

Agnieszka Stefanow
Uniwersytet Śląski w Katowicach

Strategie postępowania w zaburzeniach zmysłu czucia u dziecka ze spektrum autyzmu w przedszkolu terapeutycznym – studium przypadku

Jakość życia dzieci ze spektrum autyzmu determinowana jest nie tylko przez zaburzenia i deficyty natury społecznej, ale także przez zaburzenia przetwarzania sensorycznego, w tym zaburzenia zmysłu czucia. Ignorując je, przedszkole pozbawia dzieci z ASD warunków dla optymalnego rozwoju. W badaniach została wykorzystana metoda studium przypadku ucznia ze spektrum autyzmu (autyzm dziecięcy) zrealizowana za pomocą wywiadu, obserwacji bezpośredniej oraz diagnozy zaburzeń przetwarzania sensorycznego.

Celem poznawczym artykułu było poznanie funkcjonowania dziecka ze spektrum autyzmu z zaburzeniami w zmysle czucia uczęszczającego do przedszkola terapeutycznego. Celem praktyczno-wdrożeniowym badań było zaprezentowanie skutecznych strategii postępowania w zaburzeniach w zmysle czucia u dziecka z ASD z powodzeniem wykorzystywanych w przedszkolu terapeutycznym. Tekst składa się z trzech zasadniczych części. W pierwszej zostały przedstawione podstawy teoretyczne badań własnych, w drugiej części znajdują się założenia metodologiczne, natomiast trzecia część stanowi meritum opracowania i zawiera studium przypadku oraz realizowane w przedszkolu terapeutycznym strategie postępowania z zaburzeniami w zmysle czucia u dzieci z ASD, które z powodzeniem mogą być wykorzystane w placówkach oświaty.

Słowa kluczowe: studium przypadku, zaburzenia ze spektrum autyzmu, zaburzenia przetwarzania sensorycznego, zaburzenia czucia, przedszkole terapeutyczne

Strategies for dealing with feeling disorders in children from the spectrum of autism in the kindergarten – a case study

Children's quality of life with the spectrum of autism is determined by disturbances and deficits of a social nature and sensory processing disturbances, especially in the sense of feeling. By ignoring these disorders, the preschool environment deprives ASD children of optimal development conditions. The main research method was the instrumental case study of the child with the autism spectrum (pediatric autism) carried out by an interview, direct observation, document analysis, and diagnosis of sensory processing disorders. The article's cognitive objective is to describe a pupil's functioning with the spectrum of autism in the preschool group in terms of sensory processing disorders in the sense of feeling. The practical and implementation objective is to propose effective strategies to deal with feeling disorders in children with ASD in the therapeutic preschool environment.

The text consists of three main parts. The first part presents the theoretical basis of own research, and the second part presents methodological assumptions. The third part is the study's essence and contains a case study and strategies for dealing with sensory disorders in children with ASD, which can be successfully used in both home and preschool environments.

Keywords: case study, autism spectrum disorders, sensory processing disorders, sensory disturbance, therapeutic preschool

Wprowadzenie

Analizując przypadek dziecka z zaburzeniami ze spektrum autyzmu (autyzm dziecięcy), uczęszczającego do przedszkola terapeutycznego, zauważono, że jakość jego życia oraz przebieg wychowania przedszkolnego są silnie zdeterminowane przez towarzyszące mu zaburzenia przetwarzania sensorycznego.

W literaturze występują dwie klasyfikacje diagnostyczne zaburzeń w zakresie integracji sensorycznej, których pochodną są różne terminologie. Jedna z nich została zaproponowana przez Jean Ayres (2018: 61) i odnosi się do dysfunkcji integracji sensorycznej (SID – *sensory integration disorders*), druga natomiast została zaproponowana przez Lucy Jane Miller (2007), która postulowała za wprowadzeniem pojęcia szerszego od SID, tym samym wprowadzając termin zaburzeń przetwarzania sensorycznego (SPD – *sensory processing disorders*). W niniejszych badaniach przyjęto kryteria diagnostyczne zaproponowane przez Lucy Jane Miller i in. (2007: 136), które bazują na dostarczonych nowych dowodach empirycznych (m.in. Dunn 2001; Miller i in. 2001; Mulligan 1998; Parham 2002) rozwijających teorię integracji sensorycznej zaproponowaną przez Ayres w 1963 roku (2016). Kolejnym uzasadnieniem przyjęcia tej nomenklatury jest fakt, że przeprowadzając tylko testy SIPT zaproponowane przez Ayres i przyjmując jej terminologię, można zdiagnozować i opisać funkcjonowanie dzieci głównie z zaburzeniami ruchowymi o podłożu sensorycznym lub zaburzeniami różnicowania sensorycznego (2016:105), co nie było jedynym przedmiotem zainteresowania badacza.

Zaburzenia przetwarzania sensorycznego (SPD) są powszechne w populacji dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu (ASD – *autism spectrum disorder*). W literaturze przedmiotu, pomimo licznych eksploatacji tego zagadnienia (Crista i in. 2020; Białas-Paluch 2017; Cieśliski 2005; Behrmann, Minshew 2008; Urbaniuk 2008; Charbicka, Raszewska 2007) nie zostało ono w pełni poznane, gdyż prowadzone badania dotyczące problemów sensorycznych bazują głównie na rozmowach z rodzicami i opiekunami, a wnioski z nich wyciągnięte są zdeterminowane przez metodologię badań przyjętą przez naukowców. Nie można zakładać, że ich interpretacje są odzwierciedleniem tego, co w rzeczywistości dzieje się z dzieckiem z ASD. Rzetelnych danych o przeciążeniach sensorycznych mogą dostarczyć nam jedynie osoby, które ich doświadczają (Grandin 2016: 107).

Pedagodzy pracujący z dziećmi z ASD często nie potrafią wyjaśnić nietypowych reakcji behawioralnych, które wynikają z nieprawidłowego funkcjonowania systemu dotykowego i proprioceptywnego (zmysłu czucia), przez co następuje ich nieprawidłowa interpretacja. Bez podstawowej wiedzy o funkcjonowaniu dzieci z ASD w zmysle czucia stworzenie dziecku optymalnego środowiska rozwoju staje się pojęciem abstrakcyjnym.

Zaburzenia przetwarzania sensorycznego u dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu

Według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10 – klasyfikacja powstała w oparciu o DSM-IV) autyzm dziecięcy znajduje się w kategorii całościowych zaburzeń rozwojowych (PDD)¹. Różne kwestie typologiczne całościowych zaburzeń rozwojowych wynikają z różnorodnych potrzeb praktyki klinicznej i programów badawczych (Klin: 128). Pomimo praktycznego znaczenia DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) system ten jest zbiorem krótko opisanych objawów i hierarchicznych zasad dla podejmowania decyzji diagnostycznych (ibidem: 132). Obecnie od 18 maja 2013 roku została opublikowana kolejna edycja klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM-V), jednak w Polsce nowe kryteria diagnozy nie zostały jeszcze uznane.

Ze względu na niezwykle połączenie nietypowych reakcji behawioralnych oraz braku biologicznych modeli autyzm jest najbardziej zagadkowym zaburzeniem, które można definiować jako biologicznie zdeterminowany zestaw zachowań występujący w różnych postaciach klinicznych i o różnym nasileniu wynikający z różnych czynników (Goldstein, Ozonoff 2017: 24).

Zaburzenia ze spektrum autyzmu to zbiór zaburzeń neurobiologicznych determinujący rozwój dziecka. Badacze od dawna starają się zdefiniować autyzm poza fenotypem behawioralnym, ale istotną przeszkodą w osiągnięciu tego celu jest heterogeniczny charakter tego zaburzenia. Heterogeniczność rozumiana jest jako różnorodność odmiennych elementów, które są w jakiś sposób ze sobą połączone. Zatem autyzm jest zaburzeniem, które powoduje deficyty we wzorcach funkcjonowania poznawczego, emocjonalnego, behawioralnego i społecznego, które przejawiają się w różny sposób w podgrupach dzieci (Georgiades, Szatmari, Boyle 2013: 123). Heterogeniczny charakter tego zaburzenia determinują specyficzne mechanizmy neurobiologiczne, które negatywnie wpływają na funkcjonowanie różnych struktur mózgu, co u dzieci z ASD powoduje zaburzenia prze-

¹ ICD-10, Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych (2008), Rewizja 10, tom I, WHO.

tworzenia sensorycznego (SPD), które Kranowitz definiuje jako trudność w odbieraniu, organizowaniu i wykorzystywaniu przez mózg informacji sensorycznych (Kranowitz 2012: 261).

Niepotwierdzona naukowo etiologia zaburzeń ze spektrum autyzmu determinuje powstawanie alternatywnych podejść do samej terapii dziecka, których założenia są ukierunkowane na działania o charakterze dyrektywnym (np. ABA – Applied Behavior Analysis) lub niedyrektywnym (np. Program Son-Rise, DIR – Developmental Individual – Difference Relationship Based Model/Floortime). Pomimo że oddziaływania behawioralne mają największe poparcie naukowe, to model DIR został uznany za najważniejszy kompleksowy model terapii w raporcie opracowanym przez Narodową Akademię Nauk Stanów Zjednoczonych (National Academy of Sciences – NAS) (Drabata 2019: 341–342). Niemożność dokonania wyboru najskuteczniejszej terapii dla dziecka z ASD wzbudza m.in. poczucie winy u matek, które wywołuje u nich negatywne emocje i rzuca na ich całościowe funkcjonowanie (ibidem: 348). Jednak duża liczba godzin spędzonych na terapiach nie oznacza, że korzyści będą równomierne, gdyż nie decyduje ilość, ale jakość prowadzonej terapii, w przedszkolach w których zapewnia się intensywne terapie zewnętrzne może dojść do przemęczenia dziecka w wyniku czego nie będzie w stanie uczestniczyć w zajęciach w grupach (Prizant, Fields-Meyer 2017: 232).

Same działania niedyrektywne są związane ze zmianą podejścia do zaburzeń ze spektrum autyzmu w kierunku humanistyczno-personalistycznego rozumienia osoby, takie podejście prezentuje m.in. Jacek J. Błeszyński (2020) czy Barry M. Prizant i Tom Fields-Meyer (2017). Podejście oparte na „liście deficytów” dziecka okazuje się nieskuteczne w leczeniu autyzmu, a samo wygaszanie zachowań autystycznych jest nieefektywne, gdyż nie zgłębia prawdziwych motywów dziecka. Jeżeli uda się wyeliminować pewne zachowania klasyfikowane jako autystyczne, w rzeczywistości osoby z autyzmem zostają pozbawione pewnych strategii radzenia sobie z trudnościami (ibidem: 36). Zatem eliminowanie zachowań bez poznania ich funkcji oraz znaczenia dla dziecka z ASD jest wręcz nieetyczne.

Rosnące zainteresowanie problematyką przetwarzania sensorycznego ma swoje odzwierciedlenie w kryteriach diagnostycznych zaburzeń ze spektrum autyzmu Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-V, gdzie została uwzględniona hiperreaktywność i hiporeaktywność na bodźce sensoryczne (Tavassoli i in. 2018: 72).

Zaburzenia przetwarzania sensorycznego dotyczą większości osób z ASD niezależnie od ich wieku, co udowodniły Nancy Minshew i Jessica Anne Hobson, badając wrażliwość sensoryczną u 60 osób ze spektrum autyzmu oraz porównując ją do grupy kontrolnej składającej się z 61 osób neurotypowych (Minshew, Hobson 2008: 11).

Badania Carla H. Delacato także potwierdzają powszechność SPD u osób z ASD. W badanej populacji problemy związane z dotykiem i czuciem dotyczyły 92–98%. Inne zaburzenia były w przetwarzaniu słuchowym 82–99%, wzrokowym 60–68% oraz smaku i węchu 24–28% (Delacato 1995: 13).

Na zmysł czucia składa się system proprioceptywny z dotykowym (Borkowska 2018: 17), dlatego te dwa systemy sensoryczne zostaną omówione szerzej.

System dotykowy jest najstarszym ewolucyjnie oraz największym systemem zmysłowym, jego granice określa skóra. Ze względu na to, że dojrzewa i rozwija się najwcześniej, należy do zmysłów pierwotnych. Na skórze rozmieszczone są receptory odbierające różne bodźce, są one zróżnicowane pod względem funkcji, budowy i stopnia wrażliwości (Odowska-Szlachcic 2018: 109). Zmysł dotyku jest niezbędny do kontroli sensomotorycznej i eksploracji środowiska oraz jest główną bazą do tworzenia interakcji społecznych. Biorąc pod uwagę znaczenie dotyku we wczesnym okresie rozwoju i w kształtowaniu relacji społecznych, można spodziewać się zależności pomiędzy anomaliami dotykowymi, a cechami społecznymi. Jednak ustalenia badaczy nie są spójne (Mikkelsen i in. 2018: 147).

Opisując dotyk należy się odnieść do jego dwóch komponentów: obronnego i różnicującego. System obronny pobudza do gotowości organizm człowieka w reakcji na potencjalne zagrożenie, a system różnicujący pozwala na identyfikację bodźców sensorycznych (Przyrowski 2019: 45). Prawidłowo funkcjonujący system dotykowy determinuje rozwijanie się świadomości własnego ciała, praktyki (planowania motorycznego), dyskryminacji wzrokowej (różnicowania wzrokowego), języka, uczenia się, bezpieczeństwa emocjonalnego oraz umiejętności społecznych (Kranowitz 2012: 93).

Zmysł proprioceptywny jest drugą składową zmysłu czucia, dzięki receptorom zlokalizowanym w mięśniach, torebkach stawowych, strukturach okołostawowych, więzadłach, ścięgnach i błędniku jesteśmy w stanie odczuwać pozycję ciała, jego ruch i ciężar (Borkowska 2018: 27). Wrażenia proprioceptji są ważne kiedy wykonujemy ruch bez kontroli wzrokowej. Dzięki prawidłowemu działaniu tego systemu powstaje prawidłowy schemat ciała, a także świadomość, gdzie znajdują i jak poruszają się poszczególne jego części. Determinuje rozwój funkcji motorycznych i koordynację ruchów (Odowska-Szlachcic 2016: 28).

Typologią zaburzeń integracji sensorycznej przyjętą w badaniach jest ta zaproponowana przez Lucy Jean Miller i in. (te samą klasyfikację przyjęła interdyscyplinarna Rada Zaburzeń Rozwojowych i Uczenia się w 2005 roku²), która zaburzenia przetwarzania sensorycznego klasyfikuje na:

- zanurzenia w modulacji sensorycznej (SMD – *sensory modulation disorder*);

² The Interdisciplinary Council on Developmental and Learning Disorders, Diagnostic Manual for Infancy and Early Childhood, ICDL, 2005: 73.

- zaburzenia motoryczne o podłożu sensorycznym (SBMD – *sensory-based motor disorder*);
- zaburzenia w dyskryminacji sensorycznej (SDD – *sensory discrimination disorder*) (Miller i in. 2007: 137).

Poniżej zostaną omówione poszczególne typy zaburzeń z powyższej typologii.

Wśród populacji dzieci z autyzmem najczęściej rozpoznawanymi zaburzeniami są te w zdolności mózgu do regulowania własnej aktywności określane jako trudności w modulacji sensorycznej (Białas-Paluch 2017: 87). Dzięki prawidłowej zdolności modulacji możliwe jest utrzymanie optymalnego stanu pobudzenia przez twór siatkowaty oraz filtrowanie istotnych bodźców zmysłowych (Jodzis 2013: 35). U większości dzieci z autyzmem zaburzenia w modulacji sensorycznej wynikają z niedojrzałości układu nerwowego (Odowska-Szkalchcic 2016: 9).

W zaburzeniach modulacji wyróżnia się trzy kategorie:

- nadreaktywność sensoryczną inaczej zwaną obronnością sensoryczną (SOR – *sensory overresponsivity*) jest stanem nadmiernej reaktywności na bodźce zmysłowe, charakteryzującym się aktywnym unikaniem pewnych bodźców sensorycznych;
- podreaktywność sensoryczną (SUR – *sensory underresponsivity*) jest stanem charakteryzującym się wysokim progiem pobudzenia sensorycznego i zmniejszoną reakcją na wrażenie sensoryczne;
- poszukiwanie sensoryczne (SS – *sensory seeking*) charakteryzuje się poszukiwaniem bodźców sensorycznych. Dziecko w sposób energiczny angażuje się w działania fizyczne, które dostarczają mu więcej bodźców sensorycznych (Quake-Rapp 2015: 167–168).

Kolejną kategorią zaproponowaną przez Miller są trudności motoryczne o podłożu sensorycznym (SBMD – *sensory-based motor disorder*), wyróżnia się tu dyspraksję (*dyspraxia*) oraz zaburzenia posturalne (PD – *postural disorder*). Zaburzenia kontroli postawy mogą być spowodowane nieprawidłowym sprzężeniem zwrotnym z systemu proprioceptywnego, przedsionkowego, dotykowego i wzrokowego (Przyrowski 2014: 28), natomiast praksja jest zdolnością do konceptualizacji, planowania i ustalenia kolejności wykonania nowych lub znanych aktywności (Ayres 2016: 224).

Ostatnią kategorię stanowią zaburzenia w zakresie różnicowania sensorycznego (SDD – *sensory discrimination disorder*), problem z dyskryminacją przejawia się w trudności ze zrozumieniem jakości informacji sensorycznych oraz podobnych wrażeń (Arnwine 2018: 25) i może dotyczyć wszystkich znanych kanałów sensorycznych: dotyku, słuchu, smaku, zapachu i wzroku, propriocepcji oraz przedsionka (Miller i in. 2007: 137).

Zrozumienie zaburzeń przetwarzania sensorycznego w systemie czucia u dzieci z ASD jest bardzo ważnym zagadnieniem. Przedszkole powinno być elastyczne,

a od nauczycieli coraz częściej oczekuje się, że będą potrafili ocenić nie tylko możliwości, ale i potrzeby swoich podopiecznych, w tym potrzeby sensoryczne.

Koncepcja i przebieg badań własnych

Przedmiotem badań były zaburzenia przetwarzania sensorycznego w zmyśle czucia (system dotykowy oraz proprioceptywny) u dziecka z ASD. Przyjmując klasyfikację celów zaproponowanych przez Zbigniewa Skornego (1984: 23) wyróżniamy cele teoretyczno-poznawcze i praktyczno-wdrożeniowe. Celem teoretyczno-poznawczym badań było poznanie funkcjonowania dziecka ze spektrum autyzmu z zaburzeniami w zmyśle czucia uczęszczającego do przedszkola terapeutycznego. Celem praktyczno-wdrożeniowym było zaprezentowanie skutecznych strategii postępowania w zaburzeniach w zmyśle czucia u dziecka z ASD z powodzeniem wykorzystywanych w przedszkolu terapeutycznym.

Badania zostały przeprowadzone w przedszkolu terapeutycznym, do którego uczęszczały dzieci pełnosprawne z niepełnosprawnymi, w roku szkolnym 2019/2020. Zostały sformułowane następujące problemy badawcze:

1. Jak dziecko z ASD i z zaburzeniami w zmyśle czucia funkcjonuje w przedszkolu terapeutycznym?
2. Jakie skuteczne strategie stosuje przedszkole terapeutyczne, które uwzględniałyby zaburzenia w systemie dotykowym i proprioceptywnym (zmyśle czucia) w pracy z dzieckiem z ASD?

Wybór metody studium przypadku był podyktowany dobrym dostępem do dziecka oraz jego opiekunów, którzy wyrazili zgodę na przeprowadzenie badania. Metoda ta w sposób wnikliwy dostarczyła odpowiedzi na problemy badawcze. Lokowanie badania w podejściu jakościowym pozwala poznać sytuację jednostki i choć nie daje możliwości formułowania uogólnień, może być punktem wyjścia do dalszych rozważań naukowych oraz przyczynić się do wygenerowania kategorii, które można odnieść do innych przypadków.

Biorąc pod uwagę cel studium przypadku Robert Stake (2014: 628) przyjął trzy typy studium przypadku: autoteliczne studium przypadku, instrumentalne studium przypadku oraz zbiorowe studium przypadku. W niniejszych badaniach konkretny przypadek miał posłużyć pogłębieniu wiedzy o szerszym zjawisku (zaburzeniom w zmyśle czucia i strategiom radzenia sobie z nimi), zatem zdecydowano o przeprowadzeniu instrumentalnego studium przypadku, w którym zainteresowanie samym przypadkiem jest drugorzędne, ułatwia on natomiast zrozumienie czegoś innego. Wybór przypadku był celowy, gdyż musiało to być dziecko z ASD ze zdiagnozowanymi zaburzeniami czucia, uczęszczające do przedszkola terapeutycznego. Po dokonaniu diagnozy zaburzeń przetwarzania

sensorycznego u dziecka z ASD i potwierdzeniu zaburzeń czucia uzyskano zgodę dyrekcji oraz matki dziewczynki na przeprowadzenie badań w przedszkolu.

Studium przypadku zostało zrealizowane przez techniki, takie jak obserwacja dziecka w przedszkolu (trwająca 7 miesięcy), która była przeprowadzona zgodnie ze standardami obserwacji uczestniczącej, zakładającymi nawiązywanie intensywnego kontaktu pomiędzy badaczem a przyjmującą go społecznością i wymagającymi długoterminowego zanurzenia się w życiu codziennej grupy (Angrosino 2014: 133). Wybór jako jednej z technik badawczych obserwacji uczestniczącej był podyktowany możliwością zaobserwowania charakterystycznych zachowań wynikających z zaburzeń w zmysle czucia. Dzięki obserwacji bezpośredniej można było dokładnie przeanalizować daną reakcję behawioralną oraz strategie radzenia sobie z nią stosowaną przez personel zatrudniony w przedszkolu. Drugą wykorzystaną techniką badawczą był wywiad, który został przeprowadzony zgodnie z założeniami wywiadu mało kierowanego opierając się na rozmowie, w której dominowały wypowiedzi badanego na temat zainicjowany przez badacza (Rubacha 2008: 133). Został on przeprowadzony z nauczycielem z grupy przedszkolnej, dyrektorką oraz z matką dziewczynki. Dzięki wywiadam i analizie dokumentów przedszkolnych badacz mógł zdobyć kompleksową wiedzę o funkcjonowaniu dziecka oraz o zjawiskach oraz uwarunkowania, które nie były możliwe do zaobserwowania.

W celu wyboru przypadku do studium została także przeprowadzona wcześniej wspomniana diagnoza zaburzeń przetwarzania sensorycznego przez badacza, który zawodowo pracuje jako terapeuta SI, podczas której wykorzystano narzędzia, takie jak:

1. Kwestionariusz Rozwoju Sensomotorycznego Dziecka Zbigniewa Przyrowskiego, który zawiera 91 pytań zamkniętych. Kwestionariusz przeprowadza się z opiekunem dziecka (w tym przypadku z matką) i jest przeznaczony do badań dzieci od 4 do 12 roku życia. Jest on narzędziem, które ma ułatwić rozpoznawanie nieprawidłowych procesów z zakresu integracji sensorycznej, dając sygnał do podjęcia odpowiedniej interwencji lub do głębszych badań. Pełnej interpretacji kwestionariusza można dokonać tylko na podstawie wiedzy z zakresu teorii integracji sensorycznej (Przyrowski 2014: 6).
2. Obserwacja Kliniczna (Przyrowski 2013), to wystandaryzowane narzędzie zawierające arkusz obserwacji klinicznej do uzupełnienia na podstawie wykonywanych prób. Zadania są dostosowane dla dzieci powyżej 4 roku życia, które są w normie intelektualnej (Przyrowski 2015: 5).
3. Południowo-Kalifornijskie Testy Integracji Sensorycznej – są to testy rozwijane przez Jean Ayres i innych naukowców, zawierają poszczególne próby kliniczne, które badający wykonuje z dzieckiem (Przyrowski 2019: 94).

Uzyskano zgodę matki oraz dyrekcji na wykorzystanie uzyskanych danych w celach naukowych. Z matką dziewczynki zawarto nieformalną umowę chroniącą osobę badaną (Stake 2014: 648). Poza tym do matki został wysłany końcowy raport z badań i nie wniosła ona żadnego sprzeciwu na ich upublicznienie.

W analizie przypadku, materiał empiryczny pochodzi zarówno z wywiadów z matką i z nauczycielami, jak i z obserwacji bezpośredniej i z analizy dokumentów.

Analiza przypadku

Kasia w chwili prowadzenia badań miała pięć lat, jednak w wieku czterech lat zdiagnozowano u niej autyzm dziecięcy i została wykonana diagnoza SI.

Charakterystyka placówki: przedszkole terapeutyczne dziewczynki jest zlokalizowane w mieście liczącym prawie 48 tys. mieszkańców. Kasia w przedszkolu była objęta indywidualną terapią logopedyczną, psychologiczną, pedagogiczną z terapią TUS oraz terapią SI. Uczęszczała do grupy 11-osobowej, w której znajdowało się 8 chłopców i 3 dziewczynki. Poza dziewczynką, siedem osób posiadało orzeczenie o kształceniu specjalnym ze względu na: niepełnosprawność ruchową, w tym z afazją (trzy orzeczenia); autyzm, w tym z zespołem Aspergera (trzy orzeczenia); niepełnosprawność sprzężona-niepełnosprawność ruchowa oraz autyzm. W grupie znajdują się trzy osoby dorosłe: nauczyciel prowadzący, nauczyciel współorganizujący kształcenie specjalne oraz pomoc nauczyciela. Przedszkole jest bardzo dobrze wyposażone, bierze udział w licznych projektach unijnych oraz szkoleniach, dzięki którym personel stale podnosi swoje kwalifikacje.

Studium przypadku: Po porodzie naturalnym dziewczynka uzyskała 10 w skali Apgar. Jako niemowlę siadała w wieku 6 miesięcy, jednak dopiero w wieku 15 miesięcy stawiała pierwsze kroki. Okres raczkowania był prawie całkowicie pominięty.

Mama dziewczynki zgłosiła się z nią do poradni psychologiczno-pedagogicznej, ponieważ dziewczynka nie mówiła do trzeciego roku życia. Potem pojawiły się liczne eholalie natychmiastowe, które występują do dziś (zwłaszcza w sytuacjach trudności z komunikacją). Kasia potrafi porozumiewać się werbalnie, jednak komunikację z otoczeniem utrudniają zaburzenia semantyczno-pragmatyczne. Sporadycznie popełnia błędy w obrębie fleksji i semantyki (np. nieprawidłowa forma w odmianie słownictwa, zamiana wyrazów o podobnym znaczeniu). Także pojawiają się trudności przy konstruowania przez nią dłuższych wypowiedzi (potrzebuje pytań pomocniczych). Pięciolatka nie rozumie ironii, aluzji czy metafor. Pomimo bogatego słownictwa, utrzymują się u niej deficyty w zakresie rozumienia wypowiedzi złożonych pod względem znaczenio-

wym oraz struktury gramatycznej. U dziewczynki występuje specyficzna prozodia mowy – słabo zróżnicowana melodia i rytm mówienia.

Kasia nie uśmiecha się w sytuacjach społecznych, wszystkie jej zachowania są wyuczone, brakuje u niej spontaniczności, przez co nie potrafi prawidłowo reagować w sytuacjach nowych. Schemat postępowania w danej sytuacji musi być przypominany i zainicjowany przez rodzica lub opiekuna, np. odmachaj. Zdarza się, że pozostawiona na zajęciach specjalistycznych przez rodziców nie zauważa, że ich nie ma.

Pięciolatka ma trudność ze zrozumieniem emocji swoich i innych, słabo je kontroluje i zdarza się, że nie potrafi ich konstruktywnie wyrazić. Ponadto dziewczynka źle znosi krytykę i nie radzi sobie z niepowodzeniami. W niektórych sytuacjach nadmiernie reaguje na bodźce zewnętrzne przez histeryczny płacz lub wycofanie.

U pięciolatki sprawność intelektualna kształtuje się na poziomie przeciętnym i charakteryzuje się cechami nieharmonijnego przebiegu rozwoju. Najsprawniej są realizowane aktywności oparte na analizie i syntezie wzrokowej oraz na spostrzeganiu. Zadania wykonuje starannie i zawsze dąży do ich ukończenia, potrafi w przypadku popełnienia błędu dokonać autokorekty. Poza tym bardzo dobrze radzi sobie na zajęciach indywidualnych, w których z chęcią uczestniczy, stara się utrzymać kontakt wzrokowy. Także w realizowanych zadaniach z zakresu funkcji słuchowych dziewczynka radzi sobie dobrze (prawidłowo dobiera proste rymy, różnicuje podobnie brzmiące dźwięki, prawidłowo dzieli wyrazy na sylaby oraz odczytuje proste wyrazy). Nie ma problemu z układaniem i opisywaniem historyjek obrazkowych.

Dziewczynka w grupie rówieśniczej potrafi zainicjować zabawę, jednak często nieadekwatnie do jej wieku. Dużą zaletą jest fakt, że jest koleżeńska i potrafi się dzielić. Sprząta po sobie stanowisko pracy oraz zabawki. Potrafi podtrzymać przyjaźnię i utrzymać więź, a podczas zajęć w grupie jest aktywna i chętnie bierze w nich udział, nie boi się wypowiadać na forum grupy. W przedszkolu nie bawi się lalkami, interesują ją bardziej zabawki przypominające rzeczy codziennego użytku.

Dziewczynka przejawia zaburzenia w interakcjach społecznych, nie potrafi się bronić w przypadku agresji ze strony rówieśników. Jeżeli dzieci się bawią, to do nich dołącza i bawi się z nimi, jednak wycofuje się lub obraża przy próbie narzucenia jej czegoś podczas zabawy.

W wyniku ekscytacji często macha rękami i podskakuje, prezentując tym samym zachowania stereotypowe charakterystyczne dla zaburzeń ze spektrum autyzmu. Jest dzieckiem labilnym emocjonalnie, które reaguje nieadekwatnie do sytuacji – jak zgłaszała mama – potrafi przyjść z przedszkola, zjeść obiad i po jakimś czasie wpaść w histerię, ponieważ jej się przypomniała jakaś sytuacja związana

z pobytem w placówce. Nauczycielka także zwracała na to uwagę, że problem pojawia się, ponieważ dziewczynka nie potrafi do końca zwerbalizować tego co stało się w przedszkolu, co wywołało u niej takie zaniepokojenie, stąd musi dzwonić mama, żeby się dowiedzieć. Zazwyczaj są to sytuacje, na które dziewczynka w placówce się nie skarżyła i nie okazywała negatywnych emocji, stąd zdarza się, że są one trudne do zidentyfikowania przez nauczyciela. Po powrocie z przedszkola, kiedy grupa dziewczynki była łączona z innymi grupami, dziewczynka wraca do domu i jest bardzo nerwowa, niespokojna, zdarza się że płacze. Może to być reakcja na przeciążenie sensoryczne, co wywołuje u dziewczynki sytuację stresową. Kasia potrafi dostosować się do nagłych zmian, jednak reaguje bardzo emocjonalnie w wyniku przerywania jej danej czynności i braku możliwości jej ukończenia. Uspokojenie lub pocieszenie jej wymaga bardzo dużego wysiłku.

Zaburzenia w zmyśle czucia: system dotykowy

Zaobserwowano reakcje behawioralne wskazujące na nadwrażliwość dotykową z podwrażliwością dłoni i stóp. Także przeprowadzona diagnoza SI wskazuje na powyższe zaburzenia w zakresie modulacji sensorycznej.

Funkcjonowanie dziewczynki w przedszkolu

Kasia ma dużą wybiórczość pokarmową, nie je warzyw, nie lubi próbować nowych pokarmów i bardzo często odmawia jedzenia poszczególnych składników posiłku. Je bardzo wolno i bardzo długo przeżuwa czasem wypluwając pokarm. Jak była młodsza, mama musiała jej miksować w zupie wszystkie warzywa, żeby dziewczynka ich nie wyciągała z talerza. Nie lubi mocno przyprawionych posiłków. Potrafi oznajmić, że czegoś nie będzie jadła, zasłaniając ręką twarz i podpierając się na łokciu. Pewne konsystencje ją drażnią. Nie lubi ryżu oraz grudkowatych potraw. Zaobserwowano, że zdarza się jej często wymuszać na personelu przedszkola, żeby ją karmić. Same wizyty dziewczynki u stomatologa odbywają się raz w roku pod narkozą, nie lubi ona także mycia zębów i robi to bardzo powierzchownie.

Dziewczynka wstaje i od razu jest aktywna, ma problem z zasypianiem, a w nocy często się budzi. W przedszkolu dziewczynka nigdy nie leżakowała, mama poprosiła nauczycielki, żeby ją do tego nie zmuszały. Podczas leżakowania Kasia bawiła się sama na sali obok pod opieką innego nauczyciela.

Dziewczynka unika także pewnych ubrań o określonych fakturach, które uznaje za drażniące. Mama często musi wycinać z nich metki.

Kasia jest osobą bardzo wrażliwą na ból i temperaturę. Dziewczynka uważa się nad sobą w przypadku najmniejszych skaleczeń. Podczas zabawy z rówieśnikami

zazwyczaj to ona pierwsza przychodzi, że coś jej nie pasuje, bo ktoś ją uderzył lub za mocno dotknął. Podczas kąpieli stale komunikuje mamie, że woda jest dla niej za gorąca. Także podawane potrawy są zawsze dla niej za ciepłe. Ponadto preferuje stroje z krótkimi rękawkami i krótkimi nogawkami, także zimą, po powrocie z przedszkola od razu się rozbiera.

Dziewczynka nie lubi kiedy jest dotykana przez rówieśników czy swojego młodszego brata, ponieważ dotyk bywa dla dziewczynki nieprzyjemny, także podczas zabaw unika kontaktu fizycznego. Podczas zajęć z muzykoterapii, gdzie dzieci tańczyły powtarzając ruchy terapeutki, dziewczynka stała na samym końcu. Zwykle stoi na obrzeżu grupy, dzięki czemu zmniejsza ryzyko nieoczekiwanego jej dotknięcia. Kasia ma swoją listę osób, których dotyk akceptuje, jednak nie znajdują się na niej inne dzieci, gdyż często ich zachowania są nieprzewidywalne.

U dziewczynki zaobserwowano podwrażliwość dotykową w obrębie stóp i dłoni. Kasia lubi dotykać rękami różnych faktur, podczas zajęć z arteterapii zadaniem grupy było malowanie opuszkami palców wspólnego obrazka, dziewczynka wylała na arkusz papieru farbę i malowała całymi dłońmi, jednocześnie psując zabawę innym dzieciom. Także podczas dnia spaghetti Kasia chętnie ugniatała ciasto i trudno było jej przerwać tę zabawę. Ponadto dziewczynka lubi chodzić boso. W przedszkolu, podczas prac stolikowych, kładzie stopy na zimnych kafelkach.

Zaburzenia w zmyśle czucia: *system proprioceptywny*

Zaobserwowano reakcje behawioralne wskazujące na podwrażliwość systemu proprioceptywnego. Także diagnoza SI wskazuje na powyższe zaburzenia w zakresie modulacji sensorycznej.

Funkcjonowanie dziewczynki w przedszkolu

Zdarza się, że dziewczynka w reakcji na sytuacje stresowe dociska bardzo mocno swoją twarz do twarzy mamy, docisk ten jest tak mocny, że sprawia mamie ból. Dziewczynka lubi także zabawy, w których jest dociskana, podczas zabawy z rówieśniczką pozwalała, żeby ta się na nią kładła. W domu z mamą często bawi się we wzajemne przepychanie, lubi także być mocno masowana, natomiast lekki dotyk ją drażni.

Dziewczynka nie czuje dobrze swojego ciała, schodząc po schodach obserwuje swoje stopy, także podczas chodzenia jej głowa jest lekko opuszczona w dół, zamiast patrzeć przed siebie. Ma także problem z guzikami, jeżeli spodnie są na guzik, to ściąga je przez nogi bez rozpinania. Nie potrafi odpiąć kurtki i ściągnąć jej samodzielnie oraz wykonywać czynności z zamkniętymi oczami. Musi mieć

kontrolę wzroku nad tym co robi. Odmawia zabaw, w których oczy muszą być zamknięte, a kiedy już ma je zasłonięte stoi w bezruchu.

Pięciolatka nie używa adekwatnej siły do przedmiotów, nie potrafi przenieść szklanki z wodą, żeby jej nie wylać, a także sprawia często wrażenie, że ma problem z pić i z trafieniem szklanką do buzi.

Kasia ma także niskie napięcie mięśniowe. Ciało dziewczynki jest pochylone w przód, a podczas prac stolikowych często podpira głowę. Po upomnieniu przez rodzica lub nauczyciela, żeby się wyprostowała, dokonuje korekty na chwilę, po czym znów wraca do nieprawidłowej postawy ciała.

Dyskusja

Dziecko z nadreaktywnością dotykową może wybrzydzać przy jedzeniu, preferować określone jego faktury, może także nie lubić pokarmów, w których występują niespodziewane grudki, a także pokarmów klejących się, jak np. kleiki ryżowe (Kranowitz 2012: 101). Poza tym w ustach znajdują się receptory czuciowe umożliwiające identyfikację faktur, kształtu, temperatury i smaku potraw (Ayres 2016: 122), a ich zaburzona percepcja dostarcza nieprawidłowych bodźców czuciowych podczas spożywania pokarmów, co tłumaczyłoby wybiórczość pokarmową dziewczynki. Przyczyn dużej wrażliwości oralnej należy także dopatrywać się w tym, że na twarzy znajduje się bardzo duża liczba receptorów niezbędnych do przetrwania, stąd dziecko z obronnością dotykową jest tak wrażliwe, szczególnie w okolicach ust (ibidem: 123). W przypadku dziewczynki objawia się to unikaniem mycia zębów czy nadmiernym strachem przed wizytą u stomatologa.

Problemy ze snem i zasypianiem Kasi tłumaczy jedna z hipotez, zakładając zależność pomiędzy systemem dotykowym a tworem siatkowatym, odpowiadającym za pobudzenie organizmu. Hipoteza ta zakłada, że u dzieci z obronnością dotykową centralne procesy powodują zbyt małe hamowanie informacji dotykowych, co ma wpływ na nieprawidłowe funkcjonowanie tworów siatkowatych (Przyrowski 2014: 35).

Kasia unika pewnych ubrań ze względu na fakturę, a mama musi wycinać z nich metki. U dzieci z obronnością dotykową występuje przesadna wrażliwość na bodźce dotykowe generowane przez ubrania dotykające ich ciała, a ich mózg nie jest w stanie ich wyhamować, co doprowadza do ciągłego pobudzenia organizmu (Ayres 2016: 119).

Odczuwanie dotyku, ciepła i zimna oraz bólu zaczyna się w skórze, w której znajdują się specjalne receptory wychwytyjące poszczególne rodzaje tych bodźców. Różnica w przetwarzaniu tych bodźców polega na tym, że impulsy niosące o nich informację podążają do mózgu innymi drogami (Eliot 2010: 177), w zwią-

ku z tym zaburzenia w przetwarzaniu dotykowym obejmują także odczuwanie bólu i temperatury tak jak w przypadku Kasi.

Kasia unika dotyku innych osób, zwłaszcza tego nieoczekiwanego. Właściwe funkcjonowanie zmysłu dotyku odgrywa kluczową rolę we właściwych kontaktach międzyludzkich (Okraska-Ćwiek 2016: 16). Dobrze wyregulowany ma podstawowe znaczenie w dobrych kontaktach z innymi ludźmi. Jeżeli dziecko na kontakt fizyczny, reagując w sposób niezrozumiały dla większości ludzi może ich do siebie zrazić (Kranowitz 2012: 99). Dziecko z nadwrażliwością dotykową może odrzucać osoby chcące je przytulić, o ile nie znajdują się one na jego liście akceptowanych (taką listę także ma dziewczynka). Na takiej liście u dzieci najczęściej znajduje się rodzic lub inna osoba, której dziecko ufa i potrafi przewidzieć jej zachowanie. Do listy osób nieakceptowanych mogą zaliczać się nauczycielki w przedszkolu, krewni, a nawet dziadkowie (ibidem: 89).

Podreaktywność dziewczynki z nadreaktywnością może wynikać z tego, że dysfunkcje u dzieci z autyzmem są niejednorodne i nie mają stałego charakteru, zdarza się, jak w przypadku Kasi, że dziecko z ASD w obrębie dłoni i stóp poszukuje silnych doznań czuciowych, a w sferze oralnej występuje obronność dotykowa (Odowska-Szlachcic 2016: 70).

Dążenie dziewczynki do mocnego i głębokiego nacisku jest uzasadnione tym, że na większość ludzi działa on uspokajająco. Badania wskazują na istotną rolę jaką odgrywającą wrażenia proprioceptywne na pobudliwości całego systemu nerwowego. Bodźce, które płyną w wyniku mocnego uścisku, są rejestrowane w hipokampie, w tworze siatkowatym i w systemie limbicznym, a działanie neurotransmiterów adrenaliny i serotoniny jest związane z tymi strukturami mózgu, stąd wrażenia propriocepcji mogą modulować poziom pobudzenia OUN (Przyrowski 2019: 47).

Jeżeli opracowywanie informacji proprioceptywnych przebiega niewłaściwie, nasze ruchy są wolniejsze, a mózg nie rejestruje prawidłowo informacji o pozycji rąk, nóg czy tułowia (Przyrowski 2014: 28). Może to być jedną z przyczyn słabego poczucia ciała dziewczynki.

Brak używania adekwatnej siły w stosunku do przedmiotów może wynikać z podreaktywności systemu proprioceptywnego, gdyż propriocepcja pomaga ocenić ruchy poprzez wyczucie jaki jest nacisk na mięśnie, dzięki czemu dostarcza informacji z jaką siłą należy je wykonać oraz jaka powinna być ich jakość i liczba. W związku z faktem, że dziecko nie otrzymuje wystarczającej informacji z mięśni i stawów, trudno jest mu dostosować ruchy w obliczu zmieniających się wymagań (Kranowitz 2012: 133). Także niskie napięcie mięśniowe często wiąże się z nadwrażliwością dotykową (Odowska-Szlachcic 2018: 60), a także z podreaktywnością systemu proprioceptywnego. Dziecku z dysfunkcją systemu proprio-

ceptywnego brakuje stabilności, dzięki której może utrzymać prawidłową postawę ciała w zależności od czynności którą wykonuje. (Kranowitz 2012: 135).

Skuteczne strategie postępowania w zaburzeniach w zmyśle czucia z powodzeniem wykorzystywane w pracy z analizowanym przypadkiem dziecka z ASD w przedszkolu terapeutycznym

Dziecko z ASD może mieć ogromne trudności w budowaniu prawidłowych relacji z innymi osobami, zwłaszcza kiedy nie są uwzględnione jego problemy natury sensorycznej. W badaniach realizowanych w szkole podstawowej, do której uczęszczał uczeń z ASD (Stefanow 2020: 200), zostały sformułowane zalecenia dla pracy edukacyjno-wychowawczej uwzględniające jego zaburzenia przetwarzania sensorycznego (w tym czuciowego), część z nich także z powodzeniem może być zastosowana w grupie przedszkolnej.

Poniżej znajdują się strategie postępowania w zaburzeniach czucia u dzieci z ASD z powodzeniem wykorzystywane w badanym przedszkolu terapeutycznym:

1. Podstawowym warunkiem efektywnego realizowania wychowania przedszkolnego oraz inkluzji społecznej dziecka z niepełnosprawnością, w tym dziecka z ASD jest skupienie się na jego mocnych stronach.
2. Pedagodzy pracujący w przedszkolu powinni być w stałym kontakcie z rodzicami podopiecznego, ponieważ to oni są nieocenionym źródłem wiedzy o jego funkcjonowaniu. W przypadku zaburzeń czucia, jest to o tyle ważne, że razem z rodzicami określają, które bodźce czuciowe są niekomfortowe dla dziecka, które są przyjemne, a które są obojętne. Poprzez identyfikację zaburzeń czucia u dziewczynki, pedagodzy są w stanie prognozować jej poszczególne reakcje behawioralne wywołane danym bodźcem dotykowym lub propriocepcyjnym i zapobiegać ewentualnej reakcji „walcz, uciekaj”.
3. W grupie przedszkolnej dziecko z ASD może mieć przyznanego nauczyciela wspomagającego. Tylko dobra współpraca pomiędzy dwoma nauczycielami (może też być zatrudniona pomoc nauczyciela) może stworzyć środowisko, zaspokajające potrzeby sensoryczne dziecka. W sytuacji, gdy któryś z nauczycieli dziewczynki zaobserwuje u niej przeciążenie sensoryczne prowadzące do deprivacji sensorycznej, nauczyciel współorganizujący kształcenie specjalne pomaga jej się wyciszyć, poprzez wyjście z sali do sali relaksacyjnej, w którą jest zaopatrzona placówka lub udostępniając dziewczynce słuchawki wyciszające.

4. Warto jest także przeprowadzić analizę zachowania dziecka, żeby zidentyfikować czynniki aktywujące dane zachowanie oraz konsekwencje tego zachowania. U dziewczynki nieumiejętność zabawy z rówieśnikami może wynikać z tego, że dana zabawa przekracza jej możliwości percepcji bodźców czuciowych przez układ nerwowy. Dziewczynka nie czuje dobrze swojego ciała stąd zabawy wymagające dynamicznego ruchu mogą być dla niej problematyczne. Poza tym zadania ruchowe wykonuje mniej sprawnie niż jej rówieśnicy i wolniej przetwarza komunikaty werbalne. Należy dostosować zabawy tak, aby dziewczynka nie była w nich przegrana, przeanalizować dokładnie daną sytuację, co się stało, że dziecko zareagowało tak a nie inaczej, nie można tylko koncentrować się na eliminowaniu zachowania problematycznego, bez poznania jego przyczyny.
5. Dziecko poprzez zaburzenia w systemie dotykowym i proprioceptywnym może bać się ciemności i wykonywania zadań z zasłoniętymi oczami. W przypadku zasłonięcia Kasi oczu, jej ciało sztywnieje. Lęk ten może wynikać z tego, że dziewczynce trudno jest kontrolować swoje ciało bez udziału wzroku, zatem można zachęcać ją do takich aktywności, natomiast nie zmuszać. Należy także zadbać, żeby dziewczynka nie zostawała w ciemnych pomieszczeniach sama, w pokoju powinna być lampka nocna, jednak opiekun powinien być pewny, że dziecko potrafi ją włączyć, ponieważ proste czynności mogą okazać się skomplikowane dla dziecka z dysfunkcją zmysłu czucia.
6. Zarówno nauczyciele w przedszkolu, jak i pozostały personel powinni wykazać się cierpliwością, dostosowując temperaturę wody czy potraw do takiej, jaką toleruje dziecko. Należy uwzględnić także fakt, że dziecko może inaczej odczuwać temperaturę niż rówieśnicy czy osoby dorosłe, zatem odczuwalna temperatura optymalna dla nauczyciela może okazać się zbyt ciepła lub zbyt zimna dla dziecka. W przedszkolu, do którego uczestniczy Kasia, nauczyciele naprawdę wykazują się dużą cierpliwością, pomagając regulować jej temperaturę wody podczas mycia rąk przed posiłkiem czy po posiłku. W przypadku gdy temperatura nie spełnia oczekiwań dziewczynki, odmawia ona czynności higienicznych czy w przypadku posiłku – jedzenia.
7. Nie należy zmuszać dziecka do stania podczas zabaw w wyznaczonym miejscu, lecz uszanować jego preferencje sensoryczne, gdyż ich ignorowanie może wywołać reakcję „walcz lub uciekaj”. Dziewczynka ze względu na nadwrażliwość dotykową zawsze stoi na końcu grupy lub na jej obrzeżach w celu zmniejszenia szansy nieoczekiwanego jej dotknięcia przez rówieśników; idąc na spacer także idzie na końcu grupy, co ogranicza ryzyko niespodziewanego dotknięcia. Pracownicy przedszkola nie narzucają dziewczynce, gdzie ma stać podczas zabaw,

- czy gdzie ma iść, dla nich najważniejsze jest ogólne zaangażowanie dziecka (w miarę jego możliwości).
8. Przy wybiórczości pokarmowej, nowe pokarmy powinny być wprowadzane w bardzo małych ilościach, a dziecko powinno być przez dorosłego zachęcane do ich konsumpcji i odpowiednio motywowane. Najlepszy efekt zostanie osiągnięty, kiedy dziecku proponuje się pokarmy o konsystencji, które już zna i lubi; w przypadku Kasi, która nie je w ogóle innego mięsa niż pierś z kurczaka i parówki, można spróbować rozwinąć dietę o różnego rodzaju mięso przypominające w konsystencji te które toleruje. Wprowadzając zupełnie nową kategorię żywności, także należy wziąć pod uwagę aktualne preferencje żywieniowe dziecka. Dziewczynka potrafi z obiadu wybierać marchewkę, groszek czy por, zatem jeżeli jest taka możliwość, należy podać jej danie bez tych składników, dzięki czemu jest szansa, że unikniemy segregacji poszczególnych składników dania. Jeżeli wiemy, że dziecko nie lubi danych pokarmów, nie należy na siłę próbować mu je podać na talerzu czy je nakarmić, gdyż może to spowodować u dziecka odruch wymiotny oraz zaburzyć dobre relacje. Także warto, jeżeli jest to możliwe, angażować dziecko w przygotowywanie posiłków.
 9. W związku z nadreaktywnością okolicy rąk i nóg należy dostarczyć dziewczynce stymulacji tych okolic, angażując ją we wszelkie zabawy z ciastoliną, plasteliną, farbami lub innymi substancjami. Można wprowadzać różne sensoryczne tory przeszkód, które dziewczynka mogłaby przejść bosymi stopami, dzięki czemu dostarczamy dziewczynce bodźców dotykowych, których tak poszukuje, a poza tym dbamy o optymalny poziom regulacji pobudzenia o którym pisze Miller (2016: 125).
 10. Mocny uścisk działa uspokajająco, zatem będzie skutecznym mechanizmem wyciszającym dziecko w sytuacjach stresowych. W przypadku, kiedy nie pozwala ono przytulić się nauczycielkom pracującym w przedszkolu i nie ma możliwości zorganizowania mu ustronnego miejsca, w którym mógłby się wyciszyć, warto mieć w sali materac czy koc, do którego można go zawinąć w sytuacjach przeciążenia sensorycznego. Dobrym rozwiązaniem byłaby także poduszka otulająca czy wszelkiego rodzaju tunele sensoryczne. W przedszkolu, do którego uczęszcza dziewczynka, takim miejscem jest półotwarta, ciasna szafa, z której korzysta nie tylko Kasia, ale i inne dzieci.
 11. W przedszkolu warto zachęcić dziecko do podnoszenia i noszenia cięższych rzeczy, oczywiście nieprzekraczających jego możliwości fizycznych. Zalecane jest także pchanie czy ciągnięcie np. kolegi/koleżanki na sankach, czy podczas zabawy w grupie. Wszystkie te aktywności stymulują układ proprioceptywny.

12. Propriocepcja jest kluczem do zasypiania i do wyciszenia organizmu, zatem w przypadku zaburzonego snu i trudności z zasypianiem można zastosować kołderkę obciążeniową. Można także owinąć dziecko ciasno jego ulubionym kocem. Pomocna może także okazać się obcisła pidżama. Kasia śpi z dużą ilością pluszaków, co także może się wiązać z poszukiwaniem stymulacji proprioceptywnej. W przedszkolu dziewczynka pomimo wyciszenia i stymulacji czucia głębokiego poprzez docisk, nie potrafi usnąć, może to być spowodowane innymi zaburzeniami sensorycznymi.
13. Warto angażować dziecko w gry, zabawy czy codzienne aktywności stymulujące zmysł czucia. Wzorce zachowania człowieka są raczej stałe, jednak mogą ulegać zmianom w wyniku doświadczenia, ponieważ wpływ środowiska oddziałuje na strukturę mózgu za sprawą jego plastyczności (zdolności do modyfikacji organizacji połączeń neuronalnych pod wpływem bodźców (Vetulani 2014: 87).

Podsumowanie

Zaburzenia zmysłu czucia są bardzo powszechnym zjawiskiem wśród populacji dzieci z ASD. W niniejszym artykule przedstawiono wyniki badań ukonstytuowanych na analizie przypadku 5-letniej dziewczynki z zaburzeniami ze spektrum autyzmu, uczęszczającej do grupy przedszkolnej. Przedstawiono także skuteczne strategie radzenia sobie z poszczególnymi zaburzeniami zmysłu czucia, skutecznie stosowanymi przez przedszkole do którego uczęszczała dziewczynka.

W badanym przypadku zaobserwowano reakcje behawioralne wskazując na nadreaktywność w systemie dotykowym (jedynie w obszarze rąk i stóp zaobserwowano podreaktywność) oraz na podreaktywność systemu proprioceptywnego. Literatura przedmiotu podaje, że wśród populacji dzieci z autyzmem najczęściej identyfikowanymi zaburzeniami są te w zakresie modulacji sensorycznej (Białas-Paluch 2017: 87). Kombinacja tych zaburzeń także ma swoje odzwierciedlenie w literaturze przedmiotu, która podaje, że w obronności dotykowej występuje zbyt wysoki próg reaktywności na bodźce pochodzące m.in. z układu proprioceptywnego, co może być wynikiem nadmiernego hamowania (Przyrowski 2014: 35). Tak też było w przypadku dziewczynki, u której m.in. zdiagnozowano zaburzenia przetwarzania sensorycznego w układzie dotykowym oraz proprioceptywnym (zmysł czucia).

Powyższy artykuł nie wyczerpał zagadnienia jakim są zaburzenia w zmysł czucia u dzieci z ASD, ponieważ nie było możliwe uwzględnienie ich wszystkich kombinacji. Biorąc pod uwagę fakt, że w DSM-V zaburzenia przetwarzania senso-

rycznego są uwzględnione w diagnostyce autyzmu w ramach kryterium ograniczonych i powtarzanych zachowań, niezbędne wydaje się przeprowadzenie dalszych badań, które pomogłyby je zidentyfikować, a także opracować skuteczne strategie uwzględniające SPD u dzieci z ASD.

Bibliografia

- Arnwine B. (2018), *Rozpoczynanie terapii integracji sensorycznej*, Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk.
- Angrosino M.V. (2014), *Obserwacja w nowym kontekście. Etnografia, pedagogika i rozwój problematyki społecznej* [w:] *Metody badań jakościowych*, red. N.K. Denzin, Y.S. Lincoln, t. 2, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Ayres J. (2016), *Dziecko a integracja sensoryczna*, Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk.
- Białas-Paluch K. (2017), *Zaburzenia praktyki u dzieci ze spektrum autyzmu w świetle teorii integracji sensorycznej*, *Człowiek–Niepełnosprawność – Społeczeństwo*, 1(35), Warszawa.
- Borkowska M. (2018), *Integracja sensoryczna w rozwoju dziecka podstawy neurofizjologiczne*, Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk.
- Delacato H. C. (1974), *Dziwne, niepojęte. Autystyczne dziecko*, Fundacja Synapsis, Warszawa.
- Drabata A. (2019), *Doświadczenia matek dzieci ze spektrum autyzmu w obliczu wielogłosowości wiedzy i praktyk dotyczących autyzmu*, *Szkoła Specjalna*, 5, Warszawa.
- Eliot L. (2010), *Co tam się dzieje*, Media Rodzina, Poznań.
- Dunn, W. (2001), *The sensations of everyday life: Empirical, theoretical, and pragmatic considerations*, *American Journal of Occupational Therapy*, 55(6), 608–620.
- Georgiades, S., Szatmari P., Boyle M. (2013), *Importance of Studying Heterogeneity in Autism*, *Neuropsychiatry*, 3(2), Future Medicine Ltd, London.
- Goldstein S., Ozonoff S. (2017), *Perspektywa historyczna i ogólna charakterystyka* [w:] *Diagnoza zaburzeń ze spektrum autyzmu*, red. S. Goldstein, A. Naglieri, S. Ozonoff, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Grandin T. (2016). *Mózg autystyczny. Podróż w głąb niezwykłych umysłów*, Copernicus Center Press, Kraków.
- Jodzis D. (2013), *Dysfunkcje integracji sensorycznej a sprawność językowa dzieci*, Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk.
- Klin A. (2017), *Typologia zaburzeń ze spektrum. Aspekty teoretyczne, badawcze i kliniczne* [w:] *Diagnoza zaburzeń ze spektrum autyzmu*, red. S. Goldstein, A. Naglieri, S. Ozonoff, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Kranowitz C. (2012), *Nie-zgrane dziecko. Zaburzenia przetwarzania sensorycznego – diagnoza i postępowanie*, Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk.
- Mikkelsen M., Wodka E.L., Mostofsky S.H., Puts N.A.J (2018), *Autism spectrum disorder in the scope of tactile processing*, *Developmental Cognitive Neuroscience*, vol. 29, Flux, Canada.
- Miller L.J., Anzalone M.E., Lane S.J., Cermak S.A., Osten E.T. (2007), *Concept Evolution in SI: A Proposed Nosology for Diagnosis*, *American Journal of Occupational Therapy* 61(2): 135–140.

- Miller L.J., Reisman J.E., McIntosh D.N., Simon J. (2001), *An ecological model of sensory modulation* [w:] *Understanding the nature of sensory integration with diverse populations*, red. S. Smith Roley, E.I. Blanche, R.C. Schaaf, Therapy Skill Builders, USA.
- Miller L.J. (2016), *Dzieci w świecie doznań. Jak pomóc dzieciom z zaburzeniami przetwarzania sensorycznego?*, Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk.
- Minshew N., Hobson J.A. (2008), *Sensory Sensitivities and Performance on Sensory Perceptual Tasks in High-functioning Individuals with Autism*, *Journal of Autism and Developmental Disorders* 38(8), Springer, USA.
- Mulligan, S. (1998), *Patterns of sensory integration dysfunction: A confirmatory factor analysis*, *American Journal of Occupational Therapy*, 52: 819–828.
- Nothbohm E., Zysk W. (2016), *1001 porad dla rodziców i terapeutów dzieci z autyzmem i zespołem Aspergera*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Odowska-Szlachcic B. (2018), *Integracja sensoryczna w autyzmie*, Harmonia, Gdańsk.
- Odowska-Szlachcic B. (2016), *Metoda integracji sensorycznej we wspomaganiu rozwoju mowy u dzieci z uszkodzeniami ośrodkowego układu nerwowego*, Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk.
- Okraska-Ćwiek B. (2016), *Przedszkolaki – sensoraki. Scenariusze zajęć z terapii integracji sensorycznej do pracy z małymi dziećmi*, Empis, Warszawa.
- Parham L.D. (2002). *Sensory integration and occupation* [w:] *Sensory integration: Theory and practice*, red. A.C. Bundy, S.J. Lane, E.A. Murray, 2nd ed., F.A. Davis, Philadelphia, 413–434.
- Prizant B.M., Fields-Meyer T. (2019), *Niezwyyczajni ludzie. Nowe spojrzenie na autyzm*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Przyrowski Z. (2015), *Kliniczna obserwacja – podręcznik*, Empis, Warszawa.
- Przyrowski Z. (2014), *Kwestionariusz Rozwoju Sensomotorycznego*, Empis, Warszawa.
- Przyrowski Z. (2019), *Integracja sensoryczna. Teoria, diagnoza, terapia*, Empis, Warszawa.
- Stake R.M. (2014), *Jakościowe studium przypadku* [w:] *Metody badań jakościowych*, red. N.K. Denzin, Y.S. Lincoln, t. 1, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Quake-Rapp C. (2015), *Sensory processing disorders and treatment: Occupational therapy using a sensory integration approach* [w] *Behavioral Pediatrics*, red. D.E. Greydanus, D.R. Patel, H.N. Pratt, J.J. Calles, A. Nazeer, J. Merrick, 4th ed., Nova Science Publisher, New York.
- Paul R., Wilson K.P. (2007), *Diagnoza mowy, języka i komunikowania się w zaburzeniach ze spektrum autyzmu* [w:] *Diagnoza zaburzeń ze spektrum autyzmu*, red. S. Goldstein, J.A. Naglieri, S. Ozonoff, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Rubacha K. (2008), *Metodologia badań nad edukacją*, WAiP, Warszawa.
- Skorny Z. (1984), *Prace magisterskie z psychologii i pedagogiki*, WSiP, Warszawa.
- Stefanow A. (2020), *Funkcjonowanie ucznia ze spektrum autyzmu w klasie integracyjnej w ujęciu zaburzeń sensorycznych – studium przypadku*, *Szkoła Specjalna*, 41(3), Warszawa.
- Vetulani J. (2014), *Mózg: fascynacje, problemy, tajemnice*, Wydawnictwo Benedyktów, Kraków.
- Williams K. (2019), *Zrozumieć autyzm. Przewodnik dla rodziców*, Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk.