

Autyzm dziecięcy

Autyzm wprowadza zmąsty w błąq...

(<http://synapsis.org.pl/>)

1. Pojęcie autyzmu

Autyzm jest całościowym zaburzeniem rozwoju, które najczęściej ujawnia się w ciągu pierwszych trzech lat życia, jako rezultat zaburzenia neurologicznego, które oddziałuje na funkcje pracy mózgu. Jest zaburzeniem determinującym wszystkie funkcje poznawcze oraz burzącym integrację sensoryczną, w różnym natężeniu jakościowym i ilościowym.

Nie jest łatwo podać definicję autyzmu bez szkody dla rzeczywistego obrazu tego zaburzenia. Bez wątpienia należy mówić o trzech sferach, które w autyzmie funkcjonują odmiennie. Taki charakterystyczny wzorec objawów jest podstawą definicji autyzmu formułowanej przez aktualnie obowiązujące psychiatryczne klasyfikacje chorób i zaburzeń:

- Zaburzenie funkcjonowania społecznego – niezdolność do angażowania się we wzajemne, dwustronne reakcje, zwłaszcza z rówieśnikami'
- Zaburzenia komunikacji – niezdolność do komunikowania się werbalnego i pozawerbalnego ;
- Brak zabaw opartych na wyobraźni, zachowania o charakterze repetytywnym – niezdolność do angażowania się w zabawę symboliczną, schematyczne zachowania.

Triada zaburzonych sfer dotyczy komunikacji, interakcji społecznych i zachowań. Sporną kwestią w literaturze przedmiotu pozostają jednak zależności tychże zaburzeń:

1. Zakłócenia mowy są pierwotne, a wszelkierozwijające się objawy kliniczne autyzmu są ich pochodnymi (D. Ricks, L. Wing, M. Rutter). Zaburzenia komunikacji zajmują w autyzmie miejsce centralne i zakłócają nawiązywanie kontaktów społecznych (Jaklewicz, B. Winczura, J. Cieszyńska);
2. Zaburzenia rozwoju społecznego odgrywają nadrzędną rolę i rzutują na cały rozwój dziecka (E. Schopler, G.B. Mesibov). Brak potrzeby kontaktów społecznych wywiera negatywny wpływ na rozwój językowy dziecka z autyzmem.

Niezależnie od różnic poglądów, kwestią bezsporną pozostaje fakt, iż dzieci z autyzmem przejawiają zaburzenia we wszystkich z trzech wymienionych sfer, co pozwala myśleć o autyzmie jako o syndromie. To również przypomina o istnieniu pewnego kontinuum i spektrum, dzięki któremu zauważyć można różne przejawy zaburzenia autystycznego, a co za tym idzie – różne stopnie ich nasilenia.

2. Etiologia autyzmu

Przyczyny autyzmu nie są do końca poznane, nadal trwają badania nad etiologią zaburzenia. Przyjmuje się, że ASD ma etiologię wieloczynnikową. Do najczęściej wymienianych należą:

- zaburzenia neurobiologiczne oraz neurorozwojowe (np. neurony lustrzane);
- zaburzenia metaboliczne;
- czynniki środowiskowe;
- deficyty CUN (teorie psychologiczne)
- urazy okołoporodowe;

- infekcje wirusowe w okresie prenatalnym;
- wiek rodziców (szczególnie matek)

3. Diagnoza autyzmu

Diagnostykę autyzmu opiera się nie na podstawie etiologii choroby, lecz na obserwowanych cechach zachowania. Poszczególne klasyfikacje określają symptomy zaburzenia z uwzględnieniem trzech sfer: komunikacji, interakcji społecznych i zachowań.

DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) – klasyfikacja zaburzeń psychicznych *Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego* dla autyzmu formułuje następujące kryteria diagnostyczne:

I. Ogółem sześć objawów z grupy (1), (2) i (3), z czego przynajmniej dwa z grupy (1) i po jednym z (2) i (3).

(1) Jakościowe zaburzenie interakcji społecznych, przejawiające się na przynajmniej dwa spośród następujących sposobów:

- wyraźne zaburzenie w posługiwaniu się zachowaniami niewerbalnymi w regulowaniu interakcji społecznych: kontakt wzrokowy, wyraz twarzy (ekspresje mimiczne), pozycje ciała oraz gesty;
- nieumiejętność rozwijania relacji z rówieśnikami, adekwatnych do poziomu rozwoju dziecka;
- brak spontanicznego poszukiwania kontaktów w celu dzielenia się z innymi swoją radością, zainteresowaniami lub osiągnięciami (np. brak takich zachowań, jak pokazywanie, przynoszenie, wskazywanie obiektów, którymi dziecko jest zainteresowane);
- brak społecznego lub emocjonalnego odwzajemniania.

(2) Jakościowe zaburzenia w komunikowaniu się, objawiające się przynajmniej poprzez jedno z następujących:

- opóźnienie lub całkowity brak rozwoju mowy (któremu nie towarzyszą próby skompensowania braków mowy za pośrednictwem alternatywnych sposobów – kanałów – komunikowania się, jak np. mimika lub gesty);
- u osób posługujących się mową – wyraźne zaburzenie zdolności do inicjowania i podtrzymywania rozmowy;
- używanie języka w sposób stereotypowy (schematyczny), z powtórzeniami lub indiosynkratyczny (echolalia, zamiany zaimków, liczne agramatyzmy, neologizmy, powtarzające się zadawanie pytań);
- brak zróżnicowanych, spontanicznych zabaw w udawanie lub grupowych zabaw naśladowczych, odpowiednich do wieku rozwojowego.

(3) Ograniczone, powtarzające i stereotypowe wzory zachowania, zainteresowań i działań (czynności):

- pochłaniające dziecko zaangażowanie jednym (lub więcej) stereotypowym i ograniczonym wzorem zainteresowań, które są nieprawidłowe ze względu na intensywność bądź swój przedmiot (dające wrażenie fiksacji na danym punkcie);
- dostrzegalne sztywne trzymanie się specyficznych, dysfunkcyjnych rytuałów lub ustalonych form;
- stereotypowe i powtarzające się manieryzmy ruchowe (np. trzepotanie lub kręcenie palcem, ręką lub całym ciałem);
- uporczywe zaangażowanie tylko częściami obiektów, przedmiotów, istot żywych (np. tylko koła od samochodów);

II. Opóźnienia lub zaburzenia funkcjonowania w co najmniej jednym z następujących obszarów ujawniające się przed ukończeniem 3. roku życia:

- interakcje społeczne;
- używanie języka do komunikowania się z ludźmi;
- zabawa symboliczna lub oparta na wyobraźni.

III. Zaburzenia tego nie tłumaczy lepiej Zespół Retta lub dziecięcy zespół dezintegracyjny.

W klasyfikacji ICD-10 autyzm należy do całościowych zaburzeń rozwoju (F.84.0) wśród innych zaburzeń, takich jak Zespół Aspergera czy Zespół Retta. Według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych autyzm dziecięcy diagnozuje się po rozpoznaniu następujących symptomów:

A. Nieprawidłowy lub upośledzony rozwój wyraźnie widoczny przed 3 rokiem życia w co najmniej jednym z następujących obszarów:

- (1) rozumienie i ekspresja językowa używane w społecznym porozumiewaniu się;
- (2) rozwój wybiórczego przywiązania społecznego lub wzajemnych kontaktów społecznych,
- (3) funkcjonalna lub symboliczna zabawa

B. W sumie występuje co najmniej sześć objawów spośród wymienionych w punktach (1), (2) i (3), przy czym co najmniej dwa z nich z punktu (1) i co najmniej po jednym z punktów (2) i (3):

(1) Jakościowe nieprawidłowości wzajemnych interakcji społecznych przejawiane co najmniejw dwóch z następujących obszarów:

- niedostateczne wykorzystanie
 - kontaktu wzrokowego,
 - wyrazu twarzy,
 - postawy ciała,
 - gestów do odpowiedniego regulowania interakcji społecznych,
- niedostateczny (odpowiednio do wieku umysłowego i mimo licznych okazji) rozwój związków rówieśniczych, obejmujących wzajemnie podzielenie
 - zainteresowania
 - czynności
 - emocji
- brak odwzajemniania społeczno- emocjonalnego, przejawiający się upośledzeniem lub odmiennością reagowania na emocje innych osób
- brak modulacji zachowania odpowiedniej do społecznego kontekstu,
- słaba integracja zachowań społecznych, emocjonalnych i komunikacyjnych,
- brak spontanicznej potrzeby dzielenia z innymi osobami
 - radości,
 - zainteresowań,

-osiągnięć (np. brak pokazywania, przynoszenia lub podkreślania wobec innych osób przedmiotów swego indywidualnego zainteresowania)

(2) Jakościowe nieprawidłowości w porozumiewaniu się przejawiane w co najmniej jednym z następujących obszarów:

- opóźnienie lub zupełny brak rozwoju mówionego języka, które nie wiążą się z próbą kompensowania za pomocą: gestów i mimiki jako alternatywnego sposobu porozumiewania się (często poprzedzane przez brak komunikatywnego gaworzenia)
- względny niedostatek inicjatyw i wytrwałości w podejmowaniu wymiany konwersacyjnej (na jakimkolwiek występującym poziomie umiejętności językowych), w której zachodzą zwrotne reakcje na komunikaty innej osoby
- stereotypowe, powtarzające się, idiosynkratyczne wykorzystywanie słów i wyrażeń;
- brak spontanicznej różnorodności zabawy w udawanie („na niby”) lub brak zabawy naśladowującej role społeczne;

(3) Ograniczone, powtarzające się stereotypowe wzorce zachowania, zainteresowań i aktywności przejawiane w co najmniej jednym z następujących obszarów:

- - pochłonięcie jednym lub licznymi stereotypowymi zainteresowaniami o nieprawidłowej treści i zogniskowaniu;
- pochłonięcie jednym lub więcej zainteresowaniami nieprawidłowymi z powodu swej intensywności i ograniczenia, chociaż nie z powodu treści i zogniskowania;
- wyraziście kompulsywne przywiązanie do specyficznych, нефunkcjonalnych czynności rutynowych i rytualizowanych
- stereotypowe i powtarzające się maneryzmy ruchowe, obejmujące albo stukanie lub kręcenie palcami, albo złożone ruchy całego ciała;
- koncentracja na cząstkowych lub нефunkcjonalnych właściwościach przedmiotów służących do zabawy, odczucie powierzchni lub powodowanego hałasu, wibracji;

C. Obrazu klinicznego nie można wyjaśnić innymi odmianami całościowych zaburzeń rozwojowych, specyficznymi rozwojowymi zaburzeniami rozumienia języka z wtórnymi trudnościami społeczno- emocjonalnymi, reaktywnymi zaburzeniami przywiązania, ani zaburzeniem selektywności przywiązania, upośledzeniem umysłowym z pewnymi cechami zaburzeń emocji i zachowania, schizofrenią o niezwykle wczesnym początku, Zespołem Retta.

4. Wskaźniki ASD (autystyczne spektrum zaburzeń)

Przyszłość dziecka zależy od zindywidualizowanej i optymalizowanej jak najwcześniejszej interwencji terapeutycznej. Taki tok postępowania rokuje zmniejszenie stopnia niepełnosprawności i znacznie wyższy poziom funkcjonowania w społeczeństwie dorosłej osoby z autyzmem. Dlatego tak istotne jest rozpoznawanie wczesnych wskaźników ASD, które ujawniają się już w okresie niemowlęcym. Do najczęściej wymienianych wskaźników ASD należą:

- osłabiony kontakt wzrokowy;

- brak reakcji na imię;
- brak wspólnego pola uwagi;
- uboga mimika twarzy;
- brak podstawowych komunikatów (np. pa-pa, tak, nie, nie ma – popartych gestem);
- brak zabawy „na niby”;
- brak zainteresowania innymi dziećmi;
- wycofanie się z mowy/ wokalizacji;
- używanie ręki osoby dorosłej (ok. 24 m.ż.);
- manieryzmy ruchowe – trzepotanie rączkami, obracanie się w kółko;
- szeregowanie przedmiotów (nie tylko zabawek);
- zafascynowanie wybraną czynnością, elementem przedmiotu (obracający się bęben pralki, kręcenie kółkiem samochodu);
- ignorowanie (wrażenie „nie słyszenia”) jednych dźwięków przy równoczesnym nadmiernym wyczuleniu na inne dźwięki (reakcją jest krzyk, zasłanianie uszu);
- preferowanie mocnego ucisku (np. wciskanie się między oparcie kanapy a ścianę) lub unikanie dotyku, szczególnie delikatnego;
- problemy z jedzeniem (niejadki, jedzenie tylko kilku wybranych produktów lub potraw w określonym kolorze);
- chodzenie na palcach;
- kolki w niemowlęctwie, problemy z brzuchem (częste zaparcia lub biegunki);
- problemy ze snem (trudności z zasypianiem, bardzo krótki, niespokojny sen, wybudzanie się w nocy z płaczem, krzykiem);

U dzieci z autyzmem mowa nie rozwija się prawidłowo. Niektóre dzieci nie mówią, a przy tym nie kompensują braku mowy mimiką, gestami. U innych dzieci z zaburzeniami spektrum autyzmu mowa początkowo rozwija się prawidłowo – pojawiają się pierwsze słowa, czasem nawet zadania, a potem następuje regres. Dziecko nagle lub stopniowo przestaje mówić, komunikować się z otoczeniem.

W przypadku dzieci z Zespołem Aspergera w pierwszych latach życia trudno jest dostrzec nieprawidłowości w rozwoju mowy. Te dzieci mówią dużo, mają bogate słownictwo. Ze względu na dobry rozwój mowy bywają określane, jako „mali profesorowie”. Dopiero w wieku kilku lat dostrzega się, że dzieci te mają trudności z prowadzeniem dialogu, są zainteresowane tym, co same mówią, a nie tym, co ma do powiedzenia partner interakcji.

Objawy autyzmu widoczne są przed 3. rokiem życia. Z relacji rodziców wynika, że do pewnego momentu ich dziecko rozwijało się prawidłowo, a jego zachowanie nie budziło niepokoju. W „pewnym momencie” nastąpił trudny przełom, po którym rozwój dziecka zaczął podążać zupełnie innym torem. Tę zmianę może zauważyć przede wszystkim rodzic – w przypadku zauważenia niepokojących symptomów należy skonsultować się z lekarzem: psychiatrą lub psychologiem.

5. Terapia autyzmu

Terapia autyzmu obejmuje działania rewalidacyjne i stymulujące w obrębie wszystkich sfer poznawczych:

- wszystkie poziomy systemu języka;
- myślenie przyczynowo- skutkowe;
- motoryka (duża i mała);
- zachowania społeczne/ zabawa;
- szeregi i sekwencje;

- percepcja wzrokowa i słuchowa;
- stymulacja sensoryczna.

O sukcesie postępowania terapeutycznego w dużej mierze decydować będzie nawiązanie właściwych relacji z dzieckiem, co nie jest łatwym zadaniem zważywszy na fakt, że w autyzmie zaburzone są właśnie relacje społeczne i interpersonalne. Dlatego terapeuta musi na wstępie zadbać o:

- ustalenie jasnych zasad – obowiązujących zarówno dziecko, jak i terapeutę – i konsekwentne ich przestrzeganie;
- naturalne środowisko pracy;
- dostosowany materiał ćwiczeniowy;
- planowanie terapii, wskazówki dla rodziców;
- wspólne pole uwagi (kontrolowanie wzrokiem materiału do ćwiczeń)
- kontakt wzrokowy
- stosowanie gestów wskazujących (gdzie? tu!)
- terapeuta prowadzi dziecko – nie podąża za nim;
- terapeuta musi być wyrazisty, wręcz „przerysowany”;

Przyszłość dziecka z autyzmem zależy od tego, co jest teraz. Maksymalne wsparcie terapeutyczne w połączeniu z miłością rodziców, zrozumieniem wychowawców i konsekwencją terapeutów, dadzą większe szanse na złagodzenie objawów autyzmu. Istotne jest, by patrzeć na autyzm globalnie i rozumieć złożoność tego zaburzenia.

Opracowała Alicja Brzezińska, nauczyciel Przedszkola nr 16, logopeda

Bibliografia:

Bobkowicz- Lewartowska L., Autyzm dziecięcy, zagadnienia diagnozy i terapii. Kraków, 2005

Cieszyńska J., Wczesna diagnoza i terapia zaburzeń autystycznych. Metoda Krakowska, Konferencje Logopedyczne, 2011

Delacato C. H., Dziwne, niepojęte. Autystyczne dziecko. Fundacja Synapsis, 1995.

Franczyk A., Krajewska K. Program psychostymulacji dzieci w wieku przedszkolnym z deficytami i zaburzeniami rozwoju, Kraków 2002

Franczyk A., Krajewska K.. Skarbiec nauczyciela, Kraków 2006

Grodzka M., Dziecko autystyczne. Dziennik terapeuty. Gdańsk, 1995.

Materiały szkoleniowe pozyskane w toku Podyplomowych Studiów Logopedycznych w Zakładzie Logopedii i Językoznawstwa stosowanego UMCS w Lublinie, 2010-2012

Pisula E., Autyzm u dzieci. Diagnoza, klasyfikacja, etiologia. Warszawa: Wyd. Naukowe PWN, 2000.

Pisula E., Danielewicz D., Wybrane formy terapii i rehabilitacji osób z autyzmem, Kraków 2008.

Pisula E., Małe dziecko z autyzmem, Gdańsk, 2005.

Pużyński S., Wciórka J. (Red.): Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i diagnostyczne. Wyd.2 uzup. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius” Instytut Psychiatrii i Neurologii Kraków – Warszawa -2000.

Randal P., Parker J., Autyzm. Jak pomóc rodzinie, Gdańsk, 2001.

Szatmari P., Uwięziony umysł. Opowieści o ludziach z autyzmem. Kraków, 2004.

Wolańczyk T., Komender J.(red) Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci. Wyd. 1. Biblioteka pediatrii. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. 2005.