

Magdalena Świgost, Marta Kromka
Doktorantki Instytutu Pedagogiki, Uniwersytet Jagielloński

Dialog z dzieckiem chorującym na autyzm – Metoda 3I

Dialogue with autistic child –
3I Method

Wprowadzenie

W niektórych koncepcjach psychologicznych za cel rozwoju jednostki uważa się możliwość realizacji własnych planów życiowych oraz wykonywanie swoich osobowych możliwości, a zatem – stawanie się tym, kim człowiek może być¹. Jak jednak pomagać w rozwoju dziecku chorującemu na autyzm, z którym kontakt jest znacznie utrudniony? Jak pomóc w rozwoju dziecku, którego osobowe możliwości, plany czy marzenia są niezwykle trudne do określenia?

Warto zatrzymać się nad tą kwestią, ponieważ autyzm jest jednym z najczęściej występujących oraz najbardziej zagadkowych uogólnionych zaburzeń rozwojowych. Dotyczy on szerokiego zakresu skomplikowanych zachowań: deficytów w rozumieniu i ekspresji języka, trudności w zakresie motorycznym i spostrzeżeń, wadliwego oceniania rzeczywistości i niezdolności do funkcjonowania w sytuacjach społecznych². Dziecko z autyzmem tworzy swoisty świat, do którego ciężko jest się przebić „z ze-

¹ Por. J. Trempała, *Modele rozwoju psychicznego. Czas i zmiana*, Bydgoszcz 2000, s. 21.

² R.C. Carson, J.N. Buther, S. Mineka, *Psychologia zaburzeń*, Gdańsk 2006, s. 828.

wnątrz”. Troska rodzicielska, wnikliwe obserwacje, badania naukowe – wszystko to daje pewien obraz funkcjonowania warunkowanego autyzmem, jednak wciąż brakuje wiedzy i metod pozwalających skutecznie wejść w dialog z osobą zamkniętą w swoim specyficznym świecie.

W niniejszym artykule dokonano próby przedstawienia najważniejszych zagadnień dotyczących autyzmu oraz propozycji pracy z dzieckiem chorującym na autyzm, opartej na metodzie 3I. Jest to edukacyjna metoda rozwojowa, upowszechniana i rekomendowana przez powstałą w 2005 roku francuską organizację AUTISME ESPOIR VERS L'ECOLE (A.E.V.E.). Sama metoda, jak i stowarzyszenie A.E.V.E., swą genezę zawdzięczają przeprowadzonemu z sukcesem doświadczeniu dwóch babć, które w okresie 1,5 roku doprowadziły swojego głęboko autystycznego wnuka do sprawnego społecznego funkcjonowania³. W Polsce dokonuje się pierwszych prób pracy terapeutycznej opartej na tej metodzie.

Autyzm – etiologia, objawy, wskazania terapeutyczne

Samo pojęcie „autyzm”, zostało wprowadzone w 1912 roku przez E. Bauera, a w 1943 po raz pierwszy opisane na podstawie indywidualnych przypadków przez L. Kanner. Słowo „autyzm”, oznacza utratę kontaktu z otoczeniem, zamknięcie się w sobie, skierowanie uwagi do wewnątrz⁴. Zaburzenie to rozpoznaje się zwykle przed 30 miesiącem życia, ale podejrzewać jego istnienie można już w pierwszych tygodniach życia dziecka. Warto zauważyć, że zachowania autystyczne, takie jak: brak empatii, brak uwagi w stosunku do innych i zdolności do naśladowania są widoczne już około dwudziestego miesiąca życia⁵.

Rozpowszechnienie autyzmu dziecięcego mieści się w przedziale od 0,7 do 20,7 na 10000, najczęściej na poziomie 4 na 10 000. Stosunek chorych chłopców do dziewczynek wynosi 4-5:1⁶. Wiedza o przyczynach występowania autyzmu wciąż pozostaje niepełna. Jest to zespół niejednorodny pod względem uwarunkowań, jednak badania potwierdzają, że znaczącą rolę w etiologii mają predyspozycje genetyczne⁷. Do biologicznych źródeł autyzmu zalicza się również koncepcje autoimmunizacji, infekcji działających na rozwijający się OUN oraz uszkodzeń okołopłodowych, choć najbardziej racjonalne wydaje się przypuszczenie, iż za-

³ Materiały opublikowane przez Autisme Espoir Vers l'Ecole, <http://www.autisme-espoir.org/> (dostęp: 25.06.2013).

⁴ Z. Szot, *Autyzm. Terapia ruchowa. Badania interdyscyplinarne*, Gdańsk 2004, s. 11.

⁵ R.C. Carson, J. N. Buther, S. Mineka, *Psychologia zaburzeń*, dz. cyt., s. 829.

⁶ M. Pilecki, *Psychiatria wieku rozwojowego – wybrane zagadnienia*, [w:] *Psychiatria*, red. J. Heitzman, Warszawa 2007, s. 211.

⁷ R.C. Carson, J.N. Buther, S. Mineka, *Psychologia zaburzeń*, dz. cyt., s. 832-833 oraz M. Pilecki, *Psychiatria wieku rozwojowego – wybrane zagadnienia*, [w:] *Psychiatria*, dz. cyt., s. 211.

burzenie to spowodowane jest (poza innymi możliwymi czynnikami) defektem bądź defektami wrodzonymi w funkcjonowaniu mózgu⁸. Obecnie w badaniach uzupełnia się wiedzę na temat relacji pomiędzy występowaniem autyzmu a nieprawidłowościami funkcjonowania układu nerwowego – doniesieniami neurofizjologów. U dzieci autystycznych odkryto anomalie w mózdzku, układzie limbicznym i korze mózgowej. Zauważono również nieprawidłowości w poziomie niektórych neuroprzekaźników⁹.

W klasyfikacji DSM-IV, w kontekście autyzmu, wyróżniono spektrum jakościowych zaburzeń w komunikacji, przebiegające od opóźnionego lub całkowitego braku rozwoju mowy (oraz braku alternatywnych sposobów porozumiewania się), poprzez deficyty w umiejętnościach nawiązywania i podtrzymywania rozmowy, aż do stereotypowego i idiosynkratycznego wykorzystania języka mówionego. Dodatkowo dzieci chorujące na autyzm, nie tylko wykazują znaczne opóźnienie w rozwoju mowy, ale również trudności z wykorzystaniem posiadanych już kompetencji językowych¹⁰. Uważa się, że przyczyną tego jest nieumiejętność naśladowania lub nieskuteczność uczenia się przez naśladowanie. Jeśli dziecko autystyczne mówi, to prawie nigdy nie służy to porozumiewaniu się, z wyjątkiem najbardziej szczątkowych form, na przykład „tak” w odpowiedzi na pytania lub powtarzanie w kółko kilku usłyszanych słów – czyli „echolalii”¹¹.

U dzieci chorujących na autyzm występują również znaczne problemy w zakresie wyrażania i rozumienia komunikatów o charakterze niewerbalnym. Badania wykazały, iż częstotliwość stosowania gestów przez dzieci z autyzmem jest znacznie niższa, niż w przypadku dzieci neurotypowych. Należy zauważyć, że zadaniem komunikacji niewerbalnej jest podtrzymywanie komunikacji werbalnej. Dzieci chorujące na autyzm wykorzystują gesty (proste i instrumentalne) w celu uzyskania efektu przeciwnego – uniknięcia wejścia w interakcję lub wycofania się z kontaktu już zainicjowanego¹². Osoby z autyzmem wykazują również deficyty uwagi – nie potrafią zlokalizować ani ustalić kierunku dźwięków dochodzących z otoczenia¹³.

Zaburzenia autystyczne przybierają wiele form przejawiających się zróżnicowaniem objawów i funkcjonowania społecznego jednostki. Kompetencje społeczne stanowią najwyraźniejszy wskaźnik diagnostyczny dla

⁸ R.C. Carson, J.N. Buther, S. Mineka, *Psychologia zaburzeń*, dz. cyt., s. 832-833 oraz M. Pilecki, *Psychiatria wieku rozwojowego – wybrane zagadnienia*, [w:] *Psychiatria*, dz. cyt., s. 211.

⁹ L. Bobrowicz-Lewartowska, *Autyzm dziecięcy. Zagadnienia diagnozy i terapii*, Kraków 2011, s. 38. Tamże, s. 57-62.

¹⁰ R.C. Carson, J.N. Buther, S. Mineka, *Psychologia zaburzeń*, dz. cyt., s. 830.

¹² L. Bobrowicz-Lewartowska, *Autyzm dziecięcy*, dz. cyt., s. 57-62.

¹³ R.C. Carson, J.N. Buther, S. Mineka, *Psychologia zaburzeń*, dz. cyt., s. 829.

autyzmu, gdyż obserwuje się znaczną dysproporcję ich poziomu w stosunku do innych kompetencji (np. sprawności motorycznej czy samoobsługi)¹⁴. Według Holwina, zaburzenia procesu socjalizacji u dzieci autystycznych przebiegają dwutorowo. Po pierwsze, są to nieprawidłowe kontakty z osobami dorosłymi, po drugie zaś – zaburzenia relacji rówieśniczych¹⁵. Warto podkreślić, że często wczesnym objawem autyzmu jest zaburzenie w kształtowaniu relacji emocjonalnej z opiekunem, zwłaszcza z matką. Dziecko nie szuka z nią kontaktu wzrokowego, można również zaobserwować brak reakcji na głos, uśmiech czy gest ze strony rodzica. Dziecko nie naśladuje ani nie odpowiada na zachowania ze strony bliskich. Rodzicom towarzyszy często uczucie „pustego spojrzenia”, „obcości” czy też „obojętności” ze strony dziecka. Takie relacje obserwujemy w pierwszym etapie rozwoju dziecka, kiedy to rodzice są podstawowymi podmiotami wchodzącymi w relację z dzieckiem. Jednak podobnie kształtują się relacje z innymi w późniejszym okresie rozwojowym¹⁶.

Obecnie wyniki badań kwestionują pogląd, że dzieci z autyzmem są emocjonalnie „płaskie”. Można mówić raczej o braku umiejętności społecznych czy o deficycie zdolności do korzystania z sygnałów innych ludzi, niż o braku emocji jako takich. Osoby z autyzmem mają ograniczoną zdolność rozumienia tego, co chce przekazać druga osoba¹⁷. Warto jednak zaznaczyć, że zauważa się silne zróżnicowanie w funkcjonowaniu osób z autyzmem – także na poziomie ekspresji uczuć. Zdarza się, że sprawiają wrażenie przywiązanych (zwłaszcza do matki) zbyt mocno. W takich sytuacjach, nie dopuszczają one nawet do krótkotrwałego rozdzielania. Na każdą separację reagują lękiem, a nawet paniką¹⁸.

Około 3-5 roku życia pewnej poprawie mogą ulec umiejętności społeczne w kontaktach z rodzicami. Tendencja ta natomiast raczej nie występuje w przypadku kontaktów z rówieśnikami, czego przyczyną upatruje się w ograniczeniu umiejętności zabawy¹⁹.

Badacze funkcjonowania dzieci z autyzmem dokonali ważnych obserwacji – dziecko z tym zaburzeniem nie bawi się, w szczególności zaś nie bawi się spontanicznie. Zabawy dziecka z rozpoznanym autyzmem są stereotypowe. Koncentrują się one raczej na przedmiotach mechanicznych lub nieożywionych. Nie podejmują one często zabaw symbolicz-

¹⁴ L. Bobrowicz-Lewartowska, *Autyzm dziecięcy*, dz. cyt., s. 56.

¹⁵ Por. tamże, s. 51.

¹⁶ M. Pilecki, *Psychiatria wieku rozwojowego – wybrane zagadnienia*, [w:] *Psychiatria*, dz. cyt., s. 210.

¹⁷ R.C. Carson, J.N. Buther, S. Mineka, *Psychologia zaburzeń*, dz. cyt., s. 829.

¹⁸ E. Pisula, *Autyzm i przywiązanie. Studia nad interakcjami dzieci autystycznych i ich matek*, Gdańsk 2003, s. 51.

¹⁹ L. Bobrowicz-Lewartowska, *Autyzm dziecięcy*, dz. cyt., s. 51-52.

nych²⁰. J. Piaget uznał zabawę za wyraz procesu asymilacji, w którym dziecko próbuje włączyć wiedzę o otaczającym świecie, dopasowując ją do posiadanych doświadczeń i swojego sposobu rozumienia otoczenia²¹. Choć nie ma jednoznacznych dowodów, że ma ona decydujący wpływ na rozwój dziecka, to można uznać ją za potencjalne źródło poczucia kompetencji. Przyczynia się ona również do zwiększenia poczucia własnej skuteczności u dziecka²².

Należy zauważyć, że dzieci chorujące na autyzm organizują środowisko na własnych warunkach, by wykluczyć lub ograniczyć zmiany i interwencje innych osób, gdyż zdecydowanie wolą samotność i rutynę²³. Często okazują aktywną niechęć do bodźców słuchowych, reagując płaczem nawet na dźwięk głosu rodziców. Czasami jednak wydają się być całkowicie obojętne na odgłos silnego hałasu²⁴.

Uwagę wielu dzieci z autyzmem niezwykle zaprzątają przedmioty – w niektórych przypadkach przedmioty duże lub dziwaczne. Nieraz samo ich noszenie przeszkadza w podejmowaniu innych czynności. Kiedy ktoś zakłóci tego rodzaju zajęcie – na przykład przesunie przedmiot lub zamieni go na inny – albo jeśli nastąpi najmniejsza zmiana w znajomym otoczeniu dziecka, wpada ono w złość lub krzyczy tak długo, aż wszystko wróci na dawne miejsce. Dlatego często mawia się, że dzieci te „są obsesyjnie przywiązane do niezmienności”²⁵.

Prognozy popraw w autyzmie są na ogół niepomyślne. Leczenie farmakologiczne nie daje satysfakcjonujących rezultatów. Terapia behawioralna okazuje się skuteczna w eliminacji zachowań prowadzących do samouszkodzeń, w ćwiczeniu podstawowych zachowań społecznych i rozwijaniu pewnych umiejętności w zakresie języka mówionego. Jednak, jednym z czynników istotnie ograniczających sukces terapii autyzmu jest trudność w uogólnieniu zachowań poza kontekstem terapeutycznym. Dzieci te często nie potrafią wykorzystać umiejętności dotyczących danej sytuacji w nowych okolicznościach²⁶. Przyjmuje się, że wczesna interwencja powinna być podjęta przed ukończeniem 3 roku życia. Zalecana jest wielokierunkowa terapia, intensywna i wczesnie rozpoczęta, która dzięki plastyczności mózgu dziecka, stwarza warunki do znacznej poprawy jego funkcjonowania²⁷.

²⁰ R.C. Carson, J.N. Buther, S. Mineka, *Psychologia zaburzeń*, dz. cyt., s. 832.

²¹ A. Birch, *Psychologia rozwojowa w zarysie. Od niemowlęctwa do dorosłości*, Warszawa 2011, s. 64.

²² Tamże, s. 70.

²³ H.D. Clercq, *Autyzm od wewnątrz*, Warszawa 2006, s. 334.

²⁴ R.C. Carson, J.N. Buther, S. Mineka, *Psychologia zaburzeń*, dz. cyt., s. 830-831.

²⁵ Tamże, s. 832.

²⁶ Tamże, s. 834-835.

²⁷ G. Jagielska, *Dziecko z autyzmem i zespołem aspergera w szkole i przedszkolu*, Warszawa 2010, s. 9.

Założenia metody 3I²⁸

U podstaw metody 3I leży przekonanie, że podstawowym problemem, w znacznym stopniu warunkującym inne trudności dziecka z autyzmem, jest kwestia dotycząca komunikacji. Należy jednocześnie zauważyć, że zarówno w okresie niemowlęcym, jak i okresie wczesnego dzieciństwa, dziecko uczy się w każdych okolicznościach – mimowolnie – a podstawowym sposobem uczenia się jest naśladownictwo²⁹. Obserwacja dzieci objętych terapią opartą na metodzie 3I pozwoliła stwierdzić, iż osoby z autyzmem nie przechodzą wielu etapów rozwojowych, zwłaszcza tych, które związane są z rozwojem komunikacji, świadomości własnego ciała, a także motoryki. Głównym celem metody 3I jest zatem rozbudzenie komunikacji i samoświadomości tak, aby dziecko mogło we własnym rytmie przejść przez wszystkie etapy rozwoju, które nie pojawiły się w okresie wczesnego dzieciństwa.

Jak już zostało wcześniej zasygnalizowane, znaczna część osób dotkniętych zaburzeniami ze spektrum autyzmu nie mówi lub nie komunikuje się w inny sposób. Warto zaznaczyć, iż zdolność do komunikacji, stanowi podstawę rozwoju społecznego i poznawczego³⁰. Komunikowanie się umożliwia jednostce uczestnictwo w życiu społecznym, stanowiące warunek jej rozwoju osobowego i poznawczego. Zdolność do porozumiewania się jest niezbędna do zaspokojenia podstawowych potrzeb fizycznych oraz potrzeb ego. Dopiero kontakty z innymi ludźmi pozwalają jednostce na samookreślenie i zdefiniowanie siebie oraz uzyskanie poczucia tożsamości. Komunikacja zaspakaja też potrzeby społeczne, pozwalając na wchodzenie w trwałe relacje z innymi osobami oraz potrzeby praktyczne, wyrażające się w konieczności przekazywania i użytkowania określonych informacji, jako podstawy sprawnego funkcjonowania³¹. Rozwój komunikacji postawiono zatem za cel w metodzie 3I.

W celu zdefiniowania założeń metody organizacja A.E.V.E. odwołała się do najnowszych wyników badań wskazujących na neurobiologiczne podłoże zaburzeń autystycznych³². Ogólne ramy dla organizacji oddziaływań terapeutycznych w metodzie 3I zaczerpnięte zostały z amerykańskiej metody Son Rise opracowanej przez Barrego i Suzi Kauffmanów (metoda znana już w Polsce jako metoda opcji).

²⁸ Założenia metody „3I” zostały opracowane w oparciu o niepublikowane materiały dla wolontariuszy procujących z dzieckiem chorującym na autyzm, udostępnione przez Maltańskie Centrum Pomocy Niepełnosprawnym Dzieciom i ich Rodzicom oraz Materiały opublikowane przez Autisme Espoir Vers l'Ecole, <http://www.autisme-espoir.org/> (dostęp: 12.06.2013).

²⁹ K. Appelt, *Wiek poniemowlęcy. Jak rozpoznać potencjał dziecka?*, [w:] *Psychologiczne portrety człowieka*, red. A.I. Brzezińska, Gdańsk 2005, s. 109.

³⁰ P.G. Zimbardo, F.L. Ruch, *Psychologia i życie*, Warszawa 1996, s. 139-143.

³¹ H. Sęk, *Spoleczna psychologia kliniczna*, Warszawa 2000, s. 128-130.

³² Niepublikowane materiały dla wolontariuszy i L. Bobrowicz-Lewartowska, *Autyzm dziecięcy. Zagadnienia diagnozy i terapii*, dz. cyt., s. 38.

W metodzie opcji kładzie się nacisk na nawiązanie kontaktu z dzieckiem. Istotne jest stworzenie bezpiecznej przestrzeni do zabaw (odpowiednio wyposażony pokój). Przyjmuje się zasadę bezwzględnej akceptacji zachowania dziecka. Proces terapeutyczny przy tej metodzie jest bardzo intensywny. Trwa 8 godzin dziennie. Terapeuta posługujący się tą metodą podąża niejako „za” dzieckiem, naśladuje je i próbuje nawiązać kontakt wzrokowy. Metoda opcji zakłada profesjonalne podejście terapeutyczne, w którym współgrają z sobą miłość, energia, elastyczność, entuzjazm oraz profesjonalizm – specjalistyczna wiedza i określone reguły postępowania³³.

W metodzie 3I zapożyczono z metody Opcji (Son Rise) salę zabaw, zabawę jako podstawową formę pracy z dzieckiem, podejście nakierowane na wspieranie rozwoju kompetencji komunikacyjnych oraz oddziaływania w kierunku dziecka – próba delikatnego wejścia do jego wewnętrznego świata, podążanie za dzieckiem, a nie chęć radykalnego wprowadzenia go do „zewnętrznego” świata. Metoda 3I nie kopiuje jedynie tych założeń, lecz twórczo się nimi inspirowa i rozwija. Na gruncie metody 3I doprecyzowana została kwestia stosowanych zabaw oraz ich typów. Zwrócono uwagę na występowanie etapów wychodzenia dziecka z jego wewnętrznego świata i dostosowano do nich organizację sesji terapeutycznych.

Unikalność metody 3I wyraża się tym, że w przeciwieństwie do metod behawioralnych (np. Teach lub ABA) nie opiera się na mechanicznym wyuczaniu zachowań i odruchów, a prowadzi do samoistnego i spontanicznego rozwijania się pożądanых umiejętności i kompetencji społecznych, dając tym samym podłoże do prawidłowego rozwoju również kolejnych sfer funkcjonowania jednostki. Umiejętności w ten sposób nabyte zostają utrwalone, nie zanikają w sytuacji przerwania terapii (np. z powodu choroby), tak jak to bywa w przypadku wyuczonych odruchów.

Terapia opiera się na trzech podstawowych filarach, od których wzięła swoją nazwę i które stanowią klucz do sukcesu. 3I to metoda edukacji indywidualnej, intensywnej i interaktywnej, pozwalająca na stymulację mózgu dziecka poprzez zabawę.

Metoda 3I jest indywidualna, ponieważ opiera się na indywidualnej relacji dziecko – wolontariusz. Podejście indywidualne pozwala na dostosowanie metod i tempa pracy do konkretnego dziecka i jego potrzeb. U podstaw tego założenia leży również przekonanie, iż sesje grupowe przynoszą dzieciom autystycznym cierpienie i lęk, przyczyniając się do pogłębiania zaburzenia.

³³ A. Rozetti-Szymańska, J. Wójcik, T. Pietras, *Zarys terapii pedagogicznej dzieci z autyzmem*, [w:] *Autyzm – epidemiologia, diagnoza, terapia*, red. T. Pietras, A. Wituski, P. Galecki, Wrocław 2011, s. 198-199.

Metoda 3I jest interaktywna, ponieważ umożliwia szeroko rozumianą komunikację i wymianę. Głównym celem każdej sesji jest komunikowanie się, a nie wpojenie konkretnej wiedzy, np. podczas zabawy plasteliną, najważniejsze nie jest to, by dziecko sprawnie tworzyło z masy kształty, lecz to, aby w jak największym stopniu przyciągnąć jego spojrzenie czy zainicjować dialog.

Metoda 3I jest intensywna, ponieważ jej program obejmuje 40 godzin (jedna sesja trwa 1,5h) sesji tygodniowo (również w weekendy oraz wakacje). Takie natężenie zajęć stwarza szansę szybkiego odbudowania brakujących połączeń neuronowych w mózgu, a co za tym idzie – wprowadzenia dziecka z jego wewnętrznego świata.

Głównym środkiem stosowanym w terapii 3I jest zabawa, która umożliwia utrzymanie rozluźnienia, koniecznego do przezwyciężenia lęków i fobii oraz przejścia przez wszystkie fazy rozwoju małego dziecka, które zostały pominięte. Zabawa pozwala na powstanie tego, co najważniejsze, czyli komunikacji. Bawiąc się z dzieckiem, uczymy je komunikowania się poprzez spojrzenie, gesty, a następnie słowa. Pobudzona i utrwalona w czasie zabawy zdolność do nawiązywania kontaktu wzrokowego umożliwia dziecku naukę poprzez naśladowanie. Sesje powinny być prowadzone w sposób pełen inwencji, spontaniczności i entuzjazmu, tak aby wprowadzić rozluźnioną atmosferę, niezbędną do wyzwolenia komunikacji. Niczego nie wolno narzucać, można jedynie proponować nowe zabawy lub modyfikacje zabaw już znanych, aby gry nie stały się kolejnym powtarzającym się rytuałem i schematem ograniczającym lub blokującym rozwój. W trakcie zabawy należy wykazać zainteresowanie czynnościami dziecka, starając się je naśladować. Powtarzanie i imitowanie nawet tych stereotypowych zachowań i przekształcanie ich w zabawę, to pierwszy krok prowadzący do ich wyeliminowania. Przez relaks i naśladowanie tego, co robi dziecko, wolontariusze starają się nawiązać z nim kontakt. I najważniejsze: nie wolno oczekiwać niczego po danej sesji. Każda sesja jest ważna i każda przyczynia się do rozwoju, gdyż dostarcza dziecku różnorodnych bodźców.

Sesje odbywają się w specjalnie do tego celu przygotowanym pokoju, zwanym małą salą przebudzenia. Niewielkie pomieszczenie, wyposażone w lustro, stół, dwa krzesła i kilka gier pozwala dziecku skupić się, jednocześnie izolując je od rozpraszających i wzbudzających lęk bodźców zewnętrznych (dźwięki, światła).

Zwrócenie się o pomoc do wolontariuszy (około 30 wolontariuszy tygodniowo) zapewnia dziecku możliwość kontaktu z bogactwem różnorodnych talentów i umiejętności. Tak duża ilość wolontariuszy jest pożądana z kilku powodów. Po pierwsze, rzetelnie przeprowadzona sesja te-

rapeutyczna jest wyczerpująca. Dzięki odpowiedniej ilości wolontariuszy dziecko przez cały dzień ma do dyspozycji zespół odprężonych, pełnych entuzjazmu ludzi gotowych na zabawę z nim. Dziecko przywiązuje się do wolontariuszy, którzy stają się jego pierwszymi przyjaciółmi, dzięki czemu nabywa umiejętności niezbędnych później do nawiązania relacji ze swoimi rówieśnikami.

Lista możliwych zabaw ograniczona jest jedynie inwencją i kreatywnością wolontariuszy, można jednak dokonać ogólnej klasyfikacji zabaw w zależności od sfery funkcjonowania dziecka, którą mają rozwiązać i usprawniać. Są to między innymi zabawy rozluźniające i ruchowe, zabawy rytmem, mimiką i ekspresją ciała, zabawy imitacyjne, zabawy w odgrywanie i udawanie, zabawy z ekspresją słowną i słuchaniem, zabawy logiczne oraz sensoryczne. W początkowych etapach terapii, kiedy dziecko przebywa zamknięte w swoim hermetycznym świecie, najkorzystniejszymi, a jednocześnie najłatwiej akceptowanymi zabawami są zabawy rozluźniające, np. zjeżdżalnia, huśtawka, bieganie, śpiewanie i wylczanki. Rozluźnienie dostarczane przez te zabawy pozwala dziecku zapomnieć o swoich lękach. W miarę nawiązywania i umacniania się relacji z wolontariuszami, dziecko pozwala, a nawet samo inicjuje kolejne, nowe wzorce zabawy. Pojawiają się zabawy ruchowe, mające na celu usprawnienie koordynacji ruchowej w zakresie motoryki małej i dużej. Zaburzenia motoryki małej wyrażają się w pewnej niezręczności w posługiwaniu się palcami, dłońmi oraz całymi rękami.

Wiele dzieci autystycznych wykazuje trudności w pisaniu oraz rysowaniu, co stanowi jedną z podstawowych przeszkód w uzyskaniu sukcesu w szkole. Przykładem zabawy na motorykę małą jest wyrabianie i ugniatanie masy solnej, plasteliny, ciastoliny itp., tworzenie kształtów z masy (np. rolowanie wałków, kulek), by w końcu z powstałych elementów stworzyć np. tzw. ludzika. Doskonałym, a jednocześnie prostym ćwiczeniem, wspomagającym motorykę małą jest zwyczajne zapinanie i odpinanie guzików, czy równe składanie kartki papieru. W zakresie motoryki dużej pożądane są zabawy wykorzystujące chodzenie (np. na palcach, na piętach), skakanie (na jednej nodze, na dwóch nogach, w miejscu i w różnych kierunkach), bieganie, a nawet wchodzenie po schodach.

Dziecko autystyczne nie potrafi zidentyfikować się z własnym ciałem, co wzbudza jego lęk. Dzięki zabawom rytmem, mimiką oraz ekspresją ciała, dziecko odkrywa swoje ciało, zaczyna postrzegać swoją twarz jako całość. W tym zakresie należy pokierować zabawą tak, by dziecko, przed lustrem dotykało różnych części swojego ciała oraz analogicznie ciała wolontariusza. Ważne jest rytmiczne klaskanie i śpiewanie. Kiedy dziecko jest zdolne do zabawy z wyobraźnią (komunikuje się gestem

i wzrokiem, jest zdolne do naśladowania) możliwe są zabawy w imitowanie, odgrywanie i udawanie (np. zabawa w lekarza, fryzjera, rodzinę, odgrywanie dialogów między lalkami). Ważne jest, aby w miarę możliwości każdą z zabaw wzbogacić prostą historią, którą dziecko będzie mogło powtórzyć lub wykorzystać jako inspirację do stworzenia własnej historyjki.

Dziecko chorujące na autyzm ma trudności z odnalezieniem swojego miejsca w otaczającym je świecie, nie lubi zmian, gdyż traci w ten sposób punkty odniesienia. Należy zatem uczyć dziecko rozróżniania osób i przedmiotów, odnajdywania się w przestrzeni poprzez przebieranie i grupowanie przedmiotów (np. guzików, koralików) ze względu na wielkość, kolor czy kształt, wprowadzanie pojęć dotyczących umiejscowienia w przestrzeni (pod, na, nad, przed, za itp.), np. układanie piłki pod stołem, na stole. Dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu, często mają niezwykle rozwinięte zmysły, dlatego bardzo wskazane są dla nich zabawy dotyczące zmysłu wzroku (np. chowanie przedmiotów, które dziecko musi odnaleźć), zmysłu dotyku (np. dotykanie przedmiotów o różnej fakturze i kształcie), zmysłu węchu (wąchanie produktów spożywczych, nazywanie zapachów). W czasie zabawy, poprzez zachowania wolontariusza, dziecko nabywa umiejętności opowiadania, dobierania odpowiedniej tonacji głosu do kontekstu oraz stosowania właściwej składni.

Metoda 3I narzuca tymczasowe odejście ze szkoły, która dla dziecka z autyzmem jest doświadczeniem wyjątkowo trudnym. Jest ono zamknięte w swoim wewnętrznym świecie, cierpi w szkole będącej zbiorowiskiem pełnym ludzi i hałasu, ponieważ inaczej odbiera bodźce zmysłowe. W efekcie dziecko wchodzi głębiej w swój wewnętrzny świat, utrwala się stereotypowe i rytualne zachowania, lęki, kłopoty z zasypianiem, agresja i autoagresja. Powrót do szkoły winien przebiegać stopniowo, dopiero w momencie, gdy dziecko nabyte umiejętności mówienia, rozumienia poleceń, słuchania i utrzymywania stanu koncentracji oraz naśladowania innych.

Z doświadczeń pracy wolontariusza

Potwierdzeniem skuteczności metody 3I są doświadczenia wolontariuszy uczestniczących w terapii 5-letniego chłopca chorującego na autyzm. Po półtorarocznej, intensywnej terapii w wymiarze blisko 40 godzin tygodniowo, widoczne są duże postępy w rozwoju dziecka. U chłopca rozwinęła się znacznie komunikacja werbalna i niewerbalna. Zaczął używać zwrotów dwu i trzywyrazowych, pojawiły się również proste zdania. Chłopiec coraz częściej komentuje zabawy i komunikuje swoje potrzeby. Wzrasta adekwatność i zrozumiałość wypowiedzi dziecka. Ponadto chłopiec często samodzielnie inicjuje i nawiązuje kontakt wzrokowy z wolontariuszami. W zabawach chętnie naśladuje zachowania wolontariusza-

szy i zgadza się na wprowadzanie zmian do znanego wzorca zabaw. Bardzo ważna jest umiejętność nawiązywania relacji emocjonalno-społecznej i wzrost poczucia bezpieczeństwa w nowych sytuacjach, co wyraża się w spontanicznym nawiązywaniu kontaktu fizycznego z wolontariuszami (przytulanie), zainteresowaniem nowymi miejscami i chęć ich eksplorowania. Dziecko w adekwatny sposób wyraża swoje emocje, a jego reakcje są odpowiednie do zaistniałej sytuacji. Jednocześnie stopniowo zanikają zachowania stereotypowe.

Każde dziecko chorujące na autyzm ma swój indywidualny zakres zaburzeń i różny stopień ich nasilenia, co skutkuje indywidualizacją terapii. Ważne jest, aby proponowane metody nie wykluczały się wzajemnie tylko skutecznie stymulowały rozwój³⁴. Niewątpliwymi zaletami metody 3I są jej stosunkowo niskie koszty, prostota oraz uniwersalność. Terapia może być prowadzona przez wszystkie osoby, które lubią zabawę z dziećmi, niezależnie od wieku czy wykształcenia. Nie ma również ograniczeń, co do typu czy głębokości zaburzenia. Jest to metoda odpowiednia zarówno dla autystyków wysokofunkcjonujących, jak i niskofunkcjonujących. 3I jest metodą naturalną, w której dominuje poszanowanie dla odmienności i indywidualności każdego dziecka, jego zaburzenia oraz tempa rozwoju.

Bibliografia

- Appelt K., *Wiek poniemowlęcy. Jak rozpoznać potencjał dziecka?*, [w:] *Psychologiczne portrety człowieka*, red. A. I., Brzezińska, GWP, Gdańsk 2005.
- Birch A., *Psychologia rozwojowa w zarysie. Od niemowlęctwa do dorosłości*, PWN, Warszawa 2011.
- Bobrowicz-Lewartowska L., *Autyzm dziecięcy. Zagadnienia diagnozy i terapii*, Impuls, Kraków 2011.
- Carson R.C., Buther J.N., Mineka S., *Psychologia zaburzeń*, GWP, Gdańsk 2006.
- Clercq H.D., *Autyzm od wewnątrz*, Fraszka Edukacyjna, Warszawa 2006.
- Jagielska G., *Dziecko z autyzmem i zespołem aspergera w szkole i przedszkolu*, ORE, Warszawa 2010.
- Materiały dla wolontariuszy pracujących z dzieckiem chorującym na autyzm, udostępnione przez Maltańskie Centrum Pomocy Niepełnosprawnym Dzieciom i ich Rodzicom (niepublikowane).

³⁴ J. Karbowniczek, *Zmiany w edukacji wczesnoszkolnej po wprowadzeniu reformy systemu oświaty*, Częstochowa 2008, s. 109.

Materiały opublikowane przez Autisme Espoir Vers l'Ecole, <http://www.autisme-espoir.org/> (dostęp: 12.06.2013).

Pilecki M., *Psychiatria wieku rozwojowego – wybrane zagadnienia*, [w:] *Psychiatria*, red. J. Heitzman, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007.

Pisula E., *Autyzm i przywiązanie. Studia nad interakcjami dzieci autystycznych i ich matek*, GWP, Gdańsk 2003.

Rozetti-Szymańska A., Wójcik J., Pietras T., *Zarys terapii pedagogicznej dzieci z autyzmem*, [w:] *Autyzm – epidemiologia, diagnoza, terapia*, Continuo, red. T. Pietras, A. Wituski, P. Gałęcki, Wrocław 2011.

Sęk H., *Spoleczna psychologia kliniczna*, PWN, Warszawa 2000.

Szot Z., *Autyzm. Terapia ruchowa. Badania interdyscyplinarne*, Akademia Wychowania Fizycznego i Sportu, Gdańsk 2004.

Trempała J., *Modele rozwoju psychicznego. Czas i zmiana*, Akademia Bydgoska im. Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz 2000.

Zimbardo P.G., Ruch F.L., *Psychologia i życie*, PWN, Warszawa 1996.

Streszczenie

Dziecko chorujące na autyzm ma swój indywidualny zakres zaburzeń i różny stopień ich nasilenia, co skutkuje koniecznością indywidualizacji terapii. Ważne jest, aby proponowane metody nie wykluczały się wzajemnie, tylko skutecznie stymulowały rozwój. Zalecana jest wielokierunkowa terapia, intensywna i wczesnie rozpoczęta, która dzięki plastyczności mózgu dziecka, stwarza warunki do znacznej poprawy jego funkcjonowania.

W niniejszym artykule dokonano próby przedstawienia najważniejszych zagadnień dotyczących autyzmu oraz propozycji pracy z dzieckiem chorującym na autyzm opartej na metodzie 3I.

Metoda 3I jest edukacyjną metodą rozwojową, upowszechnioną i rekomendowaną przez powstałą w 2005 roku francuską organizację AUTISME ESPOIR VERS L'ECOLE (A.E.V.E.). Celem metody 3I jest rozwój komunikacji, ponieważ to ona umożliwia jednostce pełne uczestnictwo w życiu społecznym. Zdolność komunikacji stanowi jednocześnie warunek rozwoju osobowego i poznawczego człowieka.

Praca terapeutyczna oparta na metodzie 3I prowadzi do samoistnego i spontanicznego rozwijania się pożądanych umiejętności i kompetencji społecznych. Umiejętności w ten sposób nabyte zostają utrwalone, nie zanikają w sytuacjach nowych. Terapia oparta na tej metodzie opiera się na trzech podstawowych filarach, od których wzięła swoją nazwę i które stanowią klucz do sukcesu. 3I to metoda edukacji indywidualnej, intensywnej i interaktywnej, pozwalająca na stymulację mózgu dziecka po-

przez zabawę. Założenia tej metody, są rozwinięciem i uzupełnieniem znanej w Polsce metody opcji.

Słowa kluczowe: autyzm, rozwój, komunikacja, dialog, terapia, indywidualizacja, wielokierunkowość, zaburzenie.

Dialogue with autistic child – 3I Method

Reasume

A child suffering from autism has its own range of disorders with different degrees of severity, which results in the need for individualising therapy. What is important is that the proposed methods should not be mutually exclusive, but should effectively stimulate the child development. Due to the child's brain plasticity, a multidirectional, intensive and early started therapy that creates conditions for significant improvement is recommended.

This article is an attempt to present main issues related to autism and suggestions for work with autistic children based on the 3I Method.

3I Method is an educational and developmental therapy method disseminated and recommended by the French association AUTISME ESPOIR VERS L'ECOLE (A.E.V.E.) which was established in 2005. The aim of the 3I Method is communication development as this is the area that allows the child to participate fully in social life. The ability to communicate is also a condition for personal and cognitive growth.

Therapeutic work based on the 3I Method leads to natural and spontaneous development of the desired skills and social competences. The skills acquired in this way are fixed and do not disappear in novel situations. The therapy based on this method is grounded on three basic pillars which the method takes its name from and which are the key to success. 3I Method is an individual, intensive and interactive method of education that stimulates the child's brain by play. The assumptions of this method are an extension of and complement to the method known in Poland as Son Rise.

Keywords: autism, development, communication, dialogue, therapy, individualization, multidirectional, disorder.

Adres do kontaktu:

e-mail: magdalena.swigost@uj.edu.pl

e-mail: kromka.marta@gmail.com