

Diagnoza i terapia logopedyczna dziecka z autyzmem atypowym – studium przypadku

Wprowadzenie

Zgodnie z wewnętrznymi regulacjami w resorcie oświaty kompetencje do diagnozowania i orzekania autyzmu posiadają wybrane poradnie psychologiczno-pedagogiczne, wyznaczone przez kuratorów oświaty. Do logopedów we wszystkich poradniach, nie tylko wyznaczonych do tego celu, zgłaszają się rodzice, którzy poszukując pomocy dla swoich dzieci, sygnalizują ich problemy w komunikowaniu się i relacjach z innymi. Odpowiednio wczesna kompetentna wstępna diagnoza warunkuje zaprogramowanie i rozpoczęcie terapii, zanim rozpoznanie zostanie potwierdzone przez zwykle czasochłonną diagnozę wielospecjalistyczną i dziecko otrzyma uprawnienia do pomocy psychologiczno-pedagogicznej na podstawie *Opinii o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju*. Dzięki rozpoczęciu terapii po wstępnej diagnozie logopedycznej możliwa jest wczesna stymulacja rozwoju opóźnionych funkcji, a następnie modyfikacja czy poszerzenie realizowanego programu terapii o wskazania innych specjalistów, sformułowane w finalnie opracowanej opinii.

Powyższe aspekty skłoniły mnie do analizy uwarunkowań związanych z diagnozą oraz zasadami programowania terapii dziecka z autyzmem atypowym. Celem niniejszego opracowania jest prezentacja procedury dotyczącej rozpoznania autyzmu oraz przedstawienie propozycji programu terapii logopedycznej. Podjęłam próbę opisu przykładowej diagnozy i terapii, aby potwierdzić tezę, że **u dzieci przed trzecim rokiem życia można zdiagnozować ryzyko wystąpienia autyzmu, natomiast autyzm pełnoobjawowy powinien być diagnozowany po trzecim roku życia**. Opisane studium przypadku jako metoda badawcza ma za zadanie potwierdzić powyższą tezę, w odpowiedzi na pytanie: czy u dziecka przed trzecim rokiem życia można zdiagnozować autyzm pełnoobjawowy? Wykorzystałam takie techniki badawcze, jak: rozmowa kierowana, wywiad z opiekunami dziecka, obserwacja i analiza dokumentacji. Ponadto zastosowałam próby badawcze zgodnie ze standardami

diagnozy logopedycznej – między innymi wg Monachijskiej Funkcjonalnej Diagnostyki Rozwojowej.

1. Charakterystyka zaburzeń językowych i towarzyszących im nieprawidłowości funkcjonowania w przypadku autyzmu

1.1. Definicja autyzmu w świetle obowiązujących klasyfikacji

Funkcjonujące klasyfikacje medyczne ICD-10, DSM-IV oraz aktualna DSM V bardzo ogólnie charakteryzują zachowania osób autystycznych. Zgodnie ze stosowaną w Polsce Międzynarodową Klasyfikacją Zaburzeń Psychiczych i Zaburzeń Zachowania ICD-10, autyzm zaliczany jest do grupy całościowych zaburzeń rozwojowych (F.84.0). Warunkiem postawienia diagnozy jest pojawienie się nieprawidłowości w obrębie takich zachowań, jak: relacje społeczne, komunikowanie się oraz nieprawidłowości w rozwoju funkcjonalnej lub symbolicznej zabawy już przed 3. rokiem życia dziecka. Zazwyczaj obserwowane u dziecka nieprawidłowości rozwoju mają charakter jakościowy. W komunikacji werbalnej przejawem jakościowego zaburzenia mowy jest na przykład echolalia, która nie skutkuje nawiązaniem relacji. W obszarze niewerbalnych zachowań można wyjaśnić to na przykładzie kontaktu wzrokowego. W autyzmie mówi się o tym, że dziecko nie nawiązuje kontaktu wzrokowego do regulowania swoich interakcji z innymi osobami, albo że jest to kontakt bardzo krótkotrwały i ulotny. Jest to więc różnica jakościowa, a nie ilościowa. Taka byłaby wtedy, gdyby dziecko po prostu trochę rzadziej nawiązywało kontakt wzrokowy, ale rzeczywiście wykorzystywało go do regulowania interakcji społecznych. Charakteru autyzmu nie można określić krótką definicją. Każda osoba z autyzmem ma indywidualny zespół cech, ale można wyróżnić wiele cech wspólnych dla tych osób. Poniżej prezentuję opracowane zestawienie cech wymaganych do diagnozy autyzmu i autyzmu atypowego wg ICD-10

Tabela nr 1: Zestawienie kryteriów diagnostycznych wymaganych do rozpoznania autyzmu i autyzmu atypowego w klasyfikacji ICD-10

L.p.	Kategorie wymagane do rozpoznania autyzmu	ICD-10 autyzm wczesnodziecięcy	ICD-10 autyzm atypowy
1.	Czas występowania	Przed 3. rokiem życia	Po 3 roku życia
2.	<u>Interakcje społeczne</u> (1 zakres)	zaburzone	Brak odchyień od normy w 1 lub
3.	<u>Komunikacja</u> (2 zakres)	zaburzona	2 z 3 zakresów
4.	<u>Zachowanie –</u> ograniczone, stereotypowe, powtarzające się (3 zakres)	zaburzone	wymaganych do rozpoznania autyzmu
5.	Inne objawy, np. fobie, zaburzenia snu, odżywiania, napady złości, skierowanej na siebie agresji		

Oprócz wymienionych w tabeli trzech głównych obszarów objawów w spektrum autyzmu występują także inne niepokojące zachowania. Należą do nich: fobie, zaburzenia snu, odżywiania, napady złości i skierowanej na siebie agresji. Szereg kryteriów diagnostycznych zawierają skala: CARS – Skala Oceny Autyzmu Dziecięcego E. Schoplera, R. Reichlera, B. Renner oraz Kwestionariusz do badania autyzmu w okresie poniemowłęczym CHAT autorstwa S. Barona-Cohena, J. Allena oraz Ch. Gilberga, a także Diagnostyczna Lista Kontrolna E-2 B. Rimlanda¹.

Autyzm atypowy to jedno z zaburzeń ze spektrum autyzmu należące do grupy całościowych zaburzeń rozwojowych F84, zgodnie z klasyfikacją ICD-10 przyporządkowano mu kod F84.1. Od autyzmu dziecięcego różni się albo innym momentem wystąpienia objawów u dziecka, albo niespełnieniem wszystkich trzech kryteriów diagnostycznych. Czyli objawy występują po ukończeniu przez dziecko 3. roku życia lub objawy nie są wystarczająco nasilone w jednym albo dwóch obszarach nieprawidłowości, mimo obecności pozostałych objawów charakterystycznych dla autyzmu. Mogą występować

¹ L. Bobrowicz-Lewartowska, (2005), *Autyzm dziecięcy. Zagadnienia diagnozy i terapii*, Kraków, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, s. 125.

obie te różnice (późny początek choroby i niewielka ilość objawów) lub tylko jedna z nich (np. początek choroby przed trzecim rokiem życia i wybrane objawy niepozwalające na pełną diagnozę autyzmu). Autyzm atypowy diagnozowany jest najczęściej u osób z głęboką niepełnosprawnością intelektualną, których niski poziom funkcjonowania sprawia, że nie wszystkie charakterystyczne dla autyzmu zachowania mogą się ujawnić lub u osób z ciężkim specyficznym zaburzeniem rozwojowym rozumienia mowy. Autyzm atypowy jest znacznie rzadziej diagnozowany niż autyzm dziecięcy². W praktyce poradnianej spotykamy się z diagnozami medycznymi autyzmu atypowego, dostarczonymi przez rodziców dzieci w normie intelektualnej, u których obserwowalne są cechy autyzmu, natomiast dzieci te nie spełniają kryteriów diagnostycznych dla autyzmu pełnoobjawowego.

W obu przypadkach przyczyny autyzmu i postępowanie postdiagnostyczne jest takie samo. Autyzm atypowy może towarzyszyć innym jednostkom chorobowym takim, jak atypowa psychoza dziecięca i upośledzenie umysłowe z cechami autystycznymi.

1.2. Funkcjonowanie dzieci ze spektrum autyzmu

W literaturze przedmiotu najbardziej charakterystyczne symptomy określone są w trzech obszarach nazywanych triadą zaburzeń autystycznych.

Pierwszy z nich to nieprawidłowości w przebiegu interakcji społecznych z równo z dorosłymi, jak i rówieśnikami. Przez wielu autorów zaburzenia w przebiegu socjalizacji uznawane są za najbardziej charakterystyczny objaw. W odniesieniu do dorosłych przejawiają się one poprzez brak przywiązania emocjonalnego, brak różnicowania zachowania wobec rodziców i osób obcych oraz unikaniu kontaktu wzrokowego i fizycznego, choć jak podaje J. Cieszyńska, stereotypem jest stwierdzenie, że dzieci autystyczne się nie przytulają³. W relacjach z rówieśnikami dzieci autystyczne nie mają potrzeby nawiązywania kontaktu, często bawią się same. Nie umieją odczytywać i interpretować znaczenia zachowań innych osób. Ze względu na poziom i jakość

² Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, praca zbiorowa, t. 1, (1998), Warszawa, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Versalius”, s. 354.

³ J. Cieszyńska, *Standard postępowania logopedycznego w przypadku autyzmu wczesnodziecięcego*, Logopedia, z. 37, 2008: *Standardy Postępowania logopedycznego*, Lublin, Polskie Towarzystwo Logopedyczne, s. 99.

kontaktów społecznych Lorna Wing i Judith Gould⁴ wyodrębniły trzy grupy dzieci autystycznych:

- The Aloof Group – dzieci wycofane, aktywnie unikające kontaktu z innymi, nie reagują na zniknięcie rodzica, nie okazują żadnych potrzeb o charakterze społecznym, często nie mówią i nie nawiązują kontaktu wzrokowego, ich zabawa jest stereotypowa i schematyczna;
- The Passive Group – dzieci biernie w kontaktach społecznych, akceptują je, ale nie poszukują i nie inicjują ich spontanicznie, kontakt z innymi ma charakter wyuczony, rutynowy, posługują się mową, wykonują polecenia, odpowiadają na pytania, ich zabawa jest schematyczna, zdarza się, że uczestniczą biernie we wspólnych zabawach z grupą;
- The Active – but – Odd Group – dzieci, które aktywnie i spontanicznie próbują nawiązać kontakt z rówieśnikami i dorosłymi, ale robią to zwykle w sposób specyficzny i mało skuteczny, jednostronny oraz zdominowany przez siebie.

Kryteria diagnostyczne podają zróżnicowane nieprawidłowości w rozwoju komunikacji towarzyszące zaburzeniom ze spektrum autyzmu. Wyodrębniane są deficyty ilościowe, jakościowe i deficyty w pragmatycznym użyciu języka⁵.

1. Deficyty ilościowe

- w mowie werbalnej, to:
 - całkowity brak mowy,
 - opóźnienie w rozwoju mowy,
 - mowa wyraźnie ograniczona działająca na zasadzie łańcucha: bodziec – reakcja.
- w komunikacji pozawerbalnej:
 - uboga gestykulacja,
 - ograniczona, często nieadekwatna ekspresja mimiczna,
 - niezdamny/nietaktowny język ciała.

2. Deficyty jakościowe

- echolalia: bezpośrednia – natychmiastowe powtarzanie, pośrednia – powtarzanie odroczone w czasie, łagodna lub funkcjonalna – w mowie dziecka występuje dużo słów, które odpowiadają poszczególnym sytuacjom, zainteresowaniom dziecka,

⁴ A. Lemańska, (2010), *Model pracy z uczniem z autyzmem*, w: *Podniesienie efektywności kształcenia uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi*, Warszawa, Ministerstwo Edukacji Narodowej, s. 217.

⁵ M. Konstanterias, E. Blackstock, Ch. Webster, (1992), *Autyzm*, Warszawa, Krajowe Towarzystwo Autyzmu, s. 73.

- nieprawidłowe użycie zaimków – stosowanie 3. lub 2. osoby liczby pojedynczej zamiast 1. osoby liczby pojedynczej,
 - neologizmy,
 - dosłowne rozumienie języka, trudności w odczytywaniu metafor, żartów, idiomów, przysłów,
 - nietaktowne uwagi i komentarze wobec innych osób,
 - nieprawidłowa artykulacja.
3. Deficyty w pragmatycznym użyciu języka
- niezdolność do naprzemiennego wystawiania się.
 - brak potrzeby komunikowania się z dorosłymi i rówieśnikami.
 - niezdolność do symbolicznego użycia przedmiotów.
 - słaba prozodia – brak w niej zróżnicowania tonu głosu, rytmu, melodii

Trzeci obszar dotyczy ograniczonego, sztywnego repertuaru aktywności, zachowań i zainteresowań. Wymieniane specyficzne objawy, nazywane zachowaniami rytualistycznymi, to np.: układanie przedmiotów w szereg, kolekcjonowanie rzeczy o określonym kształcie, nierozstawianie się z wybranymi przedmiotami/zabawkami – tzw. „talizmanami”, zapewniającymi poczucie bezpieczeństwa. Podejmowane zabawy mają charakter schematycznych aktywności. Kolejny objaw obejmuje szczególne zainteresowania cyframi, literami, kształtami, kolorami. Dzieci autystyczne nie akceptują zmian w swoim otoczeniu, reagują na nie wybuchami złości. Charakterystyczne są powtarzające się stereotypowe ruchy, które dotyczą najczęściej rąk i ramion. Spotyka się także: kiwanie się, kręcenie w koło, chodzenie na palcach, machanie lub uderzanie głową, wpatrywanie się w światło lub pocieranie dłońmi o strukturę materiału. Zachowania te mają charakter autostymulacji. Wśród osób autystycznych obserwowane jest występowanie zdolności tzw. wysepkowych (dotyczy 5-15% populacji osób autystycznych), np. muzycznych, arytmetycznych, zdolności w zakresie pamięci mechanicznej, percepcyjnych – układanie wieloelementowych puzzli, nauka języków obcych czy nadzwyczajna koordynacja ruchowa.

Bardzo niski procent osób z autyzmem osiąga taki poziom niezależności, który pozwalałby im na samodzielne życie. Wysiłki na rzecz wczesnego rozpoznawania zaburzeń ze spektrum autyzmu i wczesnego rozpoczynania terapii mają na celu poprawę tej sytuacji. Z badań wynika, że ważnymi predyktorami efektów terapeutycznych są: poziom rozwoju umysłowego oraz poziom rozwoju mowy⁶.

⁶ E. Pisula, D. Danielewicz (red.), (2005), *Wybrane formy terapii i rehabilitacji osób z autyzmem*, Kraków, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, s. 15.

2. Diagnoza autyzmu

2.1. Logopedyczny standard diagnozy autyzmu

Wyżej nazwany standard diagnozy został opracowany przez prof. J. Cieszyńską, która twierdzi, że medyczne klasyfikacje (ICD-10 i DSM IV) opisują i pozwalają na diagnozę zachowań autystycznych u dzieci powyżej trzeciego roku życia. Powyższe klasyfikacje zaspokajają potrzeby psychiatrów i neurologów, natomiast nie tworzono ich na użytek terapeutów. Według specjalistów ze Szkoły Krakowskiej i innych naukowych środowisk logopedycznych, podłożem obserwowanych w autyzmie jakościowych zaburzeń w kontaktach społecznych, komunikacji i wyobraźni jest deficyt języka.

W związku z obserwowanym zwiększaniem się zdiagnozowanych przypadków autyzmu istotne wydaje się odejście od klasycznego poszukiwania triady zaburzeń autystycznych na rzecz „oglądania zakłóceń rozwoju i orzekania o zagrożeniu wystąpienia zachowań ze spektrum autystycznym, tak jak to już czynimy wobec zagrożenia dysleksją. Definicja: Zagrożenie autyzmem można stwierdzić u dzieci od 4 miesiąca życia do 3 roku życia, u których zaobserwowano zaburzenia rozwoju funkcji poznawczych tzn. percepcji wzrokowej, słuchowej, czuciowej (smaku, węchu, priopriorecepcji), naśladownictwa, rozwoju komunikacji (werbalnej i niewerbalnej), zabawy, pamięci oraz rozwoju motorycznego (dużej motoryki, sprawności manualnej i prakcji oralnej)”⁷.

Ważne jest zróżnicowanie pojęć: zaburzenia rozwoju i zaburzenia rozwojowe. Pierwszy termin dotyczy nieprawidłowości strukturalnych, natomiast drugi jest synonimem opóźnienia rozwoju. Analogicznie w pierwszym przypadku terapia będzie miała na celu zmniejszenie lub eliminowanie negatywnych skutków uszkodzeń, a w drugim stymulację rozwoju opóźnionych funkcji. Zadaniem diagnozy jest opisanie zachowań, których brakuje w rozwoju dziecka, a nie wymienienie zachowań zaburzonych. W zasadach ogólnych dotyczących diagnozowania dzieci autystycznych istotne jest stwierdzenie, że diagnoza to integralna część terapii. Osoby, które nie posiadają doświadczeń terapeutycznych, nie powinny podejmować się diagnozy. Wstępna diagnoza warunkuje rozpoczęcie terapii i należy sformułować ją najpóźniej podczas drugiego spotkania z dzieckiem. Powinna zawierać opis umiejętności dziecka w sferach warunkujących uczenie się języka i reguł społecznych. Ważnym

⁷ Logopedia, z. 37, 2008: *Standardy postępowania logopedycznego*, Lublin, Polskie Towarzystwo Logopedyczne, s. 100.

jej aspektem jest ocena funkcji lewej i prawej półkuli mózgu. W zasadach szczegółowych prof. J. Cieszyńska wymienia:

1. Badanie lateralizacji funkcji.
2. Badanie umiejętności naśladowania.
3. Badanie kontaktów społecznych z osobami bliskimi i obcymi.
4. Badanie komunikacji niewerbalnej i językowej.
5. Badanie zachowań związanych z zabawą.
6. Badanie testami niewerbalnymi (testem S.O.N oraz Międzynarodową Skalą Wykonaniową Leitera).

W zakresie diagnozy rozwojowej wykorzystywane są istniejące skale do pomiaru poszczególnych, wyżej wymienionych funkcji psychicznych – poznawczych i motorycznych. Diagnoza pozytywna, czyli opisanie aktualnego rozwoju funkcji u badanego dziecka, dostarczy informacji o umiejętnościach, od jakich należy rozpocząć terapię.

2.2. Przyczyny a diagnoza wielospecjalistyczna autyzmu

Przyczyny autyzmu upatrywane są w defektach neurologicznych o nieznannej etiologii. Jak podaje prof. T. Gałkowski, zachowania społeczne oraz zdolność ich rozpoznawania zależą w dużej mierze od sieci takich struktur mózgowych, jak: brzuszno-środkowe części płata skroniowego i czołowego połączone z podwzgórzem i pniem mózgu. Jądro boczne w środkowej części płata skroniowego (element strukturalny jądra migdałowatego) charakteryzuje się wieloma połączeniami przewodzącymi bodźce z modalności wzrokowej i słuchowej, ma także udział w percepcji dźwięków mowy oraz cech intonacji, które odzwierciedlają stany emocjonalne. Ponadto dwa jądra (podstawowe i dodatkowe), które łączą się z ciałem prążkowym, są szlakiem, za pośrednictwem którego stany emocjonalne wpływają na struktury podkorowe, odpowiedzialne za działanie narządów ruchu, w tym za ekspresję mimiczne, wokalne i mowę ustną oraz postawę ciała⁸.

Do najczęściej wymienianych, potencjalnych przyczyn powstawania zaburzeń ze spektrum autyzmu należą także:

- genetyczne – uwarunkowane genem EN2 na chromosomie 7, a także innymi genami znajdującymi się na chromosomach 3, 4, 11. Odkryto 20-30

⁸ T. Gałkowski, (2005), *Zdolności porozumiewania się w autyzmie i ich wspomaganie*, [w:] red. T. Gałkowski, E. Szelaż, G. Jastrzębowska, *Podstawy neurologopedii. Podręcznik akademicki*, Opole, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, s. 737-738.

genów odpowiedzialnych za powstawanie autyzmu, kobiety posiadają ich więcej niż mężczyźni. Przekazywana jest nie tyle podatność na autyzm, ile skłonność do wystąpienia spektrum zaburzeń,

- urazy okołoporodowe – powodujące uszkodzenie pnia mózgu,
- uszkodzenia centralnego układu nerwowego,
- zaburzenia rozwojowe centralnego układu nerwowego – skrócenie pnia mózgu na granicy między mostem a rdzeniem przedłużonym (brak jądra głównego oliwki, pomniejszenie jądra nerwu twarzowego),
- toksoplazmoza,
- poważne infekcje i antybiotykoterapie w okresie niemowlęcym, zakażenie drożdżakami – kandydoza,
- alergię i osłabiona sprawność immunologiczna,
- zaburzenia metaboliczne – nietolerancja glutenu i kazeiny.

Nie ma dowodów naukowych wskazujących na związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy stosowaniem szczepionki przeciwko świnie, odrze i różyczce, a występowaniem autyzmu, poza tym nie ma naukowych dowodów na to, że zawierający rtęć Thiomersal powoduje autyzm.

Biorąc pod uwagę prawdopodobne przyczyny i objawy autyzmu, dla odpowiedzialnego logopedy konieczna jest weryfikacja postawionej hipotezy w ramach konsultacji specjalistycznych. Zatem wielospecjalistyczna diagnoza powinna obejmować badania: audiologiczne, foniatryczne, neurologiczne, genetyczne, psychologiczne, psychiatryczne, funkcjonalną diagnozę pedagoga specjalnego oraz w miarę możliwości diagnozę procesów integracji sensoryczno-motorycznych. Wiążąca jest diagnoza psychiatry lub neurologa rozwojowego. Ważne jest zatem wykluczenie: wady słuchu, wad anatomicznych w budowie aparatu mowy, wady genetycznej, schorzeń neurologicznych, innych schorzeń psychicznych. Różnicowanie powinno dotyczyć – zespołu Retta, innych zaburzeń dezintegracyjnych. Konieczne jest określenie: potencjału intelektualnego, zachowań społeczno-emocjonalnych, sposobów komunikowania się, poziomu rozwoju zabawy oraz procesów integracji sensoryczno-motorycznej.

3. Opis przypadku

3.1. Wywiad z rodzicami

Rodzice Jakuba (2,8 r.ż.) zgłosili się do poradni, w której jestem zatrudniona jako logopeda, zaniepokojeni regresem w rozwoju mowy oraz niepokojącymi

ich zachowaniami syna. Zgodnie z zaleceniami psychologa, oczekiwali objęcia syna terapią logopedyczną oraz pedagogiczną – stymulującą ogólny rozwój chłopca. Dane, które uzyskałam podczas rozmowy kierowanej oraz typowego wywiadu logopedycznego, są następujące:

Przebieg ciąży i porodu: chłopiec urodził się z ciąży pierwszej, która przebiegała bez zakłóceń. Poród odbył się siłami natury w 40. tygodniu ciąży. Jakub ważył 3130 g, w skali Apgar uzyskał 10 punktów. **Rozwój psychomotoryczny w 1. roku życia:** ząbkowanie – 11 m.ż., siadanie 6/7 m.ż., raczkowanie – krótko, chodzenie – 1 r.ż.

Rozwój mowy: występowało gaworzenie oraz pierwsze słowa pojawiły się po 1 roku życia. Jakub adekwatnie używał słów: „mama”, „tata”, wyciągając przy tym ręce do rodziców. Umiejętności te zaniknęły, według rodziców, około 2. roku życia. Chłopiec aktualnie nie porozumiewa się werbalnie, wydaje nieartykułowane dźwięki, które czasami spełniają funkcje komunikatów, ale nie są regularnie powtarzane. Nie pojawiają się także gesty, którymi Jakub mógłby kompensować brak mowy werbalnej. Dziecko używa ręki osoby dorosłej dla zaspokojenia swoich potrzeb, zachowanie to pojawiło się w wieku 18. m.ż. Nie reaguje na większość poleceń.

Zachowania niepokojące rodziców: Jakub śmieje się albo krzyczy bez wyraźnej przyczyny, bawi się uporczywie samochodami i kredkami, które układa w szeregi, zajęty zabawą, nie reaguje na próby kontaktu ze strony rodziców.

Obciążenia rodzinne: w rodzinie ojca występował opóźniony rozwój mowy – dzieci rozwijały mowę komunikatywną około 2. r.ż. **Sytuacja rodzinna:** rodzice oboje pracują, matka lat 30 posiada wykształcenie wyższe, ojciec lat 30 – średnie, dobre warunki socjalno-bytowe rodziny, Jakub nie ma rodzeństwa, od września uczęszcza do przedszkola. Nie podejmuje zabaw z innymi dziećmi, płacze. W okresie od 0,5 r.ż. do 2,5 r.ż. dzieckiem zajmowała się opiekunka.

3.2. Dane z analizy dokumentów

Podczas pierwszego spotkania matka Jakuba przedstawiła wyniki badań audiologicznych i psychologicznych przeprowadzonych dwa tygodnie wcześniej na Oddziale Klinicznym Foniatrii i Audiologii w Szpitalu Klinicznym. Wynik badania audiologicznego: Bera – UP – 20 dB, UL – 20dB, audiometria impedancyjna – krzywe tympanometryczne obustronnie typu A, odruchy

strzeżniaczkowe obustronnie zachowane, próba obrotowa – symetryczna – 16 s. Konkluzja: słuch w normie. Wynik badania psychologicznego: dziecko niespokojne, na początku badania głośno płacze, po zaaklimatyzowaniu się spełnia proste polecenia słowne. Mowa komunikatywna: głośna wokalizacja. Manipulacja: sprawność manualna, chwyt – używa prawej i lewej ręki, podejmuje czynności grafomotoryczne adekwatnie do wieku życia. Dominująca ręka – prawa. Obserwowalne są zaburzenia zachowania, wymuszanie za pomocą płaczu określonych zachowań dorosłych. Ocena rozwoju psychomotorycznego poza mową na podstawie Skali Brunet – Lezine (94.08), IR = ok.97. Podsumowanie: prawidłowy rozwój psychomotoryczny dla funkcji pozawerbalnych. U chłopca przeważają procesy pobudzania nad hamowaniem, stąd nadruchliwość i niepokój. Trudność komunikacji werbalnej z otoczeniem rzutuje na częste występowanie zaburzeń zachowania o charakterze demonstracyjnym. Dla ewentualnego potwierdzenia względnie wykluczenia autyzmu (bardziej jednak ewentualnych cech autystycznych) wskazana byłaby diagnostyka w specjalistycznym ośrodku po ukończeniu przez dziecko trzeciego roku życia. Chłopiec wymaga intensywnej rehabilitacji ogólnorozwojowej i kontrolnej oceny rozwoju psychomotorycznego – raz w roku.

4. Wyniki badań

4.1. Wstępna diagnoza logopedyczna (w.ż. 2,8 lat)

Problemem badawczym w przypadku diagnozy logopedycznej Jakuba jest stwierdzenie:

Jaki jest stan rozwoju mowy? Czy występujące zachowania mają znamiona autyzmu?

Zgodnie ze standardem zaproponowanym przez prof. Cieszyńską, w celu opracowania programu terapii zaplanowałam diagnozę w zalecanych obszarach. Na podstawie wyników badania ustaliłam:

1. Badanie lateralizacji funkcji – obserwacja w trakcie zabawy i czynności grafomotorycznych, wywiad, wybrane próby badawcze dotyczące dominacji ręki, nogi, oka i ucha, analiza wyniku badania psychologicznego. Sprawność manualna i grafomotoryczna u Jakuba jest obniżona. Rysunek jest na etapie bazgrot. Chłopiec nie ma utrwalonej dominacji ręki, oka, ucha

i nogi. Zamienia ręce, nieprawidłowy jest chwyt narzędzia pisarskiego. Ma trudności z dostosowaniem siły podczas wykonywania zabaw manualnych. Używa głównie jednej ręki w aktywnościach wymagających współpracy dwóch, unika przekraczania linii środka.

2. Badanie umiejętności naśladowania – obserwacja zachowań, zabawa.

Jakub nie naśladuje prostych gestów i zabaw dziecięcych typu „pa-pa” czy „kosi-kosi”. Współuczestniczy w wykonywaniu czynności domowych – wyrzuca śmieci do kosza, wkłada pranie do pralki.

3. Badanie kontaktów społecznych z osobami bliskimi i obcymi – obserwacja w gabinecie, wywiad.

Jakub nie podejmuje wspólnej zabawy, bawi się sam. Nie wymienia się zabawkami z innymi dziećmi. Reaguje krzykiem na próby zachęcania do innych aktywności. W obecności matki nie udaje się chłopca zachęcić do współpracy. Podczas wizyty w towarzystwie ojca demonstruje nabyte umiejętności w zamian za nagrodę – chrupki kukurydziane. Nie reaguje na polecenia rodziców. Nawiązuje przelotny kontakt wzrokowy z logopedą, uśmiecha się.

4. Badanie komunikacji niewerbalnej i językowej – Skale do pomiaru mowy biernej i czynnej wg Monachijskiej Funkcjonalnej Diagnostyki Rozwojowej oraz sprawności aparatu mowy wg wybranych prób z Kwestionariusza rozwoju mowy i zdolności komunikacyjnych autorstwa Odowskiej – Szlachcic, Pawłowskiej S.

Chłopiec nie komunikuje się werbalnie, występuje opóźniony rozwój recepcji i ekspresji mowy. W zakresie mowy biernej dziecko:

- zapytane – szuka ojca, matki, zabawki, którą się bawiło,
- wybiórczo reaguje na swoje imię,
- reaguje mimiką, krzykiem na zakazy,
- reaguje zachowaniem i gestem na pochwały – przytula się.

Wykonuje proste polecenia sytuacyjne, posługuje się ręką rodzica dla zaspokojenia swoich potrzeb.

W zakresie mowy czynnej wypowiada spontanicznie pojedyncze sylaby bez znaczenia, wokalizuje. Podejmuje próby powtarzania sylab: ma, pa. Nie rozpoznaje dźwięków z otoczenia i głosów zwierząt. Potrafi samodzielnie jeść, posługując się łyżką i widelcem, oraz pić z kubka i butelki, gryzie twarde pokarmy. Nie zaobserwowano wad anatomicznych w budowie aparatu mowy, oddychanie i funkcja połykania są prawidłowe. Chłopiec potrafi dmuchać, aspirować powietrze, reaguje na dotyk i zmiany temperatury w obrębie policzków, warg, języka. Według Monachijskiej Funkcjonalnej Diagnostyki Rozwojowej WR w zakresie mowy biernej wynosi 13,5 m.ż. dla 50 centyla (do oceny terapii)

oraz 18. m.ż. dla 90 centyla. W zakresie mowy czynnej objaw powtarzania znanych sylab, choć aktualnie bardzo ograniczony, rokuje pozytywnie i można ocenić etap rozwoju mowy na poziomie 10. m.ż. **Opóźnienie rozwoju mowy biernej wynosi około 1 rok, rozwoju mowy czynnej ponad 1,5 roku.**

5. Badanie zachowań związanych z zabawą – obserwacja, wywiad.

Obserwuje się stereotypowe posługiwanie się zabawkami, głównie samochodami i klockami, które Jakub układa w szeregi. Przygląda się krecącym się kółkom samochodów, przechylając przy tym głowę i układając je na ręce. Nie przewozi samochodami innych zabawek. Buduje wieżę z klocków. Nie podejmuje zabaw tematycznych, tworzy wieloelementowe układanki. Potrafi rozdzielać elementy wielu układanek. Jakub nie pozwala sobie czytać książek, zabiera je w sytuacji, gdy rodzice zaczynają czytać. Zdarza się, że sam wertuje książki, ale skupia się na czynności wertowania, nie przyglądając się obrazkom.

Podsumowanie

U Jakuba występują cechy autystyczne w zakresie komunikacji – deficyty ilościowe w postaci opóźnionego rozwoju mowy i braku komunikacji werbalnej oraz w pragmatycznym użyciu języka. Jakub nie używa symbolicznie przedmiotów. Nie stosuje naprzemiennie prostych gestów, nie naśladuje. Występują stereotypowe i powtarzające się zabawy. W zakresie relacji z dorosłymi i dziećmi: Jakub przytula się w taki sam sposób do rodziców i właśnie poznanej terapeutki – logopedy. Nie bawi się z dziećmi, nawiązuje przelotny kontakt wzrokowy.

Diagnoza logopedyczna: **Zagrożenie autyzmem**

4.2. Diagnoza wielospecjalistyczna

W trakcie diagnozy wielospecjalistycznej, która trwała 8 miesięcy, uzyskano:

- opinię pedagoga – Pro Futuro,
- wynik badania neurologicznego: bez istotnych odchyleń, wideo EEG zapis w normie, MRI głowy – budowa mózgowia prawidłowa,
- wynik badania genetycznego – prawidłowy kariotyp męski, wykluczono zespół Fra X,
- diagnozę psychiatryczną – całościowe zaburzenie rozwoju – autyzm atypowy (Jakub ukończył 3,2 rok życia).

Bezpośrednio po wstępnej diagnozie logopedycznej, czyli pół roku wcześniej, rozpoczęłam terapię logopedyczną z Jakubem w miejscowej poradni psychologiczno-pedagogicznej oraz skierowałam dziecko do poradni psychologiczno-pedagogicznej posiadającej uprawnienia do orzekania o autyzmie, gdzie chłopiec uzyskał *Opinię o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju*. Proces diagnostyczny trwał zatem 8 miesięcy. Wcześniejsze uruchomienie terapii umożliwiło rzetelną diagnozę oraz odpowiednio wczesne wspomaganie rozwoju chłopca.

4.3. Diagnoza logopedyczna – weryfikacja hipotezy

Z uwagi na fakt, że diagnoza psychiatry jest wiążąca, u Jakuba występuje autyzm atypowy, który został zdiagnozowany bezpośrednio po ukończeniu 3. roku życia. Jakub robi postępy w trakcie kompleksowej terapii i mam nadzieję, że wcześniej zakładane występowanie jedynie zagrożenia autyzmem zostanie potwierdzone oraz w przyszłości pozwoli zweryfikować aktualną diagnozę medyczną.

U chłopca występują zachowania charakterystyczne dla autyzmu we wszystkich wymaganych aspektach, ale w niewielkim nasileniu. W praktyce logopedycznej nazywa się je cechami autystycznymi. Pojawiły się one natychmiast przed ukończeniem przez chłopca 3. roku życia. Nie występuje także upośledzenie rozwoju funkcji intelektualnych. Prawdopodobnie roczne opóźnienie w zakresie rozumienia mowy uznano za specyficzne ciężkie opóźnienie. Opinia o wspomaganie wczesnego rozwoju z powodu autyzmu została wydana na czas: do rozpoczęcia nauki w szkole, dzięki czemu chłopiec będzie mógł nieodpłatnie korzystać ze specjalistycznej pomocy. Zatem powyższa diagnoza została uwarunkowana względami praktycznymi. Dla potrzeb terapii istotna jest diagnoza opisująca stan rozwoju poszczególnych funkcji.

5. Terapia

5.1. Program terapii logopedycznej

Opracowany przeze mnie program terapii zawiera elementy zaczerpnięte z różnych metod. Zdobyte doświadczenie pozwala mi uznać, że nie ma metody, która jest odpowiednia dla każdego dziecka o podobnym spektrum zaburzeń.

Indywidualne programy terapii, pomimo stałych elementów, zawsze obejmują specyficzne dla danego dziecka oddziaływania. Ważne są także kompetencje terapeuty oraz zakres zaangażowania rodziców w kontynuowanie demonstrowanych przez terapeutę ćwiczeń i zabaw. Wykorzystałam elementy metod, do których stosowania posiadam uprawnienia, np.: metoda Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne, metoda behawioralna, kinezylogia edukacyjna wg Dennisona – II stopień. Ponadto włączyłam inne metody poznane w oparciu o analizę literatury, doskonalenie zawodowe i wymianę doświadczeń. Są to między innymi: program dr M. Grycman oraz elementy terapii neurobiologicznej wg prof. J. Cieszyńskiej. Pominęłam inne metody uznawane w terapii dzieci ze spektrum autyzmu, np. komunikacji alternatywnej aac, które także stosuję, jednak nie zawsze można je w pełni wykorzystać w każdej relacji terapeutycznej z rodzicami. Założyłam następujące cele i terapeutyczne kryteria sukcesu.

Cele terapii:

1. Wypracowanie umiejętności naśladowania.
2. Rozszerzenie repertuaru zabaw.
3. Stymulacja rozwoju funkcji wspomagających mowę, w tym percepcji słuchowej.
4. Stymulacja rozwoju rozumienia mowy.
5. Stymulacja rozwoju mowy czynnej.

Kryteria sukcesu:

1. Nawiązanie kontaktu wzrokowego.
2. Naśladowanie czynności.
3. Rozpoznawanie desygnatów rzeczowników i czasowników.
4. Adekwatne reagowanie na polecenia.
5. Prawidłowe wykorzystanie zabawek, ograniczenie lub wyeliminowanie stereotypowych zabaw.
6. Porozumiewanie się werbalne.

Szczegółowy program terapii zamieściłam poniżej w 8 tabelach, różnicując stymulowanie rozwoju **funkcji lub sprawności podstawowych** z zaznaczeniem celów i ćwiczonych umiejętności dodatkowych, zgodnie z zasadami polisensorycznego oddziaływania, założyłam, że takie rozgraniczenie ułatwi kontrolną diagnozę poszczególnych funkcji.

Tabela nr 2: Orientacja w schemacie ciała i w przestrzeni
(opracowanie własne)

Cele szczegółowe/umiejętności dodatkowe

- wzmocnienie poczucie bezpieczeństwa, zmniejszenie lęku
- nawiązanie kontaktu i przygotowanie do kontaktu wzrokowego
- usprawnienie ruchowe

L.p.	RODZAJE ĆWICZEŃ	METODY/ŚRODKI	UWAGI/ MODYFIKACJE
1.	<p>Ćwiczenia prowadzące do poznania własnego ciała:</p> <ul style="list-style-type: none"> – nogi, kolana, stopy – ich wyczuwanie, np. sprawdzanie jak stukają o podłogę, pięty, stopy (wolno, szybko), głaskanie kolan – ręką, stopą, pocieranie, witanie się stóp, pięt ze sobą, chodzenie, bieganie na palcach, piętach, krawędziach stóp, – wyczuwanie rąk w różnych pozycjach <ul style="list-style-type: none"> – zabawy paluszkowe – „tańczą same ręce, same nogi”, – wyczuwanie brzucha, pleców, pośladków, wyczuwanie całego ciała, – wyczuwanie twarzy (w lustrze) – kremowanie buzi, malowanie warg, oklepywanie paluszkami, „balonik” – nadymanie policzków, „duże i małe” oczy, zabawne miny – wesołe, groźne, smutne 	<p>Metoda Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne</p> <p>Zabawy i wierszyki „paluszkowe” wg Krzysztofa Sąsiadka</p>	<p>Pierwsze zabawy wykonujemy z zabawką – misiem, lalką, prowokujemy naśladowanie i kolejno bezpośrednią zabawę z dzieckiem</p>

Tabela nr 3: Kontakt wzrokowy (opracowanie własne)

Cele szczegółowe/umiejętności dodatkowe

- przełamywanie zabawy stereotypowej
- naśladowanie
- rozumienie mowy (rzeczowniki)
- usprawnienie warg
- stymulowanie powtarzania

L.p.	RODZAJE ĆWICZEŃ	METODY/ŚRODKI	UWAGI/MODYFIKACJE
1.	– zabawy stolikowe, naprzemienne z wykorzystaniem figurek zwierząt i osób (wożenie ich autami)	Terapia neurobiologiczna Zabawy imitujące jedną czynność	Zadania dla rodziców: – powtarzanie prezentowanych zabaw
2.	– zabawy z maskami z wyciętymi otworami na oczy i usta, zabawy w przebieranki – różne nakrycia głowy		
3.	– rozszerzanie pola widzenia		
4.	– powtarzanie samogłosek		
5.	– powtarzanie sylab – zabawa w „chowanie i szukanie” osób, przedmiotów – typu „jest – nie ma”		

Tabela nr 4: Naśladowanie (opracowanie własne)Cele szczegółowe/umiejętności dodatkowe

- utrwalanie schematu ciała
- przekraczanie linii środka
- grafomotoryka
- koordynacja wzrokowo-ruchowa

L.p.	RODZAJE ĆWICZEŃ	METODY/ŚRODKI	UWAGI/MODYFIKACJE
1.	<ul style="list-style-type: none"> – naśladowanie prostych gestów – „zrób tak, jak ja” – nauka gestów: „pa-pa”, „jaki duży”, „nie ma”, „brawo” – zabawy w udawanie: „pokaż jak śpisz, jak myjesz ręce” 	<p>Kinezylogia edukacyjna</p> <p>Krótkie wiersze, typu: „Rączki robią klap, klap, klap...”</p> <p>Zabawa tematyczna „Rysowane wierszyki” wg Wandy Szumanówny</p>	<p>Zadania dla rodziców</p> <p>nauka wprowadzanych gestów, wierszyków z pokazywaniem – udział Jakuba w czynnościach domowych, np. naprzemienne wchodzenie na schody i schodzenie ze schodów, gra w piłkę</p> <ul style="list-style-type: none"> – zabawy <ul style="list-style-type: none"> – w segregowanie, dobieranie, kategoryzowanie – przy okazji układania zakupów, ubrań, porządków
2.	<ul style="list-style-type: none"> – malowanie linii po śladzie (drogi dla zabawek) – rysowane wierszyki – uzupełnianie elementów karmienie lalki, 		

Tabela nr 5: Percepcja słuchowa (opracowanie własne)

Cele szczegółowe/umiejętności dodatkowe

- rozumienie mowy
- uwaga słuchowa

L.p.	RODZAJE ĆWICZEŃ	METODY/ŚRODKI	UWAGI/MODYFIKACJE
1.	– demonstracja dźwięków i ich źródeł	– tworzywa i przedmioty: papier, szkło, drewno, minutnik, dzwonek, pęk kluczy, bębenek, organki	Zadania dla rodziców wspólne reagowanie na dzwonek do drzwi lub telefon, dźwięki domowe: zegar, czajnik, odkurzacz, mikser i inne
2.	– lokalizacja dźwięku w przestrzeni		
3.	– rozpoznawanie i różnicowanie źródła dźwięku		
4.	– naśladowanie sekwencji dźwięków	– „Co to, kto to?” – płyta CD	
5.	– prezentowanie zabawek i fragmentów piosenek, a następnie ćwiczenia w dobieraniu zabawek do usłyszonej piosenki	– „Zwierzaki” program komputerowy piosenki: „Zuzia, lalka nieduża, Kolorowe kredki, Jedzie pociąg, Pieski małe dwa, Wlazł kotek, inne	

Tabela nr 6: Rozumienie mowy (opracowanie własne)Cele szczegółowe/umiejętności dodatkowe

- rozpoznawanie desygnatów rzeczowników i czasowników
- koordynacja wzrokowo-ruchowa
- ćwiczenia dominacji ręki
- integracja wzrokowo-słuchowa i słuchowo-wzrokowa; słuchowo-wzrokowo-ruchowa

L.p.	RODZAJE ĆWICZEŃ	METODY/ŚRODKI	UWAGI/ MODYFIKACJE
1.	– wdrożenie do używania gestu potwierdzającego lub zaprzeczającego	łączenie desygnatów ze słowami, metoda M. Grycman poziom I,, Jedzenie”	Zadania dla rodziców łączenie obrazków z innymi desygnatami, ćwiczenia wg metody M. Grycman – jako uzupełniającej (modyfikacja)
2.	– rozpoznawanie członków rodziny – rozpoznawanie osób: pan, pani, dziewczynka, chłopiec		
	– rozpoznawanie zwierząt		
	– rozpoznawanie produktów do jedzenia		
3.	– rozpoznawanie czynności;		
4.	– łączenie desygnatów z dźwiękami		
5.	– odklejanie, podawanie, układanie desygnatów		
6.	– wskazywanie przedmiotów w otoczeniu, wskazywanie części ciała		

Tabela nr 7: Rozszerzenie repertuaru zabaw (opracowanie własne)

Cele szczegółowe/umiejętności dodatkowe

- naśladowanie
- zamiana ról
- wchodzenie w role
- rozumienie mowy
- stymulowanie mowy czynnej

L.p.	RODZAJE ĆWICZEŃ	METODY/ŚRODKI	UWAGI/ MODYFIKACJE
1.	– przerywanie stereotypowej zabawy samochodami, kredkami i proponowanie innej, zmodyfikowanej z rozbudowanymi sekwencjami	Zabawa od imitującej jedną czynność, poprzez zabawę tematyczną z sekwencjami, kolejno rozbudowaną tematyczną, do zabawy z regułami	Zadania dla rodziców powtarzanie prezentowanych zabaw
2.	– motywowanie do wykorzystania innych zabawek		
3.	– zabawy tematyczne z pluszowymi zabawkami, figurkami ludzi i zwierząt w karmienie, usypianie, ubieranie, przemieszczanie w różne miejsca		
4.	– stosowanie wyrażień dźwiękonaśladowczych		

Tabela nr 8: Stymulowanie rozwoju mowy czynnej (opracowanie własne)Cele szczegółowe/umiejętności dodatkowe

- usprawnienie motoryki narządów mowy
- rozwój mowy czynnej

L.p.	RODZAJE ĆWICZEŃ	METODY/ŚRODKI	UWAGI/MODYFIKACJE
1.	– wzmocnienie intencji komunikacyjnej	Zabawa od imitującej jedną czynność, poprzez zabawę tematyczną z sekwencjami, kolejno rozbudowaną tematyczną, do zabawy z regułami	Wg metody M. Grycman – stan wyjściowy: elementarne zachowania komunikacyjne – pojedyncze informacje w formie płaczu, wyciągania rąk, (poziom 2) umiejętności budowania wypowiedzi (poziom 0) Zadania dla rodziców powtarzanie prezentowanych zabaw
2.	– zwiększanie częstotliwości stosowania ruchów, gestów, wokalizacji w celu komunikacji		
3.	– prowokowanie zabaw dźwiękonaśladowczych		
4.	– powtarzanie sylab, tworzenie słów 1- i 2-sylabowych z nadawaniem znaczeń		
5.	– ćwiczenia oddechowe i usprawniające artykulatory		

Elementy terapii behawioralnej to stosowane w trakcie terapii plany aktywności oraz sposoby wzmocnień pozytywnych w trakcie ćwiczeń. Początkowo w formie naturalnych pokarmów, kolejno – tablic z żetonami na rzepy, oraz w końcowym etapie terapii – stosowanie wzmocnień słownych.

5.2. Efekty oddziaływań terapeutycznych

W I etapie prowadziłam zajęcia terapeutyczne z Jakubem przez 8 miesięcy (od listopada do czerwca). Latem dziecko przebywało na turnusie rehabilitacyjnym, a następnie zostało objęte wczesnym wspomaganie w przedszkolu.

W kolejnym roku w październiku przeprowadziłam obserwację zachowania chłopca na terenie przedszkola wg opracowanego arkusza obserwacyjnego. Następnie porównałam swoje spostrzeżenia z opiniami naniesionymi przez wychowawczynię i pedagoga specjalnego prowadzącego terapię pedagogiczną.

Na początkowych zajęciach Jakub głośno krzyczał, płakał, odmawiał współpracy. Chłopiec mrucał, okazując niezadowolenie przy podejmowanych próbach oderwania go od jednego rodzaju zabawy. Spodobało mu się oglądanie min w lustrze i w ten sposób naśladowanie jednej czynności. Dość szybko opanował naśladowanie prostych gestów, potem samogłosek i sylab. W grudniu, w 2. miesiącu terapii powtórzył, naśladowując artykulację terapeuty (z wykorzystaniem lustra), słowo: mama. Wielu ćwiczeń wymagało jednak nadanie znaczenia temu słowu. Dobrze także reagował na kojarzenie desygnatów z muzyką – piosenkami. Długo trwały ćwiczenia z zakresu rozumienia mowy – rozpoznawania desygnatów rzeczowników. O wiele dłużej niż u dzieci w podobnym wieku w normie intelektualnej, co potwierdzałoby występowanie jednego z osiowych objawów autyzmu. Metodę M. Grycman wprowadziłam pod koniec terapii. Wcześniej korzystałam z naturalnych desygnatów oraz obrazków. Najbardziej efektywne okazały się naturalne produkty do jedzenia. W trakcie zajęć podczas próbowania rozpoznanych pokarmów pojawiły się pierwsze słowa – daj, ojoj, ciocia, ty (marzec, kwiecień). Po 11 miesiącach terapii, w październiku Jakub powtarzał większość słów o prostej strukturze. Także dłużej niż w typowym rozwoju mowy utrzymywały się objawy echolalii bezpośredniej. Artykulacja jest mało wyrazista. Nie obserwowano natomiast mowy spontanicznej poza prostymi słowami dla zaspokojenia potrzeb – jedzenie, picie. Jakub sygnalizował potrzebę skorzystania z toalety, chwytając się za genitalia. Kolejno w wyniku kontrolnego badania logopedycznego w przedszkolu u Jakuba w wieku 4,2 r.ż., w odniesieniu do wcześniej diagnozowanych kategorii, ustaliłam:

- Lateralizacja – prawostronna. Obniżona jest sprawność manualna, grafomotoryczna i motoryczna, np. Jakub nie potrafi utrzymać równowagi, stojąc na jednej nodze.
- Naśladowanie – rozwinęła się umiejętność naśladowania oraz adekwatnie rodzaje zabawy i kontakty społeczne. Jakub jest akceptowany w grupie rówieśniczej, uczestniczy w tematycznej zabawie z regułami. Podejmuje negocjacje z dorosłymi w celu zaspokojenia swoich potrzeb w formie werbalnej wzmacnianej gestami.
- W wyniku kontrolnego badania wg Monachijskiej Funkcjonalnej Diagnozy Rozwojowej aktualnie rozwój mowy kształtuje się na poziomie – w zakresie mowy biernej 34 m.ż. dla 50 centyla oraz 45 m.ż. dla 90 centyla, natomiast w zakresie mowy czynnej 24 m.ż. dla 50 centyla oraz 33 miesięcy dla 90 centyla. **Utrzymuje się znaczny deficyt języka w odniesieniu do normy wiekowej.** Sukcesem jest komunikowanie się w postaci werbal-

nej. Jakub rozumie polecenia dwuczłonowe. Wypowiada się zdaniami pojedynczymi nierozwiniętymi. Nie stosuje 1. osoby liczby pojedynczej. Wypowiada się w 3. osobie liczby pojedynczej. Posiada w zasobie słów rzeczowniki, czasowniki, przymiotniki i przysłówki. Percepcja słuchowa wymaga doskonalenia w zakresie kształtowania słuchu fonemowego oraz analizy i syntezy słuchowej – Jakub dokonuje syntezy i analizy sylabowej prostych słów o strukturze CV + CV. Wymawia w izolacji wszystkie głoski języka polskiego z wyjątkiem przedniojęzykowo-dziąsłowych: sz, ż, cz, dż oraz r. W mowie samodzielnej zniekształca strukturę fonetyczną wypowiedzi słownych. Występują liczne substytucje także w odniesieniu do innych głosek ze względu na mylenie miejsca artykulacji, np. m-n, k-t, g-d, oraz opuszczanie głosek. Artykulacja jest mało wyrazista, dla osób postronnych częściowo zrozumiała. W mniejszym nasileniu utrzymują się echolalie bezpośrednie. (Do analizy jakościowej artykulacji zastosowałam test dr E. Krajny⁹). Sprawność narządów artykulacyjnych oraz kinestezja artykulacyjna są obniżone. Oddychanie oraz połykanie – prawidłowe. Fonacja cicha.

Podsumowanie

W odniesieniu do kontrolnych wyników badań, opinii i obserwacji rodziców oraz nauczycieli – można stwierdzić, że osiowe objawy autyzmu atypowego u Jakuba dotyczące interakcji społecznych i zachowania ustąpiły. Utrzymuje się deficyt języka. Należałoby ocenić – w jakim stopniu występują deficyty ilościowe, jakościowe i pragmatyczne w użyciu języka? Aktualnie ilościowe i pragmatyczne zachowania językowe nie występują. Utrzymują się 2 objawy deficytu jakościowego: echolalia i nieprawidłowe użycie zaimków. Według kryteriów diagnostycznych przytoczonych w Tabeli nr 1 utrzymuje się tylko w niewielkim stopniu jeden wymagany objaw do rozpoznania autyzmu atypowego w obszarze komunikacji.

Pod wpływem intensywnych oddziaływań terapeutycznych wczesnej terapii logopedycznej i kolejno oddziaływań o charakterze kompleksowym w ramach wczesnego wspomaganie, tj. terapii logopedycznej oraz pedagogicznej, udało się uzyskać efekty, które rokują pozytywnie. Wielkie znaczenie miała dobra współpraca z rodzicami i nauczycielami chłopca.

⁹ E. Krajna (2008), *100 wyrazowy test artykulacyjny*, Gliwice, Wydawnictwo „Komlogo” Piotr Gruba.

Stosowanie terminu **zagrożenie autyzmem** ma swój praktyczny wymiar, gdyż nie pozbawia dziecka możliwości korzystania z odpowiednio programowanych form terapeutycznych. Jednocześnie nie wyklucza możliwości weryfikacji diagnozy.

W efekcie dziecko osiągnęło gotowość szkolną oraz przeciętny poziom rozwoju mowy, w tym artykulacji przed ukończeniem siódmego roku życia.

Bibliografia

- Błęszyński J., (2011), *Autyzm a niepełnosprawność intelektualna i opóźnienie rozwoju. Skala Oceny Zachowań Autystycznych*, Gdańsk, Harmonia Uniwersalis.
- Błęszyński J. (red.), (2005), *Terapie wspomagające rozwój osób z autyzmem*, Kraków, Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Bobkiewicz-Lewartowska L. (2005), *Autyzm dziecięcy. Zagadnienia diagnozy i terapii*, Kraków, Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Bogdanowicz M., Kisiel B., Przasnyska M., (1992), *Metoda Weroniki Sherborne w terapii i wspomaganiu rozwoju dziecka*, Warszawa, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Cieszyńska J., Korendo M., (2007), *Wczesna interwencja terapeutyczna. Stymulacja rozwoju dziecka. Od noworodka do 6 roku życia*, Kraków, Wydawnictwo Edukacyjne.
- Cieszyńska J., (2011), *Wczesna diagnoza i terapia zaburzeń autystycznych. Metoda krakowska*, Kraków, Omega Stage Systemus.
- Gałkowski T., (2005), *Zdolności porozumiewania się w autyzmie i ich wspomaganie*, [w:] red. T. Gałkowski, E. Szelaż, G. Jastrzębowska, *Podstawy neurologopedii. Podręcznik akademicki*, Opole, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego.
- Grycman M., (2010), *Program wspomagania kompetencji komunikacyjnej dzieci z ciężkimi zaburzeniami porozumiewania się*, Kraków, Stowarzyszenie Rehabilitacyjne Centrum Rozwoju Porozumiewania.
- Jaklewicz H., (1993), *Autyzm wczesnodziecięcy*, Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Konstanterea M., Blackstock E., Webster Ch. (1992), *Autyzm*, Warszawa, Krajowe Towarzystwo Autyzmu.
- Krajna E., (2008), *100 wyrazowy test artykulacyjny*, Gliwice, Wydawnictwo „Komlogo” Piotr Gruba.
- Lemańska A., (2010), *Model pracy z uczniem z autyzmem. Podniesienie efektywności kształcenia uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi*, [w:] *Materiały szkoleniowe*, cz. II, Warszawa, Ministerstwo Edukacji Narodowej.
- Logopedia, z. 37, 2008: *Standardy postępowania logopedycznego*, Lublin, Polskie Towarzystwo Logopedyczne.

Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10, praca zbiorowa, t. 1, (1998) Warszawa, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne, Versalius.

Pisula E., Danielewicz D. (red.), (2005), *Wybrane formy terapii i rehabilitacji osób z autyzmem*, Kraków, Oficyna Wydawnicza „Impuls”.