzonego przez osobę badaną.

I Autyzm. Charakterystyka zjawiska

1. Definicja autyzmu

Leo Kanner – amerykański lekarz, jako pierwszy użył terminu autyzm, wywodzącego się od greckiego słowa *autos* oznaczającego „sam”. Twórca psychiatrii dziecięcej wybrał to określenie, ponieważ u badanych przez niego osób uwagę zwróciły zaburzenia tworzenia relacji. Wspólną, nietypową cechą tej grupy było izolowanie się, preferowanie samotności i niedążenie do kontaktów z innymi ludźmi (Pisula 2012: 10). Wspomniane badania zostały przeprowadzone w 1943 roku i ta data uważana jest za początek refleksji naukowej na temat autyzmu (Lipski 2015: 463). Kannerowski sposób widzenia tego zaburzenia jako zespołu chorobowego o ściśle określonych cechach jest jednak obecnie poddawany w wątpliwość (Pisula 2005: 13).

Przez długi czas autyzm uważany był za zaburzenie psychotyczne, utożsamiane ze schizofrenią dziecięcą (Lipski 2015: 463). Gdy Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne wprowadziło termin głębokie zaburzenia rozwoju, zaprzestano klasyfikacji autyzmu wśród psychoz.

Pod koniec lat 70. XX wieku Lorna Wing, psychiatra z Wielkiej Brytanii i badaczka autyzmu, mająca córkę z tym problemem, zwróciła uwagę na fakt, że nasilenie trudności specyficznych dla tego zaburzenia nie jest jednakowe u wszystkich dotkniętych nim osób (Wing i Gould, 1979). Zaproponowała więc inne określenie tej jednostki chorobowej, a mianowicie autystyczne kontinuum, podkreślając, że w jego obrębie znajdują się zarówno ciężkie deficyty z wieloma niepełnosprawnościami, jak i znacznie lżejsze, w mniejszym stopniu zakłócające rozwój człowieka (Pisula 2012: 15). Zauważyła również, że poza trzema osiowymi symptomami występuje dużo innych trudności pojawiających się w różnych kombinacjach. W efekcie spostrzeżeń Wing rozszerzono koncepcję autyzmu o zaburzenia lżejsze i mniej typowe w stosunku do kannerowskiego opisu (Pisula 2012: 16).

Następnie termin autystyczne kontinuum został zastąpiony określeniem autystyczne spektrum zaburzeń, które nie sugeruje stopnia nasilenia niepełnosprawności. (Pisula 2012: 20). Obecnie pojęcie autyzm obejmuje swoim znaczeniem bardzo zróżnicowany zakres trudności i poziomu funkcjonowania dotkniętych nim

¹ Prezentowany artykuł jest zmienioną i poprawioną wersją pracy dyplomowej, która powstała na Podyplomowych Studiach Logopedycznych UPH.

osób (Pisula 2012: 15–16). Ta jednostka diagnostyczna traktowana jest jako zaburzenie rozwoju, a nie choroba, co wyraźnie odróżnia ją od schizofrenii, która ma charakter postępujący (Lipski 2015: 465).

Zgodnie z klasyfikacją ICD-10 „autyzm jest całościowym zaburzeniem rozwoju charakteryzującym się nieprawidłowym i/lub upośledzonym rozwojem, pojawiającym się przed trzecim rokiem życia, w którym występuje nieprawidłowe funkcjonowanie we wszystkich spośród trzech sfer: interakcjach społecznych, komunikacji oraz ograniczonym, powtarzającym się repertuarze zachowań” (Skałwina 2016: 236).

W 1988 roku pojawiło się określenie autystyczne spektrum zaburzeń (ASD – autistic spectrum disorders. Miało to związek ze spostrzeżeniem, że symptomy autyzmu występują w różnych zestawieniach i nasileniu. Zauważono, że w przypadku kilku zaburzeń obecne są podobne problemy w tworzeniu relacji społecznych, komunikowaniu się oraz wzorcach aktywności. Deficyty te mogą się różnić zakresem trudności i nieprawidłowości w innych obszarach funkcjonowania i zdrowia (Pisula 2012: 15–16). Autyzm ma charakter przewlekły i znacząco wpływa na rozwój funkcji poznawczych dzieci i osób dorosłych. To z kolei powoduje dysfunkcje w posługiwaniu się złożonymi strukturami mowy oraz problemy w rozumieniu stanów emocjonalnych innych osób.

U znacznej części autystów występuje równocześnie upośledzenie umysłowe. Pewne trudności może sprawiać rozróżnienie tych dwóch zaburzeń. Tym, co różni autyzm od upośledzenia umysłowego, nie jest jakość procesów komunikacyjnych, ale ograniczona zdolność rozpoczynania i naprzemiennego uczestniczenia w interakcji.

2. Klasyfikacja zaburzeń autystycznych

Aktualnie autyzm jest rozpoznawany na podstawie listy symptomów zawartych w dwóch największych systemach klasyfikacji chorób i zaburzeń funkcjonowania. Jeden z nich opracowany został przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (APA, 2000), drugi przez Światową Organizację Zdrowia (WHO, 1992). Rozpoznanie autyzmu opiera się w obydwu typologiach na stwierdzeniu w zachowaniu diagnozowanej osoby triady następujących zaburzeń (Pisula 2012: 11):

1. Nieprawidłowości w rozwoju społecznym, zwłaszcza w zdolności do uczestniczenia w naprzemiennych interakcjach społecznych.
2. Deficytów i dysfunkcji w porozumiewaniu się zarówno werbalnym, jak i niewerbalnym.
3. Obecności sztywnych, powtarzalnych wzorców zachowania, aktywności i zainteresowań widocznych np. w zabawie (Pisula, 2005: 15).

Autyzm w klasyfikacji ICD-10 należy do grupy tzw. całościowych zaburzeń rozwoju (oznaczonych symbolem F84) Oprócz niego należą tu: autyzm dziecięcy (F84.0), autyzm atypowy (F84.1), zespół Retta (F84.2), inne dziecięce zaburzenia dezintegracyjne (F84.3), zaburzenia hiperkinetyczne z towarzyszącym upośledzeniem umysłowym i ruchami stereotypowymi (F84.4), zespół Aspergera (F84.5), inne całościowe zaburzenia rozwojowe (F84.8), całościowe zaburzenia rozwojowe, nieokreślone (F84.9) (Pisula 2012: 16–17).

W podobny sposób skonstruowano kryteria DSM-IV (Diagnostycznej i Statystycznej Klasyfikacji Zaburzeń Psychiczych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego). W typologii tej autyzm znajduje się w grupie zaburzeń autystycznych i funkcjonuje pod numerem 299.0. Dysfunkcje te obejmują: zaburzenia autystyczne, inne całościowe zaburzenia rozwojowe nieujęte w pozostałych kategoriach diagnostycznych, zaburzenia Retta, dziecięce zaburzenie dezintegracyjne, zaburzenia Aspergera (Pisula 2012: 14).

W klasyfikacjach ICD-10 i DSM-IV autyzm traktowany był jako całościowe zaburzenie rozwoju. Najnowsze ich wersje (DSM-V oraz ICD-11) lokują go w grupie zaburzeń ze spektrum autyzmu, które obejmują, oprócz autyzmu wczesnodziecięcego, również zespół Aspergera, zespół Retta, dziecięce zaburzenie dezintegracyjne oraz inne całościowe zaburzenia rozwoju (Urban 2020: 136). Zmiany w klasyfikacjach mają na celu ograniczenie liczby jednostek zaliczanych do podgrupy zaburzenia inne, nieokreślone.

3. Przyczyny autyzmu

Znaczne rozszerzenie definicji autyzmu i traktowanie go jako spektrum zaburzeń to jedna z przyczyn dużego wzrostu liczby osób, u których jest on diagnozowany. W przeszłości przypuszczano, że autyzm powstaje w wyniku działania czynników o charakterze psychologicznym. Upatrywano ich głównie w braku właściwych więzi między rodzicem a dzieckiem. Jednak nie znaleziono naukowego potwierdzenia tej tezy. Współcześnie uważa się, że procesy inicjujące spektrum zaburzeń autystycznych obejmują działanie czynników genetycznych i neurorozwojowych, które wchodzi w interakcję z różnymi uwarunkowaniami biologicznymi i środowiskowymi. Można przypuszczać, że zróżnicowany charakter ostatecznej ekspresji tego zaburzenia zależy od rodzaju tych czynników, siły ich oddziaływania i związków między nimi (Pisula 2012: 57). Jedną z najnowszych hipotez neurofunkcjonalnych mechanizmów prowadzących do ujawnienia symptomów autyzmu opracowały Lynn Waterhouse, Deborah Fein i Charlotte Modahl (1996), które zakładają, że pełna ekspresja objawów łączy się z czterema dysfunkcjami, chociaż możliwe jest zróżnicowanie stopnia pokrewnych problemów. Do tych nieprawidłowości należą:

1. Brak normalnej, uwzględniającej kontekst integracji sensorycznej. Ma to związek z zaburzeniami funkcjonowania hipokampa.
2. Niezdolność do przypisywania właściwego znaczenia emocjonalnego nowej sytuacji oraz stymulacji społecznej (takiej, jak np. twarze ludzkie, ich ekspresja itd.). Wynika to z zaburzonego rozwoju ciała migdałowatego, którego uszkodzenie polega na zbyt dużej liczbie niedojrzałych komórek.
3. Niezdolność do socjalizacji wynikająca z zaburzeń systemu neuropeptydów uczestniczących w społecznej afiliacji człowieka. Zaburzenia te dotyczą oksytocyny i wazopresyny, których poziom nie jest prawidłowy u wielu osób autystycznych.
4. Nadmierna selektywność uwagi wynikająca z zaburzonego rozwoju ciemieniowych i skroniowych polisensorycznych związków korowych.

Według Waterhouse, Fein i Modahl (1996), kombinacja tych dysfunkcji prowadzi do zaburzenia zdolności uczestniczenia w interakcjach społecznych, komunikacji oraz zabawy. Aspołeczność i nieprawidłowe nadawanie znaczenia niwelują potrzebę, zainteresowanie i przyjemność z bycia z innymi ludźmi. Z kolei problemy integracji sensorycznej oraz nadmierna selektywność uwagi zaburzają integrację percepcyjną, płynne przenoszenie uwagi, efektywną pamięć roboczą oraz szybkie przypominanie (Pisula 2002: 106–107).

Dysfunkcje neuronów lustrzanych, dzięki którym ludzie automatycznie rozumieją i rozpoznają działania oraz intencje innych osób, również znacząco wpływają na brak umiejętności społecznych i trudności w komunikowaniu się.

W licznych badaniach wykryto, że warunki życia płodowego i porodu, m.in. krwawienie w pierwszym lub drugim trymestrze ciąży, niska waga urodzeniowa, ciąża niedonoszona lub przenoszona, zażywanie leków w czasie ciąży, zaawansowany wiek matki, cukrzyca ciążowa, mają związek z tym zaburzeniem (Pisula 2002: 91).

Przez ostatnie 20 lat zgromadzono dużo dowodów na genetyczne uwarunkowania zaburzeń ze spektrum autyzmu, lecz żaden gen nie został jednoznacznie zidentyfikowany jako czynnik prowadzący do rozwinięcia się tej choroby. Argumentami przemawiającymi za uczestniczeniem genów w powstawaniu autyzmu są:

1. Częste współwystępowanie zaburzeń u bliźniąt jednojajowych.
2. Diagnoza autyzmu u osób spokrewnionych.
3. Występowanie innych głębokich zaburzeń rozwoju u krewnych.
4. Częstsze występowanie zaburzeń poznawczych (np. opóźnienia rozwoju mowy, trudności w uczeniu się, upośledzenia umysłowego) u najbliższych krewnych osób autystycznych niż przeciętnie w populacji.
5. Poziom rozwoju intelektualnego rodzeństwa dzieci autystycznych niższy niż porównywanych z nimi rówieśników niemających braci ani sióstr z autyzmem.

6. Stosunkowo częste współwystępowanie autyzmu z innymi zaburzeniami o charakterze genetycznym.
7. Brak przekonujących dowodów na znaczenie czynników związanych z przebiegiem ciąży i porodu w etiologii autyzmu (Pisula 2002: 93–94).

Z aktualnego stanu wiedzy na temat genetycznych przyczyn autyzmu wynika, że chodzi nie tyle o dziedziczenie zaburzenia, co raczej o przejmowanie predyspozycji do pewnego sposobu funkcjonowania społecznego oraz trudności w komunikowaniu się z innymi ludźmi. Mogą one odgrywać rolę w ograniczonym zainteresowaniu relacjami z otoczeniem, preferowaniu samotności, opóźnieniach rozwoju mowy, słabych zdolnościach prowadzenia konwersacji, a także doświadczaniu lęku w sytuacjach społecznych i braku elastyczności w działaniu (Pisula 2012: 32).

Do przyczyn autyzmu zalicza się również stres prenatalny. David Beversdorf ze współpracownikami (2005) przypuszczają, że nieprawidłowości w budowie mózgu osób z autyzmem mogą powstać przed 30–32 tygodniem ciąży pod wpływem dużego stresu podczas ciąży. Osłabia on bowiem barierę łożyskową, czyniąc ją bardziej przepuszczalną dla uszkadzających czynników (Pisula 2012: 33).

W przeciągu ostatnich kilkunastu lat wskazano kilka bardzo prawdopodobnych czynników biochemicznych zwiększających ryzyko zapadalności na autyzm, zwłaszcza u osób genetycznie predysponowanych. Są to m.in. kwas walproiowy (przyjmowany przez matkę podczas ciąży w celu zapobiegania atakom padaczkowym) oraz wykorzystywany niegdyś w wielu chorobach lek talidomid. Badania wskazują, że wystawienie płodu na działanie talidomidu we wczesnym okresie ciąży skutkuje znacznie podwyższonym poziomem serotoniny w strukturze mózgu. Dowiedziono również, że podawanie leków hamujących wydzielanie dopaminy łagodzi niektóre trudne zachowania osób autystycznych, zwłaszcza samookaleczenie i stereotypie ruchowe (Deutsch, 1986). Przypuszcza się, że pewne symptomy autyzmu mogą mieć związek z aktywnością endorfin. Ich poziom, mierzony w płynie mózgowo-rdzeniowym, jest wyższy u dzieci autystycznych niż u osób normalnie funkcjonujących (Pisula 2002: 105).

Warto również zwrócić uwagę na tezę, że obecność wysokiego poziomu testosteronu w życiu płodowym może być jedną z przyczyn zachowań autystycznych. Analiza związku między testosteronem a rozwojem zdolności społecznych wykazała, że istnieje ujemna korelacja między poziomem tego hormonu a umiejętnością dzieci do uczestniczenia w interakcjach, okazywania empatii i odczytywania emocji na podstawie wyrazu oczu (Pisula 2012: 69–70).

Niektóre badania wskazywały, że czynnikiem ryzyka autyzmu mogą być pierwiastki chemiczne, takie jak: rtęć, ołów, metyl, fenyle, arsen, toluen (Kalia, 2008), działające negatywnie na rozwijający się układ nerwowy (Wujcik, Porzycka, Witusik, Pietras 2010: 40).

Wiadomo, że etiologia autyzmu obejmuje działanie wielu czynników, zróżnicowanych u poszczególnych osób (Pisula 2012: 34). Obecnie wciąż poszukuje się przyczyn zaburzonego rozwoju i nietypowych wzorców zachowań, które charakteryzują autyzm.

4. Objawy zaburzeń autystycznych

Autyzm to złożone zaburzenie rozwoju i funkcjonowania ośrodkowego układu nerwowego. Charakteryzuje się trudnościami w odczytywaniu i komunikowaniu uczuć, zakłóceniami zdolności budowania relacji interpersonalnych, zubożeniem i stereotypowością zachowań oraz problemami z integracją wrażeń zmysłowych. W tym zaburzeniu mówi się o występowaniu osiowych objawów, które w sposób ewidentny upośledzają rozwój osób autystycznych. Jest to grupa bardzo zróżnicowana w zakresie jakości i liczby objawów. Zauważa się odmienność w zakresie poziomu sprawności intelektualnych: od normy intelektualnej do upośledzenia w stopniu głębokim (Lipski 2015: 464–465).

U niemowląt autystycznych rzadziej występują wokalizacje w formie gaworzenia pojawiające się w pierwszych miesiącach życia. Zauważono, że odgłosom tym w mniejszym stopniu towarzyszą bezsłowne reakcje mimiczne, gestowe oraz ruchy całego ciała. Pierwsze słowa wypowiedane są ze zrozumieniem przez większość dzieci autystycznych dopiero ok. czwartego roku życia. U niektórych niemowląt problemy w rozwoju społecznym można zaobserwować już w pierwszym półroczu życia. Nie reagują one na kierowane do nich bodźce (uśmiech, słowa), nie dążą do tego, by brać je na ręce i rzadko same spontanicznie uśmiechają się do innych. Niektóre dzieci inicjują interakcję lub odpowiadają na podejmowane przez otoczenie próby nawiązania kontaktu, rzadko jednak patrzą przy tym w oczy i nie umieją przeplatać swojej aktywności z działaniami partnera (Pisula 2012: 37). Nie potrafią odczytać kierunku patrzenia ani wyrazu oczu jako wskazówki do zinterpretowania czyjegoś zachowania. Trudność sprawia im tworzenie wspólnego pola uwagi, czyli przenoszenia wzroku z osoby na interesujący obiekt.

Duże trudności u osób z autyzmem ujawniają się w ich relacjach z innymi ludźmi. Autyści żyją zazwyczaj w pewnej izolacji od swoich rówieśników, ale większość z nich dysponuje możliwościami spontanicznego nawiązania kontaktu. Zazwyczaj nie są oni świadomi tego, co dzieje się z innymi ludźmi. Nie dzielą się z nimi zainteresowaniami, spostrzeżeniami i przeżyciami, nie szukają pomocy lub pocieszenia, gdy jest im źle. Niektóre dzieci zupełnie ignorują obecność innych osób. Zupełnie nie interesują się światem społecznych relacji. Inni autyści czasem szukają kontaktu z dorosłymi albo dziećmi znacznie od nich starszymi. Są i tacy, którzy obserwują bawiących się rówieśników, podejmują próbę przyłączenia się, zazwyczaj jednak nie rozumieją zasad rządzących nawet najprostszymi grami

opartymi na naprzemiennej aktywności. Z uwagi na to, że ich własne zajęcia nie są atrakcyjne dla otoczenia, rzadko dochodzi do współdziałania. Często bawią się więc samotnie, układając zabawki według powtarzającego się schematu lub kręcąc nimi czy postukując. Wyniki współczesnych badań prowadzonych wśród wysoko funkcjonujących autystycznych nastolatków dowodzą jednak, że potrzebują oni bliskich związków i cierpią z powodu osamotnienia.

Problemy osób z autyzmem w zakresie porozumiewania się z innymi ludźmi mają bardzo rozległy charakter. Nie dotyczą one braku motywacji do komunikowania się, a raczej zrozumienia, do czego służy ten proces. Mniej więcej połowa osób z autyzmem nie używa mowy do porozumiewania się. Nieprawidłowości w komunikowaniu się tej populacji mają uniwersalny charakter i występują niezależnie od wieku, poziomu rozwoju oraz zróżnicowanych umiejętności językowych. Ściśle wiążą się one z inicjowaniem i podtrzymywaniem interakcji (Pisula 2012: 43).

Z badań wynika, że większość osób z autyzmem rozpoznaje podstawowe emocje, takie jak: radość, smutek, lęk, obrzydzenie czy zaskoczenie, nie potrafi jednak zidentyfikować stanów bardziej złożonych, np. wstydu i zazdrości (Pisula, 2012: 45). Osoby te nie widzą związku emocji z ich przyczynami, z kontekstem, w którym powstały i zachowaniem, które spowodowały.

U autystów stwierdzono wiele oznak ograniczonej umiejętności wyobrażenia sobie stanów umysłu. Dotyczą one nawet najprostszych zdolności, choć u niektórych osób z autyzmem występują tylko wówczas, gdy analizie poddaje się złożone stany emocjonalne i umysłowe (np. rozumienie czyichś przekonań). Zaburzenia teorii umysłu powodują, że dzieci z autyzmem nie rozumieją, na czym polega udawanie, nie potrafią bawić się „na niby”. Mają również trudności ze zrozumieniem, co to jest oszustwo, manipulowanie, nie rozumieją sarkazmu i metafor, czyli tego, co wykracza poza bezpośrednio wyrażony komunikat. Osoby te wykazują zróżnicowany poziom rozwoju w zakresie teorii umysłu. Stopień doświadczanych przez nie trudności pozostaje w związku z poziomem ich rozwoju umysłowego i językowego (Pisula 2012: 47–48).

Większość osób z autyzmem spontanicznie i werbalnie wyraża swoje potrzeby oraz nazywa obiekty. Rzadko wykorzystują one komunikaty słowne do komentowania wydarzeń, dzielenia się swoimi doświadczeniami, odczuciami i innymi stanami umysłu. W ich mowie występują tak zwane stereotypie językowe. Polegają one na wielokrotnym powtarzaniu (natychmiastowym lub odroczone) słów, zdań wypowiedzianych przez kogoś innego. Nieprawidłowości w zakresie mowy dotyczą też nietypowej intonacji, tempa, rytmu wypowiedzi oraz ograniczonego i nierównomiernego zasobu słownictwa. Osoby z autyzmem mają trudności z użyciem zaimków osobowych (Pisula 2012: 51–52). Jednym z dość specyficznych objawów występujących w mowie osób z autyzmem jest pomijanie zaimka osobowego „ja” lub zastępowanie go zaimkiem użytym w drugiej lub trzeciej osobie. Nie-

którzy z autystów mogą wypowiadać się płynnie, jednak nie w celu wyrażania emocji, pragnień czy z powodu chęci komunikacji. Przy prawidłowym rozwoju systemu językowego myślenie wyprzedza mówienie. W autyzmie dziecko rozumie tyle, ile jest w stanie powiedzieć. Uczy się poprawnie artykułować słowa, rozwija swój zasób słownictwa, ma jednak trudności z wykorzystaniem ich do nawiązywania relacji.

Częstym zjawiskiem występującym w mowie autystów jest echolalia (co może świadczyć o zaburzeniach centralnego przetwarzania słuchowego), która stanowi odbicie bodźców kierowanych do osób z autyzmem w formie przekazów językowych, ale także zawiera elementy autostymulacji i jest źródłem informacji o przeżywanych potrzebach (Gałkowski 2003: 275).

Autyści spoglądają „nie na kogoś, tylko przez kogoś”, nie są w stanie utrzymać kontaktu wzrokowego w celu lepszej komunikacji, ponieważ nie potrafią interpretować zachowań rozmówców. Nie towarzyszy im ani spontaniczność emocjonalna, ani ekspresja komunikatów niewerbalnych (Urban 2020: 136–138). Osoby te wykazują trudności z wnioskowaniem z kontekstu i problemy ze zrozumieniem słów o znaczeniu abstrakcyjnym. Zazwyczaj mają niezwykle wąskie i nietypowe zainteresowania, którym często towarzyszy powtarzanie pewnych schematów zachowań i przywiązanie do rytuałów, przedmiotów. Pojawiają się manieryzmy ruchowe, widoczny jest brak elastyczności i niechęć do zmian. Ograniczony repertuar postępowania pozostaje w związku z poziomem rozwoju umysłowego. Dzieci niżej funkcjonujące dostarczają sobie intensywnej stymulacji zmysłowej, w tym również poprzez doznania płynące z uszkodzenia własnego ciała. Z kolei te, które lepiej sobie radzą, częściej powtarzają złożone czynności i inne formy aktywności. Istotną rolę w powstawaniu nietypowych wzorców zachowań mogą odgrywać problemy w odbiorze i przetwarzaniu bodźców sensorycznych. Często wysuwają się one na pierwszy plan.

Dzieci z autyzmem dobrze sobie radzą z wyjaśnianiem i przewidywaniem zjawisk fizycznych, jednocześnie mają bardzo słabo rozwiniętą intuicję psychologiczną (Pisula 2012: 66). Często przetwarzają docierające do nich informacje w sposób specyficzny. Jedną z cech tego procesu jest koncentracja na detalach, która utrudnia im ogarnięcie całości informacji. Przekłada się to na problemy z rozumieniem sytuacji, wnioskowaniem, uogólnianiem dotychczasowych doświadczeń i rozwiązywaniem problemów (Pisula 2012: 72–73).

Autyzmu nie należy sprowadzać tylko do deficytów, gdyż często towarzyszą mu niezwykle umiejętności, a czasem nawet spektakularne osiągnięcia. Zawsze można odnaleźć obszary, które stanowią o możliwościach każdego dziecka.

5. Terapia logopedyczna dzieci z autyzmem

Autyzm poddaje się różnym formom terapii, które mogą istotnie poprawić funkcjonowanie osób borykających się z tym problemem. Zakres możliwych do osiągnięcia efektów uzależniony jest m.in. od tego, kiedy zaburzenie to zostanie rozpoznane i jak wcześnie dziecko będzie objęte odpowiednim programem terapeutycznym wspierającym jego rozwój. Brak jednoznacznie określonych przyczyn autyzmu i jego szerokie spektrum objawów uniemożliwiają stosowanie jednej skutecznej metody terapeutycznej. Niezbędne jest holistyczne podejście terapeutyczne. Każde dziecko autystyczne ma swój indywidualny zakres zaburzeń i różny stopień ich nasilenia, co skutkuje potrzebą indywidualnej terapii. Brak odpowiednio przeprowadzonej stymulacji skutkuje obniżeniem poziomu funkcjonowania autysty oraz wystąpieniem wtórnego upośledzenia. Program terapeutyczny musi uwzględnić cechy osobowościowe każdego dziecka, jego potrzeby i możliwości. Konieczne jest dostosowanie go do oczekiwań dziecka i przejawianej przez niego gotowości komunikacyjnej. Celem terapii jest modyfikacja zachowania, która pozwoli na uzyskanie efektu współpracy pacjenta z terapeutą, nabycie umiejętności wykonywania przez niego poleceń, wyeliminowanie niepożądanych działań zakłócających, agresywnych czy autoagresywnych (Rozetti-Szymańska, Wójcik, Pietras, 2010: 195). Proces terapii prowadzony odpowiednio dobraną metodą priorytetowo traktuje konieczność nawiązania kontaktu z dzieckiem i wypracowania najbardziej skutecznego kanału służącego komunikacji.

Terapia logopedyczna ma na celu wywołanie mowy, jej rozwijanie i doskonalenie, bogacenie zasobu słownictwa biernego i czynnego oraz likwidację wad artykulacyjnych. Niestety, częściej występują u dzieci autystycznych złożone zaburzeniami, które uniemożliwiają nawiązanie kontaktu werbalnego. Wówczas logopedzi i terapeuci sięgają po alternatywne formy komunikacji, jak np. piktogramy, system Makaton. Zajęcia logopedyczne stanowią ważny element zintegrowanej terapii autyzmu, pomagają w komunikacji osoby z otoczeniem społecznym (Rozetti-Szymańska, Wójcik, Pietras 2010: 200–201). Istotne jest wykorzystywanie pozajęzykowych form wymiany informacji w zabawie organizowanej na zasadzie partnerskiej naprzemienności reakcji, w której wszelkie inicjatywy komunikacyjne dziecka nie mogą pozostać bez odpowiedzi ze strony osób dorosłych.

Logopedyczna praca z dzieckiem autystycznym powinna skupiać się przede wszystkim na pragmatycznej warstwie języka. Ważne jest, by stał się on praktycznym narzędziem do komunikacji. Logopeda powinien pokazać dziecku, do czego służy komunikacja oraz jak korzystać z języka. Istotne jest, aby trening językowy przebiegał w sytuacjach jak najbardziej zbliżonych do codziennych doświadczeń dziecka, ponieważ skojarzenie mowy z tymi okolicznościami jest drogą najbardziej naturalną do nauki. Logopeda powinien doskonalić u dziecka autystycznego pro-

ces przetwarzania informacji, dlatego niezbędna wydaje się praca nad pamięcią, uwagą, kojarzeniem, czytaniem czy interpretacją znaczeń w wypowiedzi. Bez opanowania elementarnych czynności, takich jak: uzyskiwanie i podtrzymywanie kontaktu wzrokowego, naśladowanie czy współdzielenie uwagi, nie sposób przejść do nauki zachowań związanych z identyfikowaniem, kategoryzowaniem, wskazywaniem i zabawą. Dopiero po nabyciu przez dziecko tych podstawowych umiejętności terapeuta może wprowadzić naukę rozumienia wypowiedzi symbolicznych i abstrakcyjnych, z którymi kłopoty przejawia wiele dzieci w normie (Lipski 2015: 511–512).

Odpowiednio dobrane działania zasadniczo zmieniają sytuację dzieci ze spektrum autyzmu. Celem ich terapii jest przede wszystkim minimalizowanie trudności dotyczących relacji społecznych, komunikowania się oraz zwiększenie zdolności do niezależnego i optymalnego uczestnictwa w życiu. Początkowo terapia powinna odbywać się indywidualnie. Stopniowo, w miarę rozwoju umiejętności, dziecko może zostać włączone do małej grupy (maksimum trzyosobowej), ale nadal powinno korzystać ze wsparcia swojego terapeuty. Zestaw metod przynoszących najlepsze rezultaty jest inny dla każdej osoby, a także zmienia się w miarę upływu czasu. Niektóre umiejętności można rozwijać w sali terapeutycznej, lecz w programach oddziaływań terapeutycznych duży nacisk kładzie się na wzmocnienia, skłaniające dziecko do inicjowania kontaktów interpersonalnych w rozmaitych sytuacjach rzeczywistych (Gałkowski 2001: 357).

Wiele osób z autyzmem doświadcza trudności w odbiorze bodźców zmysłowych i przetwarzaniu informacji sensorycznych. Konieczne jest więc uwzględnienie tych problemów w terapii. Niektóre programy (przeznaczone dla małych pacjentów, a także dla młodzieży autystycznej) wykorzystują podejście znane jako modyfikacja zachowań, u których stosuje się ustrukturyzowane formy oddziaływań. Inny sposób podejścia polega na oddziaływaniu na sferę emocji i wyzwalaniu spontanicznych reakcji na bodźce pod wpływem przyjemnych przeżyć w zabawie łączącej się z aktywnością ruchową (Gałkowski 2001: 360).

Ze względu na złożoność i wieloaspektowość problematyki wszelkie jednoznaczne rozstrzygnięcia mogą się okazać zawodne. Warto więc skorzystać z szerokiej gamy metod i form programów opracowanych przez doświadczonych specjalistów. Są to m.in.:

Terapia behawioralna. Opiera się na warunkowaniu sprawczym, którego celem jest zwiększanie liczby zachowań deficytowych i zredukowanie zachowań niepożądanych. Wykorzystywane są różne wzmocnienia, tak aby doświadczenia dziecka w trakcie terapii były pozytywne. Stosowana analiza zachowań odnosząca się do szczegółowo określonych bodźców oraz rozłożenie celu na części składowe odbywa się przez wielokrotne powtarzanie prób uczenia się, czyli tak zwaną metodę wyodrębnionych prób uczenia się. Po opanowaniu poszczególnych elementów danej

umiejętności można przejść do opanowywania całego wybranego zachowania. Nauka odbywa się w warunkach silnie strukturalizowanych, przy ściśle określonych poleceniach, podpowiedziach oraz wzmocnieniu. Następnie pracuje się nad generalizacją zachowania. Stopniowo sesje uczenia się zaczynają odbywać się w warunkach mniej strukturalizowanych i w naturalnych sytuacjach. Wykorzystywane jest wówczas uczenie sytuacyjne (Pisula 2012: 116–17).

Model TEACCH. W podejściu tym łączy się różne metody terapeutyczne i edukacyjne. Jest to multidyscyplinarny i holistyczny model terapii, w którym istotne znaczenie ma edukacja. Dąży się do rozwijania umiejętności adaptacyjnych osób z autyzmem i przystosowania środowiska do ich potrzeb. Wykorzystuje się teorie poznawcze i behawioralne do wyjaśniania problemów doświadczanych przez te osoby. W edukacji stosuje się dużo materiałów wizualnych, gdyż instrukcje odbierane za pomocą wzroku są przez nich lepiej rozumiane (Pisula 2012: 132).

Trening umiejętności społecznych. Lepszemu zrozumieniu sytuacji społecznych, zdolności rozwiązywania problemów, odczytywania i nadawania komunikatów werbalnych i niewerbalnych, wchodzenia w interakcje z rówieśnikami służą treningi umiejętności społecznych. Wykorzystuje się w nich między innymi metody modyfikacji zachowania. Dzieci uczą się śledzenia kierunku wskazanego przez dorosłego. Stosuje się tu wiele sposobów ułatwiających afatykom zrozumienie, na czym polega naprzemiennosc, np. wizualne podpowiedzi pomagające kontrolować własne zachowanie i zrozumienie zasad, które w innych okolicznościach są dla osób z autyzmem niejasne. Wykorzystuje się gry i ćwiczenia odgrywania ról, historie społeczne, a także zwykłą rozmowę (Pisula 2012: 135).

Trening integracji słuchowej. To metoda opracowana przez francuskiego otolaryngologa Guya Berarda. Zgodnie z przyjętymi przez niego założeniami nadmierna wrażliwość dziecka na bodźce słuchowe i wynikające z niej zaburzenia w zachowaniu oraz trudności w uczeniu się mogą być spowodowane uszkodzeniem słuchu. Dziecko w słuchawkach słucha opracowanej elektronicznie muzyki. Do jej przygotowania stosuje się specjalne filtry, które eliminują dźwięki sprawiające dziecku trudność oraz modeluje się częstotliwość. W efekcie dostarcza się słuchającemu maksymalnie dużej stymulacji (Pisula 2012: 139).

Metoda Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne. Autorka oparła swoją metodę na założeniach gimnastyki ekspresyjnej, opracowanych przez Labana. Odpowiednio dobrane ćwiczenia i zabawy ruchowe rozwijają poczucie własnej wartości, bezpieczeństwa, nawiązywania kontaktów społecznych. Ćwiczenia sprzyjają rozwojowi zdolności współdziałania z innymi ludźmi, kształtują świadomość własnego ciała i relaksują (Pisula 2012: 140–141). Metoda ta powinna być zalecana dzieciom z autyzmem w pierwszym etapie działań terapeutycznych. Może stanowić podstawę do efektywnych form nawiązywania i podtrzymywania kontaktów społecznych oraz adekwatnego, emocjonalnego reagowania na napływające z ze-

wnątrz bodźce. W sposób istotny wpływa na polepszenie kontaktu wzrokowego dzięki włączeniu w proces terapii osób najbliższych, jak również oddziaływać w formie zabawowej (Błęszyński 2005: 144).

Metoda Dobrego Startu. Marta Bogdanowicz, adoptując metodę Bon Depart do potrzeb dzieci w określonym wieku oraz możliwości i zasobów języka polskiego, opracowała zestaw wzorów ruchowych i przyporządkowała im rytmiczne polskie piosenki. Ułożone w sekwencje, z zachowaniem odpowiedniej kolejności, ćwiczenia doskonałą i harmonizują rozwój psychoruchowy w obszarze funkcji intelektualnych (mowy i na założeniach jednoczesnego rozwijania funkcji językowych, spostrzeżeniowych (wzroku, słuchu, dotyku, kinestetyki, motoryki) oraz koordynowania ich współzależności i współdziałania między sobą. Założenia te mają na celu możliwie najszersze wpływanie na rozwój dziecka tak, by w efekcie przygotować je do nauki czytania i pisanie (Wysocka 2005: 151–152).

Metoda Felicie Affolter. W swej metodzie autorka wykorzystuje dotyk, który angażuje wszystkie zmysły. Droga ta umożliwia eksplorowanie, stopniowe poznawanie i przekształcenie rzeczywistości przez osoby przejawiające zaburzenia spostrzegania, wobec których instrukcje słowne są nieskuteczne i nie przynoszą oczekiwanego efektu. Regularna pomoc instruktora w „prowadzeniu rąk” sprawia, że osoba otrzymuje informacje dotykowe i ma poczucie sprawstwa. Dzięki tej metodzie osoby z zaburzeniami spostrzegania uczą się poszukiwania bodźców czuciowych potrzebnych do zrozumienia i dostosowania się do otoczenia. Dotyk umożliwia nawiązanie kontaktu fizycznego z drugą osobą czy przedmiotem, a także zapewnia komfort psychiczny niezbędny do dalszego rozwoju. Jej głównym celem jest uczenie się rozwiązywania codziennych problemów w środowisku wzbogaconym sensorycznie. Autorka nawiązuje do teorii rozwoju inteligencji Jeana Piageta, której głównym założeniem jest dokładne poznanie mechanizmów kształtowania funkcji umysłowych dziecka (Wegenerowska 2005: 163–165).

Metoda Knillów z elementami stymulacji polisensorycznej. Marianna i Christopher Knillowie oparli swoją metodę na założeniu, że najważniejszy kanał sensoryczny stanowi skóra. Dotyk jest pierwszym wrażeniem, jakiego doznajemy. Od wrażliwości dotykowej zależy umiejętność nawiązania kontaktu z otoczeniem. Ten jest z kolei podstawą kształtowania się kolejnych umiejętności, w tym komunikacji. W swoich Programach Aktywności autorzy skojarzyli ruch i dotyk ze specjalnie komponowaną muzyką. Wykonując przy muzyce określone ćwiczenia, dziecko uczy się odczuwania własnego ciała i otwiera się na doznania dotykowe z otoczeniem (Bożek 2005: 106).

Muzykoterapia. Psychofizyczny świat dziecka autystycznego jest niedostatecznie rozwinięty lub patologicznie zmieniony, dlatego oddziaływania pozawerbalne mają większe zastosowanie niż próby terapii przy użyciu słów. Za pomocą prostych muzycznych improwizacji próbuje się uzyskać zaufanie pacjenta i nawiązać

z nim kontakt, a następnie doprowadzić do prób naśladowania terapeuty, choćby w najprostszych czynnościach. Stosując odpowiednie ćwiczenia ruchowe z podkładem muzycznym, rozwija się świadomość własnego ciała, a potem, przez kształtowanie wrażeń kinestetycznych, usprawnia koordynację wzrokowo-ruchową. Poprzez muzykoterapię próbuje się znaleźć kanał komunikacyjny pomiędzy terapeutą a dzieckiem (Żurkowska-Seta, Seta 2004: 67). „Występujące w zajęciach rytmicznych ścisłe powiązanie między ruchem a percepcją stanowi istotny element w tworzeniu się złożonych schematów i nawyków, niezbędnych dla prawidłowego rozwoju aktywności poznawczej oraz procesów uczenia się. Jak w wielu innych sytuacjach, tak i w przypadku tego rodzaju zajęć spontaniczność bywa poprzedzona okresem żmudnego procesu przyswajania sobie na drodze licznych powtórzeń i przy zastosowaniu rozmaitych wzmocnień prostych nawyków ruchowych” (Gałkowski 2001: 361).

Metoda Opcji. Alternatywną metodą dla terapii dyrektywnych jest, opracowana przez rodziców chłopca z autyzmem – Barrego i Samarię Kaufmanów, terapia Son- Rise, czyli terapia niedyrektywna. Jest to nie tylko metoda w pełni akceptująca zachowania dziecka, ale i filozofia życia z osobą przejawiającą szeroko rozumiane zaburzenia rozwojowe (Rozetti-Szymańska, Wójcik, Pietras 2010: 198). Polega ona na naśladowaniu dziecka oraz dążeniu do wydobywania jego osobowości. Autorzy na podstawie doświadczeń z terapii własnego dziecka z autyzmem opracowali program wczesnej interwencji, odnoszącej się do okresu okołoporodowego i noworodkowego. Do głównych założeń tej metody można zaliczyć: postawę akceptacji i aprobaty, stałe motywowanie małego pacjenta, rozwijanie indywidualnego programu terapeutycznego. Praca dzieckiem powinna być dostosowana do środowiska rodzinnego i przez nie inicjowana. Terapia obejmuje coraz więcej osób – najpierw rodziców, rodzeństwo, a następnie osoby spoza kręgu rodzinnego. Do najważniejszych elementów programu terapeutycznego Opcji można zaliczyć:

- podążanie i włączenie się terapeutów do rytualistycznych zachowań dziecka, wprowadzania go w interakcje i wspólne podejmowanie działań;
- opieranie się na motywacji osoby z autyzmem, dzięki czemu jest budowany program nabywania umiejętności i wiadomości;
- odejście od segregacyjnego, weryfikującego systemu terapii na rzecz pełnej akceptacji i stymulowanie rozwoju;
- bazowanie na pozytywnych interakcjach, które mają znaczenie motywujące oraz pozwalają na bezstresowe włączanie się w inicjowane sytuacje społeczne;
- zaangażowanie w proces terapeutyczny środowiska rodzinnego;
- stworzenie środowiska pracy, które pozwala w optymalny sposób bezpiecznie prowadzić wszelkie formy aktywności podopiecznego (Błeszyński, Błeszyńska, 2005, s. 187–191).

Metod stosowanych w terapii autyzmu jest wiele. Tworzy się coraz więcej programów, z których większość zawiera powtarzające się elementy. Nadal jednak nie znaleziono sposobu gwarantującego całkowite wyleczenie z autyzmu. Należy pamiętać, że obok poszukiwania skutecznych metod terapii ważna jest akceptacja innego sposobu funkcjonowania autystów. Należy zwrócić uwagę na sposób mówienia, gdyż niepełny dopływ polisensorycznych informacji może im utrudniać rozumienie mowy. Autorka wielu książek – Temple Grandi, opisując swoje doświadczenia jako osoby borykającej się z tym problemem, pisze o trudnościach w porozumiewaniu się, związanych głównie z rozpoznawaniem bardziej złożonych wypowiedzi, ze zrozumieniem aluzji, przypuszczeń, ironicznych sformułowań, wypowiedzi metaforycznych, żartów (Gałkowski 2003: 283).

II Niepełnosprawność intelektualna

Zgodnie z definicją Amerykańskiego Towarzystwa do Badań nad Niepełnosprawnością Intelektualną i Rozwojową niepełnosprawność intelektualna jest to stan ujawniający się przed 18. rokiem życia, charakteryzujący się:

- a) funkcjonowaniem intelektualnym znacznie poniżej przeciętnej,
- b) istotnym ograniczeniem niektórych osobistych umiejętności i sprawności w zakresie jednej lub większej liczby wymienionych poniżej zdolności:
 - umiejętności porozumiewania się,
 - sprawności w zakresie samoobsługi,
 - radzenia sobie z czynnościami dnia codziennego,
 - sprawności interpersonalnej,
 - umiejętności podejmowania decyzji (kierowanie sobą),
 - dbania o własne zdrowie i bezpieczeństwo,
 - radzenia sobie w szkole,
 - organizowania czasu wolnego,
 - radzenia sobie w pracy (<https://pl.wikipedia.org>).

Określenie niepełnosprawność intelektualna jest coraz częściej używane zamiast tradycyjnego terminu upośledzenie umysłowe. Wynika to z większej zgodności pierwszego pojęcia z terminologią międzynarodową (Kirenko, Łaba-Hornecka 2018: 11–12).

1. Stopnie niepełnosprawności intelektualnej

Głównym kryterium przesądzającym o niepełnosprawności intelektualnej jest wynik testu badającego iloraz inteligencji. Wynik 100 oznacza, że wiek umysłowy odpowiada dokładnie wiekowi życia. Przyjęte kryterium niepełnosprawności intelektualnej obejmuje:

1. W stopniu lekkim: IQ od 50 do 69 punktów. Osoby z tym rodzajem upośledzenia osiągają poziom intelektualny dzieci w wieku od 8 do 11 lat. Otoczone dobrą opieką mogą być samodzielnymi członkami społeczeństwa.
2. W stopniu umiarkowanym: IQ od 35 do 49 punktów. Osoby z tej grupy są zdolne do wykonywania prostych czynności i potrafią, na podstawie instrukcji, zrobić zadanie. Niektóre z nich mogą nauczyć się czytać i pisać w ograniczonym zakresie, a także opanowują prosty przekaz językowy. Osiągają częściową samodzielność. Muszą jednak żyć w środowisku chronionym.
3. W stopniu znacznym: IQ od 30 do 34 punktów. Osoby z tym stopniem upośledzenia są dotknięte dużymi opóźnieniami motorycznymi i niedorozwojem mowy. Są zdolne do opanowania podstawowych umiejętności w zakresie higieny osobistej, samoobsługi. Mogą wykonywać proste zadania pod nadzorem.
4. W stopniu głębokim: IQ poniżej 20 punktów. Osoby z tej grupy wymagają wspierania ich czynności życiowych. Nie mówią lub posługują się mową w formie szczątkowej (Ossowski, 2015: 21–22).

2. Możliwości komunikacyjne osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym

Mowa ma bardzo duże znaczenie dla rozwoju każdego człowieka. Jest potrzebna do komunikowania się z otoczeniem, wyrażania swoich myśli, regulowania i integrowania zachowań. Język osób z niepełnosprawnością w stopniu umiarkowanym i znacznym rozwija się z opóźnieniem. Poszczególne procesy nabywania systemu językowego są wolniejsze i trwają dłużej niż u rówieśników w normie intelektualnej. Pierwsze wyrazy pojawiają się ok. 5 roku życia, zaś zdania ok. 7. Zazwyczaj są to wypowiedzenia proste, z licznymi agramatyzmami. Wymowa jest wadliwa, niewyraźna. Porozumiewanie się z takim dzieckiem utrudnia także jego ograniczony zasób słownictwa, szczególnie brak pojęć abstrakcyjnych. Dostrzeżono także, że ze wzrostem inteligencji rośnie zdolność wypowiedzania coraz dłuższych zdań. Dla osób z upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanym trudne jest przyswajanie konstrukcji przyimkowych, co wynika z ograniczonych możliwości kształtowania orientacji w schemacie własnego ciała i w stosunkach przestrzennych. Pod względem poziomu opanowania umiejętności komunikacyjnych można obserwować u tych dzieci duże różnice indywidualne. U niektórych osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym mowa nie wykształca się, pozostaje jedynie rozumienie lub jego brak. Inni opanowują umiejętność odczytywania prostych słów i ich odwzorowywania. U pozostałych może pojawić się mowa werbalna bez rozumienia wypowiedzanych dźwięków, będąca jedynie ciągiem echolalii, niesłużących procesowi komunikowania się (Kaczorowska-Bray, 2015: 58–60).

III Metodologia badań

1. Cel badań

Celem przeprowadzonych badań jest ocena realizacji opowiadania stworzonego przez siedemnastoletniego chłopca, u którego zdiagnozowano niepełnosprawność sprzężoną: autyzm i upośledzenie umysłowe w stopniu umiarkowanym.

Główny przedmiot rozważań stanowi opowiadanie, którego stworzenie wymaga zastosowania odpowiednich procedur i opanowania sprawności narracyjnej. Istotą tego badania było sprawdzenie, czy Michał:

- rozpoznaje sytuacje odniesienia wyznaczone przez historyjkę obrazkową,
- układa wydarzenia w logiczny ciąg przyczynowo-skutkowy,
- realizuje w opowiadaniu komponenty jego struktury: inicjację, ekspozycję, komplikację, rozwiązanie i codę,
- dysponuje umiejętnością ożywienia postaci przez nadanie im cech psychicznych,
- kieruje akcją, wchodząc w rolę narratora,
- posiada odpowiedni zasób środków językowych i posługuje się regułami składowymi?

2. Postępowanie badawcze

Pierwszym etapem badania był wywiad z matką chłopca. Posłużył on zgromadzeniu informacji o środowisku i warunkach rozwojowych Michała. Dokonano również analizy dokumentacji medycznej, która pozwoliła poznać uwarunkowania biologiczne wpływające na rozwój dziecka. Przez wiele lat autorka opracowania prowadziła zajęcia w klasie, do której uczęszczał Michał. Ten długotrwały kontakt z chłopcem pozwolił na obserwację jego funkcjonowania komunikacyjnego, poznawczego i społecznego.

Badania prowadzone były w szkole. Odbyto 6 spotkań po zajęciach lekcyjnych. Wszystkie wypowiedzi Michała nagrywałam nagrywane były na dyktafon, a następnie przepisywane w celu przeprowadzenia dokładnych analiz.

3. Narzędzie badawcze

Do sprawdzenia realizacji opowiadania wybrano historyjkę obrazkową zawartą w Logopedycznym teście przesiewowym dla dzieci w wieku szkolnym autorstwa Stanisława Grabiasa, Zdzisława M. Kurkowskiego i Tomasza Woźniaka. Test zawiera próbę narracji wymuszonej pięcioma zdarzeniami historyjki obrazkowej, na podstawie której osoba badana ma zbudować opowiadanie. Dla porównania i zweryfikowania badań dołączono drugą, sześćcioelementową historyjkę obrazkową znaną w Internecie (www.chomikuj.pl).

4. Badana osoba

Michał urodził się 12 listopada 2003 roku. Przebieg ciąży był prawidłowy. Poród odbył się o czasie. Dziecko uzyskało po urodzeniu 8 punktów w skali Apgar ze względu na zmiany koloru skóry (lekkie zażółcenie). Rozwój psychoruchowy przebiegał prawidłowo. Michał zaczął siadać około 7. miesiąca życia, raczkować około 9. miesiąca życia, a samodzielnie chodzić w 15. miesiącu życia. Mając 8 miesięcy, spadł z kilku schodów betonowych, doznając urazu głowy, ale nie stwierdzono żadnych bezpośrednich niepokojących następstw tego wypadku. Rodziców niepokoił problem z myciem twarzy, czesaniem, suszeniem włosów i brak mowy. W trzecim roku życia chłopca pojawiły się pierwsze, sporadycznie wypowiedane, dwusylabowe słowa.

Od piątego roku życia Michał był diagnozowany w kierunku autyzmu. W tym celu został skierowany na konsultacje z lekarzem psychiatrą i psychologiem do poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży. Wówczas wykluczono niedosłuch oraz ogniskowe uszkodzenie OUN. W 2007 roku miał wydaną opinię o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju z powodu zdiagnozowanego autyzmu dziecięcego. Od 2006 roku Michał objęty jest opieką poradni psychologiczno-pedagogicznej. W roku szkolnym 2009/2010 uczestniczył w zajęciach grupy przedszkolnej przy szkole podstawowej w miejscu swojego zamieszkania. Po roku został przeniesiony do szkoły specjalnej, gdzie uczęszcza do dzisiaj. Michała dołączono do klasy uczniów z upośledzeniem lekkim i umiarkowanym. W grupie dał się poznać, jako dziecko bardzo nieśmiałe. Sporadycznie wypowiadał pojedyncze słowa typu: mama, tam, tak, nie. Często stał przy oknie i machał sobie przed oczami skakanką, koralami lub innym sznurkiem. Stronił od kolegów, bał się dotknąć czegokolwiek. Mimo tego często spoglądał w kierunku dzieci biorących udział w zajęciach.

Od września 2011 roku z klasy tej oddzielono dzieci z autyzmem i stworzono dla nich grupę rewalidacyjną, w której znalazł się Michał. Chłopiec nie czynił postępów w rozwoju mowy, która zatrzymała się na etapie sporadycznie wypowiedzanych prostych, dwusylabowych słów. Preferował samotne zabawy (np. przesypanie piasku, zboża, przyciskanie przycisków w zabawkach grających). Stosował bardzo intensywne autostymulacje w postaci machania sznurkiem przed oczami, wkładał większość przedmiotów do buzi, gryzł je. Miewał napady złości, płaczu. Mała grupa, systematyczna stymulacja, w miarę możliwości stały schemat dnia zapewniający chłopcu poczucie bezpieczeństwa przyniosły znaczną poprawę jego zachowania. W szkole bazowano na mocnych stronach dziecka, m.in. na dobrej pamięci. Po dwóch latach zaczęły rozwijać się poszczególne umiejętności: mówienie, czytanie, pisanie, liczenie, pamięć wzrokowa i słuchowa. Wprowadzono czytanie globalne.

Obecnie Michał ma już 17 lat. Posługuje się zdaniami prostymi, często równoważnikami zdań. Wykazuje problemy z używaniem prawidłowych form gramatycznych. Nie używa zaimka „ja”. Mówiąc o sobie, najczęściej stosuje formę trzeciej osoby liczby pojedynczej. Bardzo dobrze odnalazł się w grupie kolegów z grupy rewalidacyjnej, w której wszyscy realizują podstawę programową I klasy przysposobienia do pracy. Michał pełni w niej wiodącą rolę. Zawsze pilnuje porządku, pamięta o stałych zadaniach m.in. zaznaczaniu w kalendarzu daty. Potrafi odczytać plan dnia i tygodnia. Zna wszystkie litery. Czyta globalnie wyuczony krótki tekst. Rozpoznaje liczby dwucyfrowe, liczy na konkretach w zakresie 10.

IV Wyniki badań

1. Sprawność narracyjna

„Sprawność narracyjna jest najwyższym komponentem sprawności komunikacyjnej. Wymaga umiejętności strukturyzowania wiedzy o zjawiskach, budowania struktur tekstowych i wypełniania tych struktur tworzywem językowym” (Grabias, Kurkowski, Woźnik 2002: 23).

Struktura i sposób porządkowania wiedzy w narracji dostarcza informacji o sposobie budowania odniesień do postrzeganej rzeczywistości, logicznego lub alogicznego porządkowania rzeczy i zdarzeń, układania zjawisk rzeczywistości w całość strukturalną. Zastosowanie pejzażu psychicznego dla ożywienia postaci albo jego brak pozwala wnioskować o kreatywnej lub pasywnej postawie badanej osoby wobec rzeczy, zdarzeń i ich uczestników (Grabias 2015: 22). Sprawność narracyjna wymaga świadomości pełnej struktury wypowiedzi i interakcyjnej techniki jej realizowania, umiejętnego synchronizowania środków werbalnych i niewerbalnych.

Dla większości osób z zaburzeniami mowy satysfakcjonująca wypowiedź narracyjna pozostaje poza zasięgiem ich możliwości (Grabias 2015: 24). Według słownika terminów literackich narracja to słowna prezentacja ciągu zdarzeń. Składają się na nią elementy statyczne – opis i dynamiczne – opowiadanie (Popławska, Szela, Kotowski 2004: 132).

Z perspektywy literackiej opowiadanie to podstawowa forma wypowiedzi przedstawiająca przebieg zdarzeń w ich następstwie czasowym. Do głównych wyróżników tego gatunku wypowiedzi należą: gramatyczna forma czasu przeszłego, podkreślanie za pomocą środków gramatycznych i leksykalnych następowania po sobie w czasie prezentowanych wydarzeń, indywidualizacja przedstawionych zdarzeń oraz akcentowanie zależności między nimi (Popławska, Szela, Kotowski 2004: 146).

W logopedii dodaje się, że opowiadanie jest subiektywną projekcją rzeczywistości wykreowanej przez umysł narratora. Wynika z jego doświadczeń poznawczych i przeżyć (Grabias, 2021: 24). W opowiadaniu prezentowany jest na ogół

zespół zdarzeń następujących jedno po drugim i będących do siebie w stosunku przyczynowo-skutkowym. Istotną rolę spełnia tu element dynamiczny, tj. zmienność czasu i miejsca. W opowiadaniu dominują formy językowe określające ruch, działanie i rozwój w czasie (Józwicki 1984: 14–15). „Istotę opowiadania, pisze Jan Kulpa, stanowi akcja, a jego zasadniczą właściwość – żywość, tempo, barwność. Barwność zyskujemy m.in. przez stosowanie porównań i przenośni, zdań bogato rozwiniętych” (Józwicki 1984: 20–21). W tej formie narracyjnej odzwierciedlane są działania, czyny, postawy i zachowania się bohaterów. Występują tu trzy podstawowe elementy: postacie, zdarzenia przebiegające w czasie i miejsce akcji. Narrator, dążąc do obrazowego, plastycznego zademonstrowania fabuły, charakteryzuje osoby, zdarzenia, ich genezę, uwarunkowania i miejsce (Józwicki 1984: 23). W zaburzeniach mowy opowiadanie przyjmuje najczęściej postać tekstu agramatycznego o zredukowanej strukturze zdania (Grabias 2021: 25).

Procedury wypełniające strukturę opowiadania dotyczą możliwości przenoszenia zdarzeń (obiektów i cech) w tekst. Są to:

- a) sytuacje odniesienia – zdarzenia dostrzeżone przez narratora,
- b) linia narracji – sytuacje odniesienia poukładane w logiczny ciąg, uporządkowany zasadą następstwa czasowego, wyznaczony układem przyczyn i skutków,
- c) pejzaż psychiczny – umiejętność ożywienia postaci osiągnięta za pomocą czasowników stanu lub ruchu oraz nazw stanów emocjonalnych,
- d) narrator i jego miejsce w strukturze wypowiedzi – może być ukryty, czyli implicytny lub wyeksponowany, tj. eksplicytny (Grabias, 2021: 26),
- e) struktura opowiadania – wyznacza sposób patrzenia na fragment danej rzeczywistości; powinna ona zawierać następujące komponenty:
 - inicjację – formułę rozpoczynającą opowiadanie,
 - ekspozycję – wypowiedzi prezentujące sytuację,
 - komplikację – kulminacyjne zdarzenie opowiadania,
 - rozwiązanie – sposób wyjścia z sytuacji,
 - codę – formułę kończącą opowiadanie.

Zakłada się, że komponentami obligatoryjnymi opowiadania są: ekspozycja, komplikacja i rozwiązanie. Brak w tekście któregoś z wymienionych elementów może świadczyć o zaburzeniach mowy (Grabias 2021: 25).

2. Realizacja opowiadania

Historyjka pięcioelementowa

Badany chłopiec zbudował następujące opowiadanie na podstawie pięcioelementowej historyjki obrazkowej:

Idzie chłopiec. Pies goni chłopca. Gryzie pies worek. Nie, dziewczynka. Daje dziewczynka chłopcowi kapcie. Dziękuje kapcie.

Sytuacje odniesienia

Tabela 1. Sytuacje odniesienia w pięcioelementowej historyjce obrazkowej

Lp.	Sytuacje odniesienia	Realizacja	Ocena
1.	Chłopiec biegnie.	Idzie chłopiec.	1
2.	Chłopiec biegnie, pies goni.	Pies goni chłopca.	1
3.	Pies szarpie worek z ciapami.	Gryzie pies worek.	1
4.	Dziewczynka odbiera ciapy psu.	–	0
5.	Dziewczynka oddaje ciapy chłopcu.	Daje dziewczynka chłopcowi kapcie.	1
suma			4

Opracowanie własne

Z przedstawionych danych wynika, że Michał w ograniczonym stopniu poradził sobie z identyfikacją sytuacji odniesienia. Chłopiec prawidłowo nazwał cztery sytuacje, natomiast nie rozpoznał jednego wydarzenia.

Nie potrafił stwierdzić, że dziewczynka odbiera ciapy psu. Użyte sformułowanie (Nie, dziewczynka) może świadczyć o problemach z formułowaniem wypowiedzi albo z identyfikacją sytuacji odniesienia. Niedostrzeżenie wszystkich zdarzeń zawartych na ilustracjach jest przyczyną niskiego poziomu umiejętności wyodrębniania sytuacji odniesienia.

Linia narracji

Tabela 2. Linia narracji w pięcioelementowej historyjce obrazkowej

Lp.	Linia narracji	Realizacja	Ocena
1.	zgodna z ciągiem zdarzeń	Idzie chłopiec. Pies goni chłopca. Gryzie pies worek. Nie, dziewczynka. Daje dziewczynka chłopcowi kapcie. Dziękuje kapcie.	1
2.	niezgodna z ciągiem zdarzeń	–	0
suma			1

Opracowanie własne

Superstruktura opowiadania

Tabela 3. Superstruktura opowiadania

Lp.	Superstruktura	Realizacja	Ocena
1.	inicjacja	brak	0
2.	ekspozycja	Idzie chłopiec. Pies goni chłopca.	1
3.	komplikacja	Gryzie pies worek.	1
4.	rozwiązanie akcji	Nie, dziewczynka. Daje dziewczynka chłopcowi kapcie. Dziękuje kapcie.	1
5.	coda	brak	0
suma			3

Opracowanie własne

Z informacji zawartych w tabeli wynika, że struktura opowiadania utworzonego przez Michała zawiera tylko podstawowe komponenty, czyli ekspozycję, komplikację i rozwiązanie. Chłopiec zauważył idącego bohatera i goniącego go psa. Stwierdził również, że zwierzak zaczął gryźć worek. Nie wspomniał o tym, iż dziewczynka zabrała psu kapcie, a jedynie powiedział, że oddała koledze buty, a on za nie podziękował.

Badany chłopiec nie zastosował inicjacji, ponieważ nie użył formuły rozpoczynającej narrację. Wypowiedział się od razu na temat konkretnych wydarzeń. Nie zastosował również żadnego podsumowania, by zakończyć opowiadanie. Świadczy to o nieprzyswojeniu przez chłopca uniwersalnego modelu struktury opowiadania.

Pejzaż psychiczny

Tabela 4. Pejzaż psychiczny w pięcioelementowej historyjce obrazkowej

Lp.	Wykładniki pejzażu psychicznego	Realizacja	Liczba
1.	czasowniki ruchu	idzie, goni, gryzie, daje	4
2.	czasowniki stanu	dziękuje	1
3.	nazwy emocji	–	0
suma			5

Opracowanie własne

W opowiadaniu pięcioelementowej historyjki obrazkowej zbudowanym przez chłopca wystąpiły cztery czasowniki ruchu i jeden czasownik stanu. Zabrakło natomiast nazw emocji. Pojawiły się zatem dwie kategorie wykładników pejzażu psychicznego.

Licznieszą grupą okazały się czasowniki ruchu, określające aktywność zewnętrzną bohaterów, czyli czynności wykonywane przez nich, które można było dostrzec zmysłowo. Z kolei mała liczba czasowników stanu i brak nazw emocji wskazują na trudności w odczytywaniu lub wnioskowaniu o aktywności wewnętrznej bohaterów, czyli ich uczuciach, myślach, zamiarach.

Przedstawione wyniki świadczą o biernej postawie Michała wobec bohaterów opowiadania i niskim stopniu umiejętności tworzenia pejzażu psychicznego postaci.

Narrator

W tekście występuje narracja trzecioosobowa, prowadzona przez narratora ukrytego. Badany skupił się na prezentowaniu zdarzeń, nie wypowiedział natomiast własnej opinii ani nie zastosował żadnego komentarza odautorskiego. Świadczy to o słabej technice narracyjnej Michała.

Tabela 5. Narrator w pięcioelementowej historyjce obrazkowej

Lp.	Narrator	Ocena
1.	implicitny (ukryty)	1
2.	eksplicytny (wyeksponowany)	0
suma		1

Opracowanie własne

Środki językowe

Tabela 6. Środki językowe użyte przez badanego chłopca pięcioelementowej historii obrazkowej

Lp.	Części mowy	Realizacja	Liczba
1.	rzeczowniki	chłopiec (3), pies, kapcie (2), dziewczynka (2), worek	9
2.	czasowniki	idzie, goni, gryzie, daje, dziękuje	5
3.	przymiotniki	–	0
4.	przysłówki	–	0
5.	liczebniki	–	0
6.	zaimki	–	0
7.	przyimki	–	0
8.	spójniki	–	0
suma			14

Opracowanie własne

Z danych przedstawionych w tabeli wynika, że wypowiedź Michała jest uboga leksykalnie. Chłopiec użył w sumie 14 wyrazów, w tym dziewięciu rzeczowników i pięciu czasowników. Nie wystąpiły inne części mowy.

Podstawą słownika czynnego chłopca są wyrazy nazywające poszczególne elementy i czynności. Brak jest słów opisujących wygląd, emocje, cechy przedmiotów, zjawisk, czynności. Nieobecne są również leksemy luźne zespalaające wyrazy, zdania oraz określające relacje przestrzenne i czasowe. Michał zastosował jedynie wyrazy konkretne, nie użył natomiast słów abstrakcyjnych.

Wyniki wskazują, że badany chłopiec posiada mały zasób środków językowych, co w dużym stopniu ogranicza mu możliwości budowania dłuższych wypowiedzi.

Składnia

Tabela 7. Struktury składniowe budowane przez Michała w pięcioelementowej historyjce obrazkowej

Lp.	Wypowiedzenia	Realizacja	Liczba
1.	zdania pojedyncze	Idzie chłopiec. Pies goni chłopca. Gryzie pies worek. Daje dziewczynka chłopcowi kpacie. Dziękuje kpacie.	5
2.	zdania złożone	współrzędnie	0
		podrzędnie	0
3.	zdania wielokrotnie złożone	–	0
4.	równoważniki zdań	Nie, dziewczynka.	1
suma			6

Opracowanie własne

Wyniki badań wskazują, że chłopiec, opowiadając historyjkę obrazkową, zbudował w sumie sześć wypowiedzeń – pięć zdań pojedynczych i jeden równoważnik zdania. Nie użył żadnego zdania złożonego. Zastosowanie wypowiedzeń pojedynczych i równoważników zdań świadczy o schematycznym odbieraniu elementów rzeczywistości i niedostrzeganiu relacji między nimi. Chłopiec jedynie stwierdzał fakty, natomiast nie kojarzył związków przyczynowo-skutkowych, dlatego nie potrafił sformułować zdań złożonych.

Problemy dotyczyły nie tylko małej liczby wypowiedzeń i użyciu jednego ich rodzaju, ale również struktury tych konstrukcji, gdyż uczeń stosował szyk przestawny (np. Gryzie pies worek).

Chłopiec, budując opowiadanie, względnie dobrze poradził sobie z płynnością narracji. Nie używał powtórzeń, ale stosował pauzy namysłu. W jego wypowiedzi zauważalne były zaburzenia prozodii mowy. Zdania wypowiadał z dużym natężeniem, ale jednocześnie monotennie. Po sformułowaniu każdego z nich Michał chichotał, co może świadczyć o odebraniu przez niego danej historyjki jako zabawnej przygody, a nie jako zagrożenia, które mógł stworzyć pies gryzący worek.

Chłopiec nie nawiązał żadnej interakcji słownej, nie zadawał dodatkowych pytań. Świadczy to o jego ograniczonych możliwościach komunikacyjnych.

Historyjka sześćoelementowa

Wypowiedź Michała na podstawie sześćoelementowej historyjki obrazkowej:

Boli ząb. Poczekaj dentysty. Idzie. Wejść do dentysty. Chłopczyk siada na fotelu. Nareperował zęby pani doktor. Zrobione.

Sytuacje odniesienia

Tabela 1. Sytuacje odniesienia w sześćoelementowej historyjce obrazkowej

Lp.	Sytuacje odniesienia	Realizacja	Ocena
1.	Chłopca boli ząb.	Boli ząb.	1
2.	Chłopiec czeka z mamą przed drzwiami dentysty.	Poczekaj dentysty.	1
3.	Chłopiec wchodzi do gabinetu dentystycznego.	Idzie. Wejść do dentysty.	1
4.	Chłopiec siedzi na fotelu u dentysty.	Chłopczyk siada na fotelu.	1
5.	Dentysta wrywa bolący ząb.	Nareperował zęby pani doktor.	1
6.	Chłopiec wychodzi zadowolony od dentysty.		0
suma			5

Opracowanie własne

Z danych przedstawionych w tabeli wynika, że autystyczny chłopiec z niepełnosprawnością w stopniu umiarkowanym zauważył i nazwał pięć (z sześciu) sytuacji odniesienia.

Mimo że uczeń zawarł w swojej wypowiedzi większość sytuacji odniesienia, to nie wszystkie z nich zostały przedstawione w odpowiedni sposób. Michał nie do końca prawidłowo zinterpretował przedostatnią ilustrację, na której dentysta wrywał bolący ząb. Badany chłopiec nie zwrócił uwagi na trzymany przez doktora w szczypcach ząb. Nie uwzględnił też w swojej wypowiedzi faktu, że bohater wyszedł zadowolony od dentysty.

Treść opowiadania jest uboga, brakuje wielu szczegółowych informacji dotyczących zachowań i odczuć bohatera. Jest to zapewne przyczyną zachowań stereotypowych, charakterystycznych dla osób autystycznych, jak również słabej koncentracji uwagi na ilustracjach i problemów z identyfikacją sytuacji odniesienia.

Można zatem wnioskować, że Michał w ograniczonym stopniu nabył umiejętność wyodrębniania sytuacji odniesienia.

Linia narracji

Tabela 2. Linia narracji w sześćcioelementowej historyjce obrazkowej

Lp.	Linia narracji	Realizacja	Ocena
1.	zgodna z ciągiem zdarzeń	Boli ząb. Poczekaj dentysty. Idzie. Wejść do dentysty. Chłopczyk siada na fotelu. Nareperował zęby pani doktor. Zrobione.	1
2.	niezgodna z ciągiem zdarzeń	-	2
suma			1

Opracowanie własne

Przedstawione dane wskazują, że chłopiec w prawidłowej kolejności opowiedział zdarzenia zaprezentowane na obrazkach, poukładał je w odpowiednim następstwie czasowym.

Nie powiązał jednak wydarzeń w logiczny ciąg, co świadczy o słabo wykształconym myśleniu przyczynowo-skutkowym.

Superstruktura opowiadania

Tabela 3. Superstruktura opowiadania w sześćcioelementowej historyjce obrazkowej

Lp.	Superstruktura	Realizacja	Ocena
1.	inicjacja	brak	0
2.	ekspozycja	Boli ząb. Poczekaj dentysty. Idzie. Wejść do dentysty. Chłopczyk siada na fotelu.	1
3.	komplikacja	Nareperował zęby pani doktor.	1
4.	rozwiązanie akcji	Zrobione.	1
5.	coda	brak	0
suma			3

Opracowanie własne

Michał, tak samo jak w poprzednim opowiadaniu, zastosował tylko podstawowe komponenty wzorca tekstowego, czyli ekspozycję, komplikację i rozwiązanie. Zauważył, że chłopca bolał ząb, dlatego musiał iść do dentysty. Powiedział

również o tym, że bohater zczekał na swoją kolej, wszedł do gabinetu i usiadł na fotelu. Wspomniał też o wyleczeniu zębów przez panią doktor.

Uczeń pomiął jednak formułę początkową i od razu przeszedł do przedstawienia konkretnych sytuacji. Kończąc swoją wypowiedź, nie uwzględnił żadnego podsumowania.

Można przez to wnioskować o nieprzyswojeniu przez chłopca uniwersalnego modelu struktury tej formy wypowiedzi.

Pejzaż psychiczny

Tabela 4. Pejzaż psychiczny w sześćoelementowej historyjce obrazkowej

Lp.	Wykładniki pejzażu psychicznego	Realizacja	Liczba
1.	czasowniki ruchu	idzie, wejść, siada, nareperował	5
2.	czasowniki stanu	poczeka, boli	2
3.	nazwy emocji	–	0
suma			7

Opracowanie własne

W opowiadaniu skonstruowanym przez Michała wystąpiło siedem wykładników pejzażu psychicznego: pięć czasowników ruchu i dwa czasowniki stanu. Nie odnotowałam natomiast nazw emocji.

Podobnie jak w poprzednim opowiadaniu najliczniejszą grupą okazały się czasowniki ruchu, określające aktywność zewnętrzną bohaterów, którą można łatwo dostrzec. Również czynności nazwane czasownikami stanu były dobrze wyeksponowane na obrazkach, dlatego chłopiec je zauważył. Nie potrafił natomiast zidentyfikować i nazwać stanów emocjonalnych bohatera. Nie dostrzegł, że niektóre wydarzenia wywołują wiele emocji.

Znikomy pejzaż psychiczny świadczy o braku umiejętności wczuwania się przez badanego chłopca w sytuację bohatera i biernej postawie wobec tej postaci. Można zatem stwierdzić, że Michał ma duże trudności z identyfikowaniem stanów emocjonalnych i nazywaniem uczuć.

Narrator

Tabela 5. Narrator sześćoelementowej historyjce

Lp.	Narrator	Ocena
1.	implicytny (ukryty)	1
2.	eksplicytny (wyeksponowany)	0
suma		1

Opracowanie własne

W opowiadaniu Michała narrator występuje w trzeciej osobie i nie jest ujęty jako odrębna postać opisująca wydarzenia z historyjki obrazkowej. Badany chłopiec nie ujawnia swojej obecności. Brak komentarzy od autorskich świadczy o niskim poziomie tej techniki narracji.

Środki językowe

Tabela 6. Środki językowe użyte przez badane dziecko w sześćoelementowej historyjce obrazkowej

Lp.	Części mowy	Realizacja	Liczba
1.	rzeczowniki	zab, fotel, dentysta, pani, doktor, zęby	6
2.	czasowniki (imiesłowy)	boli, poczeka, idzie, wejść, siada, nareperował zrobione	7
3.	przymiotniki	-	0
4.	przysłówki	-	0
5.	liczebniki	-	0
6.	zaimki	-	0
7.	przymyki	do	1
8.	spójniki	-	0
suma			14

Opracowanie własne

Z przedstawionych informacji wynika, że chłopiec użył w swojej wypowiedzi w sumie 14 wyrazów: sześciu rzeczowników, siedmiu czasowników i jednego przymyka. Nie zastosował natomiast żadnego przymiotnika, przysłówka, liczebnika, zaimka, przymyka oraz spójnika.

W słowniku osoby badanej dominują więc prymarne części mowy – rzeczowniki i czasowniki o znaczeniu konkretnym, nazywające bohaterów, przedmioty, zjawiska oraz czynności. Sporadycznie pojawiają się natomiast lub w ogóle nie występują wyrazy nazywające sekundarnie, określające cechy i właściwości postaci, zwierząt, rzeczy itp. Chłopiec praktycznie nie używa też leksemów luźnych (przyimków, spójników), wskazujących na relacje czasowe i przestrzenne.

Przytoczone dane świadczą o ubogim zasobie słownictwa, nieumiejętności korzystania z różnych środków językowych lub niemożności przypomnienia sobie właściwych wyrazów.

Składnia

Tabela 7. Struktury składniowe budowane przez Michała w sześcieelementowej historyjce obrazkowej

Lp.	Wypowiedzenia		Realizacja	Liczba
1.	zdania pojedyncze		Boli ząb. Idzie. Wejść do dentysty. Chłopczyk siada na fotelu. Nareperował zęby pani doktor. Poczekalnia dentysty.	5
2.	zdania złożone	współrzędnie	–	0
		podrzędnie	–	0
3.	zdania wielokrotnie złożone		–	0
4.	równoważniki zdań		Zrobione.	1
suma				6

Opracowanie własne

Z powyższej tabeli wynika, że Michał skonstruował opowiadanie z sześciu wypowiedzeń, w tym pięciu zdań pojedynczych i jednego równoważnika zdania. Nie potrafił natomiast zbudować wypowiedzenia złożonego.

Obecność tylko prostych konstrukcji w opowiadaniu świadczy o przekazywaniu jedynie najważniejszych informacji dotyczących obiektów i czynności, a niewzględnianiu relacji między różnymi poszczególnymi elementami rzeczywistości.

W wypowiedziach Michała wystąpiły błędy fleksyjne (chłopcowi) i składniowe polegające na przestawnym szyku zdań (Nareperował zęby pani doktor). Świadczą one o słabo przyswojonych regułach gramatycznych.

3. Podsumowanie badań

Podsumowując, Michał słabo radzi sobie z tworzeniem opowiadań na podstawie historyjek obrazkowych. Do skonstruowania wypowiedzi użył dziewięć spośród jedenastu sytuacji odniesienia. W dwóch przypadkach niewłaściwie zinterpretował zaprezentowane na ilustracjach zdarzenia. Dostrzegając pojedyncze fakty, stosował właściwą linię narracji, ale nie układał ich w sensowną, większą całość, co świadczy o zaburzeniach spójności wypowiedzi narracyjnej. Kolejne nieprawidłowości dotyczyły superstruktury opowiadania. Michał dobrze sobie poradził z uwzględnieniem tylko podstawowych jej komponentów. Pomijał formułę początkową i od razu przechodził do przedstawiania konkretnych sytuacji. Kończąc zaś opowiadanie, nie używał żadnego podsumowania. Można zatem wnioskować o nieprzyswojeniu przez chłopca uniwersalnego modelu struktury tej formy narracyjnej. W obu wypowiedziach dotyczących historyjek obrazkowych wystąpił narrator implicytny. Zabrakło natomiast komentarzy i opinii, co świadczy o niskim poziomie techniki narracyjnej. W kontekście sprawności narracyjnej pewne zastrzeżenia budzi również technika narracji. Michał w swoich opowiadaniach zastosował znikomy pejzaż psychiczny, używając w tym celu jedynie czasowników ruchu i stanu. Nie uwzględnił stanów emocji opisujących odczucia bohaterów, a skupił się głównie na zaprezentowaniu ich aktywności fizycznej. Świadczy to o braku umiejętności odczytywania i nazywania uczuć. Deficyty językowe dotyczą również uboższego słownictwa. W swoich wypowiedziach Michał stosował najczęściej rzeczowniki i czasowniki, rzadko inne części mowy. W zakresie składni trudności ujawniły się przede wszystkim poprzez budowanie krótkich zdań pojedynczych oraz równoważników zdań. Chłopiec popełnił w swoich wypowiedziach wiele błędów gramatycznych (fleksyjnych i składniowych).

Na podstawie zebranego materiału można stwierdzić, że dla osoby z autyzmem i niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym opowiedzenie historyjki obrazkowej było zadaniem trudnym. Realizacja poszczególnych procedur narracyjnych podczas tworzenia opowiadania przez Michała wykazała nieprawidłowości w tym zakresie oraz ujawniła niski poziom sprawności narracyjnej chłopca.

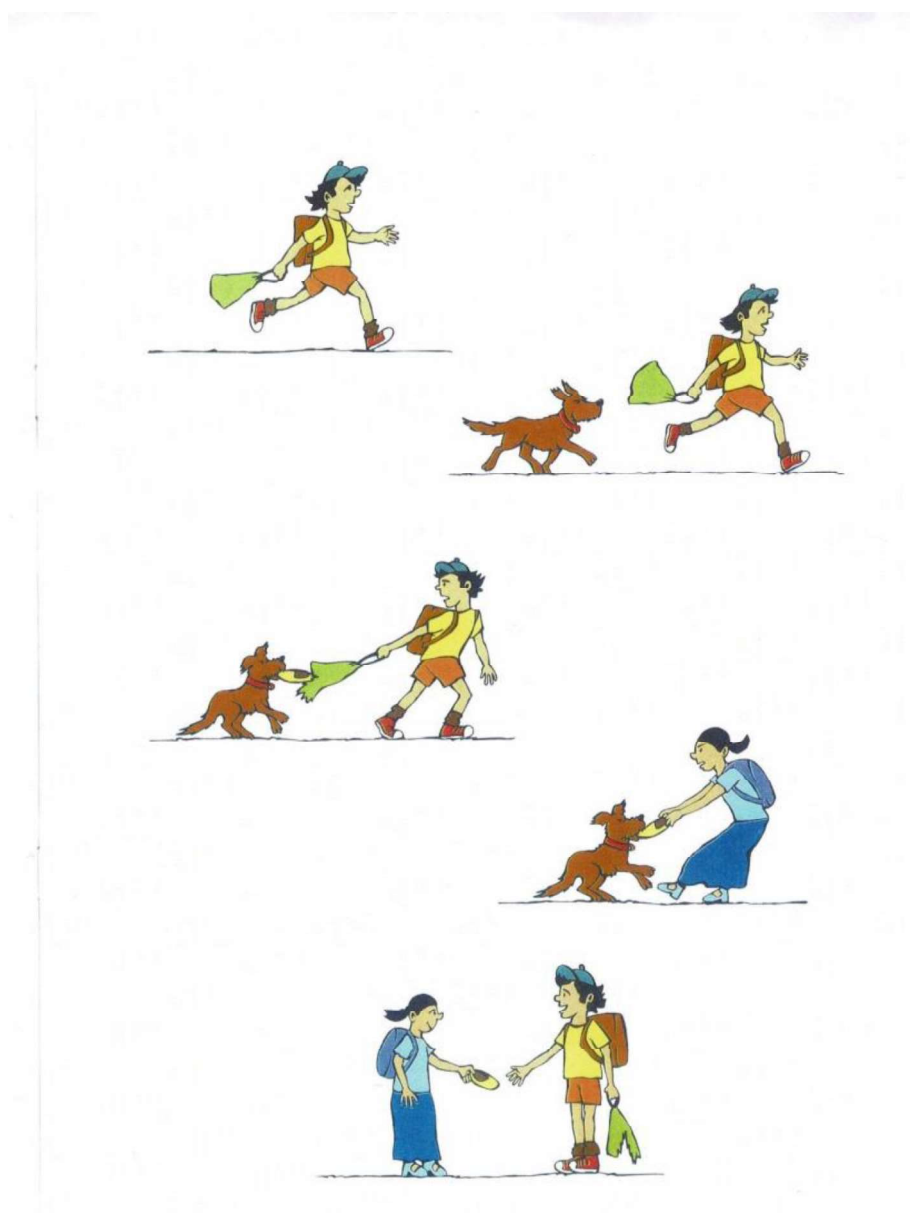
Zakończenie

Opanowanie umiejętności opowiadania świadczy o wysokim poziomie kompetencji językowej i komunikacyjnej narratora. Pozwala jednostce w pełni uczestniczyć w życiu społecznym, uaktywnia myślenie, a przede wszystkim dostarcza człowiekowi wiedzy o świecie, rozwija jego wyobraźnię, skłania do refleksji oraz wyciągania wniosków.

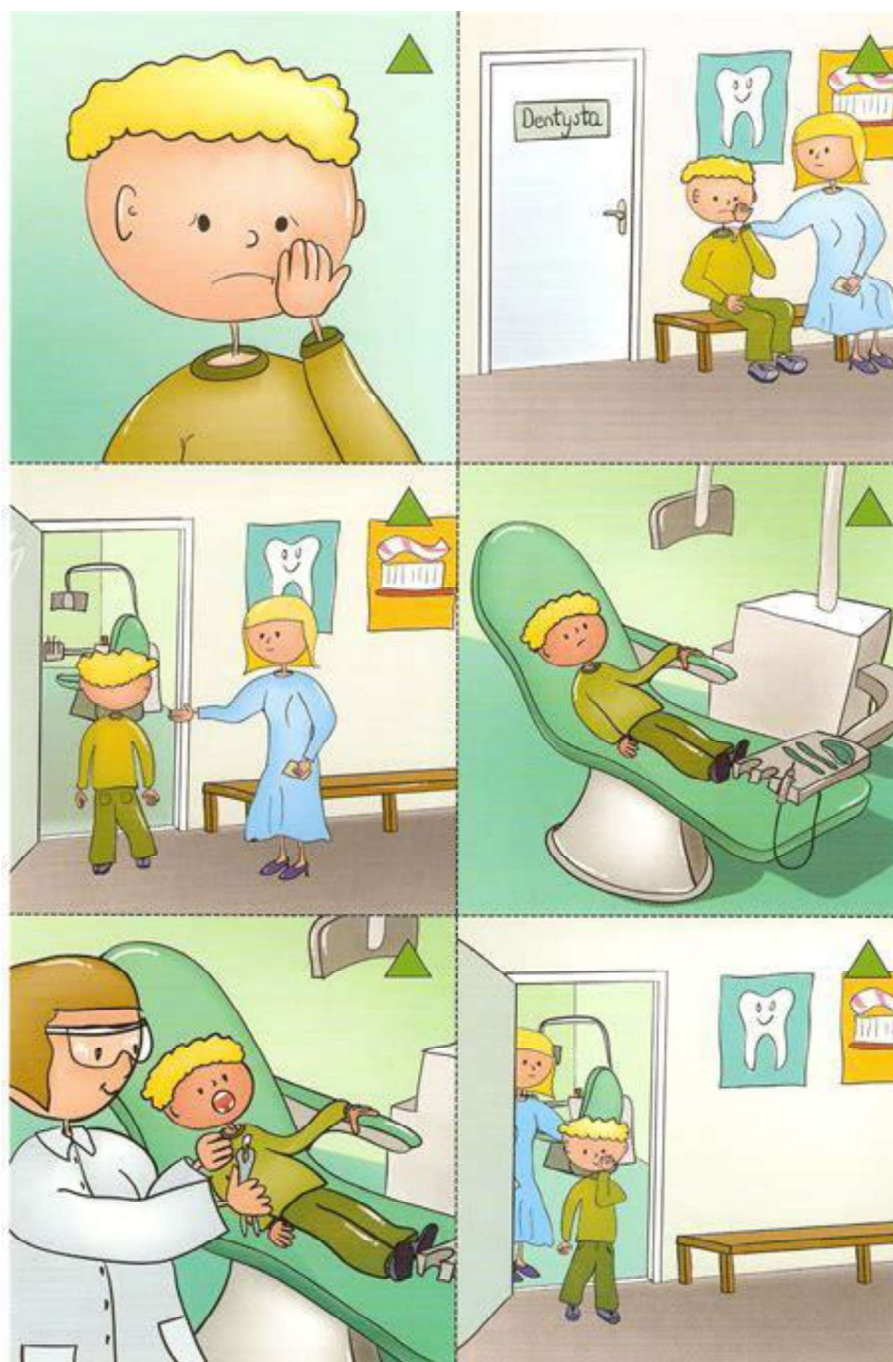
Dzieci autystyczne z niepełnosprawnością intelektualną bardzo często wykazują deficyty z zakresu nabywania sprawności narracyjnej, które utrudniają im prawidłowe funkcjonowanie w społeczeństwie. W związku z powyższym powinny uczestniczyć w zajęciach logopedycznych, by zniwelować niektóre trudności. Dobrze zaplanowana, systematycznie prowadzona oraz dostosowana do potrzeb i możliwości pacjenta terapia logopedyczna pozwala opanować im sprawności niezbędne w procesie komunikacji, w tym kompetencję narracyjną.

W przypadku Michała – autystycznego chłopca z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym – zadaniem koniecznym, oprócz ćwiczeń językowych i leksykalnych, jest wyposażenie go w umiejętność werbalnego przedstawiania zdarzeń minionych, obecnych lub planowanych. W procesie edukacyjnym należy zwrócić szczególną uwagę na rozwijanie słownictwa i prawidłowe budowanie zdań. Przyczyni się to do rozwinięcia umiejętności wyrażania własnych myśli oraz budowania relacji z innymi osobami w sposób bardziej efektywny. Jest to zadanie trudne, ale poprawa jakości komunikacyjnej (nawet w najmniejszym stopniu) pomoże Michałowi w pełniejszym uczestniczeniu w życiu.

Aneks



Pięcioelementowa historyjka obrazkowa



Sześćcioelementowa historyjka obrazkowa

LITERATURA

- Błaszyński J., Błaszyńska L., 2005, *Wybrane metody wykorzystywane w pracy z dzieckiem autystycznym i z głębokimi zaburzeniami rozwoju*, [w:] J. Błaszyński (red.), *Terapie wspomagające rozwój osób z autyzmem*, Kraków: Wydawnictwo Impuls, s. 187–191.
- Bożek L.M., 2004, *Metoda Knillów z elementami stymulacji polisensorycznej w terapii dzieci autystycznych*, [w:] J. Błaszyński (red.), *Wspomaganie rozwoju osób z autyzmem. Teoria, metodyka, przykłady*, Kraków: Wydawnictwo Impuls, s. 87–95.

- Cieszyńska J., 2011, *Wczesna diagnoza i terapia zaburzeń autystycznych. Metoda Krakowska*, Kraków: Wydawnictwo. Centrum Metody Krakowskiej.
- Gałkowski T., 2001, *Zaburzenia komunikacji u dzieci z autyzmem*, [w:] S. Grabias (red.), *Zaburzenia mowy. Mowa, terapia, praktyka*, Lublin: Wydawnictwo. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 357–363.
- Gałkowski T., 2003, *Zaburzenia komunikacji w autyzmie*, [w:] T. Gałkowski (red.), *Logopedia. Pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*, Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, t. 2, s. 274–275.
- Grabias S., 2021, *Wypowiedź jako narzędzie w diagnozie i terapii pedagogicznej*, [w:] A. Maciejewska (red.), *Narracja w diagnozie i terapii logopedycznej*, Siedlce: Wydawnictwo UPH, s. 13–28.
- Grabias S., Kurkowski Z.M., Woźniak T., 2002, *Logopedyczny test przesiewowy dla dzieci w wieku szkolnym*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Kaczorowska-Bray K., 2019, *Zaburzenia komunikacji językowej w grupie osób z niepełnościami intelektualną*, [w:] J. Błeszyński, K. Kaczorowska-Bray (red.), *Diagnoza i terapia logopedyczna osób z niepełnościami intelektualną*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia, s. 58–60.
- Jóźwicki T., 1984, *Opowiadanie jako forma wypowiedzi w klasach początkowych*, Warszawa: Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne.
- Kirenko J., Łaba-Hornecka A., 2018, *Niepełnosprawność intelektualna – wyuczona bezradność. Uwarunkowania*, Rzeszów: Wydawnictwo Uniwersytet Rzeszowski.
- Lipski W., 2015, *Standardy postępowania logopedycznego w przypadku autyzmu*, [w:] S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak (red.), *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 461–513.
- Ossowski R., 2019, *Niepełnosprawność intelektualna – wprowadzenie do problematyki*, [w:] J. Błeszyński, K. Kaczorowska-Bray (red.), *Diagnoza i terapia logopedyczna osób z niepełnościami intelektualną. Teoretyczne determinanty problemu*, Gdańsk: Harmonia, s. 13–34.
- Pisula E., 2002, *Autyzm u dzieci, diagnoza, klasyfikacja, etiologia*, Warszawa: Polskie Wydawnictwo Naukowe.
- Pisula E., 2005, *Male dziecko z autyzmem, diagnoza i terapia*, Gdańsk: Wydawnictwo Psychologiczne.
- Pisula E., 2012, *Autyzm. Od badań mózgu do praktyki psychologicznej*, Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Pisula E., 2012, *Autyzm. Przyczyny, symptomy, terapia*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia.
- Popławska A., Szelań P., Kotowski K., 2004, *Słownik terminów literackich*, Kraków: Wydawnictwo GREG.
- Rozetti-Szymańska A., Wójcik J., Pietras T., 2010, *Zarys terapii pedagogicznej dzieci z autyzmem*, [w:] T. Pietras, A. Witusik, P. Gałęcki (red.), *Autyzm – epidemiologia, diagnoza i terapia*, Wrocław: Wydawnictwo Continuo, s. 195–205.
- Suchowierska M., 2010, *Nauczanie dzieci autyzmem zachowań werbalnych – dwa uzupełniające się podejścia*, [w:] E. Pisula, D. Danielewicz (red.), *Wybrane formy terapii i rehabilitacji osób z autyzmem*, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls, s. 59–73.

- Urban A., 2020, *Zachowania językowe i komunikacyjne w autyzmie. Studium przypadku*, [w:] M. Krakowiak (red.), *Logopedia, od teorii do praktyki*, Siedlce: Wydawnictwo UPH, s. 135–148.
- Wegenrowska E., 2005, *Metoda Felicie Affolter*, [w:] Błeszyński J. (red.), *Terapie wspomagające rozwój osób z autyzmem*, Kraków: Wydawnictwo Impuls, s. 163– 165.
- Wysocka K., 2005, *Metoda Dobrego Startu w pracy z dziećmi autystycznymi*, [w:] J. Błeszyński (red.), *Terapie wspomagające rozwój osób z autyzmem*, Kraków: Wydawnictwo Impuls, s. 151–152.
- Żurawska-Seta E., Seta R., 2004, *Muzykoterapia w pracy z dzieckiem autystycznym*, [w:] J. Błeszyński (red.), *Wspomaganie Rozwoju osób z autyzmem. Teoria, metodyka, przykłady*, Kraków: Wydawnictwo Impuls, s. 65–85.

Dane kontaktowe / Contact details:

Katarzyna Koć

E-mail: ikribl@wp.pl