



Pedagogical Contexts 2022, No. 2(19)
www.kontekstypedagogiczne.pl
ISSN 2300-6471, e-ISSN 2720-0000
s. 61–76
<https://doi.org/10.19265/kp.2022.2.19.360>



Barbara Cygan

<https://orcid.org/0000-0002-7956-3230>
Uniwersytet Pedagogiczny im. KEN w Krakowie
barbara.cygan@up.krakow.pl

Barbara Kurowska

<https://orcid.org/0000-0003-4798-4417>
Uniwersytet Pedagogiczny im. KEN w Krakowie
barbara.kurowska@up.krakow.pl

DIAGNOZA I TERAPIA ZACHOWAŃ U TRZYLETNIEGO DZIECKA ZE SPEKTRUM AUTYZMU (ASD). STUDIUM PRZYPADKU

DIAGNOSIS AND THERAPY OF BEHAVIOR IN A THREE-YEAR-OLD CHILD WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER (ASD)

Słowa kluczowe:
autyzm, diagnoza,
wczesne objawy,
terapia

Streszczenie: W artykule zwrócono uwagę na potrzebę wczesnego rozpoznawania zaburzeń autystycznych (ASD) u małych dzieci. Wskazano symptomy ASD w zakresie interakcji społecznych, mowy i komunikowania się, zabawy oraz specyficznych zainteresowań i aktywności, które można zaobserwować w początkowych latach życia dziecka. Zwrócono uwagę na częste współwystępowanie zaburzeń integracji sensorycznej. Odwołując się do *case study*, zaprezentowano przypadek trzyletniego chłopca diagnozowanego pod kątem ASD i towarzyszących spektrum trudności w przetwarzaniu bodźców sensorycznych. Po zaprezentowaniu wyników badań zaproponowano działania terapeutyczne niezbędne w pracy z dzieckiem

Keywords:
autism, diagnosis,
early symptoms,
therapy

ze zdiagnozowanym ASD, w tym wczesne wspomaganie rozwoju (WWR), kształcenie specjalne (KS) oraz specjalistyczne usługi opiekuńcze (SUO).

Summary: The article highlights the need for early diagnosis of autistic disorder (ASD) in children. The authors have indicated the symptoms of ASD in the field of social interaction, speech and communication, play and specific interests and activities that can be observed in the early years of a child's life. Attention is drawn to the frequent co-occurrence of sensory integration disorders. The research has been carried out by means of a case study of a three-year-old boy diagnosed with ASD and accompanying spectrum of difficulties in processing sensory stimuli. The research results have been presented together with the suggestion of therapeutic activities necessary in working with a child diagnosed with ASD, including early development support (EDS), special education (KS) and specialized care services (SUO).

Wprowadzenie

Współczesne doniesienia naukowe zaliczają autyzm do grupy zaburzeń o podłożu neurorozwojowym, w których zasadnicze znaczenie mają dysfunkcje w budowie i funkcjonowaniu mózgu. Nie bez znaczenia pozostają jednak czynniki natury genetycznej i środowiskowej.

Pierwsze definicje diagnostyczne autyzmu utożsamiały go ze stanami psychotycznymi czy schizofrenicznymi. Leo Kanner wskazywał na dwie główne cechy: autystyczną samotność (nieumiejętność nawiązywania kontaktów z ludźmi, wycofywanie się z kontaktów społecznych, fascynację przedmiotami) oraz obsesyjną potrzebę zachowania identyczności otoczenia (Jaklewicz, 1993, s. 11). Przez wiele lat (DSM-I, 1952; DSM-II, 1968) traktowano autyzm jako postać schizofrenii dziecięcej, co warunkowało stosowanie oddziaływań terapeutycznych, głównie opartych na psychoanalizie. Dopiero trzecia wersja klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM-III, 1980) zaliczyła autyzm do całościowych zaburzeń rozwojowych. Według klasyfikacji DSM-IV (1994) zaburzenia autystyczne obejmowały trzy

rodzaje objawów: zachowania, komunikacji i interakcji społecznych. Z kolei w najnowszej klasyfikacji DSM-V (2013) scalono wszystkie jednostki w spektrum zaburzeń autystycznych (ang. *autism spectrum disorders*, ASD). „Powiązanie objawów w »spektrum« miało na celu wskazanie zróżnicowania w obrazie i nasileniu symptomów wewnątrz grupy osób z diagnozą ASD, ale również traktuje cechy wskazujące na autyzm jako swoiste kontinuum pomiędzy ludźmi bez autyzmu i z ASD” (Bombińska-Domżał, 2019, s. 6).

Obecne kryteria diagnostyczne, zgodne z DSM-V, wyróżniają dwa objawy osiowe: uporczywe zainteresowania i powtarzalne zachowania oraz połączone w jeden objaw deficyty społecznej komunikacji. W kryteriach diagnostycznych uwzględniono również obserwowalne zachowania w wyniku nieadekwatnych reakcji na bodźce sensoryczne (zaburzenia w obrębie profilu sensorycznego) (Bombińska-Domżał, 2019, s. 6). Zaburzenia ze spektrum autyzmu „to grupa zaburzeń neurorozwojowych charakteryzujących się deficytami w społecznej komunikacji oraz ograniczonymi, powtarzanimi wzorcami zachowania i zainteresowań” (Nowakowska i Pisula, 2018, s. 29).

Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-11 w rozdziale 6, obok zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania, zamieszcza zaburzenia neurorozwojowe, a wśród nich: zaburzenia rozwoju intelektualnego (ang. *disorders of intellectual development*), rozwojowe zaburzenia mowy i języka (ang. *developmental speech or language disorders*), zaburzenia ze spektrum autyzmu (ang. *autism spectrum disorders*, rozwojowe zaburzenia uczenia się (ang. *developmental learning disorders*), rozwojowe zaburzenia koordynacji ruchowej (ang. *developmental motor coordination disorder*), zaburzenia z deficytem uwagi i nadaktywnością (ang. *attention deficit hiperactivity disorder*), stereotypie ruchowe (ang. *stereotyped movement disorder*) (Gałęcki, 2022).

Wczesne symptomy zaburzeń ze spektrum autyzmu

Od wielu lat podejmowane są liczne badania, które mają na celu ustalenie kryteriów trafnego rozpoznawania ryzyka zaburzeń ze spektrum autyzmu w jak najwcześniejszym okresie rozwoju dziecka. Niezależnie od faktu, że objawy ASD pojawiają się w ciągu pierwszych dwóch lat życia dziecka, to dowody dotyczące czasu występowania początkowych objawów oraz ich charakteru czy natężenia pozostają nadal ograniczone (Winczura, 2018, s. 75). Poszukuje się ich w dużej mierze w obrębie relacji społecznych, w przebiegu rozwoju mowy i komunikacji oraz w specyficznych zainteresowaniach i wzorcach aktywności.

Spośród symptomów istotnych dla wczesnego rozpoznawania zaburzeń o spektrum autyzmu szczególne znaczenie mają deficyty społeczne. Ujawniają się one w inicjowaniu interakcji, podtrzymywaniu jej i kończeniu w aprobowany przez innych sposób (Pisula, 2010, s. 36). Niepokojącymi objawami w pierwszych latach życia dziecka, które mogą wskazywać na ASD, są m.in.: niechęć do kontaktów społecznych (ograniczone zainteresowanie innymi ludźmi, trudności w inicjowaniu kontaktów, brak zainteresowania zabawami społecznymi, np. w chowanego), brak reakcji na kierowane do niego bodźce społeczne (uśmiech, własne imię, słowa), brak lęku separacyjnego, unikanie kontaktu wzrokowego i śledzenia wzrokiem tego, na co ktoś patrzy, brak spontanicznego uśmiechu i tworzenia wspólnego pola uwagi, brak właściwych dla wieku relacji z rówieśnikami, trudności w naśladowaniu zachowania innych osób, brak reakcji na zainteresowanie i pochwały, trudności w uczestniczeniu w naprzemiennych grach i zabawach (Pisula, 2010, s. 36–42; Komender, Jagielska i Bryńska, 2014, s. 36–38).

Charakterystyczną cechą dzieci z ASD jest brak lub ograniczona umiejętność zabawy z udawaniem współwystępująca z przedłużającym się okresem trwania zabaw o charakterze sensomotorycznym lub/i rytualnym (Skórczyńska, 2009, s. 49). Zabawa często jest monotonna, pełna powtórzeń, bez kreatywności i naśladownictwa, często samotna. Zawiera schematyczne czynności, dziecko wykorzystuje w niej proste przedmioty, często codziennego użytku. Typowe zabawki, adekwatne do wieku dziecka, niejednokrotnie nie wzbudzają jego zainteresowania lub bawi się ono nimi w specyficzny sposób, skupiając się jedynie na ich wycinkowych cechach (Komender, Jagielska i Bryńska, 2014, s. 40–41).

Niepokojące u dzieci ze spektrum autyzmu są również zaburzenia rozwoju mowy i języka oraz trudności w komunikowaniu się z otoczeniem przejawiające się problemami ze zrozumieniem, do czego służy język oraz ograniczonymi umiejętnościami niezbędnymi do wykorzystania go w kontaktach społecznych. Problemy w porozumiewaniu się dzieci z ASD widoczne są nie tylko w ich sposobie mówienia czy braku rozwoju mowy, ale także w komunikowaniu się niewerbalnym. Zauważalne jest u nich zazwyczaj opóźnienie rozwoju mowy. Etap gaworzenia jest najczęściej ubogi lub w ogóle nie występuje. Gaworzenie może być monotonne, bez modulacji o charakterze konwersacyjnym. Zdecydowanie później niż u dzieci rozwijających się prawidłowo pojawiają się pierwsze słowa i dwuwyrzowe zdania wypowiedane ze zrozumieniem. Często występuje zjawisko regresu mowy (najczęściej między 15. a 19. miesiącem życia), które jest wynikiem wycofywania się dziecka z kontaktów społecznych,

obrony przed zmianami, sztywności w zachowaniu, zaburzeń snu i jedzenia (Komender, Jagielska i Bryńska, 2014, s. 39).

Ponadto dzieci ze spektrum autyzmu rzadko intencjonalnie używają gestów lub wokalizacji w celu przekazania informacji, rzadko komunikują się za pomocą spojrzenia. Nie próbują wyrażać mimiką swoich uczuć, nie potakują głową na znak zgadzania się z czymś, nie uśmiechają się, by wspomóc komunikację. Nie odpowiadają również na takie sygnały kierowane do nich. Przejawiają trudności z komunikowaniem swoich potrzeb, z rozumieniem relacji słuchający – mówiący i związanej z nią zdolności do naprzemiennego udziału w interakcji i dialogu, z dostrzeganiem i naprawianiem błędów komunikacyjnych (wyjaśnianiem, udzielaniem dodatkowych informacji) oraz z komunikowaniem się w celu dzielenia zainteresowań (np. przyniesienia przedmiotów, pokazywania ich) (Pisula, 2010, s. 43–53).

Jedną z charakterystycznych cech mowy dzieci ze spektrum autyzmu jest echolalia, wyrażająca się magazynowaniem i przechowywaniem w mózgu elementów słuchowych z otoczenia, co umożliwia reaktywowanie odpowiednich fraz w dostosowaniu do sytuacji, w jakiej się dziecko znalazło (Błęszyński, 2009, s. 102–103). Jedynie w przypadku omawianych zaburzeń echolalię dzieli się na kategorie ze względu na czas oraz warunki, w jakich występuje (bezpośrednią – powtórzenie następuje od razu po usłyszeniu; pośrednią, odroczoną – cała zasłyszana treść powtórzona zostaje po pewnym czasie; łagodną – w mowie dziecka występuje dużo oddzielnych wyrazów związanych z poszczególnymi sytuacjami czy jego zainteresowaniami) (Błęszyński, 2009, s. 102; Bobkiewicz-Lewartowska, 2017, s. 61).

Dzieci z ASD mają niezwykle, często bardzo wąskie i nietypowe zainteresowania, którym niejednokrotnie towarzyszy powtarzanie określonych schematów i przywiązanie do rytuałów. Przejawiają niechęć do zmian, przywiązanie do przedmiotów, stałych schematów i sposobów postępowania. Manifestują manieryzmy ruchowe, schematy w zabawie oraz uporczywe, wąskie zainteresowania (Pisula, 2010, s. 54–59).

U dzieci z ASD mogą również występować symptomy świadczące o zaburzeniach integracji sensorycznej. Nie różnicują ich one jednak od dzieci z innymi zaburzeniami rozwojowymi. W obrębie każdego ze zmysłów dzieci ze spektrum autyzmu mogą przejawiać nadwrażliwość lub podwrażliwość, zależnie od progu sensorycznego. Do objawów zaburzeń przejawianych przez nie w tym zakresie należą najczęściej: duża rozpraszalność uwagi, niezwykle niski bądź wysoki poziom aktywności, częste wyłączanie się lub wycofywanie z aktywności,

intensywne reakcje na zmiany sytuacji i nieznanne miejsca, impulsywność, brak samokontroli, nieradzenie sobie z frustracją, z uspokajaniem się, nadwrażliwość lub podwrażliwość na dotyk, światło, dźwięk, smaki, zapachy, ruch. Niektóre dzieci ponadto manifestują zaburzenia rozwoju motorycznego, deficyty praktyki i słabą koordynację (Skórczyńska, 2009, s. 51–52).

Postępowanie terapeutyczne z dzieckiem z zaburzeniami ze spektrum autyzmu

Mimo iż w ostatnich latach obniża się wiek, w którym rozpoznaje się zaburzenia ze spektrum autyzmu, w literaturze nadal podkreśla się fakt, że ostateczna diagnoza stawiana jest najwcześniej w trzecim lub czwartym roku życia. Równocześnie wyniki badań dotyczących efektywności terapii wskazują na znaczenie wczesnie podjętych, intensywnych i systematycznych oddziaływań terapeutycznych (behawioralnych i edukacyjnych) dla rozwoju dziecka (zwłaszcza rozwoju mowy, rozwoju poznawczego oraz gotowości do nawiązywania kontaktów społecznych), co wynika z dużej plastyczności mózgu we wczesnym okresie życia (Komender, Jagielska i Bryńska, 2009, s. 36). Niestety prawidłowe, wczesne zdiagnozowanie zaburzeń ze spektrum autyzmu może być trudne, m.in. z powodu dużego zróżnicowania zachowań występujących u badanych dzieci (Skórczyńska, 2009, s. 35), co znacznie opóźnia podjęcie działań terapeutycznych, które w omawianym przypadku realizowane są głównie w oparciu o trzy podstawowe nurty psychologiczne: behawioralny, poznawczy oraz neurorozwojowy (Bombińska-Domżał, 2019, s. 7).

W celu wcześniejszego niż dotychczas rozpoznawania zaburzeń ze spektrum autyzmu coraz częściej postuluje się przeprowadzanie badań przesiewowych w poradniach pediatrycznych, zalecając wykonywanie pierwszych badań około 18. miesiąca życia dziecka, a następnie 6 miesięcy później (Komender, Jagielska i Bryńska, 2014, s. 42). Umożliwiłoby to podejmowanie wczesnych oddziaływań terapeutycznych. Zwraca się również uwagę na znaczenie przeprowadzania oceny potrzeb, czyli „diagnozy stanu funkcjonowania osoby”, która jest podstawą wszelkich działań pomocowych (Otrębski i in., 2022, s. 7).

Wspomaganie rozwoju dziecka z ASD to wielospecjalistyczne, świadome i systemowe oddziaływanie, mające na celu pobudzenie jego psychoruchowego i społecznego rozwoju już od chwili dostrzeżenia pierwszych symptomów nieprawidłowości i zaburzeń w funkcjonowaniu. Wczesna, wielospecjalistyczna, kompleksowa i skoordynowana pomoc, powinna obejmować równoczesne, uzupełniające się, wzajemnie oddziaływania

medyczno-rehabilitacyjno-terapeutyczne oraz rewalidacyjno-wychowawcze. Podmiotem efektywnego wspomaganie i terapii powinno być zarówno dziecko, jak i jego rodzina. Dlatego koniecznym warunkiem skutecznego oddziaływania jest także doradztwo, poradnictwo oraz edukacja pedagogiczna rodziców (Cygan, 2019, s. 100).

Jedną z form postępowania terapeutycznego jest wczesne wspomaganie rozwoju (WWR). Zajęcia w ramach WWR realizowane są przez pedagoga posiadającego kwalifikacje odpowiednie do rodzaju niepełnosprawności dziecka, psychologa i logopedę. Wczesne wspomaganie obejmuje stymulowanie dziecka w zakresie:

- rozwoju motorycznego – zajęcia rehabilitacyjne,
- stymulacji polisensorycznej – terapia integracji sensorycznej, zajęcia w sali doświadczania świata,
- rozwoju mowy, komunikacji, języka – terapia logopedyczna i neurologopedyczna, wprowadzenie i wspomaganie alternatywnych form komunikacji,
- orientacji/poruszania się w przestrzeni,
- usprawniania widzenia, słuchu, samoobsługi,
- relacji społecznych (Niedźwiecka, Piwonońska i Wiśła, 2015, s. 20).

Ważnym spostrzeżeniem w idei wczesnego wspomaganie rozwoju dzieci jest to, że nie należy utożsamiać go z ich edukacją. Zwraca na to uwagę Maria Piszczek (2007, s. 154–155). Autorka swoje stanowisko uzasadnia tym, że prawidłowa realizacja tej pomocy wymaga wiedzy o mechanizmach rozwoju oraz o sposobach jego wspierania, a także dostosowania metod, form i środków pracy do potrzeb dziecka i dominującej u niego aktywności.

Dzieci, u których stwierdzono zaburzenia rozwojowe, mogą być objęte również kształceniem specjalnym (KS). Przysługuje ono dzieciom z wybranymi rodzajami zaburzeń rozwojowych i niepełnosprawności, w tym dzieciom z zaburzeniami ze spektrum autyzmu. W przypadku posiadania przez dziecko orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego, wydanego przez publiczną poradnię psychologiczno-pedagogiczną, opracowywany jest Indywidualny Program Edukacyjno-Terapeutyczny (IPET) (Boenisch, Klaro-Celej i Marszycka-Suchocka, 2007). Jest on przygotowywany dla konkretnego dziecka z określonym rodzajem trudności. Podstawowym warunkiem skonstruowania indywidualnego programu jest dokonanie rzetelnej analizy poziomu funkcjonowania dziecka, a także oceny jego potencjalnych możliwości oraz ewentualnych trudności. IPET realizowany jest na zajęciach obowiązkowych,

dotychczasowych i nadobowiązkowych, zgodnie z obowiązującym prawem oświatowym (za: Cygan, 2019, s. 103–104). Łączy w sobie dwie funkcje: edukacyjną i terapeutyczną. W zakresie funkcji edukacyjnej IPET stanowi adaptację podstawy programowej do indywidualnych możliwości dziecka. Jednocześnie gwarantuje mu opanowanie wiadomości i umiejętności przewidzianych programem na danym etapie kształcenia. Funkcja terapeutyczna programu powinna przejawiać się w działaniach nastawionych na wspieranie i stymulowanie rozwoju, z uwzględnieniem sfery emocjonalnej i interpersonalnej dziecka (za: Cygan, 2019, s. 106–107).

Inną formą pomocy psychologiczno-pedagogicznej przysługującej dzieciom, u których zdiagnozowano ASD, są specjalistyczne usługi opiekuńcze (SUO). Przeznaczone są one dla osób dorosłych oraz dzieci ze zdiagnozowanymi chorobami psychicznymi (w tym spektrum zaburzeń autystycznych), niepełnosprawnością intelektualną czy wykazującymi „inne poważne zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych”, wymagających „takiej formy pomocy i opieki niezbędnej do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym”¹. SUO przeznaczone są również dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi pozbawionymi dostępu do zajęć rehabilitacyjnych i rewalidacyjno-wychowawczych lub z ograniczonym dostępem do zajęć świadczonych przez inne, zobowiązane do tego przedmioty.

Celem specjalistycznych usług opiekuńczych jest poprawa jakości życia osób z zaburzeniami psychicznymi poprzez zapewnienie im wysokiej jakości specjalistycznej pomocy w przypadkach, gdy są jej pozbawione lub nie może ona być im zapewniona przez rodzinę. Pomoc jest dostosowana do szczególnych potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi oraz celów postawionych w planach postępowania terapeutyczno-wspierającego. Świadczą ją osoby z odpowiednim wykształceniem i doświadczeniem, posiadające kwalifikacje do wykonywania zawodu: pracownika socjalnego, psychologa, pedagoga, logopedy, terapeuty zajęciowego, pielęgniarki, asystenta osoby niepełnosprawnej, opiekuna środowiskowego, specjalisty w zakresie rehabilitacji medycznej, fizjoterapeuty lub innego zawodu dającego wiedzę i umiejętności pozwalające świadczyć określone usługi specjalistyczne. Ponadto kandydat na realizatora specjalistycznych usług opiekuńczych musi legitymować się co najmniej półrocznym stażem w jednej z następujących instytucji:

¹ <https://www.gov.pl/web/uw-mazowiecki/specjalistyczne-uslugi-opiekuncze> [dostęp: 12.12.2022].

- szpitalu psychiatrycznym,
- jednostce organizacyjnej pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi,
- placówce terapii lub placówce oświatowej, do której uczęszczają dzieci z zaburzeniami rozwoju lub niepełnosprawnością intelektualną,
- ośrodka terapeutyczno-edukacyjno-wychowawczym,
- zakładzie rehabilitacji,
- innej jednostce niż wymienione powyżej świadczącej specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

Osoby świadczące usługi w zakresie kształtowania umiejętności zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych i umiejętności społecznego funkcjonowania, motywowania do aktywności, leczenia i rehabilitacji, prowadzenia treningów umiejętności samoobsługi i umiejętności społecznych oraz wspierania, także w formie asystowania w codziennych czynnościach życiowych, muszą posiadać przeszkolenie i doświadczenie w zakresie:

- umiejętności kształtowania motywacji do akceptowanych przez otoczenie zachowań,
- kształtowania nawyków celowej aktywności,
- prowadzenia treningu zachowań społecznych².

Biorąc pod uwagę możliwości, które dają SUO, dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu mają możliwość korzystania z dodatkowej formy pomocy udzielanej przez doświadczoną i wyspecjalizowaną kadrę.

Metoda

Celem badań było potwierdzenie, że wczesne zaobserwowanie i rozpoznanie zachowań ze spektrum autyzmu daje szansę na szybką diagnozę i podjęcie działań pomocowych, w tym w zakresie pomocy psychologiczno-pedagogicznej w ramach WWR i KS oraz SUO, co przyczynia się do wieloaspektowego wsparcia dziecka i jego rodziny.

Wiodącą metodą w opisywanych badaniach było studium przypadku. Jako uzupełniającą wykorzystano metodę dialogową. Zastosowano technikę obserwacji bezpośredniej, uczestniczącej, która miała na celu zebranie informacji na temat przejawianych przez dziecko zachowań. W ramach metody dialogowej w badaniach wykorzystano technikę rozmowy (z rodzicem dziecka):

² <https://www.gov.pl/web/uw-mazowiecki/specjalistyczne-uslugi-opiekuncze> [dostęp: 12.12.2022].

indywidualnej, bezpośredniej, ustrukturalizowanej, dotyczącej rozwoju psychomotorycznego dziecka i zaobserwowanych w jego przebiegu trudności. Podczas badań, w celu dokonania oceny przetwarzania bodźców sensorycznych, wykorzystano również: Kwestionariusz rozwoju sensomotorycznego dziecka autorstwa Zbigniewa Przyrowskiego (2015), Kwestionariusz obserwacji klinicznej oraz Kwestionariusz południowokalifornijskich testów integracji sensorycznej (Ayres, 2016) (udostępniane na certyfikowanych kursach SI). Wszystkie informacje zebrane za pomocą wspomnianych metod, technik i narzędzi zostały opracowane, przeanalizowane i ujęte w opisie indywidualnego przypadku.

Badaniami objęto trzyletniego chłopca przejawiającego bardzo niepokojące zachowania, z którymi nie radzili sobie rodzice, dziadkowie oraz opiekunowie w żłobku. Dziecko dotychczas nie było nigdzie diagnozowane ani konsultowane przez specjalistów. Wywiad z rodzicami oraz diagnozę chłopca pod kątem zaburzeń odbierania i przetwarzania bodźców sensorycznych, przeprowadzono na przełomie lutego i marca 2022 roku. Od marca 2022 roku dziecko uczestniczy raz w tygodniu w zajęciach z zakresu integracji sensorycznej i terapii logopedycznej. Ponieważ w czasie prowadzenia wywiadu i diagnozy zwrócono uwagę na zachowania, które wskazywały na spektrum zaburzeń autystycznych, chłopiec został skierowany na dalsze specjalistyczne konsultacje. Diagnoza ASD została potwierdzona na początku grudnia 2022 roku.

Charakterystyka dziecka

Henio (imię zmieniono na potrzeby badań) w chwili zgłoszenia na konsultację zaburzeń integracji sensorycznej miał 2 lata i 9 miesięcy. Uczęszczał do żłobka. Powodem wizyty były trudne zachowania, jakie przejawiał w domu oraz w placówce. Opiekunowie nie byli w stanie sobie z nimi poradzić. Tłumaczyli je zaburzeniami przetwarzania bodźców sensorycznych, stąd podjęli decyzję diagnozy w tym kierunku. W trakcie wywiadu wstępnie ustalono, że chłopca cechuje dobra pamięć, łatwość w uczeniu się nowych umiejętności, bardzo dobra orientacja w terenie oraz fotograficzna pamięć. Ustalono również, że dziecko nie komunikuje się, a formą kontaktu z innymi jest ograniczony gest wskazywania palcem. Rodzice zgodnie przyznali, że Henio jest dzieckiem niepokojnym, nerwowym i absorbującym, wymagającym nieustannej obecności osoby dorosłej. Obserwowane są u niego napady agresji, autoagresji (rzucanie się na podłogę i uderzanie w nią głową lub głową w ścianę), histeryczny płacz, krzyk. Zachowania najczęściej pojawiają się wtedy, gdy coś mu nie wychodzi,

jest inaczej niż tego oczekiwał lub gdy został zaburzony ustalony schemat. W zachowaniu pojawiało się wprawianie przedmiotów w ruch wirowy, układanie szeregowe zabawek, fiksacje (podnoszenie/opuszczanie rolet, zamykanie/otwieranie drzwi, gaszenie/zapalanie światła – gdy czynność została przerwana, chłopiec wpadał w histerię) oraz stereotypie ruchowe, takie jak wprawianie się w ruch wirowy, czy chodzenie na palcach. W domu chłopiec najbardziej lubił się bawić przelewając wodę z naczynia do naczynia lub uderzać garnkami o siebie. W trakcie tych „zabaw” mówił do siebie cały czas „titbu titbu ti”. Wszystko wokół niego musiało być idealnie ułożone, szczególnie rzeczy należące do niego. Natychmiast dostrzegał, że ktoś poprawił dany przedmiot lub go przesunął. Wtedy wpadał w histerię i złość oraz przejawiał potrzebę poprawy tego, co zostało naruszone. Rodzice przyznali, że Henio pilnuje, by wszystko było w idealnym porządku (układzie). Jeśli zdarzyło się, że coś było inaczej niż zwykle, wywoływało to u niego frustrację, napięcie emocjonalne i niepokój. Chłopiec ponadto źle sypiał w nocy i często się wybudzał, co wynikało między innymi z potrzeby kontroli tego, czy zabawki, z którymi śpi, nie spadły z łóżka. Zawsze też sprzątał zabawki, którymi się bawił. Bardzo się denerwował, gdy w odwiedziny do niego przychodziły inne dzieci i zostawiały bałagan po skończonej zabawie. W opinii rodziców Henio zawsze starał się doprowadzać podejmowane aktywności do końca, jednak w chwili, gdy napotykał trudności, wpadał w szal i histerię.

Podobne zachowania pojawiały się w czasie pobytu w żłobku. Opiekunki nie radziły sobie z nimi, nie były też w stanie wskazać, co mogło być ich przyczyną. Ze żłobka mogła Henia odebrać wyłącznie babcia. Gdy zdarzało się, że przyjechała po niego mama, wpadał w szal. Wymagał, aby droga powrotna do domu była zawsze taka sama. Gdy babcia chciała ją zmienić, zaczynał histeryzować, krzyczeć, kopać i drapać. Codziennie też musiał odwiedzić ten sam sklep, w którym kupowano mu zawsze takiego samego lizaka oraz butelkę konkretnej wody. Gdy zdarzało się, że sklep był zamknięty, pojawiała się histeria, krzyki, uderzanie w napotykanne przedmioty lub osoby.

Diagnoza dziecka

Henio na spotkanie diagnostyczne przyszedł, mając w dłoni lizaka. Próba skłonienia chłopca do odłożenia przysmaku zakończyła się u niego napadem hysterii, rzuceniem się na podłogę, uderzaniem o nią głową. Zabezpieczenie dziecka przed uszkodzeniem spowodowało, że jego agresja przeniosła się na

diagnostę, którego kopał, szczypał, opluwał i uderzał w niego głową. Napad trwał około 15 minut. W trakcie ataku wielokrotnie podejmowano próby przekierowania uwagi. Chłopiec zainteresował się dopiero bańkami mydłanymi. Zaciekawiony zabawą usiłował dmuchać i łapać bańki, śledząc je wzrokiem przez chwilę, gdy się oddalały. Bardzo krótko utrzymywał kontakt wzrokowy. Szybko się nudził proponowanymi aktywnościami, obserwowano dużą przerzutność uwagi oraz niepokój ruchowy. Zwrócono uwagę na chodzenie na palcach. W czasie spotkania chłopiec uśmiechnął się delikatnie tylko raz, gdy diagnosta próbował naśladować odgłosy zwierzątek, którymi dziecko się bawiło. Rozsypane klocki Henio układał szeregowo lub stawiał z nich wieżę. Gdy ta została przewrócona przez diagnostę, zdenerwowany zaczął układać ją na nowo. Tak samo próbował układać samochody. W czasie spotkania chłopiec reagował zawsze złością i płaczem w chwili, gdy czegoś od niego wymagano lub oczekiwano.

W zakresie funkcjonowania sensorycznego w systemie dotykowym ustalono, że chłopiec chętnie bawił się w zróżnicowanym materiale sensorycznym. Wymomwał z kulek żelowych drobne elementy, przesypywał nasiona i napełniał nimi butelki, umiejętnie rozdzielał wymieszane kilka rodzajów grochu. Nie miał oporów przed zabawą w kisielu czy w innych masach. Wyraźnie sprawiało mu to radość i był w stanie skupić się na tych czynnościach nieco dłużej. W domu jednak unikał lepkich konsystencji, kremowania i balsamowania ciała. Chętnie chodził tylko w samej bieliźnie. Obserwowana była również wybiórczość pokarmowa z odruchem wymiotnym oraz bardzo duży problem z umyciem włosów i twarzy.

Chłopiec histerycznym płaczem zareagował na próbę włożenia go do basenu z piłeczkami. Podobne zachowania, choć o mniejszym natężeniu, obserwowano przy próbach postawienia go na ruchomym podłożu, piłce czy huśtawkach. Niemniej pod koniec spotkania usiadł razem z diagnostą na platformie i szukał z nim ukrytych w materiale sensorycznym figurek. Zwrócono uwagę, że Henio lubił wprawiać się sam w ruch wirowy, kręcąc się wokół własnej osi. Stwierdzono również, że lubi zabawy w odpychanie, przepychanie, mocowanie się, wpada z rozpędu na rzeczy, czy też wkłada dużo siły w aktywności, które tego nie wymagają.

Na podstawie danych z wywiadu oraz analizy zachowań w czasie spotkania diagnostycznego stwierdzono, że chłopiec przejawia zachowania świadczące o zaburzeniach przetwarzania sensorycznego o typie zaburzeń modulacji. Można było stwierdzić u niego nietolerancję ruchu i niepewność grawitacyjną, cechy

nadwrażliwości i obronności dotykowej oraz podwrażliwości proprioceptywnej. Chłopiec ma większe zapotrzebowanie na mocniejsze wrażenia czuciowe, które mogą pomagać mu regulować stan pobudzenia i pracę mięśni. Ponadto obserwowane trudności w skupieniu uwagi często są efektem niewłaściwego funkcjonowania układów zmysłowych oraz ich wzajemnej współpracy.

Dane z wywiadu i obserwacji dziecka wskazywały również na występowanie u chłopca zachowań charakterystycznych dla spektrum zaburzeń autystycznych, w które wpisywały się również zaburzenia integracji sensorycznej. Zgłaszane, a także obserwowane u Henia zachowania i reakcje emocjonalne nieadekwatne do bodźca prawdopodobnie wynikały z przejawianych przez niego trudności w komunikacji. Mogły je wywoływać również jego upór i chęć wykonywania tego, co on chce, a nie tego, czego od niego oczekuje się w danej chwili. Niewątpliwie chłopiec wymagał stworzenia wokół siebie atmosfery bezpieczeństwa, podążania za nim, jednak nie mogło to nosić znamion ulegania zachowaniom, które miały na celu osiągnięcie/wymuszenie tego, co chciał lub uniknięcie wykonania polecenia.

Działania pomocowe – podjęte terapie wspomagające rozwój

W związku ze zdiagnozowanymi u Henia zaburzeniami w odbiorze i przetwarzaniu bodźców sensorycznych objęto go terapią integracji sensorycznej. W ułatwieniu komunikacji z otoczeniem miała mu pomóc terapia logopedyczna oraz wprowadzenie komunikacji alternatywnej. Częstotliwość spotkań ustalono na raz w tygodniu. Ponadto, w związku z obserwacją zachowań wpisujących się w ASD, zdecydowanie zalecono badanie psychiatryczne i neurologiczne. Zaproponowano również badanie w poradni psychologiczno-pedagogicznej. Poinstruowano rodziców, że Heniowi przysługuje wczesne wspomaganie rozwoju, które należy się dzieciom od momentu stwierdzenia niepełnosprawności, aż do podjęcia przez nie nauki w szkole. Polega ono na wielospecjalistycznych, kompleksowych i intensywnych działaniach mających na celu stymulowanie funkcji odpowiedzialnych za rozwój psychomotoryczny i komunikację niepełnosprawnego dziecka (Mikołajczak, 2017, s. 54). W chwili zdiagnozowania ASD dodatkową formą pomocy psychologiczno-pedagogicznej dla Henia było również, kształcenie specjalne przyznane na pierwszy etap edukacji. Zajęcia z tego zakresu byłyby na podstawie IPET realizowane w placówce przedszkolnej. Rodziców dziecka poinstruowano również o możliwości skorzystania ze specjalistycznych usług opiekuńczych.

W pracy z dzieckiem zasugerowano stworzenie atmosfery poczucia bezpieczeństwa, wydawanie krótkich, konkretnych poleceń, które będą zawsze egzekwowane. Zalecono częste pozytywne wzmacnianie chłopca za wykonane zadania, dzielenie wykonywanych poleceń i zadań na etapy.

W terapii zaburzeń integracji sensorycznej skupiono się na normalizacji odbioru bodźców przedsionkowych, dotykowych i proprioceptywnych. Zaproponowano również wprowadzenie terapii neurotaktylnej według Svetlany Masgutovej, dostarczającej bodźców czucia głębokiego oraz posiadającej działanie wyciszające. W gabinecie chłopiec wspólnie z terapeutą był w stanie usiąść na sprężce bujanym (huśtawki typu platforma, konik, wałek), metodą małych kroków oswajano go więc z ruchem liniowym. Henia angażowano również w zabawy z piłkami – rzucanie, odpychanie, przetaczanie, by potem bez obaw mógł na nich siedzieć, bujać się, podskakiwać czy odchyłać. W terapii wykorzystywano trampolinę, drabinki i basen z piłkami, do którego Henio szybko się przekonał. Regulację ruchu wirowego umożliwiły zabawy na desce rotacyjnej. Bodźców czucia głębokiego dostarczano między innymi w zabawach z wykorzystaniem deskorolki. Chłopiec mógł na niej jeździć, odpychając się rękami, podciągając stopami czy za pomocą liny. Wprowadzono także kontrolowane zabawy z terapeutą w siłowanie, odpychanie i przepychanie.

Jednocześnie, stosując techniki behawioralne, pracowano nad regulacją zachowań chłopca. Wykorzystywano wzmocnienia pozytywne. Ustalono zasady i konsekwencje za łamanie zasad, wykorzystano system żetonowy. Rodziców dziecka na bieżąco instruowano, jak mają z nim postępować. Przekazano również wskazówki do pracy z Heniem w żłobku.

Opisane działania w ramach terapii integracji sensorycznej były prowadzone przez 6 miesięcy. Spotkania odbywały się raz w tygodniu i każdorazowo trwały po 45 minut. Ich efektem była normalizacja bodźców sensorycznych: przedsionkowych, dotykowych i proprioceptywnych. Dostarczanie bodźców czucia głębokiego wspomagano przez terapię neurotaktylną, co wpłynęło na wyciszenie funkcjonowania psychomotorycznego chłopca.

Konkluzja

Podsumowując wyniki diagnozy oraz zebrany w czasie wywiadu materiał, należy stwierdzić, że dziecko przejawiało cały wachlarz zachowań ze spektrum zaburzeń autystycznych. Wczesna diagnoza i podjęte działania terapeutyczne umożliwiły chłopcu w dużej mierze przystosowanie się do powszechnych

oczekiwań. Pozwoliły mu również włączyć się do grupy rówieśników w żłobku i później w przedszkolu, gdyż zaległości w zakresie wiadomości, umiejętności i zachowań oraz ich odmienność od funkcjonujących i przyjętych wzorców nie urosły jeszcze bowiem do rangi barier w nabywaniu przez dziecko dojrzałości społecznej (Mikołajczak, 2017, s. 61).

Wczesna diagnoza zawsze daje szansę na podjęcie interwencji w odpowiednim momencie, wprowadzenie specjalistycznej pomocy psychologiczno-pedagogicznej, a tym samym wspomaganie rozwoju dziecka i wyrównywanie deficytów. Zadaniem wczesnego wspomaganie rozwoju w autyzmie jest bowiem niedopuszczenie do narastania autystycznych objawów oraz wtórnych uszkodzeń i zaburzeń rozwojowych (Mikołajczak, 2017, s. 60). Do tego wymagana jest jednak bezwzględna znajomość cech zaburzeń rozwojowych, w tym autystycznych, przez osoby pracujące z małymi dziećmi.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington: American Psychiatric Association.
- Ayres, J.A. (2016). *Południowokaliifornijskie testy integracji sensorycznej*. Kraków: Polskie Stowarzyszenie Terapeutów Integracji Sensorycznej.
- Błęszyński, J. (2009). Czy echolalia w autyzmie jest problemem komunikacyjnym? W: B. Winczura (red.), *Autyzm. Na granicy zrozumienia* (s. 101–108). Kraków: Impuls.
- Bobkowicz-Lewartowska, L. (2017). *Autyzm dziecięcy. Zagadnienia diagnozy i terapii*. Kraków: Impuls.
- Boenisch, B., Klaro-Celej, L. i Marszycka-Suchocka, J. (2007). *ABC konstruowania indywidualnych programów edukacyjnych*. Płock: Mazowieckie Samorządowe Centrum Doskonalenia Nauczycieli.
- Bombińska-Domżał, A. (2019). Zaburzenia ze spektrum autyzmu – analiza różnic i podobieństw głównych nurtów terapeutycznych: behawioralnego, poznawczego i neurorozwojowego w praktyce edukacyjnej. *Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis. Studia Paedagogica*, 12, 5–20.
- Cygan, B. (2019). *Diagnoza małego dziecka. Konteksty interdyscyplinarne*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego.
- Gałecki, P. (red.). (2022). *Badanie stanu psychicznego: rozpoznane według ICD-11*. Wrocław: Edra Urban & Partner.

- Horwitz, A.V. (2014), DSM-I and DSM-II. W: R.L. Cautin, S.O. Lilienfeld (red.), *The Encyclopedia of Clinical Psychology*. Hoboken: John Wiley & Sons, Inc.
- Jaklewicz, H. (1993). *Autyzm wczesnodziecięcy. Diagnostyka, przebieg, leczenie*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Komender, J., Jagielska, G. i Bryńska, A. (2014). *Autyzm i zespół Aspergera*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Mikołajczak, M. (2017). *Wspomaganie rozwoju dziecka z autyzmem i zespołem Aspergera. Poradnik dla rodziców i terapeutów*. Warszawa: Difin.
- Niedźwiecka, A., Piwowońska, J. i Wisła, I. (2015). *Informator dla rodziców dzieci z niepełnosprawnościami. Jestem mamą. Nie rehabilitantką. Jestem tatą. Nie terapeutą*. Kraków: Fundacja IMAGO.
- Nowakowska, I. i Pisula, E. (2018). Wiedza na temat zaburzeń ze spektrum autyzmu i opinie dotyczące edukacji włączającej dzieci z tymi zaburzeniami u nauczycieli szkół podstawowych oraz studentów kierunków nauczycielskich. *Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo*, 2(40), 29–47.
- Otrębski, W., Mariańczyk, K., Amilkiewicz-Marek, A., Bieńkowska, K.I., Domagała-Zyśk, E., Kostrubiec-Wojtachnio, B., Papuda-Dolińska, B. i Pisula, E. (2022). *Standardy przebiegu oceny funkcjonalnej oraz planowania wsparcia edukacyjno-specjalistycznego w przypadku występowania następujących trudności: uszkodzenie słuchu; dysfunkcja wzroku; specyficzne zaburzenia uczenia się; zaburzenia rozwoju mowy i języka; zaburzenia rozwoju intelektualnego; zaburzenia ze spektrum autyzmu (ASD); zaburzenia zachowania i emocji*. Lublin: Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
- Pisula, E. (2010). *Autyzm. Przyczyny, symptomy, terapia*. Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia.
- Piszczek, M. (2007). *Diagnostyka i wspomaganie rozwoju dziecka. Wybrane zagadnienia*. Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej.
- Przyrowski, Z. (2015). *Kliniczna obserwacja. Podręcznik*. Warszawa: Empis.
- Skórczyńska, M. (2009). Wczesne diagnozowanie autyzmu – perspektywy i dylematy. W: B. Winczura (red.), *Autyzm. Na granicy zrozumienia* (s. 35–64). Kraków: Impuls.
- Winczura, B. (2018). Wczesne rozpoznawanie zaburzeń ze spektrum autyzmu – symptomy ryzyka, diagnostyka wstępna, badania przesiewowe. *Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej*, 22, 73–103.