

Diagnoza autyzmu

Ewa Pisula

Uniwersytet Warszawski

Wydział Psychologii

Przebieg procesu diagnostycznego

1. Zespół przeprowadzający diagnozę

2. Wybrane metody diagnostyczne

1. Wywiad z rodzicami

2. Obserwacja:

- podczas swobodnej zabawy;
- w kontakcie z najbliższymi osobami;
- w relacjach z rówieśnikami (np. w grupie przedszkolnej);
- podczas nawiązywania kontaktu przez diagnostę;
- w środowisku naturalnym (lub na podstawie mat. video).

Skale obserwacji

1. **Skala Ocen Autyzmu Dziecięcego** (*Childhood Autism Rating Scale* – CARS) (Schopler, Reichler, Renner, 1988).

Do oceny zachowania dzieci **od urodzenia do 16 r.ż.** (użyteczność większa w przypadku dzieci **powyżej 2 r.ż.**).

Obejmuje 15 obszarów (m.in. relacje z ludźmi, naśladowanie, adaptację do zmiany i komunikację niewerbalną). **Obserwator ocenia zachowanie dziecka na 4-stopniowej skali**, określającej stopień ciężkości zaburzeń w danym obszarze.

Informacje mogą pochodzić z bezpośredniej obserwacji, od rodziców albo innych osób dobrze znających dziecko.

Wynik interpretowany jest w kategoriach: **brak autyzmu, lekkie / umiarkowane lub znaczne natężenie autyzmu.**

Przydatność CARS jest największa, gdy używa się jej do oceny zachowania osób o **umiarkowanym natężeniu autyzmu.**

Ograniczone możliwości efektywnego wykorzystania CARS do analizy zachowań dzieci:

- poniżej drugiego roku życia,
- starszych, które nie mówią,
- o wieku umysłowym poniżej 18 miesięcy (DiLavore, Lord, Rutter, 1995).

Ocena potrzeb edukacyjnych dzieci z autyzmem

Profil Psychoedukacyjny w wersji poprawionej (PEP-R)

(Schopler i in., 1995)

Składa się z dwóch części: **skali rozwoju** oraz **skali zachowań**.

Skala rozwoju - pomiar umiejętności dziecka w następujących obszarach:

1. **Naśladowanie** – 16 zadań dotyczących naśladowania dźwięków i gestów (np. naśladowanie sposobu użycia przedmiotów, machanie na pożegnanie).
2. **Percepcja** – 13 zadań badających percepcję słuchową i wzrokową (np. kierowanie wzroku w stronę dzwonka, rozpoznawanie otworów według wielkości).

3. **Motoryka mała** – 16 zadań dot. ruchów precyzyjnych (np. chwytanie dwoma palcami, cięcie nożyczkami).
4. **Motoryka duża** – 18 zadań dot. zdolności motorycznych (np. wchodzenia po schodach, łapania piłki).
5. **Koordynacja wzrokowo-ruchowa** – 15 zadań badających podstawowe zdolności niezbędne do rysowania i pisania (np. wodzenie po śladzie, wkładanie klocka do pudełka).
6. **Czynności poznawcze** – 26 zadań z zakresu różnych czynności poznawczych (np. rozpoznawanie kolorów, rozumienie poleceń, rozpoznawanie zastosowania przedmiotów).
7. **Komunikacja, mowa czynna** – 27 zadań badających umiejętność liczenia, powtarzania zdań, czytania.

1. Zalety PEP-R:

- zadania dostosowane do możliwości i zainteresowań dzieci z autyzmem,
- możliwość wykorzystania do monitorowania postępów,
- uwzględnienie strefy najbliższego rozwoju (wynik „obiecujący”),
- względna łatwość użycia dla badającego.

2. Wady:

- brak przejrzystości treściowej (np. w skali „Komunikacja / mowa czynna” znajdują się próby badające przede wszystkim pamięć);
- wiele zadań wymagających rozumienia mowy – ograniczona przydatność do badania małych dzieci, zwłaszcza jeśli zaburzenia są u nich bardzo nasilone.

Przekazywanie diagnozy rodzicom

Charakterystyka sytuacji:

- 1. Diagnoza formułowana późno** – oczekiwania rodziców, znajomość dziecka, więź; zagubienie, narastający lęk, niepewność.
- 2. Zaburzony bardzo ważny dla rodziców aspekt relacji z dzieckiem - kontakt emocjonalny.**
- 3. Niewiedza rodziców** (Nissenbaum i in. (2002): większość rodziców dzieci, u których autyzm zdiagnozowano w wieku 3–5 lat, nigdy wcześniej nie słyszała o tym zaburzeniu)

Przekazywanie diagnozy – sytuacja trudna dla specjalisty:

1. Podczas przekazywania diagnozy profesjonaliści przejawiają wiele **emocjonalnych i fizjologicznych wskaźników stresu** (negatywne emocje - smutek, przygnębienie, zbieranie się na płacz; zdenerwowanie; przyspieszenie rytmu serca; zwiększone pragnienie; ból głowy i uczucie zmęczenia).

2. Specjaliści często **odczuwają wątpliwości związane z diagnozą.**

3. Nie są pewni reakcji rodziców, **obawiają się jej.** Unikają kontaktu wzrokowego (Nissenbaum, Tollefson i Reese, 2002).

Odmiennność perspektywy rodziców i profesjonalistów

Różnice dotyczą spostrzegania szans rozwojowych dziecka z autyzmem (Nissenbaum, Tollefson, Reese, 2002):

- rodzice są nastawieni bardziej optymistycznie i poszukują pozytywnych informacji;
- specjaliści koncentrują się na negatywnym wpływie autyzmu na dalsze życie dziecka i ograniczeniach z nim związanych;
- większość rodziców odbiera pierwsze informacje uzyskane od specjalistów jako bardzo złe i czuje się nimi zdruzgotana.

Diagnoza różnicowa

Autyzm a inne całościowe zaburzenia rozwoju

Jednostka kliniczna	Zaburzenia rozwoju społecznego	Zaburzenia komunikacji	Sztywne wzorce zachowania, zainteresowań i aktywności	Regres w funkcjonowaniu	Niepełnosprawność intelektualna
Zaburzenie autystyczne	tak	tak	tak	tak / nie	tak / nie
Zaburzenie Aspergera	tak	tak	tak	nie	nie
Dziecięce zaburzenie dezintegracyjne	tak	tak	tak	tak	tak
Zaburzenie Retta	tak	tak	tak	tak	tak

Zespół Aspergera:

- **jakościowe zaburzenia zdolności uczestniczenia w interakcjach społecznych;**
- **ograniczone i sztywne wzorce zachowania, zainteresowań i aktywności (APA, 1994).**

Brak zaburzeń:

- **prawidłowy rozwój mowy (słowa - 2 lata, zdania - 3 lata)**
- **brak opóźnień w rozwoju poznawczym**
- **rozwinięte zdolności samoobsługowe**
- **zainteresowanie środowiskiem (oprócz interakcji społecznych)**

Trudności związane z pójściem dziecka z ZA do szkoły:

- **nie rozumie norm społecznych regulujących życie w klasie**
- **nie potrafi bawić się z innymi dziećmi i co innego je interesuje**
- **cierpi z powodu przestymulowania nadmiarem bodźców
w zwykłych sytuacjach szkolnych**
- **ma trudności we współpracy z innymi.**

Inne trudności szkolne:

- **zróżnicowanypoziom rozwoju poszczególnych zdolności**
- **trudności z rozumieniem informacji werbalnych – zaburzone przetwarzanie bodźców słuchowych**
- **trudności w cichym czytaniu, pisaniu odręcznym oraz literowaniu**
- **trudności z koncentracją uwagi (distraktory w środowisku szkolnym)**

- **problemy z korzystaniem z informacji przekazywanych całej grupie łącznie,**
- **organizowanie w całość informacji i porządkowanie własnej aktywności.**

Różnicowanie

Rozwój mowy

H. Asperger: brak opóźnienia

**Badania Wing (1981) i Gillberga (1989): u dużej grupy osób z ZA
rozwój mowy znacznie opóźniony**

**Wing: niektóre osoby w dzieciństwie spełniają kryteria autyzmu,
a kilka lat później przystają do opisu Hansa Aspergera.**

Rozwój poznawczy

H. Asperger: wybitna inteligencja; szczególne talenty i umiejętności, np. niezwykle zasób słów.

Badania późniejsze: ogólny poziom inteligencji najczęściej w normie - dobra pamięć, zdolności rozumowania i uogólniania rozwinięte gorzej.

Profil zdolności intelektualnych – u osób z autyzmem lepiej rozwinięte zdolności niewerbalne niż werbalne. U osób z ZA – brak dysproporcji.

Inne różnice:

Specyficzne cechy rozwoju motorycznego osób z zespołem

Aspergera: „niezgrabność” w ruchach

Większe nasilenie problemów emocjonalnych i problemów w zachowaniu u osób z ZA

Brak różnic w zdolnościach wzrokowo-przestrzennych, historii życia, deficytach w zakresie teorii umysłu i innych deficytach poznawczych, a także ograniczonych, stereotypowych wzorcach zachowania

Podobieństwo wzrasta w okresie dorastania

Różnicowanie autyzmu i opóźnienia rozwoju umysłowego u małych dzieci

(wg Vig, Jedrysek, 1999):

1. Powtarzanie dźwięków, które nie służy komunikowaniu się

Problem częstszy u dzieci z autyzmem z ilorazem poniżej 70 pkt niż u dzieci z opóźnieniem rozwoju umysłowego o podobnym I.I.

2. Zabawa symboliczna, zabawa na niby

Brak zdolności (lub bardzo ograniczone zdolności w tym zakresie u dzieci z autyzmem

3. Zaburzenia zdolności uczestniczenia w interakcjach społecznych – dopasowanie, współpraca podczas zabawy

4. Naśladowanie

Znacznie bardziej zaburzone, zarówno w zakresie naśladowania gestów, jak i wokalizacji, u dzieci z autyzmem

5. Tworzenie wspólnego pola uwagi

Zachowania takie, jak wskazywanie przedmiotów, podawanie ich, przynoszenie, wskazywanie wzrokiem i odczytywanie informacji na podstawie kierunku patrzenia innej osoby – rzadsze u dzieci z autyzmem.

6. Wykorzystanie ciała innej osoby jako narzędzia

Znacznie częstsze u 2-3-letnich dzieci z autyzmem niż u dzieci z opóźnieniem rozwoju umysłowego

7. Kontakt wzrokowy

Rzadszy u dzieci z autyzmem

8. Brak zainteresowania innymi ludźmi

Znacznie częstszy u dzieci z autyzmem

9. Brak wykorzystywania gestów w celu komunikowania się

Częściej u dzieci z autyzmem

Najmniejsze różnice dotyczą:

1. Sztywnych wzorców aktywności, zachowania i zainteresowań.

Pozostają one w związku z poziomem rozwoju umysłowego

2. Manieryzmów ruchowych, zwłaszcza trzepotania rękami i wyginania palców.

Występują u ok. 30-40% 2-3-letnich dzieci z opóźnieniem rozwoju umysłowego bez autyzmu.

Różnice między dziećmi z autyzmem a dziećmi z innymi zaburzeniami rozwoju w wieku 0-24 miesięcy

(A. Trillingsgaard i in., 2005)

I. Zainteresowanie bodźcami społecznymi i udział w interakcji:

1. Uśmiech w odpowiedzi na uśmiech innej osoby
- 2. Reakcja na imię**

Brak różnic:

1. Dostosowanie emocjonalne
2. Naprzemienne podejmowanie ról

II. Komunikacja niewerbalna, wspólne pole uwagi i naśladowanie

1. Podążanie wzrokiem we wskazywanym kierunku
2. Patrzenie na twarz, w poszukiwaniu informacji, gdy dziecko jest niepewne
3. Proszące zachowania niewerbalne

Brak różnic:

1. Naśladowanie w syt. społecznych
2. Odwoływanie się do innych osób w niejasnych sytuacjach
3. Deklaratywne wskazywanie

III. Kontakt fizyczny – brak różnic

IV. Zabawa funkcjonalna i symboliczna

1. Funkcjonalna zabawa małymi (miniaturowymi) zabawkami (z dorosłym)
2. Zabawa symboliczna

V. Komunikacja językowa

1. Wypowiedzi proszące („daj mi”)

Brak różnic – mowa deklaratywna („to jest stół”)

Autyzm a zaburzenia rozwoju mowy i języka

1. U dzieci z autyzmem znacznie bardziej nasilone problemy z:

- inicjowaniem i podtrzymywaniem kontaktu,
- komunikacją niewerbalną,
- sztywnością w zachowaniu.

2. Pomocne w różnicowaniu:

- brak gotowości do inicjowania kontaktu,
- zdolność do nawiązywania kontaktu wzrokowego,
- dążenie do zachowania niezmienności otoczenia.

Autyzm a selektywny mutyzm

Selektywny mutyzm - dziecko posługuje się mową w pewnych sytuacjach, nie wykorzystuje jej natomiast w innych.

U osób z autyzmem - zaburzenia komunikacji nie ograniczają się ani do pewnych sytuacji, ani do określonych osób.

Autyzm a głuchota

Brak rozpoznawania (rozumienia) słów i reagowania na nie - agnozja słowna; zazwyczaj połączona z brakiem mowy. Dodatkowe podobieństwo- sensoryzmy.

Osoby z głuchotą:

- podejmują próby porozumiewania się za pomocą gestów, mimiki i innych sygnałów niewerbalnych;
- okazują uczucia i reagują w sposób emocjonalny adekwatnie do sytuacji.

Autyzm a schizofrenia

1. Czas wystąpienia symptomów

2. Przebieg

3. Symptomatyka:

- omamy i halucynacje

- rozwój językowy

4. Poziom rozwoju umysłowego

5. Profil zdolności intelektualnych

6. Proporcja płci

7. Czynniki organiczne w etiologii

8. Uwarunkowania genetyczne

Charakterystyka dobrej interwencji:

1. Wczesne rozpoczynanie wspierania rozwoju

(między 18 a 40 m.ż., a jeśli to możliwe – wcześniej).

Cel: rozwijanie zdolności komunikowania się oraz zdolności do wspólnej aktywności z innymi osobami.

2. Proporcja dorosłych i dzieci umożliwiająca intensywne wspomaganie dziecka (początkowo 1:1).

Najpierw praca indywidualna, potem mała grupa – dziecko nadal jest wspomagane przez swojego terapeutę.

3. Wyraźna struktura programu, jasno sformułowane cele.

4. Ciągłość oddziaływań i ich intensywność.

5. Stosowanie rozmaitych metod, umożliwiających wszechstronne wspieranie rozwoju dziecka.

6. Prowadzenie terapii w naturalnym środowisku.

7. Rozwijanie umiejętności społecznych (interakcje, relacje).

8. Rozwijanie zdolności komunikowania się, w tym także pozawerbalnych form porozumiewania się.

9. Włączanie rodziny do pracy z dzieckiem, wspieranie rodziców i rodzeństwa.

10. Integracja z rówieśnikami.

11. Terapia i wspomaganie na przestrzeni całego życia.

12. Wykorzystywanie bodźców wzrokowych.

13. Uwzględnienie problemów sensorycznych.

14. Dostosowanie komunikatów do konkretnego i dosłownego sposobu ich rozumienia.

15. Tworzenie przewidywalnego, czytelnego i zrozumiałego dla dziecka otoczenia, minimalizującego poziom lęku.

16. Przygotowanie środowiska do współżycia z osobami o takich potrzebach, jak osoby z autyzmem.

Dziękuję za uwagę!