

DOI: <https://doi.org/10.31392/NZ-npu-145.2019.24>

UDK 616.896

Małachowska Ewa, Khyzhna Olga

AUTYZM DZIECIĘCY. WCZESNA DIAGNOZA I TERAPIA CAŁOŚCIOWYCH ZABURZEŃ ROZWOJU

Artykuł dotyczy autyzmu oraz roli wczesnej diagnozy i terapii dzieci z ASD. Wskazano kryteria diagnostyczne całościowych zaburzeń rozwoju. Opisano model oraz rolę wczesnej diagnozy autyzmu. Podano cele i formy obserwacji dziecka istotne we wczesnym rozpoznaniu objawów autyzmu. Wskazano normy rozwojowe i etapy terapeutyczne dziecka autystycznego w pierwszym roku życia dziecka.

Słowa kluczowe: *Autyzm, całościowe zaburzenia rozwoju, kryteria diagnostyczne, etapy rozwoju dziecka, wczesna diagnoza, model diagnozy, etapy terapii.*

(statтя подана мовою оригіналу)

Autyzm zaliczany jest do grupy całościowych zaburzeń rozwojowych. Jest to grupa zaburzeń charakteryzujących się jakościowymi odchyleniami od normy w zakresie interakcji społecznych i wzorców komunikacji oraz ograniczonym i stereotypowym repertuarem zainteresowań i aktywności. Te jakościowe nieprawidłowości stanowią podstawową cechę funkcjonowania jednostki we wszystkich sytuacjach. Autyzm został opisany w 1943 roku przez Leo Kanner, psychiatrę dziecięcego z Uniwersytetu Johna Hopkinsa. Jego opis skupiał się na społecznych i emocjonalnych cechach zaburzenia. Mówił, że osoby z autyzmem przyszły na świat z wrodzoną niezdolnością do tworzenia zwykłych, biologicznie wrodzonych kontaktów z innymi ludźmi. Obecnie zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, autyzm mieści się w grupie zaburzeń rozwoju psychologicznego (F80-F 89). Wspólna cecha zaburzeń zawartych w tej części to:

- początek zawsze w okresie niemowlęctwa lub dzieciństwa;
- upośledzenie lub opóźnienie rozwoju funkcji ściśle związanych z dojrzewaniem biologicznym ośrodkowego układu nerwowego;
- stały przebieg bez okresów remisji i nawrotów.

Zaburzenia ze м. авно аутизму /ASD– autism spectrum disorders/

Autyzm należy do zaburzeń ze м. авно аутизму (ASD – autism spectrum disorders), podobnie jak Zespół Aspergera i PDD NOS (całościowe zaburzenie rozwoju nie zdiagnozowane inaczej). Istnieje bardzo duża rozbieżność w objawach między osobami z diagnozą autyzmu. Na przykład wiele osób z autyzmem jest umysłowo opóźnionych i nie mówi, ale jest też wielu z przeciętną lub nawet ponadprzeciętną inteligencją. Ponieważ ze wszystkimi podtypami ASD związane są deficyty społeczne, dobrym sposobem na wyjaśnienie podstaw neuronalnych tych zaburzeń jest badanie właśnie tego aspektu. W większości przypadków zaburzeniu

ulegają zdolności językowe, wzrokowo-przestrzenne i koordynacja motoryczna. Zwykle upośledzenie lub opóźnienie zauważalne są już od najwcześniejszych chwil życia i ulegają stopniowemu zmniejszeniu wraz z dojrzewaniem dziecka, choć mniejsze zaburzenia mogą utrzymywać się aż do wieku dorosłego. Warunkiem postawienia rozpoznania autyzmu jest pojawienie się nieprawidłowości w relacjach społecznych, komunikowaniu się oraz w rozwoju funkcjonalnej lub symbolicznej zabawy już przed 3 rokiem życia dziecka. Oznacza to, że u dotkniętych nim dzieci obserwuje się objawy nieprawidłowego funkcjonowania we wszystkich obszarach rozwoju, a pierwsze symptomy autyzmu pojawiają się bardzo wcześnie, często już u kilku – kilkunastomiesięcznych niemowląt. Należy pamiętać, że zaburzenia autystyczne mają bardzo zróżnicowany m. abhor i nie tworzą jednolitego obrazu co do symptomatologii i głębokości zaburzeń.

Autyzm dziecięcy (F 84.0) to rodzaj całościowego zaburzenia rozwojowego charakteryzującego się:

- 1) nieprawidłowym lub zaburzonym rozwojem przed trzecim rokiem życia;
- 2) charakterystycznym sposobem wadliwego funkcjonowania w trzech obszarach psychopatologii:
 - interakcji społecznych;
 - komunikacji;
 - zachowania (ograniczone, stereotypowe, powtarzające się);
- 3) obok tych specyficznych cech diagnostycznych występuje często szereg innych objawów, takich jak: fobie, zaburzenia snu i odżywiania, napady złości i (auto)agresji.

Autyzm atypowy (F 84.1) różni się od autyzmu dziecięcego wiekiem, w którym się pojawia, bądź niespełnianiem wszystkich trzech wspomnianych kryteriów diagnostycznych. Kategorię tę należy stosować gdy:

- 1) nieprawidłowy lub wadliwy rozwój pojawia się dopiero po trzecim roku życia;
- 2) brak jest widocznych odchyłeń od normy w jednym lub dwu z trzech zakresów wymaganych dla rozpoznania autyzmu (mianowicie interakcji społecznych, komunikacji oraz zachowania, które jest ograniczone, stereotypowe, powtarzające się), mimo charakterystycznych zaburzeń w pozostałych.

Autyzm atypowy występuje najczęściej u osób głęboko upośledzonych i u osób z ciężkim specyficznym zaburzeniem rozwojowym rozumienia mowy.

Zespół Retta (F 84.2) – po normalnym wczesnym okresie rozwoju, następuje częściowa lub całkowita utrata mowy, umiejętności lokomocyjnych i posługiwania się rękami wraz z zahamowaniem wzrostu czaszki. Zaburzenie rozpoczyna się zwykle pomiędzy 7 a 24 miesiącem życia. Do charakterystycznych cech należą:

- zanikanie celowych ruchów rąk;
- stereotypie typu mycia rąk;
- hiperwentylacja.

Rozwój społeczny i umiejętności zabawy zostają zahamowane, natomiast zainteresowania społeczne utrzymują się bez zmian. Około czwartego roku życia zaczyna rozwijać się ataksja tułowia i apraksja z następującymi często ruchami choreoatetycznymi. W efekcie prawie zawsze dochodzi do znacznego upośledzenia umysłowego.

Inne dziecięce zaburzenia dezintegracyjne (F 84.3) – są rodzajem głębokiego zaburzenia rozwojowego cechujący się początkowo zupełnie prawidłowym rozwojem i następującą potem – w okresie kilku miesięcy – pełną utratą uprzednio nabytych umiejętności w kilku sferach funkcjonowania. Zwykle towarzyszy im:

ogólna utrata zainteresowań otoczeniem;
– stereotypowe, powtarzające się manieryzmy ruchowe;
– podobne do autyzmu nieprawidłowości w zakresie interakcji społecznych i komunikacji.

W niektórych przypadkach można wykazać związek zaburzenia z towarzyszącą mu encefalopatią, ale rozpoznanie należy stawiać na podstawie zmian zachowania.

Zespół Aspergera F 84.5 – to zaburzenie charakteryzujące się takimi samymi nieprawidłowościami w zakresie interakcji społecznych jak autyzm, a także ograniczonym, stereotypowym repertuarem zainteresowań i aktywności. Od autyzmu różni się ono przede wszystkim brakiem:

ogólnego opóźnienia;
upośledzenia rozwoju mowy i funkcji poznawczych.

Zaburzeniu temu często towarzyszy wyraźna niezgrabność i tendencja do utrzymywania się zaburzeń w wieku młodzieńczym i w życiu dorosłym. W początkach wieku dojrzałego pojawiają się sporadycznie epizody psychotyczne.

Model diagnozy całościowych zaburzeń rozwoju /ASD/ w tym autyzmu dziecięcego.

Diagnoza autyzmu ma na celu określenie charakteru zaburzeń ze m. авно autystycznego lub ich wykluczenie. Jest to diagnoza zespołowa, wielospecjalistyczna. W skład zespołu diagnostycznego wchodzi specjaliści z doświadczeniem w terapii osób z zaburzeniami ze m. авно autyzmu:

- lekarz psychiatra;
- psycholog;
- pedagog specjalny;
- logopeda- neurologopeda.

Procedura diagnostyczna jest długotrwała, wieloetapowa i bardzo pracochłonna, ponieważ uwzględnia wszystkie sfery rozwoju dziecka.

Na m. авн diagnozy autyzmu składa się:

1) wywiad z rodzicami – pierwsze spotkanie rodziców z diagnostą, mające pomóc ustalić jak do tej pory przebiegał rozwój dziecka. Pytania zadawane podczas wywiadu odnoszą się zarówno do rozwoju fizycznego, komunikacji i zabawy, jak również relacji społecznych. Wywiad kliniczny ma charakter ustrukturalizowanej rozmowy i powinien być przeprowadzany pod nieobecność dziecka.

2) analiza dokumentacji medycznej i psychologicznej dziecka – bardzo ważne jest by rodzice dostarczyli możliwie najobszerniejszą dokumentację medyczną, pedagogiczną, psychologiczną oraz materiały video zawierające nagrania niepokojących zachowań dziecka. W oparciu o nie zespół diagnostyczny dokonuje analizy niezbędnej na dalszym etapie badania dziecka.

3) I obserwacja kierowana dziecka – jest to obserwacja pod kątem kryteriów diagnostycznych prowadzona przez psychologa, pedagoga specjalnego i logopedę.

Podczas obserwacji przeprowadza się próby dotyczące funkcjonowania poznawczego i komunikacyjnego dziecka oraz rozwoju zabawy. W miarę możliwości obserwacja powinna zostać przeprowadzona w ciągu jednej wizyty, ewentualnie może zostać podzielona na dwa krótsze spotkania.

4) badanie lekarskie (psychiatryczne) – dalszym etapem jest spotkanie dziecka z doświadczonym w pracy z osobami z zaburzeniami rozwoju ze spektrum autyzmu lekarzem psychiatrą. Podczas tego spotkania ocenia się również stan somatyczny. Lekarz może zasugerować potrzebę uzupełnienia badań oraz dodatkowych konsultacji (badania neurologiczne, genetyczne, metaboliczne, okulistyczne, audiologiczne itd.).

5) II obserwacja kierowana dziecka – to kolejne spotkanie z zespołem diagnostycznym, zazwyczaj odbywa się w połączeniu z diagnozą psychiatryczną.

6) uzupełnienie niezbędnych arkuszy, omówienie wniosków – na tym etapie zespół diagnostyczny opracowuje pisemną opinię, uzupełnia diagnozę o opis poszczególnych objawów kryterialnych występujących lub niewystępujących u dziecka.

7) przekazanie rozpoznania – to ostatni m. авн diagnostyczny. Podczas tego spotkania z rodzicami psycholog omawia wyniki poczynionych obserwacji, informuje o możliwościach dalszego postępowania terapeutycznego, a także wyjaśnia wszelkie wątpliwości.

Rola wczesnej diagnozy autyzmu.

Autyzm to zaburzenie rozwoju cechujące się słabymi umiejętnościami społecznymi, opóźnieniem w rozwoju mowy oraz obecnością powtarzalnych, stereotypowych zachowań. Charakterystyka wczesnych objawów autyzmu sugeruje, że systemy neurologiczne odpowiedzialne za społeczne i językowe uczenie się nie rozwijają się prawidłowo. Niektórzy naukowcy (Kennedy 2008, William i Minshew, 2007) uważają, że jest to odzwierciedleniem szerszego problemu w rozwoju tych systemów neurologicznych, które sterują złożonymi zachowaniami, szczególnie tymi, które wymagają koordynacji kilku obszarów wyższego rzędu. Inni badacze (Mundy 2003) sądzą, że autyzm dotyka przede wszystkim społeczno-komunikacyjnych obszarów mózgu, a wiele innych obszarów wyższego rzędu pozostaje względnie nienaruszonych. Mimo że autyzm ma wiele przyczyn, włącznie z czynnikami genetycznymi i środowiskowymi, to każdy z nich ostatecznie oddziałuje na struktury mózgu odpowiedzialne za rozwój społeczny i komunikacyjny. Obecnie naukowcy (Geschwind i Lewitt, 2007) wskazują, że u części osób z autyzmem są zaatakowane mózdzek (odpowiada za uwagę i kontrolę ruchu), ciało migdałowe (emocje), częściowo płat skroniowy (język i percepcja społeczna) i kora przedczołowa (uwaga, planowanie, myślenie abstrakcyjne i zachowania społeczne). Wstępny model patofizjologii autyzmu łączy wczesne zaburzenia rozwojowe w autyzmie z ciałem migdałowatym i zakrętem wrzecionowatym w płacie skroniowym. Najważniejsze dla społecznej sieci mózgu są części płata skroniowego (zakręt wrzecionowaty i bruzda skroniowa górna), ciało migdałowe (м. авно) i część kory przedczołowej. Zakręt wrzecionowaty wyspecjalizowany w percepcji twarzy, a górna bruzda skroniowa w percepcji ruchu żywych stworzeń- zwanego również ruchem biologicznym, są istotne dla

wykrywania i interpretowania informacji społecznych, takich jak wyraz twarzy. Ciało migdałowe odpowiada za rozpoznanie emocji, w tym za przydzielanie bodźcom wartości emocjonalnych- pozytywnych (nagroda) i negatywnych (m. ав, kara). Podstawową funkcją brzuschno-przyśrodkowej kory przedczołowej jest możliwość elastycznych zmian zachowania w odpowiedzi na różnorodne informacje zwrotne. Odpowiada więc za poznanie społeczne. Osoby ze м. авно аутизму mają trudności z poprawnym rozpoznawaniem twarzy oraz odczytywaniem emocji z twarzy. Struktury mózgu nie działają niezależnie od siebie, raczej współpracują łącząc się w skomplikowane systemy, które kontrolują złożone zachowania, takie jak funkcje motoryczne, uwaga, poznanie, mowa i zachowania społeczne. Językowi dzieci z autyzmem często brakuje intencjonalności – chęci dzielenia swoich myśli z innymi. Zgodnie z jedną z teorii, normalnie dziecięcy język (w szczególności, nauka słów) rozwija się dzięki zdolności do rozumienia stanów umysłów innych ludzi. Zgodnie z tym modelem, u dzieci z autyzmem niezdolność rozumienia cudzych stanów umysłu prowadzi do opóźnień w rozwoju języka. Badania nad wspólną uwagą (jest to np. wskazywanie przez dziecko obiektu zainteresowania lub kierowanie wzroku na to, co wskazuje inna osoba) oraz rozwojem języka w autyzmie pokazują, że osłabienia tych umiejętności są w ścisłym związku. Zaburzenia we wspólnej uwadze wykluczają normalny i o czasie rozwój języka. Stopień synchronizacji uwagi matki i dziecka może przewidzieć rozwój języka do 16 roku życia. O silnym związku między zachowaniami niewerbalnymi, a nauką mowy świadczy także fakt, że leczenie skierowane na poprawę niewerbalnej komunikacji, może zwiększyć również umiejętności werbalne. U typowo rozwijających się dzieci i niemowląt, zachowania skierowane na ludzi wpływają na inne formy rozwoju poznawczego. W autyzmie podstawowym czynnikiem, który prowadzi do zaburzeń języka i ogólnego poznawczego rozwoju jest prawdopodobnie wrodzony brak zainteresowania ludźmi i niechęć do poznawania społecznej części świata.

W dziesiątej rewizji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD 10) wymieniono następujące kryteria diagnostyczne autyzmu dziecięcego:

I – Nieprawidłowy lub upośledzony rozwój wyraźnie widoczny przed 3 rokiem życia w co najmniej jednym z obszarów:

1) Rozumienie i ekspresja językowa używana w społecznym porozumiewaniu się;

2) Rozwój wybiórczego przywiązania społecznego lub wzajemnych kontaktów społecznych;

3) Funkcjonalna lub symboliczna zabawa.

II – W sumie występuje co najmniej 6 objawów spośród wymienionych w pkt (1) (2), (3), przy czym co najmniej dwa z punktu: (1) i co najmniej po jednym z pkt. (2) i (3)

Jakościowe nieprawidłowości wzajemnych relacji społecznych przejawione w co najmniej dwóch z następujących obszarów:

– niedostateczne wykorzystanie kontaktu wzrokowego, wyrazu twarzy, postawy ciała i gestów do odpowiedniego regulowania interakcji społecznych;

niedostateczny (odpowiednio do wieku umysłowego i mimo licznych okazji) rozwój związków rówieśniczych obejmujących wzajemnie podzielane zainteresowania, czynność, emocje;

– brak odwzajemniania społeczno- emocjonalnego, przejawiający się upośledzeniem i odmiennością reagowania na emocje innych osób, lub brak modulacji zachowania odpowiednio do społecznego kontekstu, albo słaba integracja zachowań społecznych, emocjonalnych, komunikacyjnych;

– brak spontanicznej potrzeby dzielenia z innymi osobami radości, zainteresowań lub 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 języka mówionego, które nie wiążą się z próbą kompensowania za pomocą gestów lub mimiki jako alternatywnego sposobu porozumiewania się;

względny niedostatek inicjatywy i wytrwałości w podejmowaniu wymiany konwersacyjnej (na jakimkolwiek występującym poziomie umiejętności językowych), w której zachodzą zwrotne reakcje na komunikaty innej osoby;

– stereotypowe i powtarzające się idiosynkratyczne wykorzystywanie słów lub wyrażań;

– brak spontanicznej różnorodności zabawy w udawanie („na niby”) lub zabawy naśladowującej role społeczne.

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

– pochłonięcie jednym lub licznymi stereotypowymi zachowaniami o nieprawidłowej treści lub zogniskowaniu, albo jednym lub więcej zainteresowaniami nieprawidłowymi ze powodu swej intensywności i ograniczenia, choć nie z powodu treści i zogniskowania;

wyrazicie kompulsywne przywiązanie do specyficznych, нефункциональных czynności rutynowych i rytualizowanych;

stereotypowe i powtarzające się manieryzmy ruchowe, obejmujące albo stukanie lub kręcenie palcami, albo złożone ruchy całego ciała;

koncentracja na cząstkowych lub нефункциональных właściwościach przedmiotów służących do zabawy (jak zapach, odczucie powierzchni lub powodowanego hałasu czy wibracji).

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, ani zespołem Retta.

Cele i formy obserwacji dziecka istotne we wczesnym rozpoznaniu objawów autyzmu.

Badania wykazują, że zdrowy noworodek jest wyposażony w umiejętności

dostrajania się do sytuacji społecznych, szczególnie w zakresie synchronizacji interakcji, naśladowania, poszukiwania kontaktu wzrokowego w reakcji na głos matki. Już od urodzenia zdrowe niemowlę preferuje ludzkie twarze i dźwięki związane z mową. zarówno rozwój społeczny jak i rozwój układu nerwowego są procesami nieliniowymi i przebiegają z okresami gwałtownego rozwoju i okresami jego spowolnienia. Czynniki psychospołeczne mają kluczowe znaczenie dla neurologicznego rozwoju wszystkich dzieci.

Uśmiech społeczny – u prawidłowo rozwijających się dzieci ok 6 tygodnia życia pojawia się tzw. uśmiech społeczny. Około 6-8 m-c niemowlę potrafi odróżnić twarze osób bliskich i reaguje lękiem na twarze osób obcych. Związane jest to z zauważalnymi oznakami przywiązania do osób znaczących. Więż z matką przejawia się w tym czasie radosnym ożywieniem na jej widok, wyciąganiem do niej rączek. W obecności obcych osób dziecko reaguje lękiem, płaczem. Brak lub osłabienie uśmiechu społecznego, brak reakcji na widok matki lub też odwrotnie-niezwracanie uwagi na jej nieobecność są objawem niepokojącym. Wspólnie podzielana uwaga – pojawia się ok, 9-15 m-ca i stanowi kamień milowy, w zdolnościach do uczenia się, do naśladowania i komunikowania z innymi. Prawidłowo rozwijające się dziecko ok 8 m-ca zaczyna kierować wzrok w tym samym kierunku, w którym patrzy opiekun, w 10 m-cu wskazuje palcem rzecz która je zainteresowała, żeby podzielić się spostrzeżeniem z inną osobą (wskazywanie protodeklaratywne). Do wskazywania dołącza również komunikaty słowne, odpowiednie do etapu rozwoju mowy. Ok 10-12 m-ca patrzy w kierunku wskazanym przez rodzica, patrzy na jego reakcje i samo reaguje, wyrażając swoje emocje przy pomocy mimiki. Wspólnie podzielana uwaga jest przejawem współdziałania i prawidłowej interakcji z ważną osobą, związana jest również z rozwojem mowy-dziecko uczy się łączenia właściwego słowa z przedmiotem. Brak lub osłabienie w tym obszarze jest objawem niepokojącym.

Kontakt fizyczny – niechęć do kontaktu fizycznego lub obojętność na taki kontakt obserwowana już w pierwszym roku życia jest niepokojącym objawem. Dzieci mogą sztywnieć lub robić się wiotkie, gdy są trzymane w ramionach (objaw drewnianej lub szmacianej lalki), mogą też bronić się przed przytulaniem (brak kontaktu wzrokowego i reakcji przywierania- dostosowania pozycji ciała do pozycji opiekuna).

Brak tzw. lęku separacyjnego – większość autystycznych dzieci nie przejawia lęku związanego z rozdzieleniem z osobami znaczącymi, ani też lęku przed obcymi. Dziecko nie reaguje też ożywieniem na widok matki, co może sprawiać wrażenie, jakby nie potrzebowało jej obecności czy uwagi – dzieci te wydają się być samowystarczalne.

Unikanie kontaktu wzrokowego – dziecko autystyczne unika kontaktu wzrokowego aktywnie lub nie potrafi go utrzymać, może zasłaniać oczy, odwracać twarz, obserwować przedmioty kątem oka, patrzeć nieobecny wzrokiem jakby na przestrzal, może też poruszać dłońmi tuż przed oczami.

Brak reakcji na imię – dzieci autystyczne nie reagują lub mają obniżoną reakcję na swoje imię. Rodzice mają obawy, że ich dziecko jest głuche.

Zaburzenia rozwoju mowy i komunikowania się – dziecko autystyczne może

nie gaworzyć, lub jest ono м. авно, bez modulacji o charakterze konwersacyjnym. Etapy rozwoju mowy są znacznie opóźnione lub rozwój jest całkowicie zahamowany. Niepokojące jest:

- a) Brak wypowiedzania słów ze zrozumieniem ok 1 r. ż;
- b) Brak prostych zdań ok. 2 r. ż;
- c) Brak mowy, która służy do porozumiewania się;
- d) Echolalie bezpośrednie i odroczone.

Brak lub opóźnienie rozwoju mowy nie są u dzieci autystycznych kompensowane komunikacją bezsłowną (mimika, gest). Dzieci komunikują swoje potrzeby poprzez płacz, krzyk, a czasami zachowania agresywne lub autoagresywne.

Regres mowy – zazwyczaj do regresu dochodzi między 15-36 m-c ż. (najczęściej między 15-19 m-c) i dotyczy dzieci, które posługiwały się przez okres kilku miesięcy pojedynczymi lub najwyżej 10 słowami. Mowa może zaniknąć nagle lub stopniowo, co związane jest z wycofywaniem się dziecka z kontaktów społecznych i “zamykanie we własnym świecie” oraz z obroną przed zmianami.

Rozumienie mowy – u dzieci autystycznych jest znacznie opóźnione. W późniejszym okresie może być upośledzone w różnym stopniu, począwszy od zupełnego braku rozumienia mowy, poprzez rozumienie instrukcji w określonym kontekście lub mowy popartej gestem, aż do dyskretnych zaburzeń dotyczących rozumienia znaczeń abstrakcyjnych. Charakterystyczne są również trudności w uogólnianiu znaczenia słów.

Odwracanie zaimków osobowych, neologizmy – charakterystyczne jest również mówienie o sobie “ty” “on” oraz tworzenie własnych określeń, żeby nazwać przedmioty lub czynności. Spójniki, przyimki, zaimki są często używane nieprawidłowo lub są pomijane w wypowiedziach.

Brak zabaw związanych z naśladowaniem – pod koniec pierwszego roku otoczenie może zwrócić uwagę na brak zabaw z naśladowaniem (np. zabawa a ku-ku, robienie pa-pa).

Brak zabaw na niby – brak zabaw związanych z udawaniem i użyciem przedmiotów w sposób symboliczny wynika z trudności z naśladowaniem i mają związek z zaburzonym rozwojem umiejętności społecznych u dziecka. Zabawy mogą być ubogie, stereotypowe, bez wyobraźni- np. porządkowanie i układanie zabawek, układanie patyczków, klocków wg określonego wzoru, kręcenie przedmiotami; Typowe zabawki często nie wzbudzają zainteresowania dziecka autystycznego, lub też bawi się ono taką zabawką w sposób nietypowy, skupiając się na jej wycinkowych cechach.

Autostymulacje sensoryczne – niektóre dzieci wprowadzają różne przedmioty w ruch wirowy, całkowicie zamykając się na dopływ innych bodźców. Działanie powtarzane wielokrotnie np. kręcenie przedmiotami lub skupianie się na niektórych cechach przedmiotów związane są z autostymulacją sensoryczną.

Opór przed zmianą rutyny i zmianami elementów otoczenia – niepokój powinno wzbudzić dziecko, które często domaga się spacerów tą samą trasą, nalega na zachowanie rytuałów i planu dnia, czy protestuje na przestawianie mebli, zmianę ozdób; opiera się podejmowaniu nowych aktywności.

Stereotypie ruchowe np.: klaskanie, trzepotanie rękami, ruchy skręcania palców tuż przy twarzy, kołysanie się chodzenie w kółko.

Osamotnienie- brak zainteresowania dziećmi i naśladowania – dziecko może nie wykazywać zainteresowania starszym rodzeństwem i innymi dziećmi. Może nie reagować na werbalne i poza werbalne próby nawiązania z nimi kontaktów.

Etapy terapeutyczne w pierwszych 6 miesiącach życia dziecka.

Aby nawiązać kontakt wzrokowy z dzieckiem, trzeba wzbudzić zainteresowanie swoją twarzą, stosując w kontakcie z dzieckiem wyraźną, a nawet wręcz „przerysowaną” mimikę. W celu skupienie uwagi na twarzy, opiekun może np. założyć nos klauna, narysować sobie kropkę na czole, pomalować usta czy założyć coś kolorowego na włosy. Z reguły dzieci lubią bliski kontakt fizyczny z rodzicami. Chętnie się przytulają, dostosowując swoją pozycję ciała, do osoby trzymającej je na rękach. Jeśli jest im źle, uspokajają się wtedy. W przypadku dzieci z autyzmem, ważne jest by przytulać dziecko twarzą do siebie. Nie powinno się nosić dziecka na rękach odwróconego plecami do siebie. W przypadku, gdy taka pozycja jest zalecana przez rehabilitanta, trzeba w innych momentach dnia wykorzystać czas na bliski kontakt z dzieckiem twarzą w twarz. Pod koniec 2 miesiąca życia dziecko odpowiada uśmiechem na uśmiech. W tym okresie trzeba zwrócić na siebie uwagę dziecka, uśmiechając się do niego, reagując ożywioną mimiką na jego uśmiech wzmacniając w ten sposób jego reakcje i zachęcając je do powtórzenia uśmiechu. Po ukończeniu trzeciego miesiąca życia dziecko zaczyna śledzić wzrokiem osoby poruszające się w jego polu widzenia. Zwracanie uwagi dziecka na siebie ćwiczymy wołając je, powoli przemieszczając się, śpiewając do niego, Jeśli dziecko zlokalizuje opiekuna, należy podejść szybko do dziecka wzmacniając w ten sposób jego uwagę oraz ekspresyjnie wyrażając radość. Około czwartego miesiąca życia dziecko reaguje swoją mimiką na mimikę drugiej osoby. W zabawie z dzieckiem sprawdza się stosowanie „przerysowanej” mimiki, np. otwierając szeroko usta, wysuwając i chowając też język, cmokając czy klaskając. Należy pamiętać, żeby dać dziecku dużo czasu na zareagowanie, powoli zmieniając propozycję i okazując radość z każdej próby podejmowanej przez dziecko. Ważniejsza jest sama chęć i próby podejmowane przez dziecko, niż prawidłowe naśladowanie mimiki opiekuna. Około czwartego miesiąca życia dziecko zaczyna też być zainteresowane twarzą drugiej osoby. W celu wzmocnienia zainteresowania warto pochylać się nad dzieckiem pozwalając się dotykać. Sprawdzone ćwiczeniem jest dotykanie rączkami dziecka twarzy, włosów opiekuna. Warto pamiętać, by reagować na dotyk dziecka w śmieszny sposób, aby dodatkowo wzmocnić jego zachowanie, przyciągnąć uwagę. Około 5-6 miesiąca życia dziecko zaczyna reagować wyraźnym ożywieniem na widok mamy/taty. Zaczyna różnicować w ten sposób osoby bliskie i znane od tych mniej znanych i obcych. Wzmacniać reakcję dziecka można podchodząc do niego i mówiąc „tak, to ja, mama” lub „tak, to ja, tata” i proponując mu wspólną zabawę.

Rozwijanie komunikowania się. Już od urodzenia dziecko płaczem sygnalizuje ból, dyskomfort, głód. Płacz jest pierwszą formą komunikacji, więc trzeba starać się nauczyć rozpoznawać sygnały, które wysyła w ten sposób dziecko. Po drugim miesiącu życia dziecko zaczyna głużyć – wydaje pojedyncze bądź po

zwielokrotnione dźwięki, piski, gruchanie, gardłowe odgłosy. Wzmocnieniem głużenia będzie podejmowanie prób odpowiadania na nie, powtarzając dźwięki za dzieckiem, mówiąc do niego, reagując ożywieniem na to, co robi. Słyszając odpowiedź dorosłego często dzieci milkną na chwilę, po czym znów zaczynają wokalizować. Jest to pierwszy „dialog” z dzieckiem. Około czwartego miesiąca życia dziecko widząc podchodzącą do niego osobę dorosłą zaczyna wyciągać w jej kierunku rączki oczekując, że zostanie wzięte na ręce. Należy zachęcać dziecko do wyciągania rączek w kierunku podchodzącego wołając je, wyciągając ręce w kierunku dziecka i dając mu czas na wyciągnięcie rąk. Pomiędzy czwartym a piątym miesiącem życia dziecko zaczyna poszukiwać wzrokiem źródła głosu. Odwraca się w kierunku, skąd dobiega go wołanie. Trzeba więc nawoływać dziecko podchodząc do dziecka z różnych stron, okazując radość, gdy odwróci głowę w naszym kierunku. Należy sprawdzić w jaki sposób dziecko zwraca uwagę na głos osoby

m. wołanie go po imieniu. Czy wołane po imieniu podnosi głowę, przerywa wykonywaną właśnie czynność, patrzy na osobą wołającą. W tym też okresie można już uczyć dziecko, pokazując mu różne przedmioty lub obrazki swoim palcem wskazującym – należy obserwować, czy dziecko patrzy wtedy na ten przedmiot lub obrazek. Trzeba zwrócić uwagę, czy dziecko dzieli się tym co widzi, czy patrzy na osobę dorosłą i sprawdza czy widzi to samo, co ono. Ta skomplikowana czynność jest bardzo istotną częścią kontaktu. Można też zaproponować dziecku zabawę z wykorzystaniem książeczek ze zwierzątkami, pacynek na palce, maskotek –można mówić do dziecka swoim głosem, ale też czasem trzeba zmienić głos i udawać naśladowanie odgłosów zwierząt i przedmiotów. Własne komunikaty należy wzbogacać także o gesty, np. mówiąc “papa” wykonać gest “papa”, mówiąc “brawo” klasnąć w dłonie, mówiąc “nie ma” pokazać to gestem; za każdym razem upewniając się, że dziecko zwraca uwagę na osobę dorosłą i gest. W pierwszych miesiącach rozwoju dziecka ważne jest również w jaki sposób u dziecka rozwija się zabawa. Rozwijanie zabawy możliwe jest już około czwartego-piątego miesiąca życia dziecko, kiedy wyciąga rączki po przedmiot, potrafi przełożyć zabawkę z rączki do rączki. Ważne w stymulacji rozwoju zabaw jest by dziecku dostawało różne przedmioty, kolorowe zabawki przyciągające jego uwagę i zachęcające do wyciągania rączek. Trzeba pamiętać, by dać dziecku czas na obejrzenie przedmiotu, dotykanie go, ewentualne przełożenie z ręki do ręki. Pod koniec piątego miesiąca życia dziecko zaczyna naśladować proste czynności po osobie dorosłej, np. stukanie w łożeczek, potrząsanie zabawką. Opiekun powinien zaobserwować, czy dziecko powtarza chociaż przez chwilę tego typu zachowania. Dziecko reaguje ożywieniem na zabawy czuciowo-ruchowe typu łaskotanie, całowanie, dmuchanie na brzuszki. Około czwartego miesiąca życia zaczyna się głośno śmiać w odpowiedzi na nietypowe miny, zachowanie rodziców, jak np. kichanie. Warto więc często bawić z dzieckiem w ten sposób, obserwując, czy sprawia to dziecku przyjemność. Powtarzając elementy zabawy, które dziecko lubi oczekujemy ich powtarzania. W pierwszym półroczu życia dziecka istotne jest ogólne monitorowanie rozwoju ruchowego. Niepokojąca w rozwoju dziecka jest asymetria ułożeniowa i ruchowa, nadmierne prężenie się, opóźnienie w osiągnięciu kolejnych umiejętności takich jak:

podnoszenie główki, przekręcanie się z brzucha na plecy i odwrotnie, sięganie po przedmiot. Każdy niepokój wywołany zachowaniem dziecka, jego rozwojem ruchowym, należy zgłosić na konsultacji.

Etapy terapeutyczne w drugim półroczu życia dziecka.

Rozwijanie kontaktu powinno bazować na naturalnym zachowaniu dziecka. Dziecko w normie rozwojowej wydaje okrzyki radości („piszczy” z radości) i śmieje się, cieszy się na zabawę, potrafi wyrazić chęć jej kontynuacji poprzez wydawanie dźwięków, machanie rączkami lub marudzeniem, gdy atrakcyjna zabawa się zakończyła. Zdarza się, że dziecko wyraża swoje preferencje marudzeniem, płaczem lub chęcią przytulenia się do opiekunów. Potrafi już rozróżnić pieszczotliwy i surowy ton głosu, łagodny i rozgniewany wyraz twarzy, a w 11 miesiącu możemy zaobserwować, w jaki sposób reaguje na komunikat „nie wolno” – powinno zareagować zatrzymaniem aktywności, delikatnym znieruchomieniem, zaniepokojeniem, z reguły spojrzy na osobę wydającą zakaz, ale po krótkiej chwili chęć poznania przedmiotu będzie silniejsza i dziecko powróci do wykonywanej wcześniej czynności. Dziecko zaczyna okazywać uczucia, zainteresowanie i przywiązanie członkom rodziny i opiekunom. Uśmiecha się bardziej do osób znanych. Obce osoby dłużej obserwuje np.: ze zdziwieniem, ciekawością lub z lękiem. Dziecko od ok. 8 miesiąca życia może odczuwać naturalny lęk przy rozstaniu z matką (lęk separacyjny), przestaje być mu obojętne, czy mama jest w pobliżu czy nie, teraz bardziej niż wcześniej szuka jej wzrokiem, a gdy się oddala – płacze, marudzi lub podąża za nią. W wieku 8 miesięcy w stosunku do obcych zachowuje zdecydowany dystans, na próby nawiązania kontaktu może reagować płaczem, ale gdy się oswoi – śmieje się, podejmuje proste zabawy, a nawet może popisywać się swoimi umiejętnościami. Dziecko zaczyna mieć większą świadomość siebie jako niezależnej jednostki. Coraz większa sprawność motoryczna powoduje, że maluch zaczyna samodzielnie poznawać świat, chętnie i swobodnie eksploruje otoczenie. Aktywnie zaczyna uczestniczyć w prostych zabiegach wokół siebie takich jak: ubieranie się, mycie, jedzenie. Gdy mamy do czynienia z dzieckiem autystycznym należy pamiętać, by pozostawać z nim w przyjemnej relacji, powtarzać różne formy zabawy, zwłaszcza te, które wywołują u niego śmiech i zadowolenie. Można stosować krótką „pauzę”, czyli w trakcie udanej zabawy zatrzymać na moment swoją aktywność i wrócić do niej od razu, gdy tylko dziecko poprzez wydanie dźwięku, nawiązanie kontaktu wzrokowego „poprosi” o kontynuację. Sprawdzają się tu zabawy typu „a-ku-ku” i różne jej warianty. Dziecko uczy się w ten sposób, że gdy traci postać z oczu, za chwilę pojawi się ona znowu. Warto pozwolić dziecku na różne formy komunikatów poprzez zachowanie, także na płacz, jest to na razie jeden z niewielu sposobów, w który może zakomunikować coś, co jest dla niego ważne. Możesz starać się ubiegać płaczące zachowanie i od razu kierować uwagę dziecka na preferowany przedmiot lub aktywność. Nauka wskazywania powinna bazować na zachęcaniu dziecko do wskazania palcem, kiwnięcia głową, odpowiadania uśmiechem na propozycje opiekuna – to są pierwsze możliwe formy komunikowania się z dzieckiem i nawiązywania z nim aktywnej relacji zanim zacznie ono rozumiale mówić. Stopowanie niepożądanego aktywności dziecka można osiągnąć poprzez mówienie

zakazów stanowczo i wyraziście, ale nie stosując ich zbyt często. Nie możemy oczekiwać, że dziecko przestanie próbować robić to, co je interesuje. Lepiej dać dziecku inny przedmiot i od razu przekierować jego uwagę na ciekawą dla niego aktywność. Nie można narażać dziecka na m. ав, kiedy potrzebuje czasu, żeby oswoić się z otoczeniem lub nowymi osobami, trzeba zapewnić mu bezpieczeństwo i stałość, każde dziecko w innym tempie będzie się adaptować do nowych osób i miejsc, nie warto przyspieszać tego czasu zakładając, że dziecko "powinno już" mniej płakać czy denerwować się.

Bardzo ważną umiejętnością jest uwspólnianie pola uwagi (podążanie wzrokiem za tym, na co patrzy osoba dorosła) i szukanie wzrokiem potwierdzenia u osoby dorosłej. Ta umiejętność jest istotna dla rozwoju komunikacji i relacji u dziecka, i pojawia się ok. 9 miesiąca życia. Pomiędzy 9 a 14 m. ż. dziecko powinno zacząć wskazywać palcem przedmioty, które chce dostać. Około 12 m. ż. potrafi za pomocą gestu poprosić o pomoc, np. wyciągając przedmiot w stronę osoby dorosłej, gaworzy wymawiając szereg zróżnicowanych sylab. W tym też okresie obserwujemy też rozwój mowy dialogowej. Dziecko prowadzi "dialog" z dorosłym naśladując wypowiedziane proste sylaby. Zaczyna wymawiać pierwsze dwusylabowe słowa np. „ma-ma”, „ba-ba” oraz naśladuje różne dźwięki np. cmokanie, kasłanie, odgłosy zwierząt. Prawidłowo rozwijające się dziecko odwraca się wołane po imieniu oraz reaguje na niektóre znane słowa typu: „papu”, „am-am”, itp. Wykonuje też pojedyncze gesty komunikacyjne typu: „pa-pa”, „brawo”. Naśladuje gesty kosi-kosi i proste czynności np. wkładanie klocków do pudełka, mieszanie łyżką. W wieku ok. 10 miesięcy wykazuje się rozumieniem prostych poleceń („otwórz buzię”, „usiądź”, „daj misia”). Potrafi odmawiać kręcąc główką lub mówiąc „nie”, „ne” Rozumie polecenie „daj” (podaje przedmiot na polecenie poparte gestem). Powtarza zachowanie, które wywołuje śmiech drugiej osoby, np. drobne ruchy mimiczne typu: marszczenie nosa, mrużenie oczu, itp. Jeśli dziecko nie rozwija powyższych umiejętności należy sprawdzić w jaki sposób dziecko zwraca uwagę na głos opiekuna m. wołanie go po imieniu. Jeśli nie reaguje, opiekun powinien zawołać imię dziecka siedząc przed nim, obserwując czy podnosi głowę, przerywa wykonywaną właśnie czynność, patrzy na opiekuna. To samo trzeba sprawdzić siedząc za lub obok dziecka. Można uczyć dziecko pokazując mu różne przedmioty lub obrazki swoim palcem wskazującym i obserwując czy dziecko patrzy wtedy na ten przedmiot lub obrazek. Opiekun powinien zwrócić uwagę, czy dziecko dzieli się tym, co widzi. (dziecko patrzy na opiekuna i sprawdza, czy widzisz to samo, co on). Ta skomplikowana czynność jest bardzo istotną częścią kontaktu. Bawiąc się z dzieckiem można ustawiać ciekawą zabawkę lub przedmiot i siebie w trójkącie, czyli tak, żeby dziecko, opiekun oraz przedmiot znajdowali się wszyscy w zasięgu wzroku i modelować gest pokazywania wraz z nawiązaniem kontaktu wzrokowego. Zalecanym jest proponowanie dziecku zabawy z wykorzystaniem książeczek ze zwierzątkami, pacynek na palce, maskotek i mówienie do dziecka swoim głosem, ale też czasem zmieniając głos i naśladując odgłosy zwierząt i przedmiotów. Własne komunikaty można też wzbogacać o gesty, np. mówiąc „papa” wykonać gest „papa”, mówiąc „brawo” klaszcząc w dłonie, mówiąc „nie ma” pokazać to gestem. Za każdym razem trzeba upewnić się, że dziecko zwraca

uwagę na opiekuna i gest, który pokazuje.

Rozwijanie komunikowania się. W wieku 7 miesięcy dziecko w normie rozwojowej zaczyna używać palców dłoni w różnorodny sposób: wykonuje „grzebiący” ruch palcami, podnosi przedmioty, zaczyna używać chwytu pensetowego (chwyt przedmiot kciukiem i palcem wskazującym). 8 miesięczne dziecko manipuluje przedmiotami – obraca, rzuca, ogląda, stuka, a manipulując rozgląda się dookoła. Utrzymuje w rękach po jednym przedmiocie – postukuje nimi o siebie lub o inne płaszczyzny. Potrafi ściągnąć czapkę z głowy – machać nią i rzucać. Od 7 miesiąca dziecko może zainteresować się zabawami w „a ku-ku”, „kosi-kosi”, „warzyła srocza” i chętnie będzie do nich wracać, może też zacząć je naśladować. Naśladuje proste czynności, np. mieszanie łyżeczką w kubeczku, naśladuje rysowanie na poziomie bazgrot. Po demonstracji potrafi włożyć element w odpowiedni otwór układanki bądź sortera. Dla dziecka nadal najważniejsza jest zabawa relacyjna oraz zabawa pozwalająca rozwijać zmysły i ruch. Z chęcią przyjmie baraszki, fikołki, łaskotki, masażyki. Gdy mamy do czynienia z brakiem wymienianych umiejętności, powinno bawić się z dzieckiem demonstrując mu użycie różnych przeznaczonych do zabawy przedmiotów – zabawek, ale także zwykłych przedmiotów codziennego użycia, np. grzebień, łyżeczka, kubeczek, gąbeczka, chusteczka itp. Można też pozwolić dziecku na zabawę samotną – dziecko w sposób indywidualny wyznacza sobie czas i sposób zabawy, ale pozostając w pobliżu. Ważna jest też obserwacja sposobu, w jaki dziecko zaprasza opiekuna do zabawy – może spojrzeć, może wyciągnąć ręce, może głosem sygnalizować, że chce kontynuować przyjemną czynność. W celu podtrzymania aktywności warto nagradzać dziecko uśmiechem i wspólnymi okrzykami radości, gdy zacznie naśladować czynności, gesty lub słowa.

Rozwój ruchowy w drugim półroczu życia jest bardzo dynamiczny, warto śledzić postępy dziecka i porównywać je z normami rozwojowymi. Jeśli rozwój ruchowy niepokoi opiekuna należy zgłosić się na konsultację do rehabilitanta. Tuż przed pierwszymi urodzinami dziecko z reguły: sprawnie raczkuje, coraz częściej jest w pozycji stojącej niekiedy stoi samo bez trzymania się. Potrafi schylić się lub ukucnąć podtrzymując się, w celu sięgnięcia jakiegoś przedmiotu. Chodzi podtrzymywane za obie ręce lub pchając przed sobą, np. wózek. W pozycji siedzącej wykonuje ruchy wokół własnej osi ciała, rozgląda się, potrafi otwierać szuflady, tekturowe pudełka i opróżniać ich zawartość. W tym okresie należy zachęcać dziecko do aktywności ruchowej, szczególnie do raczkowania, to bardzo ważna umiejętność. Należy zwrócić uwagę na sposób raczkowania – czy raczkuje symetrycznie, czy potrafi utrzymać się na rączkach. Jeśli coś budzi niepokój, rehabilitant może wskazać ćwiczenia- czasem wystarczą drobne, ale regularne ćwiczenia, które pomogą dziecku przemieszczać się w rozwojowy dla siebie sposób.

Podsumowanie

Wiek niemowlęcy uważa się za okres wyjątkowej plastyczności w rozwoju mózgu, o wyjątkowym potencjale do uczenia. W ostatnich latach wiele się dowiedzieliśmy o tym, jak szybko mózg ludzki reaguje na zmienność doświadczeń. Nasz system neuronów lustrzanych działa znacznie aktywniej podczas obserwacji

czynności, które sami potrafimy wykonać, niż tych, które rozpoznajemy, ale nie potrafimy powtórzyć. Doświadczenie rzeźbi mózg, stymuluje powstawanie sieci wyćwiczonych neuronów i obszarów neuronów, które wspomagają coraz bardziej wprawne i automatyczne działania. Nasze mózgi tworzą sieć neuronów na podstawie naszych stałych zachowań tzn. sieci, które wspierają i wzmacniają wzorce reakcji na często spotykane bodźce. Doświadczenia nagradzania i uzyskiwania informacji zwrotnej są integralną częścią tego procesu. Wczesna interwencja terapeutyczna jest niezwykle istotna, ponieważ w miarę postępujących różnic między codziennym życiem dziecka z autyzmem, a życiem jego rówieśników w normie rozwojowej, połączenia w mózgu i wzorce reakcji układu nerwowego zaczynają odbiegać od siebie. Mając na uwadze plastyczność młodych mózgów i wpływ doświadczeń na rozwój funkcji i struktur neurologicznych można przyjąć, że doświadczenia wynikające z wczesnej interwencji terapeutycznej przyczynią się do powstania zmian w mózgu co przełoży się na zmianę w zachowaniu, a tym samym pozwoli na zafunkcjonowanie w rodzinie, grupie rówieśniczej, społeczeństwie.

L i t e r a t u r a :

1. Bieńkowska, E. (2012) Rozwój mowy u dzieci- norma a patologia: Wykłady z otolaryngologii, s. 202-209.
2. Bobkowicz- Lewartowska, L. (2005). Autyzm dziecięcy, zagadnienia diagnozy i terapii, Oficyna Wyd. Impuls, Kraków
3. Delacato, C. H. (1995). Dziwne, niepojęte. Autystyczne dziecko. Fundacja Synapsis, Warszawa
4. Frith, U. (2008). Autyzm. Wyjaśnienie tajemnicy, GWP, Gdańsk
5. Geschwind, D. H. & Lewitt, P. (2007). Autism spectrum disorders: Development disconnection syndromes. *Current Opinion in Neurobiology*, 17(1), s.103-111.
6. Kennedy, D. P. & Courchene, E. (2008). The intrinsic functional organization of the brain is altered in autism. *Neuroimage*, 39(IV) s. 1877-1885.
7. Komender J; Jagielska G, Bryńska A. (2009) „Autyzm i zespół Aspergera” Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa
8. Korendo, M. (2012). Kryteria diagnozy różnicowej autyzmu i zespołu Aspergera: Diagnoza różnicowa zaburzeń komunikacji językowej, t. 3, s. 249-258.
9. Liu, X. L., Zahrt, D. M. & Simms, M. D. (2018). An Interprofessional Team Approach to the Differential Diagnosis of Children with Language Disorders: Pediatric Speech and Language: Perspectives on Interprofessional Practice. *Pediatric Clinics of North America*, 65(1), s. 73-90.
10. Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10
11. Mundy, P. (2003) Annotation. The neural basis of social impairments in autism: The role of the dorsal medial-frontal cortex and anterior cingulate system. *Jurnal of Child Psychology and Psychiatry*, 44 (VI), s. 793-809.
12. Pisula E. (2005) Małe dziecko z autyzmem, GWP, Gdańsk.
13. Pisula E. (2000) Autyzm u dzieci. Diagnoza, klasyfikacja, etiologia. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa.
14. Rogers, S. J. & Dawson G. (2015) Early Start Denver Model for Young Children with Autism Warszawa s. 1-13.
15. Trociuk-Sadowska, E. (2015). Podstawowe trudności w diagnozie logopedycznej dzieci ze spektrum autyzmu: Metody i narzędzia diagnostyczne w logopedii. *Towarzystwo Kultury Języka* (12), s. 237-250.
16. Williams, D. I. & Minshew, N. J. (2007). Understanding autism and related disorders. What has imaging taught us? *Neuroimaging Clinics of North America*, 17(IV), s. 495-509.

МАЛАХОВСЬКА ЄВА, ХИЖНА ОЛЬГА. Дитячий аутизм. Ранній м. авн та м. авн різного спектра аутизму.

У статті розглядається аутизм і роль раннього діагнозу та терапії дітей з ASD. Описані діагностичні критерії для різного спектра аутизму, а також модель і роль раннього діагностування аутизму. Зазначені цілі та форми спостереження дитини, що є важливими для

виявлення раннього діагностування симптомів аутизму. Вказані норми і терапевтичні стадії дитини, що є показниками аутизму, в перший рік життя дитини.

Ключові слова: аутизм, різні спектри аутизму, діагностичні критерії, стадії дитячого розвитку, ранній діагноз, модель діагнозу, стадії терапії.

MALAKHOVSKA EVA, KHYZHNA OLGA. Autism. Early diagnosis and therapy of autism spectrum disorders.

The article deals with autism and the role of early diagnosis and therapy of children with ASD. Diagnostic criteria for autism spectrum disorders. The model and role of early diagnosis of autism are described. Goals and forms of observation of a child important in early diagnosis of autism symptoms are given. Developmental norms and therapeutic stages of an autistic child in the first year of a child's life are indicated.

Keywords: Autism, autism spectrum disorders, diagnostic criteria, stages of child development, early diagnosis, diagnosis model, stages of therapy.

DOI: <https://doi.org/10.31392/NZ-npu-145.2019.25>

UDK 331.548:316.342.6-057.87

Sikora Jan

EKONOMICZNE I SPOŁECZNE ASPEKTY TWORZENIA KAPITAŁU LUDZKIEGO A WYBORY EDUKACYJNE STUDENTÓW

Przedmiotem rozważań podjętych w niniejszym artykule jest problematyka dotycząca ekonomicznych i społecznych aspektów tworzenia kapitału ludzkiego. Kategorię socjologiczną, na której skupiona jest uwaga są studenci wyższych uczelni traktowani jako zbiorowość, której kapitał ludzki rozumiany jako właściwość jednostki wyrażająca się w wiedzy, umiejętnościach i osobistym doświadczeniu stanowi podstawę formowania kapitału społecznego. Przyjmuje się przy tym, że kapitał społeczny jest kluczowym czynnikiem zapewniającym rozwój gospodarczy i budowanie spójności społecznej. Zwraca się przy tym uwagę na charakterystyczny dla gospodarki opartej na wiedzy kontekst, który należy uwzględnić w prowadzonych analizach.

Z uwagi na wieloaspektowość omawianego zjawiska zwraca się także uwagę na konieczność interdyscyplinarnego podejścia z uwzględnieniem pedagogicznych, ekonomicznych, psychologicznych i socjologicznych aspektów omawianej problematyki. Wszystkie te podejścia uznaje się za komplementarne i niezbędne dla uzyskania pełnego obrazu badanego zjawiska. Ilustrację empiryczną prowadzonych rozważań stanowią wyniki badań eksploracyjnych uzyskanych przez studentów APS w Warszawie. Badania te skoncentrowane są na przesłankach związanych z dokonywaniem wyborów ścieżki edukacyjnej jako wstępu do dalszej kariery zawodowej jako wyrazu kapitału ludzkiego tej zbiorowości.

Przeprowadzone rozważania i uzyskane wyniki badań potwierdzają prezentowane w literaturze przedmiotu tezy o znaczącym wpływie otoczenia – domu rodzinnego i szkoły na formowanie wczesnych form kapitału ludzkiego. Jednak ograniczenie do tej formuły może oznaczać, że na etapie edukacji szkolnej nie są eksponowane treści właściwe dla procesu formowania kapitału społecznego i związanych z tym procesem przedsięwzięć podejmowanych w ramach istniejącego porządku instytucjonalnego oraz treści właściwe dla etapu aktywności zawodowej człowieka. W tej sytuacji uzasadnionym jak się wydaje jest postulat wprowadzenia do procesu edukacji efektywnych form