

Diagnoza i terapia dziecka ze spektrum autyzmu na podstawie The Early Start Denver Model (ESDM). Studium przypadku

Diana Ofczarska*
Wojciech Lipski**

*Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin
Katedra Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego
Studentka na kierunku: logopedia z audiologią, studia II stopnia
**Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin
Katedra Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego

STRESZCZENIE

Głównym celem niniejszego artykułu jest sprawdzenie poziomu funkcjonowania dziecka ze zdiagnozowanym autyzmem w obrębie: umiejętności społecznych i adaptacyjnych, komunikacji, umiejętności poznawczych i zabawy, a także rozwoju motoryki małej i dużej przy pomocy kwestionariusza ESDM (Early Start Denver Model).

Przedstawione badania mają na celu ustalenie funkcjonalnej diagnozy badanego dziecka i próbę budowy indywidualnego programu terapii.

SŁOWA KLUCZOWE

autyzm, zaburzenia ze spektrum autyzmu (ASD), zaburzenia komunikacji, terapia logopedyczna, The Early Start Denver Model (ESDM)

SUMMARY

The main purpose of this article is to check the level of functioning of a child diagnosed with autism within: social and adaptive skills, communication, cognitive and play skills, as well as the development of small and large motor skills with the help of an ESDM (Early Start Denver Model) questionnaire. The studies presented are aimed at establishing a functional diagnosis of the examined child and trying to build an individual therapy program

KEY WORDS

autism, autism spectrum disorders (ASD), communication disorders, speech therapy, The Early Start Denver Model (ESDM)

DIAGNOZA AUTYZMU WEDŁUG DSM-5

Wśród różnorodnych klasyfikacji schorzeń i upośledzeń umysłowych najczęściej stosowane w diagnozie są: opracowana przez Światową Organizację Zdrowia klasyfikacja ICD-10 (International Classification of Diseases) oraz diagnostyczny podręcznik wydany przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne zwany DSM-5 (*Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders*).

W DSM-5 całkowicie zrezygnowano z terminu „całościowe zaburzenia rozwoju” i zastąpiono go pojęciem „spektrum zaburzeń autystycznych”. Pojawił się natomiast nowy parametr diagnostyczny. Jest to trójstopniowa klasyfikacja nasilenia objawów oraz stopnia ich wpływu na codzienne funkcjonowanie oraz wymagane wsparcie w tym zakresie. Zrezygnowano także z kryterium opóźnienia rozwoju mowy, a obowiązujące kryterium wieku, w którym pojawiają się pierwsze symptomy choroby, zastąpiono określeniem „początek we wczesnym dzieciństwie”. Uwzględniona jednakże została ocena zdolności poznawczych, zdolności językowych oraz chorób współistniejących. Zaburzenia interakcji sensorycznej oraz zaburzenia komunikacji połączono w jeden obszar – relacje społeczne (DSM-5, 2018).

Zaburzenia autystyczne – kryteria według DSM-5:

1. Klinicznie znaczące, stałe nieprawidłowości w obrębie komunikacji społecznej i interakcji.
 - Wyraźne deficyty w komunikacji werbalnej i niewerbalnej wykorzystywanej w interakcjach społecznych.

- Brak wzajemności społecznej.
 - Nieumiejętność rozwijania i utrzymywania relacji z rówieśnikami właściwej dla poziomu rozwoju.
 - Stereotypowe zachowania motoryczne lub werbalne lub nietypowe zachowania sensoryczne.
 - Nadmierne przywiązanie do rutyny i zrytualizowanych wzorców zachowania.
2. Ograniczone, powtarzalne wzorce zachowań, zainteresowań i aktywności objawiające się, poprzez co najmniej dwa z poniższych objawów:
- stereotypowe zachowania ruchowe lub werbalne albo niezwykle zachowania sensoryczne;
 - nadmierne przywiązanie do rutyn i zrytualizowanych wzorców zachowania;
 - ograniczone zainteresowania połączone z fiksacją.
3. Objawy muszą wystąpić we wczesnym dzieciństwie (ale mogą nie manifestować się w pełni, dopóki oczekiwania społeczne nie przekroczą ograniczonych możliwości dziecka).

METODA THE EARLY START DENVER (ESDM)

Metoda The Early Start Denver Model (ESDM) to program wczesnej interwencji terapeutycznej dla małych dzieci od dwunastego miesiąca życia. Jest to przekształcony i udoskonalony program przeznaczony dla dzieci z autyzmem w wieku od 2 do 5 lat. Założenia programu odnoszą się do współczesnej wiedzy na temat rozwoju niemowląt i małych dzieci oraz do tego, w jaki sposób autyzm wpływa na wczesne etapy rozwoju dziecka (Rogers, Dawson, 2015).

Celami metody są: jak najwcześniejsze rozpoczęcie terapii oraz włączenie wyników badań nad rozwojem dziecka do programu i technik terapeutycznych.

ESDM opiera się na:

- własnym programie odnoszącym się do teorii rozwoju, dzięki któremu można określić, jakich umiejętności należy uczyć w danym okresie, oraz
- określonych procedurach terapeutycznych używanych do zrealizowania programu terapii (Rogers, Dawson 2015, s. 1).

Program ten nie wymaga nadzwyczajnej oprawy terapeutycznej, czyli stosowanie modelu może odbywać się w różnych środowiskach: w poradniach, przedszkolach oraz terapii domowej prowadzonej przez rodziców. Może być wykorzystywany zarówno przez terapeutów z różnych dziedzin do prowadzenia zajęć

grupowych i indywidualnych, jak i rodziców prowadzących terapię domową. Pomimo jasno określonych zasad terapia może być modyfikowana w zależności od okoliczności, celów, a także stosowanych metod i narzędzi terapeutycznych.

Cały proces terapeutyczny ESDM oparty jest na zabawie. W czasie danych aktywności terapeuci pracują nad osiągnięciem kolejnych celów z różnych obszarów rozwojowych dziecka. Dzięki temu na pierwszym miejscu stawiane jest skuteczne nauczanie, ponieważ dzieci z autyzmem w krótkim czasie muszą opanować i uzupełnić swoje braki w rozwoju (Rogers, Dawson, 2015).

ESDM w swoim podejściu wykorzystuje połączenie procedur z tradycyjnych podejść terapeutycznych: ABA, PRT i model Denver.

W strategii terapeutycznej pochodzącej z ABA (Applied Behavior Analysis) wykorzystany jest pogląd, iż aby nastąpił proces uczenia się potrzebne są trzy komponenty:

- musi zaistnieć bodziec, który da sygnał do reakcji dziecka, a uwaga dziecka musi być skierowana na ten bodziec,
- dziecko musi zaprezentować zachowanie bezpośrednio po zaistnieniu bodźca,
- dziecko musi doświadczyć konsekwencji lub informacji zwrotnej, która wyróżni właściwe zachowanie.

U podstaw ABA znajdują się badania pochodzące z tradycyjnych teorii uczenia, np.: pierwsze eksperymenty J. Watsona i I. Pawłowa (warunkowanie klasyczne), E.L. Thorndike'a (warunkowanie instrumentalne) i przede wszystkim B.F. Skinnera (warunkowanie sprawcze) (Rogers, Dawson 2015, s. 21).

Strategia PRT (Pivotal Response Therapy) jest opracowana na zasadach ABA. Po raz pierwszy Robert i Lynn Koegel wraz z Laurą Schreibman zauważyli poprawę motywacji, zachowania i spontaniczności oraz lepszą generalizację umiejętności u dzieci, których terapia behawioralna oparta była na naturalnych interakcjach z dorosłym. Najważniejsze zasady używane w PRT to:

- Wzmacnianie wysiłku dziecka. Nie należy oczekiwać, że dziecko stale będzie dawać z siebie wszystko. Nagradzanie jego działań poprawia motywację i wytrzymałość, a obniża poziom frustracji i redukuje zachowania niepożądane.
- Naprzemienne wymaganie od dziecka nowych zachowań, czyli umiejętności do przyswojenia i do utrwalenia. Naprzemienność zadań trudniejszych i łatwiejszych również pozytywnie wpływa na motywację i obniża poziom frustracji. Pomaga także w korygowaniu już wyuczonych umiejętności przy jednoczesnym podtrzymywaniu ich.

- Wzmocnienia mające bezpośredni związek z reakcją dziecka na jego zachowanie. Wzmocnienie wynika z początkowego wyboru dziecka i następuje natychmiast po zachowaniu pożądanym.
- Zabawy naprzemiennie. Należy tak równoważyć interakcję, aby każdy biorący w niej udział miał możliwość prowadzenia i podążania, a zatem dzielenia się kontrolą nad nią. Naprzemiennność sprawia, że aktywność staje się społeczna, co daje dorosłemu dostęp do uwagi dziecka, możliwość modelowania zachowań i sposobność do aktywizowania nowych funkcji komunikacyjnych, gdy następuje kolej dziecka w zabawie. Natomiast dziecku stwarza to możliwość do wyrażania próśb, do naśladowania, a także do obserwowania, jak dorosły odzwierciedla jego działania.
- Polecenia i bodźce poprzedzające powinny być przekazywane w zrozumiałym sposobie. Dorosły musi zdobyć uwagę dziecka i mieć pewność, że bodziec poprzedzający jest odpowiedni dla danego zadania i że wystąpi, zanim pewne zachowanie będzie wymagane od dziecka.
- Dawać dziecku wybór, podążać za dzieckiem. Dorosły buduje motywację dziecka, wykorzystując jego wybory jako możliwości do ćwiczenia zaplanowanych zachowań. Dodatkowo korzysta z siły danego wzmocnienia, dlatego ma możliwość wzmacniania zachowań spontanicznych, zainicjowanych przez dziecko (Rogers, Dawson, 2015, s. 23–24).

Pozostałe metody nauczania w ESDM pochodzą z modelu Denver. Koncentrują się one na emocjonalnych i relacyjnych aspektach pracy terapeuty z dzieckiem, na rozwijaniu umiejętności zabawy i na wykorzystaniu zasad dotyczących wspierania rozwoju mowy opartych na teorii komunikacji. Są to:

- Modulacja i optymalizacja przez dorosłych stanu emocjonalnego, pobudzenia i uwagi dziecka. Terapeuta umiejętnie moduluje emocje i pobudzenie u dziecka przez wybór aktywności, ton głosu i własny udział w aktywności tak, aby umożliwić dziecku jak najpełniejsze uczestnictwo w procesie uczenia się.
- Wykorzystanie pozytywnych emocji przez dorosłego. Osoba dorosła okazuje w trakcie zajęć wyraźne, szczerze i naturalne pozytywne emocje, które znajdują odbicie w pozytywnym stanie emocjonalnym u dziecka.
- Naprzemiennność i zaangażowanie pary dorosły – dziecko obecne od początku do końca zajęć. Dziecko jest zaangażowane, kiedy nadchodzi kolej dorosłego, podaje zabawki, obserwuje go, zdaje sobie sprawę z działań i ról obu partnerów.
- Dorosły jest wyczulony i żywo reaguje na sygnały komunikacyjne dziecka. Dorosły dostraja się do stanów, motywacji i uczuć dziecka. Wrażliwy

i reagujący dorosły dobrze odczytuje i przyjmuje jego sygnały komunikacyjne, werbalne lub wyrażone za pomocą gestów, werbalizując lub odpowiednio zmieniając swoje zachowanie w zależności od komunikatu ze strony dziecka tak, aby zostało ono „usłyszane”.

- Liczne i różnorodne sposobności do komunikacji. Dorosły tworzy różnorodne sposobności do komunikacji przez włączenie kilku różnych funkcji komunikacyjnych podczas każdej aktywności, zgodnie z celami terapii dziecka.
- Rozbudowywanie aktywności. Terapeuta zachęca do prowadzenia aktywności i korzystania z materiałów w sposób elastyczny i rozbudowany, przez stosowanie różnorodnych materiałów i pomocy, zróżnicowanych schematów, tematyki, wariacji i/lub narracyjnej oprawy.
- Poziom językowy dorosłego jest stale dopasowywany, rozwojowo i pragmatycznie, do werbalnych i niewerbalnych zamierzeń oraz możliwości komunikacyjnych dziecka. Dorosły stosuje zasadę „jednego słowa więcej” (czyli średnio długość wypowiedzi dorosłego jest w przybliżeniu dłuższa od wypowiedzi dziecka o jedno słowo).
- Skuteczne zarządzanie przejściami pomiędzy aktywnościami. Dorosły wspiera przeniesienie uwagi dziecka przez zamknięcie jednej aktywności i zaproponowanie następnej tak, że zainteresowanie dziecka płynnie przesuwa się z jednej aktywności na drugą z minimalnym przestojem (Rogers, Dawson, 2015, s. 25–26).

OCENA UMIEJĘTNOŚCI DZIECKA Z AUTYZMEM NA PODSTAWIE ESDM

Do oceny umiejętności dziecka w badanych sferach rozwoju posłużono się kartą obserwacyjną ESDM, która jest narzędziem wykorzystywanym w modelu The Early Start Denver Model.

Karta obserwacyjna ESDM jest narzędziem odnoszącym się do kryteriów rozwojowych, określającym sekwencje rozwojowe w wielu obszarach: komunikacji odbiorczej, komunikacji nadawczej, umiejętności społecznych, umiejętności zabawy, rozwoju poznawczym, małej i dużej motoryce i w zakresie zachowań adaptacyjnych. Karta oparta jest na czterech poziomach umiejętności, odpowiadających okresom: 12–18 miesięcy, 18–24 miesięcy, 24–36 miesięcy, 36–48 miesięcy (Rogers, Dawson, 2015, s. 63).

Charakterystyka badanego dziecka z autyzmem

Natalia to pięcioletnia dziewczynka, u której zdiagnozowano autyzm dziecięcy. Do ósmego miesiąca dziewczynka rozwijała się prawidłowo. Mając sześć miesięcy sama siadała, w wieku ośmiu miesięcy raczkowała, a mając 13 miesięcy – sama chodziła. W dziewiątym miesiącu rodzice zaobserwowali brak reakcji na własne imię oraz brak kontaktu wzrokowego. Również nie pojawił się gest wskazywania palcem. W wieku niespełna dwóch lat Natalia dostała diagnozę autyzmu dziecięcego. Od tamtej pory dziewczynka jest pod opieką specjalistów (logopeda, psycholog, pedagog, psychiatra) oraz uczestniczy w intensywnej terapii: logopedycznej, integracji sensorycznej, logorytmice, hipoterapii, treningu słuchowym, terapii ręki.

Z obserwacji klinicznej dziewczynki przekazanej przez rodziców wynika, iż Natalia ma zaburzenia integracji zmysłów w zakresie odbioru bodźców proprioceptywnych (czucie głębokie), przedsińkowych (związanych w ruchem) oraz sensorycznych (zaburzenia modulacji). Celem terapii jest unormowanie pracy systemu nerwowego w zakresie integracji wszystkich zmysłów.

W chwili obecnej dziewczynka w dalszym ciągu ma kłopoty z kontaktem wzrokowym, jej twarz tylko w niewielkim stopniu odzwierciedla bieżący stan emocjonalny, gestykulacja jest uboga i niezbyt pomocna w kontaktach społecznych. Natalia ma problem z wejściem w związki rówieśnicze. Ma lepszy kontakt z dorosłymi, ale najczęściej stroną inicjującą i podtrzymującą kontakt jest dorosły. W relacjach emocjonalnych można zauważyć pewien stopień odwzajemniania uczuć: dziewczynka jest wesoła, gdy może robić coś atrakcyjnego dla siebie i innych (również we współpracy z innymi) lub gdy dostaje prezent. Występuje również pozytywna reakcja (uśmiech), gdy odnosi sukces i jest chwalona. Jednak większe pobudzenie emocjonalne dezorganizuje jej i tak niewielkie umiejętności społeczne i komunikacyjne.

W zakresie umiejętności posługiwania się mową widoczne jest bardzo duże opóźnienie. Natomiast w słowniku biernym dziewczynki znajduje się dużo słów. Do komunikowania się Natalia przeważnie używa jednowyrazowych prośb/poleczeń, czasem dwuwyrazowych zdań, bądź w przypadku całkowitego niezrozumienia ze strony partnera posługuje się jego ręką.

CELAMI NINIEJSZEGO ARTYKUŁU SĄ:

1. Przedstawienie umiejętności społecznych i adaptacyjnych, komunikacji, umiejętności poznawczych i zabawy, a także rozwoju motoryki małej i dużej u badanego dziecka.

2. Scharakteryzowanie reakcji językowych w sytuacji badawczej.
3. Wskazanie nadmiarów i deficytów behawioralnych¹ dziecka.

WYNIKI BADAŃ

Mocną stroną dziewczynki są zdobyte umiejętności z zakresu motoryki małej i dużej. Ma motywację do działań na różnych przedmiotach oraz chętnie naśladuje partnera zabawy. Dziewczynka reaguje na swoje imię poprzez odwrócenie się w stronę wołającego i popatrzenie na niego przez 1–2 sekundy. Problemem jest wykorzystanie kontaktu wzrokowego w relacjach z drugą osobą. Natalia większe zainteresowanie wykazuje przedmiotem lub wykonywanym zadaniem niż osobami z otoczenia. Woli bawić się sama, jednak zaproszona do zabawy nie protestuje i bierze czynny udział. W wymowie dziewczynki występuje wiele słów, których używa adekwatnie do sytuacji, patrzy w kierunku źródeł dźwięków i głosów. Stale reaguje na polecenia „Usiądź” z podpowiedzią i bez. Podaje przedmioty na słowną prośbę. Dziewczynka sygnalizuje potrzebę pomocy, odmawia, odpychając przedmiot lub werbalizując „Nie, nie chcę”. Nie korzysta z gestów konwencjonalnych w konsekwentny sposób dla żadnej z funkcji pragmatycznych oraz wydaje się nie rozumieć niektórych gestów komunikacyjnych innych osób.

W zakresie umiejętności społecznych zwraca uwagę na inną osobę przez chwilowy kontakt wzrokowy, reaguje na przywitania i pożegnania. Chętnie naśladuje nowe działania związane z obiektami, naśladuje ruchy ust i wokalizacje. Ma problem z naprzemiennością działań w zabawie, z wyrażaniem swoich emocji, a także z określeniem ich u innych.

Umiejętności samoobsługi, takie jak: ubieranie się, pielęgnacja i obowiązki domowe, u Natalii rozwijają się dobrze. Chociaż należy popracować nad poczuciem zagrożeń na ulicach i parkingach.

W artykule przy pomocy narzędzia ESDM przedstawiono zarys indywidualnego programu rewalidacji badanej dziewczynki. Program dostosowano do indywidualnych potrzeb rozwojowych, edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych dziecka, z zaznaczeniem jego słabych i mocnych stron.

¹ Nadmiary behawioralne są to takie zachowania, które utrudniają dziecku rozwój i funkcjonowanie, np.: nieprawidłowo utrwalone wzorce zachowań, stereotypie. Natomiast deficyty behawioralne to umiejętności, których dziecko nie posiada, a z perspektywy neurotypowego rozwoju powinno je opanować.

OCENA FUNKCJONOWANIA DZIEWCZYNKI NA PODSTAWIE BADAŃ I OBSERWACJI WYNIKAJĄCYCH ZE STRUKTURY ESDM

Karta obserwacyjna ESDM jest narzędziem wykorzystywanym w modelu Early Start Denver Model na potrzeby opracowania celów terapeutycznych. Postępy dziecka powinny być oceniane przy użyciu karty co dwanaście tygodni, podczas zabawy z dzieckiem, podobnie jak prowadzone są zajęcia terapeutyczne ESDM (Rogers, Dawson, 2014).

Komunikacja odbiorcza

Mocne strony dziecka:

- Dziewczynka reaguje na polecenia dwuelementowe typu „daj kubek i talerz”, „weź książkę i połóż się do łóżka”.
- Uważnie słucha krótkich bajek i rozumie część historii.
- Identyfikuje cechy przedmiotów.

Słabe strony dziecka:

- Duże problemy semantyczne głównie w rozumieniu zaimków, zależności przestrzennych, zależności czasowych.
- W niewielkim stopniu występuje komunikacja niewerbalna.
- Słabe rozumienie pojęć dotyczących ilości.

Komunikacja nadawcza

Mocne strony dziecka:

- Używa nazw kategorii znanych sobie przedmiotów.
- W odpowiedzi na pytania opisuje funkcję przedmiotów, np.: do czego służy łyżka?
- Używa liczby mnogiej.
- Opisuje cechy przedmiotów.

Słabe strony dziecka:

- Nie używa wypowiedzi dłuższych niż jedno- lub dwuwyrzutowych.
- Nie uczestniczy w rozmowie zainicjowanej przez dorosłego.
- Odpowiada tylko na proste pytania o rozstrzygnięcie.

Umiejętności społeczne

Mocne strony dziecka:

- Odwzajemnia okazywane emocje: przytula, całuje znane sobie osoby.
- Używa gestów na powitanie i pożegnanie, uzupełniając słowami: „cześć” lub „papa”; macha ręką naśladując dorosłego.

- Tańczy z inną osobą podczas zabaw.
- Zwraca na siebie uwagę partnera komunikacyjnego, inicjując zabawę lub aktywność społeczną. Jednak w większości przypadków rozpoczynają je osoby dorosłe.

Słabe strony dziecka:

- Słaby kontakt wzrokowy.
- Bardzo rzadko odpowiada na proste polecenia/prośby rówieśników.
- Brak chęci uczestnictwa w grach naprzemiennych z partnerem.
- Nie uczestniczy w zabawach obejmujących skrypty werbalne, np.: zabawa w dom.
- Ma duży problem z identyfikacją stanów emocjonalnych na zdjęciach i u innych osób.
- Nie potrafi we właściwy sposób wyrazić swoich uczuć.
- Widoczny jest brak reakcji na kontakty społeczne, próby nawiązywania relacji interpersonalnych.

Umiejętności poznawcze**Mocne strony dziecka:**

- Rozpoznaje cyfry i litery.
- Odczytuje znaki i symbole, potrafi przeczytać kilka słów.
- Liczy przedmioty do 10.
- Posługuje się przeciwieństwami.
- Identyfikuje 3 lub więcej ukrytych przedmiotów.
- Kategoryzuje przedmioty/obrazki na 8 klas.

Słabe strony dziecka:

- Występują trudności z prawidłowym ułożeniem historyjek przyczynowo-skutkowych.
- Problemy z określaniem relacji przestrzennych.
- Krótka koncentracja uwagi.
- Widoczne stereotypie oraz echolalie.

Zabawa**Mocne strony dziecka:**

- Podczas zabaw figurkami potrafi udawać, że wykonują one różne czynności.
- Łączy przedmioty powiązane ze sobą funkcjonalnie.
- Podczas zabawy zabawkami konstrukcyjnymi rozwiązuje problemy metodą prób i błędów.
- Próbuje wzorować się na przykładzie partnera zabawy.

Słabe strony dziecka:

- Problem z odgrywaniem w zabawie scenek z życia.
- Nie potrafi kierować partnerem zabawy.
- Nie potrafi wejść w rolę w zabawie „na niby”.

Motoryka mała**Mocne strony dziecka:**

- Wykonuje trzystopniowe projekty plastyczne: wycina, koloruje, przykleja.
- Z pamięci pisze proste wyrazy.
- Podczas prac plastycznych korzysta z: pędzla, flamastrów, gumek, ołówka.
- Łączy kropki różnymi przyborami.

Słabe strony dziecka:

- Niedokładnie koloruje obrazki, wychodzi poza linię.
- Zdarza się, że nieprawidłowo trzyma przybory do pisania.

Motoryka duża**Mocne strony dziecka:**

- Samodzielnie korzysta ze wszystkich sprzętów na placu zabaw.
- Kopie piłkę w biegu.
- Bez spadania chodzi po równoważni, murku, krawężniku.

Słabe strony dziecka:

- Podczas jazdy na rowerze nie jest w stanie zapanować nad prędkością i późniejszym hamowaniem. Ze względu na słabą uwagę nie bierze udziału w grach z rówieśnikami, np. łapaniu piłki.

Samodzielność**Mocne strony dziecka:**

- Samodzielnie korzysta z toalety na wszystkich etapach.
- Samodzielnie potrafi się umyć.
- Pomaga nakryć do stołu, potem posprzątać.
- Nalewa picie z dzbanka do szklanki.
- Przygotowuje samodzielnie przekąski, np.: płatki z mlekiem czy kanapki.

Słabe strony dziecka:

- Problemy z zapinaniem małych guzików.
- Nie potrafi dokładnie wydymuchać noska.
- Nie zatrzymuje się przy ulicy.

Cele terapeutyczne wynikające z przeprowadzonych badań:

- Dalsze rozwijanie umiejętności naśladowania, rozumienia mowy i wykonywania złożonych poleceń.
- Kształtowanie prawidłowych relacji społecznych, nawiązywania kontaktu wzrokowego.
- Rozwijanie percepcji słuchowej: odbieranie, różnicowanie i porównywanie dźwięków, kojarzenie dźwięków z instrumentami, przedmiotami z otoczenia.
- Usprawnianie funkcjonowania społecznego – mianowicie należy wykorzystywać naturalne okoliczności życiowe w celu modelowania danych zachowań w różnych sytuacjach społecznych oraz sposobów wyrażania emocji.
- Kształtowanie kompetencji społecznych i komunikacyjnych umożliwiających funkcjonowanie w grupie i w relacji z dorosłymi (Rogers, Dawson, 2014).

PODSUMOWANIE I WNIOSKI

Celem diagnozy było sprawdzenie umiejętności społecznych, adaptacyjnych, komunikacyjnych, umiejętności poznawczych i zabawy, a także rozwoju motoryki małej i dużej. Na podstawie wyników można stwierdzić, że rozwój dziewczynki jest nieharmonijny, największe problemy występują w funkcjonowaniu społecznym i komunikacyjnym. Ze względu na słaby kontakt wzrokowy i dużą nadwrażliwość słuchową nie jest w stanie dołączyć do grupy dzieci, jest bierna społecznie. Umiejętności poznawcze oraz zabawa wypadają nieco wyżej, jednakże nadal poniżej normy. U Natalii najlepiej przebiega rozwój motoryki małej i dużej. Dziewczynka jest sprawna fizycznie i bardzo lubi różnego rodzaju aktywności.

Poziom komunikacji nadawczej w stosunku do komunikacji odbiorczej w pierwszych dwóch poziomach rozwoju wypada podobnie. Natomiast na następnych poziomach widać dużo niższy poziom komunikacji nadawczej.

Według badań przeprowadzonych przez L. Wing Natalia należy do grupy dzieci, które cechuje bierność (Frith, 2008; Lipski, 2014–2015, 2015). Dzieci te nie nawiązują spontanicznie kontaktów z innymi, chyba że w sytuacjach, które służą zaspokojeniu ich potrzeb. Jednakże akceptują próby nawiązania go przez inne osoby. Można je również zachęcić do udziału we wspólnej aktywności (Bobkiewicz-Lewartowska 2005). W sytuacjach gdzie Natalka czuje się bezpiecznie, można usłyszeć od niej więcej słów, krótkich zdań. Jednakże wśród większej liczby osób, które znajdują się w pobliżu, dziewczynka jest dużo bardziej wycofana, zamknięta w sobie.

Autyzm to zaburzenie charakteryzujące się deficytami w funkcjonowaniu społecznym, emocjonalnym. Rozpiętość poziomu funkcjonowania osób z autyzmem dotyczy wszystkich sfer, a deficyty behawioralne różnią się między sobą zarówno pod względem jakościowym, jak i ilościowym. Można wyróżnić nadmiary behawioralne, są to takie zachowania, które utrudniają dziecku rozwój i funkcjonowanie, np.: nieprawidłowo utrwalone wzorce zachowań, stereotypie. Natomiast deficyty behawioralne to umiejętności, których dziecko nie posiada, a z perspektywy neurotypowego rozwoju powinno je opanować.

Nadmiary behawioralne ujawniają się w:

- nieadekwatnej reakcji do bodźca, która może wynikać z zaburzonej reaktywności zmysłów,
- nadwrażliwości zmysłowej,
- zachowań stereotypowych.

Natomiast charakterystycznym deficytem w zakresie funkcjonowania społecznego jest:

- zaburzony kontakt wzrokowy,
- brak naprzemiennej zabawy,
- zaburzony rozwój mowy (Barbera, 2017).

Model ESDM bazuje na podejściu relacyjnym, pozytywnym wzmocnieniu zachowań, współdzieleniu zainteresowań dziecka przedmiotami i aktywnościami z życia codziennego. Techniki stosowane w ESDM aktywują zachowania społeczne i komunikacyjne dziecka (zarówno werbalne, jak i niewerbalne), odnosząc się przez cały czas do norm rozwojowych danych zachowań. Dzięki temu, że przebieg terapii jest na bieżąco monitorowany, terapeuci mają możliwość modyfikacji programu terapeutycznego w miarę postępów dziecka. W przebiegu terapii ważne jest zaangażowanie rodziców, które jest niezbędne do tego, aby dziecko potrafiło zastosować umiejętności zdobyte na zajęciach w życiu codziennym (Rogers, Dawson, 2014). Ze względu na ograniczoną objętość artykułu opis i zastosowanie narzędzia ESDM ma charakter przekrojowy.

ZAKOŃCZENIE

Autyzm to poważne zaburzenie rozwojowe, które prawdopodobnie spowodowane jest przez uszkodzenie centralnego układu nerwowego (CUN). Niestety nie ma jednego skutecznego podejścia w przypadku wszystkich osób z autyzmem. W terapii należy dążyć do określenia tych elementów różnych podejść terapeutycznych, które mogą być korzystne w opracowaniu racjonalnego programu pra-

cy z konkretnym dzieckiem o konkretnych potrzebach. Wczesna, intensywna i dobrze zaplanowana interwencja ma ogromne znaczenie w późniejszym funkcjonowaniu dzieci z autyzmem.

Niestety, wciąż niewiele wiemy o mechanizmie powstania autyzmu, jednak rośnie świadomość tego zaburzenia w społeczeństwie oraz wciąż otwierają się nowe ośrodki, fundacje, które niosą pomoc osobom z autyzmem.

BIBLIOGRAFIA

- Bobkowicz-Lewartowska L., 2005, *Autyzm dziecięcy, zagadnienia diagnozy i terapii*, Kraków.
- Barbera M.L., 2017, *Metoda zachowań werbalnych. Jak uczyć dzieci z autyzmem i innymi zaburzeniami rozwojowymi*, Warszawa.
- DSM-5, 2018, *Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM-5*, Wrocław.
- Frith U., 2008, *Autyzm wyjaśnienie tajemnicy*, Gdańsk.
- Lipski W., 2014–2015, *O potrzebie różnicowania osób z autyzmem i wpływie typologii autyzmu na terapię logopedyczną*, „Logopedia”, t. 43/44, s. 347–365.
- Lipski W., 2015, *Standard postępowania logopedycznego w przypadku autyzmu*, [w:] *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*, red. S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak, Lublin, s. 461–516.
- Pisula E., Danielewicz D., red., 2003, *Terapia i edukacja osób z autyzmem. Wybrane zagadnienia*, Warszawa.
- Pisula E., 2000, *Autyzm i dzieci, diagnoza klasyfikacja etiologia*, Warszawa.
- Pisula E., 2018, *Autyzm przyczyny symptomy terapia*, Gdańsk.
- Rogers S., Dawson D., Vismara L., 2014, *Metoda wczesnego startu dla dziecka z autyzmem (ESDM). Jak wykorzystywać codzienne aktywności, aby pomóc dzieciom tworzyć więzi, komunikować się i uczyć*, Kraków.
- Rogers S., Dawson D., Vismara L., 2015, *Metoda wczesnego startu dla dziecka z autyzmem (ESDM)*, Kraków.