Jagoda Cieszyńska

Wczesna diagnoza i terapia zaburzeń autystycznych

Metoda krakowska

Kraków 2011

Projekt okładki i strony tytułowej: Agata Dębicka
Na zdjęciu: Agata Boicetta z córką Blanką

Ilustracje: Agata Dębicka

Redakcja: Marta Korendo

Korekta: Agnieszka Staniszewska-Mól

Skład komputerowy: Agnieszka Suder

© Copyright by Jagoda Cieszyńska, Kraków 2010

ISBN 978-83-931685-0-7

Wydawnictwo:
Omega Stage Systems – Jędrzej Cieszyński
ul. Na Błonie 13/21
30-147 Kraków
www.konferencje-logopedyczne.pl

Druk:
SKOTGRAF
ul. Skotnicka 183b
30-394 Kraków

Kiedy mówię, nie jestem sam.

Michał Głowiński

Spis treści

Drogi Czytelniku! **9**

Wstęp **10**

I. Klasyczne metody diagnozowania autyzmu **13**

1. Diagnoza – refleksje teoretyczne 13

2. Autyzm jako jednostka chorobowa (klasyfikacje ICD-10 i DSM-IV, CHAT CARS) 16
2.1. Kryteria diagnostyczne według ICD-10 17
2.2. Kryteria diagnostyczne według DSM-IV 19
2.3. Kryteria diagnostyczne według CHAT 23
2.4. Kryteria diagnostyczne według CARS 26

3. Zachowania autystyczne – stereotypy i fakty 38
3.1. Obraz *ja*, imię ucieleśniające 42
3.2. Niechęć do zmian 44

4. Brak *teorii umysłu* czy deficyt języka? 44

5. Terapia behawioralna – źródła powstania, założenia, skutki jej stosowania 49
5.1. Historia Marcinka 55

II. Wczesna diagnoza – *zagrożenie autyzmem* **57**

1. Zagrożenia współczesności 58
1.1. Karmienie 59
1.2. Zdobywanie przestrzeni 62
1.3. Rozwijanie mowy 64
1.4. Stymulacja obrazem 65
1.5. Zdrowie współczesnych dzieci 67
1.6. Trening czystości 67
1.7. Problem szczepionek skumulowanych 68
1.8. Późna diagnoza – konsekwencje 71
1.9. Warunki wczesnego rozpoznawania zaburzeń ze spektrum autyzmu 72

1.9.1. Dzieci w pierwszym roku życia 73
1.9.2. Dzieci w drugim roku życia 75
1.9.3. Dzieci w trzecim roku życia 79

2. Psychologiczne metody diagnozowania zachowań ze spektrum autyzmu 85
2.1. Diagnozowanie rozwoju dziecka od 3. do 30. miesiąca życia 86
2.1.1. *Zaburzenie rozwoju* a *zaburzenia rozwojowe* 89
2.2. Diagnoza poziomu funkcji intelektualnych od 30. miesiąca do 5. roku życia 89
2.2.1. Zróżnicowanie anatomiczne i funkcjonalne półkul mózgowych 90
2.2.2. Badanie funkcji lewej i prawej półkuli mózgu – test S.O.N. 94
2.2.3. Badanie gotowości do uczenia się – Międzynarodowa Wykonaniowa Skala Leitera 96
2.3. Diagnoza dominacji stronnej 97
2.4. Zabawa 101
2.5. Naśladownictwo 106
2.6. Język i komunikacja 109
2.7. Spostrzeganie wzrokowe 112
2.8. Spostrzeganie słuchowe 113
2.9. Zachowania społeczne 114
2.10. Funkcje motoryczne 115

3. Profil funkcji poznawczych dziecka z zaburzeniami komunikacji językowej 116
3.1. Profil dziecka ze spektrum autyzmu 116
3.2. Profil funkcji poznawczych dzieci z alalią 118

4. Wywiad z rodzicami – spojrzenie praktyka 121

III. Terapia psychologiczna 124

1. Problemy psychologiczne 124
1.1. Poszukiwanie diagnozy i warunki jej przyjęcia 129
1.2. Terapia rodziny 132
1.3. Zadania terapeutyczne dla matki 136
1.4. Zadania terapeutyczne dla ojca 138
1.5. Seksualność i życie erotyczne rodziców 139
1.6. Problemy psychologiczne rodzeństwa. Rola brata i siostry w programie terapii 142
1.6.1. Starsza siostra i starszy brat 143
1.6.2. Młodsza siostra i młodszy brat 147
1.7. Wpływ traumy dziadków na funkcjonowanie rodziny dziecka z autyzmem 147
1.8. Postawa terapeuty i jej rola w budowaniu relacji z rodzicami 150
1.9. Edukacja przedszkolna i wczesnoszkolna z perspektywy dziecka 153
1.10. Etapy uczenia się 157

IV. Terapia neurobiologiczna 160

1. Terapia słuchowa 167
1.1. Ćwiczenia słuchowe – dźwięki niewerbalne 172
1.2. Ćwiczenia słuchowe – symultaniczne (samogłoski, wykrzyknienia, wyrażenia dźwiękonaśladowcze) 174
1.3. Ćwiczenia słuchowe – symultaniczno-sekwencyjne 177
1.4. Ćwiczenia słuchowe – sekwencyjne (zdania) 179
1.5. Echolalie 180

2. Terapia funkcji wzrokowych 181
2.1. Kontakt wzrokowy 182
2.2. Rozszerzanie pola widzenia 184
2.3. Kontrolowanie wzrokiem wykonywanych czynności 185
2.4. Analiza i synteza wzrokowa na materiale tematycznym 187
2.5. Analiza i synteza wzrokowa na materiale atematycznym 190
2.6. Ćwiczenia odwracania obrazków 193

3. Terapia odbioru i przetwarzania bodźców węchowych, smakowych i dotykowych 195

4. Stymulacja rozwoju zabawy 198
4.1. Zabawy imitujące jedną czynność 200
4.2. Zabawy z rozbudowanymi sekwencjami 201
4.3. Zabawy z regułami 202
4.4. Zabawy tematyczne 202
4.5. Zabawy językowe 203

5. Stymulacja funkcji lewej półkuli mózgu 204
5.1. Szeregowanie 205
5.2. Sekwencje 208
5.3. Relacje 211

6. Terapia zachowań społecznych 212
6.1. Rodzina jako grupa społeczna 213
6.2. Przygotowanie do funkcjonowania w grupie rówieśniczej 214

7. Stymulacja funkcji motorycznych 215

8. Ćwiczenia pamięci 217
8.1. Pamięć symultaniczna 218
8.2. Pamięć sekwencyjna 219

9. Ćwiczenia myślenia 222
9.1. Kategoryzowanie 222
9.2. Ćwiczenia myślenia przyczynowo-skutkowego 225
9.3. Kodowanie 227

10. Kształtowanie systemu językowego 228
10.1. Kształtowanie systemu językowego dzieci z zaburzeniami autystycznymi 230
10.2. Manualne Torowanie Głosek® – metoda E. Wianeckiej 234
10.3. Symultaniczno-Sekwencyjna Nauka Czytania® 237
10.3.1. Etapy nauki czytania 240
10.3.2. Gesty artykulacyjne 245
10.4. Metoda komunikacyjna 246
10.5. Metoda kognitywna 252
10.6. Dzienniki wydarzeń – metoda W. Zuziowej 256
10.7. Linearny porządek terapii jako odzwierciedlenie linearnego aspektu języka 260

V. Historie prawdziwe 264

1. Jaś 264
1.1. Diagnoza 265
1.2. Po pierwszym tygodniu terapii 268
1.3. Po dwóch tygodniach terapii 272
1.4. Po czterech tygodniach terapii 274
1.5. Po 15 tygodniach terapii 280
1.6. Po 17 tygodniach terapii 286
1.7. Po 22 tygodniach terapii 288
1.8. Po 24 tygodniach terapii 295

2. Pawełek 298
2.1. Diagnoza 298
2.2. Po dziesięciu tygodniach terapii 298

3. Dawid 299

Zakończenie 300

Bibliografia 301

Drogi Czytelniku!

Moje myślenie o języku, jego wpływie na poznanie, uformowały wykłady i rozmowy z Profesor Marią Zarębiną, Profesorem Władysławem Miodunką i Profesorem Stanisławem Grabiasem. Książka jest wyrazem wdzięczności uczennicy wobec Mistrzów.

Książkę dedykuję Rodzicom, którzy nauczyli mnie etosu pracy, odpowiedzialności za podjęte wobec życia zobowiązania oraz tej najprostszej prawdy, że żyjemy, aby wypełnić zadania wobec Innych. Cieszę się, że mój Syn Jędrzej nauczył się w dzieciństwie oddawać część naszego wspólnego czasu potrzebującym mnie dzieciom. Wierzę, że to doświadczenie pozwoli mu budować związek oparty na miłości i zrozumieniu potrzeb partnera.

Ta książka nie powstałaby bez nieustannego nakłaniania przez mojego Męża do pracy nad tekstem. Jego miłość i pomoc dała mi siłę do podjęcia się tego trudnego zadania.

Pierwszym czytelnikiem tekstu była dr Marta Korendo, której wnikliwe uwagi czynione na marginesie oraz inteligentne riposty serwowane podczas wzajemnych dyskusji znacząco wpłynęły na kształt tej książki.

Wstęp

Oto kolejna książka poświęcona diagnozie i terapii zaburzeń rozwojowych powstała z refleksji metody krakowskiej. Wieloletnie doświadczenie kliniczne pozwala dokonać podsumowania osiągnięć całego zespołu, a także daje możliwość sformułowania uniwersaliów diagnostycznych i terapeutycznych. Mam świadomość, że wciąż jeszcze stoimy na progu tajemnicy, ale obserwowane rezultaty nie pozwalają nam milczeć. Sukcesy naszych Dzieci i ich Rodziców, zarówno te małe, jak i spektakularne, są dowodem skuteczności opracowanej terapii.

Ponieważ liczba dzieci przejawiających zaburzenia ze spektrum autyzmu wciąż rośnie, dostrzegam konieczność podzielenia się dotychczasową wiedzą z Rodzicami i Terapeutami.

Przystępując do pracy terapeutycznej z dziećmi zagrożonymi autyzmem, z zachowaniami ze spektrum autyzmu oraz z autyzmem, postawiliśmy sobie biblijne zadanie czynienia sobie Ziemi poddaną, rozumiejąc jednocześnie, że nie zawsze, z wielu różnych powodów, będzie można osiągnąć oczekiwane i prawdopodobnie możliwe rezultaty. Zgodnie z naszym etycznym programem przekazuję wszystko, co do tej pory stało się zdobyczą całego zespołu, formułując założenia teoretyczne i budując etapy oddziaływań terapeutycznych.

Doświadczenia grupy osób, współpracowników i moich doktorantów, a także magistrantów, prowadzących terapię w ramach wolontariatów mają tę niepodważalną wartość, że kumulują informacje dotyczące ogromnej liczby dzieci i ich rodzin. Zespół,

z którym od wielu lat pracuję, młodych, doskonale wykształconych osób, obdarzonych intuicją i empatią, stworzył dla mnie niezwykle twórcze warunki prowadzenia badań naukowych. Problemy i pytania jakie padają podczas naszych spotkań, pozwalają odkrywać nowe płaszczyzny dociekań naukowych, są zawsze dla mnie inspiracją do precyzyjnego konstruowania zasad diagnozy i etapów terapii. Wiele także się nauczyłam dzięki pytaniom mojego Męża. Jest oczywistym, że tak zwane proste pytania pozwalają dostrzec problem z innego punktu widzenia i odsłonić niedostrzeżone wcześniej aspekty zagadnienia.

Fakt, że z całym zespołem prowadzimy terapię dzieci z autyzmem, pozwala budować wnioski teoretyczne ściśle przystające do rzeczywistości. Właśnie dlatego, że tyle za nami i przed nami doświadczeń, możemy z całą odpowiedzialnością pisać o zagadnieniach praktycznych. Wszystkie odklejone od rzeczywistości propozycje postrzegam jako intelektualne igranie z losami wielu ludzi.

Za wspólne bycie twarzą w twarz, za inspirujące rozmowy, pomysły ćwiczeń dziękuję: Wacławie Zuziowej, dr Marcie Korendo, dr Sławce Orłowskiej-Popek, dr Elżbiecie Ławczys, Agnieszce Fabisiak-Majcher, Dagmarze Śmiałkowskiej, Alicji Kabale, Katarzynie Sedivy, Annie Świątek, Agnieszce Bali, Iwonie Wójtowicz, Justynie Paweli, Małgorzacie Świstowskiej, Barbarze Baumann-Bielawskiej, Joannie Żmii, Ilonie Wątor, Romie Franczak.

Dziękuję najgoręcej Elżbiecie Wianeckiej, twórczyni Manualnego Torowania Głosek®, autorskiej metody pracy z dziećmi autystycznymi. Jej wieloletnia, codzienna, wielogodzinna praca stała się dla nas wszystkich przykładem wytrwałości w wędrówce do celu, w istnienie którego wielu specjalistów nie chciało uwierzyć.

I. Klasyczne metody diagnozowania autyzmu

1. Diagnoza – refleksje teoretyczne[1]

Mimo oszałamiających postępów medycyny, jakie obserwujemy od końca XX wieku, wciąż jeszcze wiemy tak niewiele o działaniu mózgu człowieka. Możliwości plastyczne centralnego układu nerwowego są ogromne, jednak wielokrotnie stajemy bezradni wobec braku postępów w terapii. Bywa na szczęście i tak, że efekty naszych oddziaływań jawią się przed nami jako zjawisko nieomal nadprzyrodzone. Z pewnością fakty te każą nam z pokorą podchodzić do procesu diagnozowania. Pokora jednak nie może w żadnym przypadku oznaczać odsuwania momentu postawienia diagnozy, rozumianej jako gruntowna ocena rozwoju poszczególnych funkcji poznawczych dziecka. We wszystkich przypadkach zaburzeń rozwojowych najistotniejsze jest natychmiastowe podjęcie terapii, bowiem „mózg jest zmieniany przez każde nowe doświadczenie"[2]. Aby to doświadczenie mogło się urzeczywistnić, konieczne jest sformułowanie rozpoznania klinicznego.

Diagnoza to syntetyczna (globalna) *ocena wydana na podstawie analizy*[3] zachowań i umiejętności dziecka. Analiza owa, czyli *wyodrębnianie z całości jej elementów i badanie każdego z osobna*[4], pozwala ocenić osiągnięte przez dziecko etapy rozwoju poszczególnych funkcji psychicznych. Dokonanie oceny każdej sprawności poznawczej daje możliwość sformułowania diagnozy, będącej syntezą analitycznych wniosków. Ale diagnoza, jako ujęcie symultaniczne, nie jest prostą sumą wynikającą z dodania wyników

1. Niektóre treści zamieszczone w tym rozdziale znalazły się w artykule oddanym do druku w lipcu 2008. Artykuł ma się znaleźć w tomie „Neurologopedia" pod. red I. Nowakowskiej-Kempny i D. Pluty-Wojciechowskiej.
2. M. Gazzaniga, 1997, *O tajemnicach ludzkiego umysłu,* Warszawa, s.42.
3. *Słownik Języka Polskiego*, 2002, (red.) E. Sobol, Warszawa.
4. Tamże.

uzyskanych w analizie. Synteza to sformułowanie nowej jakości, wynikającej z oglądania rzeczywistości, także w perspektywie przyszłości, a więc przewidywania tego, co może pojawić się w zachowaniach i dalszym rozwoju dziecka. Tak jak zdanie nie jest tylko sumą znaczeń wyrazów[5], tak diagnoza nie jest jedynie obliczeniem punktów uzyskanych po przeprowadzeniu testu, wypełnieniu ankiety i kwestionariusza. Diagnozowanie wymaga wiedzy na temat osiągania etapów rozwojowych i ich wzajemnego wpływu, wiedzy na temat budowy i kształtowania się oraz metod odbudowywania systemu językowego. Diagnoza musi ujmować warunki ekonomiczne, psychologiczne i socjologiczne rodziny. Wreszcie diagnoza nie jest możliwa bez opanowania podstaw filozofii, logiki i statystyki. Wymaga także uczenia się w praktyce, kreatywnego korzystania w nowych, czasem ekstremalnych sytuacjach z całej nagromadzonej wiedzy. Diagnozowanie potrzebuje empirii i teorii nierozdzielnie ze sobą połączonych. A to jest zadanie, do którego terapeuta[6] powinien być w pełni przygotowany.

Empiria, *ratio* – a więc doświadczenie i rozum – muszą jednakże być wspierane przez *spirytus* czyli ducha. Brak intuicji i empatii pozwala niektórym teoretykom głosić opinie o „uroku autyzmu"[7]. Taka postawa nigdy nie uruchomi poszukiwania skutecznych oddziaływań terapeutycznych.

Podkreślam raz jeszcze: diagnoza, prowadzona w celu sformułowania programu terapeutycznego, a tylko taka ma sens, musi zawierać syntezę, globalne ujęcie, dostrzeżenie całości. Kiedy w definicji diagnozy mówię o wyodrębnianiu z całości, podkreślam właśnie konieczność globalnego ujęcia. Trzeba dostrzec dziecko w pełni jego obecnego rozwoju, wyodrębnić z tej całości elementy, zbadać je, a zwieńczeniem diagnozy będzie powtórna synteza, ujęcie globalne z uwzględnieniem sekwencji następujących po sobie etapów. Sprzeciw wobec podejścia analitycznego, wypływającego wprost z koncepcji behawioralnych, opiera się na mocnym gruncie koncepcji psychologii humanistycznej i językoznawstwa humanistycznego.[8] W istocie bowiem chodzi nie o wyćwiczenie izolowanych umiejętności, ale umiejętność bycia w świecie ludzi i rzeczy, w konsekwencji – o jak największą samodzielność, która warunkuje poczucie wolności. Ważna jest zmiana jakości życia dziecka i całej jego rodziny. Poziom osiągniętych umiejętności istotnych dla codziennej egzystencji wyznacza skuteczność oddziaływań stymulujących.

Elementy podlegające analizie diagnostycznej to: motoryka (duża i mała – ze szczególnym uwzględnieniem sprawności oralnej), wzrok, słuch, naśladownictwo, system językowy, zabawa, dominacja stronna, pamięć, rozwój społeczny i emocjonalny. Istotna jest, jak widać, ocena funkcjonowania dziecka w sferach psychicznej i motorycznej. Stwierdzenie opóźnienia lub jakichkolwiek zakłóceń rozwojowych jest w takim rozumieniu diagnozą wystarczającą, by skierować dziecko na terapię.

5. P. Ricoeur, 1989, *Język, tekst, interpretacja*, Warszawa.
6. Pisząc *terapeuta*, mamy na myśli logopedów i psychologów, z gruntowną wiedzą dotyczącą: systemu językowego (jego struktury, użycia i kształtowania się w rozwoju dziecka i nauczania jako obcego) oraz psychologii rozwojowej z elementami neuropsychologii.
7. U. Frith, 2008, *Autyzm. Wyjaśnienie tajemnicy*, Gdańsk.
8. Patrz Bibliografia: V. E. Frankl, W. T. Miodunka.

Po kilkudziesięciu latach diagnozowania dzieci z różnymi zaburzeniami rozwoju wiem, że nie wystarczy drobiazgowa analiza wypełnianych w gabinecie logopedycznym zadań. Konieczne jest dostrzeżenie wzajemnych zależności między sferami rozwojowymi. Rozwój dziecka przebiega stadiami, ale są one osiągane poprzez i dzięki ciągłemu wzajemnemu uwikłaniu. Sekwencyjność ewolucji polega nie tylko na następstwie i uporządkowaniu liniowym określonych umiejętności, ale także na wpływie jednych elementów układu na inne. Stąd sprzeciw wobec przeprowadzania jedynie analizy zachowań oderwanych od rzeczywistości. Podejście analityczne niebezpiecznie zmierza ku redukcjonizmowi, ograniczając tym samym oddziaływanie terapeutyczne. Wynika to z samego założenia diagnozy analitycznej. W konsekwencji podczas terapii próbuje się uzyskać jedynie wypełnienie zadań, bez umieszczenia ich w kontekście całościowych zachowań (*wydarzeń* z życia dziecka).

Jeśli specjalista nie postawi diagnozy autyzmu, rodzice budują nadzieję na samoistną zmianę sytuacji (lekarze mówią: *dziecko z tego wyrośnie, proszę czekać i obserwować*). Zdaje się, że jest to propozycja obserwowania, jak nieprawidłowe zachowania utrwalają się, a dziecko w coraz większym stopniu pogłębia przepaść między prezentowanymi umiejętnościami a możliwościami rówieśników. Zaniechanie terapii powoduje stopniowe nasilanie się objawów ze spektrum autyzmu.

Najczęściej diagnoza stawiana jest między piątym a siódmym rokiem życia. Trudno wówczas o wymierne efekty terapii. W 2006 roku w 49. numerze „Newsweeka" ukazał się artykuł, przedstawiający dramat spóźnionych diagnoz[9]. Przy pełnym opisie objawów autyzmu u chłopca osiemnastomiesięcznego diagnozę postawiono w siódmym roku życia! Wówczas dopiero podjęto terapię. Wydaje się wprost niemożliwe, aby specjalista z doświadczeniem klinicznym nie potrafił dokonać syntezy obserwowanych zachowań. Żadne z opisanych w artykule dzieci nie było poddane terapii, dopóki nie postawiono diagnozy. Dziś ich zachowania są tak zaburzone, że nie zawsze wystarczą środki psychotropowe, by uniknąć zagrożeń w stosunku do własnej osoby i domowników.

I jeszcze jedna refleksja. Zastanawiające, jak wiele mamy książek poświęconych teoretycznym opisom zachowań autystycznych i jak niewiele doniesień o przebiegu i skutkach terapii. Tymczasem istnieją w Polsce terapeuci, którzy wypracowali skuteczne metody pracy z dziećmi z autyzmem. Opracowanie teoretyczne tych metod terapii uważam za powinność nauczycieli akademickich zajmujących się neurologopedią[10]. Jednakże te opracowania muszą być dokonywane w ścisłym kontakcie z praktyką. Nikt, kto nie prowadził terapii, nie może być dobrym diagnostą, doświadczenie praktyczne konieczne jest także, aby opracować praktyczne podstawy oddziaływań stymulujących.

9. D. Kowalska, M. Suchodolska, 2006, *Autyzm w pułapce dorosłości*, „Newsweek", nr 49.

10. Próbą podjęcia takiego zadania była zorganizowana 30 maja 2008 roku przez Katedrę Logopedii i Lingwistyki Edukacyjnej Uniwersytetu Pedagogicznego w Krakowie konferencja naukowa pt. *Praca z dzieckiem z zaburzeniami autystycznymi. Metoda Elżbiety Wianeckiej*. Konferencja cieszyła się tak dużym powodzeniem, że z braku miejsca nie wszyscy chętni mogli w niej uczestniczyć. Została więc na prośbę terapeutów i rodziców dzieci powtórzona 10 października 2008 roku. W latach 2009 i 2010 obywały się regularnie konferencje i warsztaty poświęcone temu tematowi.

Wiedza płynie z wnikliwej lektury zarówno tej, która poszerza horyzonty, jak i tej odczytywanej bardzo krytycznie, bo weryfikowanej przez doświadczenie wynikłe z wieloletniej pracy terapeutycznej oraz z doświadczania losów indywidualnych.

Współuczestniczenie w życiu rodzin dzieci z autyzmem nie pozwala zgadzać się na społeczne przyzwolenie na takie oto publiczne wypowiedzi: „zabawne strony życia z autyzmem", „jak bogatym i interesującym doświadczeniem dla rodziny może być autyzm" czy „pewna przyjaciółka rodziny zauważyła kiedyś, że w gruncie rzeczy zazdrości Peterowi jego autyzmu: jest on po prostu sobą, nigdy nie dba o to, co inni o nim myślą"[11]. Trzeba być pozbawionym empatii (a więc teorii umysłu drugiego człowieka), by tak myśleć oraz pozbawionym osobistych kontaktów z rodzicami dzieci autystycznych, by tak napisać.

Rodzice myślą o autyzmie swojego dziecka z cierpieniem – tym większym, im bardziej zdają sobie sprawę z upływu lat, własnej starości i braku przyszłości dla potomstwa. O niepełnosprawności dziecka myśli się każdego dnia z wszechogarniającym bólem.

Dane statystyczne podają, iż następuje ciągły przyrost przypadków autyzmu od 10 do 17% rocznie[12]. Przewodnicząca Grupy do Spraw Autyzmu w Parlamencie Europejskim Kathy Sinnott podaje, że obecnie w krajach wysoko uprzemysłowionych rodzi się jedno dziecko ze spektrum autyzmu na 150 urodzeń.[13]

Konieczne jest utworzenie listy prototypowych objawów wczesnodziecięcych zachowań autystycznych, tak by można było podejmować terapię jeszcze przed ukończeniem przez dziecko drugiego roku życia. Rozwojowe spojrzenie na zaburzenia o typie autystycznym pozwoli uniknąć stereotypów zakorzenionych w umysłach nie tylko laików, ale także lekarzy i terapeutów.

2. Autyzm jako jednostka chorobowa (klasyfikacje ICD-10[14] i DSM-IV[15], CHAT[16] CARS[17])

Istniejące w literaturze opisy zachowań osób z autyzmem niewiele zmieniły się od pierwszej diagnozy postawionej przez Leo Kannera w 1943 roku. Badania naukowe prowadzono wówczas w oparciu o obserwacje tych osób, które przebywały w różnorodnych ośrodkach specjalnych, terapeutycznych i opiekuńczych. Były to dzieci w wieku

11. Wszystkie cytaty pochodzą z U. Frith, 2008, *Autyzm. Wyjaśnienie tajemnicy*, Gdańsk, s.24.
12. Dane uzyskane w Poradni Psychologicznej w Wiedniu w roku 2006.
13. E. Pisula, 2010, *Autyzm, przyczyny, symptomy, terapia,* Gdańsk, s. 22.
14. Klasyfikacja ICD-10 (*International Classification of Diseases*) – Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych.
15. DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) jest to system diagnozy nozologicznej Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.
16. Kwestionariusz do badania autyzmu w okresie poniemowlęcym (CHAT) S. Barona-Cohena, J. Allen, Ch. Gilberga.
17. Skala Oceny Autyzmu Dziecięcego (CARS) E. Schoplera, R. Reichlera, B. Renner.

szkolnym, często dorosłe osoby z autyzmem. W spektrum obserwowanych przez badaczy objawów pojawiały się zachowania generowane przez zaburzenia autystyczne innych pensjonariuszy, utrwalone przez lata stereotypy, a także zaburzenia jatrogenne, powstające pod wpływem wielu nieskutecznych terapii.[18] Licznie pojawiające się publikacje dostarczały coraz bogatszego, choć nie zawsze prawdziwego obrazu zachowań tych osób z autyzmem, które nie były poddawane systemowej terapii. Objawy owe posłużyły jednak do konstruowania klasyfikacji zaburzeń autystycznych.

Należy zaznaczyć, iż taksonomię autyzmu tworzono w środowisku medycznym, na użytek lekarzy psychiatrów i neurologów, nie dla celów terapeutycznych. Klasyfikacja ta (taksonomia fenetyczna) oparta jest na relacjach tożsamości zachowań między klasyfikowanymi obiektami. Podział oparty na podobieństwie cech zewnętrznych może być w wielu przypadkach nieprawidłowy, szczególnie gdy odnosi się do człowieka. Jeśli błędne okazało się to podejście w systematyce roślin i zwierząt, jest oczywiste, że poszukiwanie podobieństw zewnętrznego wyglądu i prezentowanych zachowań nie może być uznane za zadowalające.

Współczesna logopedia stoi przed pilnym zadaniem wypracowania narzędzia badawczego do diagnozy autyzmu w jego początkowej fazie. Nie chodzi już bowiem o to, by stwierdzać autyzm u dzieci sześcio- czy siedmioletnich, ale by stawiać taką diagnozę wobec dzieci między 16. a 20. miesiącem życia. To właśnie ta stosunkowo młoda nauka wydaje się być predestynowana do badania zaburzeń komunikacji językowej i systemu językowego w powiązaniu z rozwojem innych funkcji psychicznych. Tylko taka wiedza umożliwia przeprowadzenie wczesnej diagnozy.

2.1. Kryteria diagnostyczne według ICD-10

Należy przyjrzeć się więc kryteriom diagnostycznym autyzmu dziecięcego stworzonym przez WHO (Światową Organizację Zdrowia). Pominę problem tłumaczenia niezgodnego z regułami użycia form gramatycznych języka polskiego, skupię się jedynie nad kwestią merytoryczną, choć musi być dla wszystkich jasne, że nonszalancja wobec języka może powodować poważne nieporozumienia terminologiczne, a w konsekwencji diagnostyczne. Tylko jasność języka umożliwia jasność myśli.

Kryteria diagnostyczne według ICD-10:

A. Rozwój nieprawidłowy lub upośledzony przed trzecim rokiem życia w:
   1. Rozumienie i ekspresja językowa używane w społecznym porozumiewaniu się.
   2. Rozwój wybiórczego przywiązania społecznego.

18. Współcześnie także obserwuje się wtórne zaburzenia zachowań u dzieci autystycznych poddanych nieskutecznym terapiom.

3. Funkcjonalna lub symboliczna zabawa.

B. Nieprawidłowości wzajemnych interakcji społecznych przejawione w:
1. Interakcje:
   a) zaburzenia kontaktu wzrokowego, wyrazu twarzy, postawy ciała i gestów.
   b) zaburzony rozwój związków rówieśniczych (zainteresowań, emocji, czynności).
   c) odmienność reagowania na emocje innych osób, słaba integracja społeczna, zaburzenie emocjonalne i komunikacyjne.
   d) brak spontanicznej potrzeby dzielenia się z innymi osobami radością, zainteresowaniami lub osiągnięciami.
2. Komunikacja (nieprawidłowości w porozumiewaniu się):
   a) opóźnienie lub brak rozwoju języka mówionego.
   b) brak inicjatywy i wytrwałości w podejmowaniu konwersacji.
   c) stereotypowe i powtarzające się wykorzystywanie słów i wyrażeń.
   d) brak zabawy w udawanie (na niby) lub zabaw naśladujących rolę społeczną.
3. Zachowania (ograniczone, powtarzające się, stereotypowe wzorce zachowania, zainteresowań i aktywności):
   a) pochłonięcie jednym lub kilkoma stereotypowymi zachowaniami lub zainteresowaniami nieprawidłowymi – z powodu swej intensywności i myślenia.
   b) przywiązanie do specyficznych niefunkcjonalnych czynności rutynowych.
   c) powtarzające się manieryzmy ruchowe.
   d) koncentracja na niefunkcjonalnych, cząstkowych właściwościach przedmiotów zabawy.

C. Obraz kliniczny nie odpowiada innym niespecyficznym zaburzeniom.

Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób ICD-10 opisuje bardzo ogólnie autyzm jako *całościowe zaburzenie rozwoju* charakteryzujące się: a) nieprawidłowym lub zaburzonym rozwojem przed trzecim rokiem życia oraz b) charakterystycznym sposobem wadliwego funkcjonowania w trzech dziedzinach: interakcji społecznych, komunikacji oraz zachowania.

Rodzi się wiele wątpliwości, jakie konotacje przypisać przymiotnikowi *całościowy*. Diagnozujący rozumieją jego znaczenie jako głębokie zaburzenie wszystkich sfer, analogicznie jak to się dzieje przy diagnozowaniu upośledzenia umysłowego. Fakt ten powoduje, że rzadko na podstawie ICD-10 stawiana jest diagnoza autyzmu, szczególnie małym dzieciom. Zastrzeżenia można także wyrazić wobec terminów *nieprawidłowy* i *zaburzony*. Wydaje się, że w charakterystyce rozwoju dziecka te dwa terminy są synonimiczne. Nieprawidłowy rozwój, czyli odbiegający od norm statystycznych, jest zawsze jakimś zaburzeniem rozwoju. Z drugiej strony wysoka ogólność takiego sformułowania powoduje, że wobec dwuletnich dzieci trudno jest neurologowi czy psychiatrze dziecięcemu postawić taką diagnozę i lekarze wolą wówczas mówić o opóźnionym rozwoju dziecka, a to z kolei skutkuje zaniechaniem terapii. Przymiotnik *opóźniony* wywołuje konotacje pozytywne – w tym momencie opóźniony, ale pozwalający oczekiwać osiągnięcia pożądanego etapu