

Katarzyna MARKIEWICZ

**Wstęp do „Festhalten” jako metody terapeutycznego oddziaływania na dzieci  
z zaburzeniami typu autystycznego .**

Introduction to “Festhalten” as a Method of Therapeutic Influence on the Children with Autistic  
Disturbances

To co niepokoi, oburza i intryguje we  
wczesnym autyzmie dziecięcym, to fakt, że  
dzieci te zaledwie pojawiły się na tym  
świecie, a już tak szybko odwróciły się od  
niego nie mogąc się w nim odnaleźć

*A. i F. Brauner*

WSTĘP

Badania prowadzone w takich dziedzinach jak pedagogika, psychologia, psychiatria dotyczą różnych sfer rozwoju dziecka, m. in. przystosowania szkolnego, społecznego, percepcji, postaw rodzicielskich, więzi w rodzinie i ich wpływu na rozwój dziecka. Badacze poświęcają także wiele uwagi analizie pozytywnego i negatywnego wpływu rozmaitych czynników na rozwój i kształtowanie osobowości. Interesującym zagadnieniem jest podejmowany często, lecz ostatecznie nie rozwiązany problem wpływu rodziny na zaburzenia emocjonalne dzieci i młodzieży, takie jak agresja, nadruchliwość, bierność i lękliwość.

Istnieje jednak stosunkowo mało znany i wciąż otwarty problem pewnego rodzaju zaburzeń emocjonalnych, na temat którego panują kontrowersyjne poglądy i którego tła przyczynowego jeszcze w pełni nie wyjaśniono. Jest to zjawisko autyzmu dziecięcego, zaburzenia poważnie ograniczającego zdolność przystosowania się do życia. Dzieci autystyczne rodzą się, żyją i cierpią, a wraz z nimi cierpią ich rodzice. Jednakże postęp w zdobywaniu zróżnicowanej,

wielospecjalistycznej wiedzy stale wzrasta, dając podstawy nowych nadziei na stworzenie programu rehabilitacyjno-terapeutycznego. Współpraca specjalistów reprezentujących różnorodne dyscypliny naukowe od medycznych przez społeczne, biologiczne, elektrofizjologię itp. zapobiega stagnacji i mobilizuje ewolucyjny rozwój wiedzy.

## HISTORIA BADAŃ NAD AUTYZMEM

Do psychiatrii pojęcie „autyzmu” a właściwie „autystycznego myślenia” wprowadził w r. 1911 niemiecki psychiatra E. Bleuler. Przeciwwstawił on myśleniu realnemu, odzwierciedlającemu rzeczywistość myślenie, które nie zależy według niego ani od rzeczywistości, ani od praw logiki, i którym rządzą potrzeby efektywne tj. dążenia człowieka do doznawania zadowolenia i unikania nieprzyjemnych przeżyć (B. W. Zeigernik 1983). Bleuler wysuwał tezę że osłabienie myślenia logicznego prowadzi do przewagi myślenia autystycznego, a także, że myślenie logiczne działające za pomocą odtwarzanych obrazów kształtuje się przez nabywanie doświadczeń, natomiast myśleniem autystycznym kierują mechanizmy wrodzone (E. Bleuler 1911). Badacz ten określał pojęciem autyzmu myślenie niepoznawcze, oderwane od rzeczywistości, całkowicie uzależnione od chwilowych, aktualnych potrzeb jednostki, jej skłonności, pragnień, upodobań, lęków, stanów i procesów uczuciowych.

W r. 1943 amerykański psychiatra Leo Kanner w artykule *Autistic disturbances of affective contact* opisał na podstawie analizy 11 obserwowanych przez siebie przypadków pojęcie tzw. „autyzmu wczesnodziecięcego” (*early infantile autism*). Zaburzenie to zostało zdefiniowane jako „dziecięca niezdolność odnoszenia się w normalny sposób do ludzi i sytuacji, od pierwszych dni życia” (Ch. M. Chambers 1969). W ujęciu Kanner autyzm stał się określeniem dla całego zespołu psychopatologicznego. Po przeanalizowaniu 150 przypadków dzieci autystycznych Kanner dokonał następującej charakterystyki:

a) znacznie wyrażony autyzm może pojawić się u dzieci już w okresie niemowlęcym,

b) nie uśmiechają się one do osób z otoczenia, są obojętne, nie zależy im na kontakcie uczuciowym z bliskimi osobami,

c) interesują się przedmiotami, nie zwracając uwagi na ludzi

d) znamiennym objawem jest lęk i opór przed jakąkolwiek zmianą w otoczeniu; dzieci te reagują stanami pobudzenia, krzykiem, napadami lęku, gdy zostanie zakłócony rytuał codziennych czynności lub ustalony porządek.

Kanner był zdania, że poziom inteligencji tych dzieci jest pierwotnie prawidłowy, jednak maskowany przez ciężkie zaburzenia autystyczne. Historia, wczesne objawy i przebieg kliniczny choroby odróżniają go od schizofrenii dziecięcej, z którą prawdopodobnie powiązany jest genetycznie. U dzieci

autystycznych występują ponadto: zaburzenia mowy, neologizmy, agramatyzmy, echolalia i echolalia opóźniona, a także odwracanie zaimków osobowych; rozwój mowy jest u tej grupy dzieci znacznie opóźniony, a niektóre z tych dzieci pozostają mutystyczne przez całe życie; dzieci z omawianej grupy nierzadko dysponują doskonałą pamięcią, która dotyczy jednak najczęściej zainteresowań związanych z natręctwami, nieważnych ze względu na praktyczne znaczenie (L. Eisenberg i L. Kanner 1956).

Asperger opisał u dzieci tzw. „psychopatię autystyczną” występującą tylko u chłopców o normalnym lub ponadprzeciętnym poziomie inteligencji. W „zespołe Aspergera” rozwój mowy jest zawsze prawidłowy, a niekiedy nawet przedwczesny i wyprzedza rozwój motoryczny. Dzieci co prawda spostrzegają ludzi (w przeciwieństwie do pacjentów z zespołem Kanner), ale odbierają ich jako „przeszkadzających” (A. Popielarska 1989).

W r. 1967 S. Bettelheim opisał autyzm jako „rozpaczliwą próbę dziecka w kierunku uniknięcia bodźca, który może dostarczyć cierpienia. Brak zaufania do otaczającej rzeczywistości uniemożliwia przystosowanie się do niej. Dzieci autystyczne tłumią w sobie wszelki napęd działania, uchylając się od zagrażających im urazów psychicznych” (Bettelheim 1967).

G. Nissen (1980) wyraża przekonanie, że u podłoża wszystkich zespołów autystycznych leży genetycznie uwarunkowany „czynnik autyzmu”. Wymienia on cztery rodzaje „zespołów autystycznych”: zespół Kanner, zespół Aspergera, autyzm somatogeny i autyzm psychogeny.

Autyzm somatogeny jest wynikiem predyspozycji genetycznej na podłożu dyskretnych uszkodzeń mózgowo-organicznych. Natomiast autyzm psychogeny, towarzyszący niejednokrotnie zespołowi hospitalizmu i mający znaczne podobieństwo do wczesnodziecięcych reakcji depresyjnych, może powstać w wyniku frustracji (zwłaszcza przy wczesnej i długotrwałej rozłące z matką). Wspólnymi cechami omówionych wcześniej zespołów są: niewielka potrzeba kontaktów społecznych, zaburzenia rozwoju mowy z echolalią oraz używaniem nieprawidłowych zaimków osobowych, czynności przymusowe w postaci stereotypii ruchów rąk i palców przy zdolności do krótkotrwałego tylko napięcia uwagi (Popielarska 1989).

Poczynając od lat czterdziestych spostrzeżenia dotyczące dzieci autystycznych rozwijały się, stanowiąc przesłankę do dyskusji na temat „autyzmu wczesnodziecięcego”. Ostatecznie zwyciężyło przekonanie, że nie istnieje autyzm dziecięcy jako jednostka nozologiczna natomiast występują zespoły polietiologiczne, w powstawaniu których w różnym stopniu uczestniczą czynniki genetyczno-dziedziczne, mózgowo-organiczne, a niekiedy też psychodynamiczne.

## CECHY AUTYSTYCZNE W ZACHOWANIU DZIECI

Dzieci autystyczne stanowią grupę odznaczającą się charakterystycznymi trudnościami w przystosowaniu się do życia. Każde z nich jest inne i jak każde dziecko ma swój własny proces rozwoju, swoją własną osobowość. Ta nieidentyczność symptomów sprawia trudności w jednoznacznym określeniu cech autystycznych u dzieci. Różnorodność objawów autyzmu powoduje często mylenie go z innymi rodzajami odchyień od normy. Dzieje się tak szczególnie w pierwszych latach życia, kiedy to dziecko wykazuje tak niespecyficzny obraz zaburzeń w rozwoju, że trudno jest zdecydowanie stwierdzić, jaką postać przyjmą one w wieku późniejszym.

Najczęściej z autyzmem utożsamia się upośledzenie umysłowe. Jednak dzieci upośledzone w odróżnieniu od autystycznych szukają kontaktu z rówieśnikami, z dorosłymi, oczekują ich akceptacji dla swojego działania, są podatne na wpływy i sugestie innych. Mimo miernych efektów wykonywanych czynności są one zaangażowane, ponieważ zawodzi je samoocena i krytycyzm. Dzieci autystyczne natomiast niechętnie podejmują jakikolwiek wysiłek. Może im zupełnie nie zależeć na aprobacie i sukcesie w działaniu. Wartości warunkujące potrzebę akceptacji i afiliacji trzeba im dopiero ukazywać, cierpliwie, długo i stopniowo wytwarzać zdolność odczuwania ich przez dziecko. Niektóre zaburzenia w zachowaniu podobne do autystycznych mogą występować u dzieci głuchych, niewidomych, a także przewlekłe chorych przebywających w szpitalach czy domach dziecka, a więc tam, gdzie nastąpiło zakłócenie więzi emocjonalnej z rodzicami. Jednak np. w przypadku dziecka głuchego sprawność i zaradność życiowa, wrażliwość na kontakty z innymi ludźmi, chęć komunikowania się z otoczeniem za pomocą gestów, wykonywanie poleceń, zainteresowanie badaniami np. psychologicznymi pozwalają odróżnić je od dziecka autystycznego (T. Gałkowski 1980). Niekiedy także dzieci z zaburzeniami mowy o typie afazji utożsamiane są z dziećmi autystycznymi. Różnice jednak są tu również widoczne. Reakcje emocjonalne u dzieci afatycznych, takie jak rozdrażnienie, depresja, niezadowolony z siebie są wyraźnie uzasadnione brakiem mowy. Nie występują u tych dzieci dziwaczne formy zachowania się, stereotypie ruchowe, nieuzasadnione wybuchy wesołości, złości lub lęku. Mimo podobieństw wielu cech autyzmu do innych zaburzeń w rozwoju nie można utożsamiać ich ze sobą. Kanner (1958) stwierdził, że podstawowym objawem, który można zaobserwować u wszystkich dzieci autystycznych jest „niezdolność do nawiązywania kontaktu w zwykły sposób z osobami w codziennych sytuacjach, występująca już od najwcześniejszego dzieciństwa”. Podał on też listę typowych objawów składających się na ten syndrom:

- od samego początku obserwowano kłopoty z jedzeniem,
- w odróżnieniu od normalnych niemowląt ok. 4 miesiąca życia lub starszych większość chorych dzieci nie przejawiała postawy oczekiwania w chwili brania na rękę,

- głośne szумы i poruszające się przedmioty wywoływały reakcję strachu,
- wszelkie czynności i sposoby wyrażania uczuć były monotonicznie powtarzane, co ograniczało różnorodne formy spontanicznej aktywności,
- choć wiele dzieci umiało mówić, to jednak w żadnym przypadku nie posługiwały się one mową w celu porozumiewania się, w zdaniach obserwowano echolalie, uboga była mowa bierna, a zaimki powtarzane były tak, jak się je słyszy,
- dzieci te nie potrafiły nawiązywać kontaktu z ludźmi, lecz reagowały na przedmioty,
- dzieci mówiące przejawiały doskonałą pamięć mechaniczną słów, cyfr, rymów i wszystkie były „bezsprzecznie wyposażone” w dobre predyspozycje poznawcze,
- miały inteligentny wyraz twarzy i spawiały wrażenie mądrze myślących,
- większość była normalnie rozwinięta fizycznie,
- wszystkie dzieci wywodziły się z rodzin inteligentnych.

Normalne, zdrowe dziecko już od pierwszych tygodni i miesięcy szuka kontaktu z matką, rozwija swą więź emocjonalną z bliskimi osobami przez uśmiech, kontakt wzrokowy, ożywienie, zadowolenie, wyciąganie rąk do matki. Znajduje przyjemność w poznawaniu nowych przedmiotów i sytuacji, które są podstawą uczenia się i dalszego rozwoju. Obserwacje dzieci autystycznych wskazują na szereg odchyień od normalnego rozwoju. J. Despert (1951) obserwując rozwój grupy niemowląt stwierdziła w ich zachowaniu cechy kwalifikujące je do grupy autystycznych (J. Despert 1951, J. Rembowski 1972):

- dużo krzyczą bez wyraźnego powodu i dopiero ruch wózka (kołyski) uspokaja je,
- nie reagują krzykiem ani na głód, ani na mokrą pieluchę,
- nie wykazują chęci do zabawy z matką i nie reagują na zabawki czy zmianę otoczenia,
- mają duże trudności w okresie nauki chodzenia, zaczynają chodzić później niż ich rówieśnicy,
- świat, który je otacza nie wydaje się być dla nich interesujący, a jeśli coś wzbudzi ich zaciekawienie, to jest ono bierne i krótkotrwałe.

#### REAKCJE NA ROZŁĄKĘ Z MATKĄ — AUTYZM PSYCHOGENNY

Matkę i dziecko łączą dwa podstawowe rodzaje więzi: więź biologiczna i emocjonalna. Więzy biologiczna występuje w postaci naturalnej, obopólnej skłonności do siebie. Na przykład: płacz niemowlęcia dociera jako sygnał do mózgu matki. Sygnał ten dąży drogami nerwowymi do podwzgórza, gdzie pobudza przysadkę mózgową. Przysadka reaguje na to wydzielaniem się oksytocyny powodującej powiększenie się sutka. To ułatwia dziecku ssanie

piersi. Karmienie dziecka uruchamia więc w organizmie matki biologiczne mechanizmy, które łączą się ściśle z jego osobą (R. Kohnstamm 1989). Więc emocjonalna powstaje również samoistnie, prawdopodobnie w wyniku działania skomplikowanych procesów natury neurohormonalnej. Przed urodzeniem płód jest nie tylko osłonięty, ogrzewany i karmiony ciałem matki, lecz także uczestniczy w każdym jej ruchu. Uważa się, że oddzielenie dziecka od organizmu matki (podczas akcji porodowej) ma dużo mniej brutalny przebieg, jeśli noworodek natychmiast po urodzeniu zostanie położony na ciele matki (zmysł dotyku noworodka jest niezmiernie wyczulony) i to w taki sposób, aby mógł jak przed narodzinami słyszeć bicie jej serca. W tym momencie dziecko po raz pierwszy czuje i poznaje zapach matki. Wychowywane przez matkę niemowlę ok. 6-8 miesiąca życia umie już wiązać z obecnością matki poczucie bezpieczeństwa, spokoju i zadowolenia. Ten ważny związek nosi nazwę „motywu przynależności” (W. Herman, A. Popielarska 1989). Jest on uznawany za warunek rozwoju takich cech, jak: identyfikacja z obiektem miłości, umiejętność przekazu emocji pozytywnych, zaufania do ludzi, a zatem podstawowych form współżycia społecznego. Dziecko pozbawione w tym okresie życia opieki matki (lub innej, emocjonalnie zaangażowanej spełniającej jej funkcje osoby) może ujawniać wiele poważnych zaburzeń w zakresie zachowania, tempa rozwoju psychoruchowego, a nawet w stanie zdrowia somatycznego. Niemowlęta ok. 6-11 m. ż. otoczone troskliwą opieką rozwijające się dotychczas prawidłowo, aktywne, pogodne, chętnie nawiązujące kontakt z otoczeniem, gaworzące lub wymawiające pojedyncze wyrazy mogą zareagować na rozłąkę (oddanie do szpitala, instytucji opiekuńczej, dłuższe rozstanie lub utrata matki) dramatyczną zmianą zachowania (Popielarska 1989). Czas trwania osamotnienia oraz warunki i okoliczności sytuacji rozłąki mają podstawowe znaczenie i decydują o stopniu nasilenia oraz trwałości objawów deprivacji (deprivacją psychiczną nazywa się stan organizmu wynikający ze szczególnej sytuacji życiowej, w której osobnik przez dłuższy czas zostaje pozbawiony możliwości zaspokajania podstawowych potrzeb psychicznych). Im dłużej przeciąga się okres izolacji, im bardziej nowa sytuacja powoduje brak poczucia bezpieczeństwa, budzi lęk, niesie ze sobą bolesne doświadczenia w sensie fizycznym (zabiegi medyczne, opatrunki itp.), tym silniejsze i głębsze mogą być reakcje dezadaptacyjne. Duże znaczenie mają w tym procesie także: osobnicza wydolność układu nerwowego, typ aktywności psychicznej i reaktywności emocjonalnej, ogólny stan zdrowia somatycznego.

Spitz (1946) określa zmiany mogące się pojawić u omawianej grupy dzieci (pozbawionych nagle „emocjonalnie zaangażowanej opiekunki”) depresją ananklityczną (utrata oparcia). W tych przypadkach zagrożony jest dalszy prawidłowy rozwój emocji i kontaktów społecznych. Obserwuje się wzmoczoną lękliwość, reagowanie krzykiem na próby nawiązania kontaktu, nieustanny płacz nawet podczas zainteresowania dziecka zabawą czy jedzeniem. Jest to pierwsza faza reakcji na rozłąkę z matką nazwana przez Robertsona i Bolygo (Langeier,

Matejcek 1977) fazą protestu i trwa od kilku godzin do kilku dni. Druga faza, to faza rozpaczy trwająca od kilku dni do kilku tygodni. Dziecko przestaje wzywać matkę, stopniowo słabnie jego aktywność, traci chęć do jedzenia, źle sypia. Objawy czynnego protestu zanikają. Zwątpienie w możliwość powrotu matki implikuje brak zainteresowania dziecka otoczeniem. Najczęściej zakrywa ono twarz rączkami, przykrywa się kołderką, odwraca do ściany izolując się w ten sposób od zewnętrznych zagrożeń. Nie reaguje na próby nawiązania kontaktu, cichnie, sprawia wrażenie głęboko depresyjnego, przestaje mówić, jego aktywność ruchowa i poznawcza obniża się lub przejawia się jedynie ruchami stereotypowymi. Jednocześnie mogą dołączyć się różnego typu i stopnia nasilenia objawy somatyczne, jak: odmowa jedzenia, wymioty, zmniejszenie masy ciała, bezsenność itp. Jest to trzecia faza — tłumienie rozpaczy (J. Prekop 1988, A. Popielarska 1989). W pierwszej i drugiej fazie zespołu rozłąki możliwe jest ustąpienie wcześniej omówionych zaburzeń, jeśli dziecko wróci do matki lub osoby zastępującej ją. Natomiast w fazie trzeciej może rozwinąć się zespół objawów autyzmu wczesnodziecięcego o podłożu psychogennym. Wśród dzieci rzebywających przez dłuższy czas w szpitalu bądź zakładach opiekuńczych można wyodrębnić dwa typy reakcji w okresie adaptacji do nowych warunków (Matejcek 1977):

1) typ hiperaktywny — charakteryzuje się znacznym niepokojem ruchowym najczęściej przez niepodporządkowanie się lub agresywność,

2) typ hipoaktywny — wyraża się biernością, apatią, obniżoną reaktywnością na bodźce ze stopniowo zanikającą zdolnością do nawiązywania kontaktów, unikaniem wypowiedzi słownych, obniżoną zdolnością uczenia się, przyswajania nowych pojęć, głównie z braku motywacji i zainteresowania otoczeniem. Często współwystępują zaburzenia somatyczne, brak łaknienia, chudnięcie, słonność do zakażeń.

Zatem przedłużający się stan deprivacji psychicznej może stać się przyczyną nieprawidłowego rozwoju emocjonalnego, społecznego, a nawet umysłowego oraz zaburzeń identyfikacji własnej osobowości (Rosenblum, Plimton 1981).

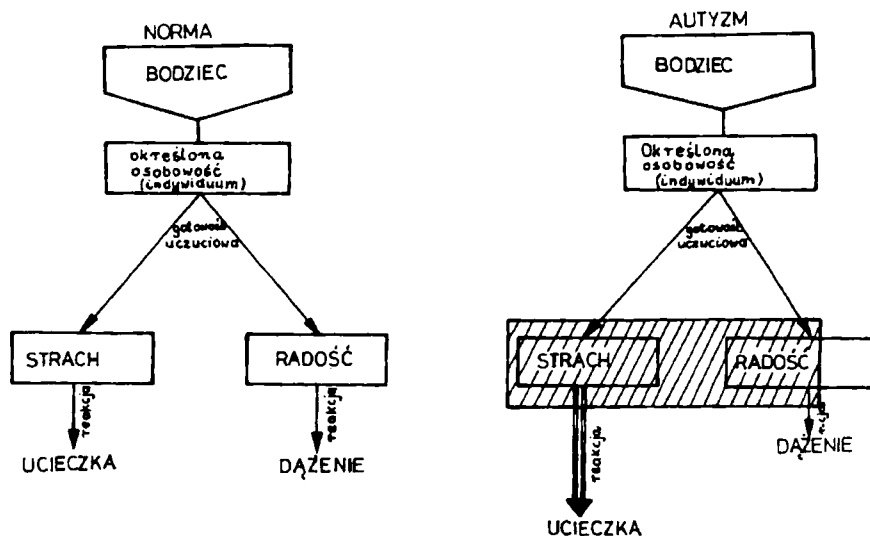
#### WPROWADZENIE DO TEORII „FESTHALT—FESTHALTEN” JAKO STAN PIERWOTNY

Od r. 1981 próby psychoterapeutycznego oddziaływania na dzieci m. in. z zaburzeniami typu autystycznego prowadzi dr Jirina Prekop — psycholog na Oddziale Zaburzeń Rozwoju Dziecka w Olgahospital w Stuttgartarcie (Niemcy). Jest ona główną przedstawicielką i odkrywczynią terapii Festhalt.

Podstawę teoretyczną do omawianej metody terapeutycznej stanowiły rozważania i naukowe dociekania etiologa N. Tinbergena. Jest on zwolennikiem poglądu, że reakcja lęku u dziecka może być wywołana przez następujące bodźce (S. Siek 1983): ból; każdy bodziec nowy, dziwny, lub pojawiający się nagle;

otwarta przestrzeń, nowe miejsce, gdzie nagle znajdzie się dziecko; niezaspokojone potrzeby fizjologiczne np. głód.

W każdym żyjącym istnieniu występują w konfrontacji z nową sytuacją socjalną dwie jednocześnie występujące tendencje afektywne: „radość z kontaktu” oraz „strach przed kontaktem”. Z „radości” (emocje dodatnie, pozytywne) będzie wynikało pojawienie się w sposobie bycia reakcji dążenia do zbliżenia, np. przez odwzajemnianie kontaktu wzrokowego, szukanie kontaktu fizycznego (tulenie się dziecka do matki), szukanie wzoru do naśladowania, poparcia. Ze „strachu” wynika przeciwieństwo, odrzucanie kontaktu wzrokowego, cielesnego, lub agresja jako mechanizm obronny. Prawidłowy lub zaburzony kontakt emocjonalno-motywacyjno-dążeniowy z otoczeniem zależy będzie od tego, która z omówionych reakcji stanie się dominująca. Zależy to będzie od rodzaju prowokacji, ale także od odporności organizmu na stres (wytrzymałości) oraz zdolności przetwarzania otrzymywanych informacji. Zdolności rozpoznawania sytuacji przez jednostkę nadwrażliwą i bojaźliwą są zdominowane przez negatywne doświadczenia, a zatem wiodącą, dominującą rolę przejmować będą reakcje strachu, które będą „tłumiły w zarodku” gotowość do przybliżania (J. Prekop 1988). Obrazuje to schemat rozwoju reakcji strachu na podstawie emocjonalnych dążeń według N. Tinbergena (J. Prekop *op. cit.*).



Reakcje strachu na początku życia dziecka mają „charakter ogólny” a nie specyficzny. Strach jest rodzajem paniki i napięcia emocjonalnego, które ogarnia całe ciało dziecka. Reakcja taka może wystąpić w styczności organizmu z każdym bodźcem, który jest dostatecznie silny, pojawia się nieoczekiwanie (nagle) i jest dla dziecka nowy (obcy). W miarę rozwoju dziecka reakcje różnicują



się, zamiast ogólnego, panicznego krzyku i bezwładnych ruchów, dziecko ucieka od bodźców wywołujących strach, omija je, wycofuje się z sytuacji wzbudzającej lęk lub trzyma się od niej z daleka (Siek 1983). Tego typu reakcji dziecko może nauczyć się od najbliższej, opiekującej się nim, znaczącej osoby. Jednakże pierwotne w stosunku do umiejętności reagowania jest uczenie się samego lęku. Istnieje kilka aspektów tego zjawiska:

1. Rodzice nieświadomie wystawiają dziecko na działanie tych bodźców, które wyzwalają reakcje lękowe i spawiają przez to, że jedno dziecko może być częściej, inne rzadziej narażone na przeżywanie reakcji lękowych.

2. Dziecko przeżywające reakcje lękowe szuka spontanicznie pewnych bodźców, dąży do pewnych sytuacji, które zmniejszają jego napięcie lękowe. Zmniejszają je dlatego, iż są fizjologicznie antagonistyczne do reakcji lękowych. Zachowanie, które najsilniej redukuje lęk małego dziecka to ssanie, a sytuacje w których jego lęk się zmniejsza to sytuacje, gdzie matka przytula je, kołysze, gładzi, przemawia uspokajająco. Uczenie się lęku polega więc na tym, że jedni rodzice dostarczają więcej sytuacji, które można by nazwać terapeutycznymi — zmniejszającymi niepokój, inni mniej.

3. W przypadku gdy rodzice obchodzą się z dzieckiem nieumiejętnie, są gwałtowni, agresywni czy niecierpliwi, to z niektórymi reakcjami zaspokajania potrzeb fizjologicznych i psychologicznych dziecka mogą związać się reakcje lękowe.

4. Innym aspektem wyzwalania i redukowania reakcji lękowych dziecka jest częstotliwość kontaktów fizycznych z matką. Zarówno z badań nad małymi małpkami, jak i dziećmi wynika, że sama obecność matki, bycie z dzieckiem, umożliwienie dziecku przytulenia się redukuje jego lęk. Potwierdzają to m. in. badania Harlow, Köhlera, Schachtera, Murraya (E. J. Murray 1964).

W sytuacji rozłąki z matką nie są zaspokajane podstawowe potrzeby psychiczne dziecka, potrzeba bezpieczeństwa, miłości, bliskiego kontaktu. Ponadto dziecko pozbawione jest możliwości odnajdowania punktów fiksacyjnych w twarzy bliskiej osoby (koncetrowanie wzroku na twarzy matki w sytuacji karmienia piersią). Zaczyna więc skupiać swoje zmysły na bodźcach obiektywnie obojętnych emocjonalnie, lecz silnych i stale występujących w znaczących dla dziecka sytuacjach. Dziecko przebywające np. dłuższy czas w szpitalu, karmione sztucznie, pozbawione bliskich kontaktów z matką, zaczyna koncentrować swoją uwagę np. na lampie, szybie okiennej lub innym wyraźnym bodźcu znajdującym się w określonej sytuacji na linii wzroku dziecka (J. Prekop 1988). Opanowanie lęku jest możliwe, jeśli będą spełnione warunki, do których dziecko zostało przyzwyczajone, gdy otrzymuje to, czego oczekuje. A zatem, jeżeli sytuacja karmienia w jego doświadczeniach będzie wiązała się z możliwością skupienia wzroku na świecącej lampie, to na próby przytulenia lub brania na ręce, które nie są zgodne z jego dotychczasowym doświadczeniem, zacznie reagować krzykiem i ogólnym niepokojem ruchowym. W sytuacji przedłużającej

się rozłąki motyw przynależności będzie dotyczył związku nie z osobą (matką) lecz z przedmiotem, który nabrał dla dziecka znaczenia. Zjawisko to związane jest także z pojawiającą się u niemowląt ok. 4 m. ż. selektywną ciekawością w odniesieniu do nowych bodźców, np. skupiają one najdłużej uwagę na nowych przedmiotach, ale tylko tych, które w niewielkim stopniu różnią się od elementów już im znanych (R. Kohnstamm 1989). Kagan sformułował to następująco: „każde nowe doświadczenie dziecka powinno pasować do uprzednio zdobytych tak, jak pasuje mniejszy półmisek do większego. W ten sposób tworzy się wiedza składająca się z różnorodnych wiadomości, które wzajemnie do siebie pasują i razem tworzą całość.” Właśnie tutaj, zdaniem Kagana, zaznaczają się wyraźne różnice społeczne. Dla dzieci rozwijających się w środowisku ubogim w bodźce, każdy nowy element zbyt szybko staje się „za nowy, nie interesuje i nie pasuje do ich doznań” (Kohnstamm, *op. cit.*). Być może również i ten fakt powoduje, że dzieci z omawianej grupy reagują gwałtownie na każdą próbę zmiany (np. po powrocie ze szpitala do domu). Są to bowiem dla dziecka próby dostarczania mu nowych bodźców, całkowicie odmiennych od wytworzonych śladów pamięciowych niedawnych doświadczeń.

#### TERAPIA FESTHALTEN — NAJWAŻNIEJSZE ZAŁOŻENIA

Słowo *festhalten* oznacza w dosłownym tłumaczeniu „mocno trzymać”, „zatrzymać wbrew...”. Takie tłumaczenie nie oddaje jednak właściwego sensu, w jakim słowo *festhalten* ma określać istotę proponowanej przez J. Prekop terapii. Dlatego też autorka (z pochodzenia Czeszka) wykorzystując swoją znajomość języka czeskiego i słowackiego poszukuje w tych językach odpowiednika dla „festhalten”. W tłumaczeniu na język czeski proponuje ona posługiwanie się zwrotem *podrzet mocno v naruci* (trzymać pewnie w objęciach, ramionach), z kolei w języku słowackim odpowiednikiem *festhalten* jest słowo *postiskat* (przytulać). Przyjmując powyższą interpretację można stwierdzić, że *festhalten* w odniesieniu do metody terapeutycznej oznacza dążenie do nawiązywania więzi przez przytulanie, nawiązywanie kontaktu wzrokowego, nawet pozornie wbrew woli dziecka.

W przypadku dzieci autystycznych (lecz nie tylko) pierwotna więź między dzieckiem a rodzicami została przerwana wskutek np. przedłużającej się rozłąki spowodowanej pobytem w szpitalu. Istotą i głównym celem proponowanej przez Prekop terapii jest dążenie do przywrócenia więzi. Jest to niewątpliwie związane z koniecznością i gotowością do poświęceń i wysiłku ze strony rodziców. Zdiagnozowanie przez lekarzy specjalistów dziecka jako autystycznego lub upośledzonego pod względem fizycznym bądź psychicznym jest dla rodziców zawsze szokiem, który w konsekwencji prowadzi do przeżycia głębokiego kryzysu.

Schemat przeżywania faz kryzysu przedstawia Spirala Schuchardta:



Pierwsza faza spirali — niepewność. Wiadomość o ciężkiej chorobie lub upośledzeniu dziecka działa jak koszmar, nieprawdopodobny sen, z którego chciałoby się obudzić, uciec.

Druga faza spirali — pewność. Cierpienie nabiera realnego kształtu. To nie jest zły sen, to wszystko prawda. Można sobie wyobrazić, jak to dalej będzie przebiegało, może oczekiwania życiowe są nieodwracalnie skończone, muszą wyłączyć się z życia towarzyskiego. Będę zależeć od innych (lekarzy, pielęgniarek).

Trzecia faza spirali — agresja. Buntuję się przeciw temu, co mnie spotkało. Szukam winnych. Pojawia się dręczące pytanie „dlaczego”?

Czwarta faza spirali — rokowania. Agresja ma nie tylko moc niszczenia. Wzmaga ona jednocześnie gotowość do poszukiwania rozwiązań — szukanie

najlepszych specjalistów medycyny, bioenergoterapeutów, zielarzy, znachorów itp.

Piąta faza spirali — depresja. Wszystkie poszukiwania, ucieczka przed cierpieniem rozbijają się. Jedno staje się pewne — nie można ominąć tego, co mnie spotkało. Pojawia się poczucie beznadziejności, głęboki smutek. Refleksja ostateczna, np.: dziecko będzie upośledzone, nie będę nigdy chodzić, moje nogi są mi nieprzydatne, jestem chory na raka, AIDS — zostało mi tylko kilka miesięcy życia. Na tym etapie rozstrzyga się czy depresja się pogłębi, czy też znajdzie nową siłę, energię do działania w nowej sytuacji życiowej.

Szоста faza spirali — pogodzenie. To, co się stało, przyjmuję z głębokim smutkiem. Muszę jednak być aktywny, nie mogę się poddać. Mogę wówczas dostrzegać niewielkie, ale dla mnie najistotniejsze zmiany, dostrzegać to, co dobre wokół mnie. Odkrywam empatię, wspomaganie mnie przez przyjaciół, a także radość z własnej siły.

Siódma faza spirali — aktywność. Potwierdzenie zmienionej sytuacji życiowej uwalnia nową energię. Muszę wykorzystać wszystko to, co mi pozostało i cieszyć się z tego, czego się przedtem nie dostrzegało.

Ósma faza spirali — solidarność. W tej sytuacji szuka się innych ludzi, podobnie doświadczonych, którzy mogą wspomóc. Dodawanie sobie nawzajem otuchy, wsparcia.

Przy Festhalten jako metodzie terapeutycznego oddziaływania wyzwała się afektywna dynamika towarzysząca omówionym tutaj fazom przeżywania kryzysu.

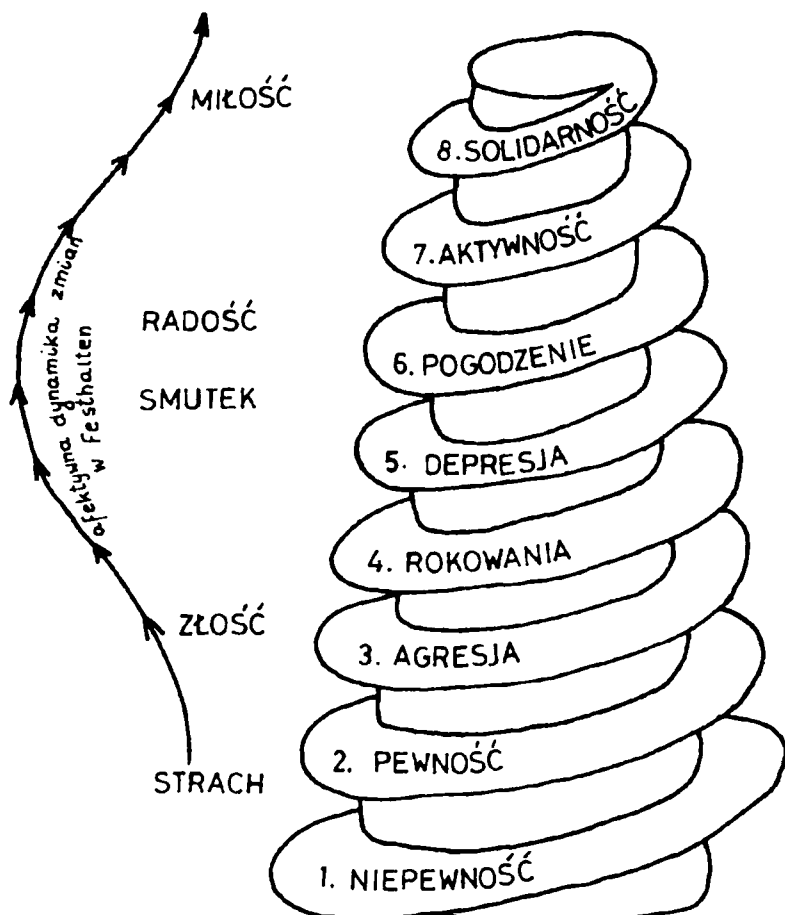
Zdaniem J. Prekop począwszy od szóstej fazy może zacząć pojawiać się u rodziców gotowość do terapeutycznej pracy z dzieckiem. Jednak warunkiem niezbędnym do rozpoczęcia proponowanej przez autorkę terapii jest oparte na głębokiej miłości zaakceptowanie dziecka takim, jakim ono jest, całkowite pozbycie się lęku przed „innością” swojego dziecka. Tylko wówczas może się bowiem wytworzyć przekonanie — „nie działam przeciw Tobie lecz dla Ciebie. Jestem od Ciebie silniejszy i moją siłą pomogę Tobie, podzielę się z Tobą” (Prekop 1988).

Istotę terapii ujmuje autorka następująco:

[...] kogoś, kto przeżywa kryzys, głęboką depresję — obejmować (przytulać) tak długo aż poprzez ten fizyczny kontakt będzie mógł wykrzyknąć swój ból, strach, złość i dzięki temu poczuje się lepiej. Warunkiem podstawowym jest jednak utrzymywanie w przekonaniu o miłości. (Prekop 1988).

Rozważana w taki sposób terapia przejmuje odpowiedzialność za drugiego człowieka. Nie pozwala mu izolować się ze swoją złością, obawami, lękami. Nie pozostawia go w niepewności, stwarza podstawy doświadczania miłości.

Postęp cywilizacyjny zubaża emocjonalną sferę rozwoju osobowości. Rodzice zadają sobie pytanie „co się dzieje z moim dzieckiem, dlaczego się nie rozumiemy; przecież ma to, czego ja nie miałam, najlepsze zabawki, video, radiomagnetofon najlepszej klasy itp.”. Niestety nie zwracają uwagi na nie-



Porównanie zmian afektywnej dynamiki ze Spiralą Schucharda

zwykle znaczącą potrzebę bliskiego kontaktu. Tłumacząc się brakiem czasu zasypują dziecko przedmiotami bez znaczenia, nie dając siebie, nie ucząc miłości, porozumiewania się. W takich warunkach naturalna, biologiczno-psychologiczna więź zostaje przerwana. Podobnie przerwana zostaje więź w sytuacji, gdy małe dziecko (okres niemowlęcy, poniemowlęcy) zostaje odizolowane od matki. Tę więź można przywrócić. Szansę na to stwarza terapia Festhalt. Ma to wielkie znaczenie w odniesieniu do dzieci autystycznych, przeżywających szczególną, absolutną samotność.

#### WNIOSKI KOŃCOWE

Proponowana przez J. Prekop terapia cieszy się w Niemczech dużą popularnością. Umożliwia bowiem rodzicom przejęcie roli terapeutów, co z jednej strony

sprzyja pozbywaniu się lęku przed dzieckiem i jego chorobą, z drugiej zaś daje dziecku szansę bliskiego kontaktu z rodzicami. Przez to zerwana więź może pojawić się i utrwalić na nowo.

Autorka tej metody dzięki swemu uporowi, a także umiejętności sugestywnego oddziaływania na rodziców pomogła już w wielu przypadkach pokonać „barierę autyzmu”. Swoje osiągnięcia, sukcesy omawia w filmie *Kinder im Käfig* (Dzieci w klatce) zarejestrowanym techniką video.

Terapia Festhalt ma także przeciwników, zarzucających autorce tendencje do działania „na siłę”, „wbrew woli”, doszukujących się elementów przemocy w takiej formie kontaktów z dzieckiem.

Zamiarem autorki niniejszego artykułu jest przybliżenie mało znanej w Polsce formy terapeutycznego oddziaływania na dzieci szczególne — dzieci autystyczne, nie zaś jednoznaczne opowiadanie się za przedstawioną metodą jako jedynie skuteczną.

#### BIBLIOGRAFIA

- Bleuler E., *Autistisches Denken*, Moskwa 1911.
- Brauner A. i F., *Dziecko oderwane od rzeczywistości. Historia autyzmu od czasów baśni o wróżkach, fikcja literacka i rzeczywistość kliniczna*, Warszawa 1988.
- Galkowski T., *Usprawnianie dziecka autystycznego w rodzinie*, Warszawa 1980.
- Kanner L., Eisenberg L., *Early infantile autism 1943-1955* [w:] „American Journal of Orthopsychiatry”, 1956, vol. 26.
- Kohnstamm R., *Praktyczna psychologia dziecka*, Warszawa 1989.
- Murray E. J., *Sociotropic-Learning Approach to Psychotherapy*, [in:] P. Worchel, D. Byrne, *Personality Change*, New York 1964.
- Nissen G., *Lehrbuch der speziellen Kindern — und Jugendpsychiatrie*, Berlin-Heidelberg-New York 1980.
- Popielarska A., *Psychiatria wieku rozwojowego*, Warszawa 1989.
- Prekop J., *Hättest du mich Festgehalten... Grundlagen und Anwendung der Festhalte-Therapie*, München 1988.
- Rembowski J., *Więzi uczuciowe w rodzinie*, Warszawa 1972.
- Siek S., *Wybrane metody badania osobowości*, Warszawa 1983.
- Zeigernik B. W., *Podstawy psychopatologii klinicznej*, Warszawa 1983.

## SUMMARY

The functioning of autistic children has a certain element of vagueness and mystery. The latter releases a willingness to search for something uncovered. It follows from the experiments made so far that there is no clarity and univocalness in the opinions about the etiology and efficiency of treating autism. This fact, however, does not necessarily mean a need to look for the new methods of therapy. Festhalten is one of the many methods of working with an autistic child suggested by professionals. It has been discovered and popularized by J. Prekop from Germany. "Festhalten,, literally means „hold, keep somebody against his will." As referred to therapy it means undertaking definite activities which are described in the present paper and which enable a primary but formerly broken off emotional bond between the disturbed child and its parents. The suggested method makes it possible for the parents to adapt the role of therapists, which supports getting to know the child, getting rid of the fear of this child and its illness.

The present paper provides a theoretical discussion of the theoretical bases of the therapy which is acknowledged not only in Germany but in many other European countries as well.

**ANNALES UNIVERSITATIS MARIAE CURIE-SKŁODOWSKA**

---

**Nakład 175 + 25 egz., ark. wyd. 19,25, ark. druk. 19. Papier druk. offset. III kl. B1 80 g.**

**Druk: Zakład Usług Poligraficznych TEKST, Lublin, ul. 1 maja 51.**

**Skład: *VERSUS*, Lublin, tel. 555-232**



ANNALES  
UNIVERSITATIS MARIAE CURIE-SKŁODOWSKA  
LUBLIN — POLONIA

VOL. III

SECTIO J

1990

---

12. B. Albert: Ocena trafności diagnostycznej Kwestionariusza Twórczego zachowania KANH-I S. Popka.  
The Evaluation of Diagnostic Accuracy of S. Popek's Creative Behaviour Questionnaire KANH-I.
13. C. Domański: Zastosowanie Testu Rysunku Drzewa R. Stora do badania projekcji lęku u młodzieży o zróżnicowanym poziomie uzdolnień twórczych.  
The Use of R. Stora's Tree Test for the Study of Projection of Anxiety in Teenagers with Different Levels of Creative Aptitudes.

Recenzje.

Adresse:

**UNIWERSYTET MARII CURIE-SKŁODOWSKIEJ**  
**BIURO WYDAWNICTW**

**Plac Marii**  
**Curie-Skłodowskiej 5**

**20-031 LUBLIN**

**POLOGNE**