

Całościowe zaburzenia rozwojowe ASD – spektrum autyzmu

Termin „autyzm” odnoszący się do zaburzeń w rozwoju dzieci po raz pierwszy został wprowadzony w 1943 r. przez Leo Kanner austriackiego lekarza, pracującego w Stanach Zjednoczonych uważanego współcześnie za twórcę psychiatrii dziecięcej. Niemalże w tym samym czasie (1944 r.) Hans Asperger, pediatra z Austrii opisał grupę chłopców spełniających kryterium normy intelektualnej, jednakże wyróżniających się specyficznym wzorcem zachowania. W obu przypadkach opisane dzieci preferowały samotność, izolowanie się oraz wykazywały brak dążenia do kontaktów z innymi ludźmi. Stąd określenie *autyzm* nawiązujące do greckiego słowa *autos* (sam).

Obecnie zaburzenia ze spektrum autyzmu stanowią jedne z najczęściej rozpoznawanych zaburzeń neurorozwojowych w dzieciństwie, a wiedza na temat tego zaburzenia stale rozwija się i ewaluje.

Charakterystyczne nieprawidłowości, tak zwana *autystyczna triada* dotyczy:

- ograniczonej zdolności tworzenia relacji z innymi ludźmi i uczestniczenia w interakcjach społecznych,
- zaburzonej umiejętności komunikowania się,
- schematycznych, ograniczonych, powtarzających się wzorców aktywności i zainteresowań.

Przy czym ważne jest dla postawienia diagnozy, aby trudności występowały we wszystkich trzech sferach.

Dane z 2020 r. dowodzą, że rozpoznanie to dotyczy 1-2% populacji, co oznacza, że 1 na 54 dzieci otrzymuje diagnozę spektrum autyzmu. Znacznie częściej zaburzenie to dotyka chłopców niż dziewczynki (4:1), w grupie wysokiego ryzyka są też dzieci posiadające autystyczne rodzeństwo. Choć badania nad etiologią nie są do końca wyjaśnione czynnikiem biologicznym jest niepodważalny. Obecnie przyjmuje się, że przyczyny autyzmu mają charakter heretogenny, a więc w podobnym stopniu wpływają na nie czynniki genetyczne i środowiskowe. Dawniej sądzono, że autyzm to choroba cywilizacyjna, dziś jednak wiemy, że zwiększenie wykrywalności ASD wśród dzieci zawdzięczamy poszerzeniu kryteriów diagnostycznych, lepszej wiedzy specjalistów, rzetelniejszym metodom badawczym i większej świadomości społecznej wśród rodziców.

Przed diagnostami kolejne wielkie zmiany, gdyż zaplanowana na 2022 rok publikacja klasyfikacji ICD-11 opracowana przez WHO zapowiada uwzględnienie tylko dwóch wymiarów diagnozy: komunikacji oraz poziomu funkcjonowania poznawczego. W podobnym kierunku dąży klasyfikacja DSM-V Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (APA).

Wczesne oznaki autyzmu widoczne są już w pierwszym roku życia dziecka. Wówczas rodzic lub specjalista zaobserwować może, że dziecko nie spogląda na nich gdy jest wołane. U dzieci z neurotypowym rozwojem obszary ciemieniowe, a więc te gdzie ulokowane są neurony lustrzane są wzmocnione i wykazują aktywność, gdy dziecko słyszy swoje imię, w grupie dzieci ze spektrum nie zaobserwowano tej prawidłowości. Ponadto dziecko nie patrzy w kierunku, w którym pokazujemy palcem, samo też nie posługuje się gestem wskazywania, by podzielić się z nami uwagą, nie oczekuje od nas reakcji ani dialogu, nie naśladuje zabaw typu „pokaż jakie było dobre”, „jaki duży urośniesz”, „jak robi kotek” itd., jego mimika jest mało zróżnicowana, a uśmiech społeczny pojawia się rzadko co często widoczne jest to dopiero przy oglądaniu zdjęć dziecka. Dodatkowo dziecko preferuje przedmioty zamiast ludzi, przejawia sztywność w codziennych rytuałach, rzadko wokalizuje i gaworzy, może być nadreaktywne na bodźce. Około 40 % rodziców deklaruje, że zauważyła u swojego dziecka trudności w tym okresie.

Jednak najlepsza czytelność objawów występuje pomiędzy 18 a 24 miesiącem życia dziecka. Co często mylone jest z regresem w tym okresie, a dawniej niesłusznie winiono szczepionki i zawarte w nich substancje konserwujące. Amerykańskie Towarzystwo Pediatryczne zaleca badania przesiewowe dla wszystkich dzieci w tym wieku, gdyż możliwość postawienia rzetelnej diagnozy w

tym okresie jest bardzo wysoka. W Polsce badania takie prowadzi Fundacja SYNAPSIS oferując program diagnostyczny Badabada.

Po 18 miesiącu życia dochodzą kolejne niepokojące objawy, po których rodzic może zorientować się, że należy skonsultować dziecko ze specjalistą (psychologiem, psychiatrą, neurologiem). Są to między innymi: osłabienie kontaktu wzrokowego, słabsze rozpoznawanie mimiki, trudność z przerzutnością uwagi, ograniczone interakcje społeczne i eksploracja otoczenia, problemy autoregulacyjne (sen, selektywność pokarmowa, wypróżnianie się), opóźniony rozwój mowy, bogata mowa swoista, echolalia, niefunkcjonalność komunikatów, zwiększona potrzeba stymulacji sensorycznej, stereotypie ruchowe lub wokalne, ograniczona zabawa i powtarzający się sposób zajmowania się przedmiotami, brak zabawy „na niby”, opóźnienie w rozwoju ruchowym obserwowane w zakresie małej lub dużej motoryki.

Pomocne w oszacowaniu ilości oraz jakości objawów są liczne skale rozwojowe, które pomogą zróżnicować czy mamy do czynienia ze spektrum autyzmu czy też z nieharmonijnym, bądź opóźnionym rozwojem psychoruchowym. Badanie takie uzupełnione konsultacją z rodzicami i swobodną obserwacją dziecka może przeprowadzić psycholog dziecięcy. Im młodsze dziecko zdiagnozujemy, tym szybciej otrzyma ono indywidualne wsparcie, a jego rokowania na przyszłość będą lepsze. Największą plastyczność mózgu i zdolność do kompensacji mają bowiem małe dzieci. Tymczasem pomimo precyzyjnych metod diagnostycznych średni wiek dziecka zgłaszającego się na diagnozę to aż 3,5 rok życia. Jest to czas edukacji przedszkolnej, gdzie brak osiągnięcia odpowiednich do wieku kamieni milowych lub specyficzny wzorzec funkcjonowania dziecka łatwo można zaobserwować na tle grupy rówieśniczej.

By wspomóc dziecko w rozwoju należy zorganizować mu wielospecjalistyczną pomoc, w tym celu warto postarać się o orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego wydawane przez państwowe poradnie psychologiczno – pedagogiczne, orzeczenie o niepełnosprawności oraz opinię o potrzebie Wczesnego Wspomagania Rozwoju dziecka. Wizytę w poradni warto poprzedzić konsultacją z psychiatrą, gdyż ostatecznego rozpoznania dokonuje lekarz.

Obecnie istnieje wiele efektywnych metod wspomagania i terapii dzieci ze spektrum autyzmu. Wśród szczególnie polecanych są: indywidualna terapia psychologiczna ukierunkowana na rozwój umiejętności społecznych i komunikacyjnych prowadzona we współpracy z rodzicami, terapie grupowe takie jak Trening Umiejętności Społecznych, Trening Zastępowania Agresji, grupy terapeutyczne uspołeczniające, terapia pedagogiczna (gdy dziecko wymaga wspomagania w zakresie czynności poznawczych), terapia logopedyczna, terapia ręki, terapia ruchem czy arteterapia. Pomocne mogą być też zajęcia z Integracji Sensorycznej. Niewątpliwie wsparciem psychologicznym i psychoedukacją objęci powinni być także rodzice. Wszystko to zindywidualizowane i dopasowane do potrzeb i możliwości dziecka może dać satysfakcjonujący efekt i podnieść jakość życia dziecka i jego rodziny.

Literatura polecana rodzicom:

Ellen Notbohm, Veronica Zysk *1001 porad dla rodziców i terapeutów dzieci z autyzmem i Zespołem Aspergera*, Kraków (2016), Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego

Bibliografia:

Pisula E., *Autyzm – przyczyny, symptomy, terapia*, Gdańsk (2016), Wydawnictwo Harmonia

Namysłowska I. (red.), *Psychiatria Dzieci i Młodzieży*, Warszawa (2016), Wydawnictwo Lekarskie PZWL

Senator D., *Wykłady dla słuchaczy kursu Szkoła Psychoterapii Dzieci i Młodzieży Regeneracja*, Warszawa, (2020)

Autorką artykułu jest Karolina Matczak – psycholog, pedagog, oligofrenopedagog, trener TUS, która w Centrum Terapii MedMental zajmuje się diagnozą i terapią dzieci i młodzieży.