

Autyzm – objawy, diagnostyka oraz sposoby rehabilitacji

Autism – symptoms, diagnosis and methods of rehabilitation

Iwona Stanisławska¹, Kornelia Niemyska¹,
Katarzyna Rogalska¹, Agnieszka Kamińska²,
Ewa Włostowska¹, Marek Łyp¹, Bożena Witek³

¹ Wyższa Szkoła Rehabilitacji w Warszawie

² Prywatna Praktyka Lekarska w Warszawie

³ Uniwersytet Jana Kochanowskiego, Instytut Biologii w Kielcach

Streszczenie

W ostatnich latach coraz częściej rozpoznawany jest autyzm u dzieci. Świadomość rodziców oraz wiedza pracowników służby zdrowia mają kluczowe znaczenie dla wczesnego rozpoznawania zaburzeń autystycznych. Autyzm jest złożonym zaburzeniem neurobehawioralnym. Objawy autyzmu zazwyczaj pojawiają się w ciągu pierwszych trzech lat życia. Dzieci z autyzmem mają problemy z komunikacją, ze zrozumieniem tego, co inni ludzie myślą i czują. To sprawia, że bardzo trudno im wyrazić siebie słowami, poprzez gesty, mimikę lub dotyk. Dziecko z autyzmem jest bardzo wrażliwe, może mieć problem z odbiorem dźwięku, dotyku lub zapachu. Dzieci, które są autystyczne mogą mieć powtarzające się stereotypowe ruchy ciała takie, jak kołysanie lub trzepotanie rękami.

Słowa kluczowe: autyzm, diagnostyka, objawy, metody rehabilitacji

Abstract

In recent years the diagnosis of autism spectrum disorders seems to be more prevalent. Both family and multidisciplinary team are involved in therapy, and their knowledge are crucial to early diagnosis of the disease. Autism is a complex neurobehavioral disorder. Symptoms of autism typically appear in the first three years of life. Children with autism have trouble communicating. They have problems with understanding what other people think or feel. This makes it very hard for them to express themselves either with words or through gestures, facial expressions and touch.

A child with autism is very sensitive, he/she may have a problem with reception of the sound, touch or smell. Children who are autistic can be repetitive stereotyped body movements such as rocking or hands flapping.

Key words: autism, diagnosis, symptoms, methods of rehabilitation

Iwona Stanisławska, Kornelia Niemyska, Katarzyna Rogalska, Agnieszka Kamińska, Ewa Włostowska, Marek Łyp, Bożena Witek

Autyzm dziecięcy to jedna z najtrudniejszych jednostek chorobowych zarówno do zdiagnozowania, jak i do samej rehabilitacji. Może przybierać różne formy, od łagodniejszych zbliżonych do zespołu Aspergera, po głębokie, gdy dziecko nie nawiązuje kontaktu z otoczeniem i wymaga stałej opieki. [3,9]. Autyzm złożony jest z wielu różnych zaburzeń rozwojowych. Spektrum autystyczne to grupa zaburzeń, które wpływają na zdolność komunikowania się, okazywania emocji czy kontaktów społecznych [6].

Najnowsze dane epidemiologiczne donoszą, że zaburzenie ogólnorozwojowe, jakim jest autyzm dziecięcy, a także wszystkie inne uszkodzenia z nim związane, m.in. autyzm atypowy, zespół Aspergera, zaburzenia dezintegracyjne dotyczą 1/166 dzieci, w tym 5 razy częściej występują u chłopców niż u dziewczynek [10,14,28].

Autyzm u dzieci najczęściej rozpoznawalny jest po ukończeniu trzeciego roku życia, a jego przesłanki są już widoczne u dwuletnich dzieci. Zdarza się jednak, że całościowe zaburzenia rozwoju ujawniają się wcześniej – już w ciągu kilku pierwszych miesięcy życia niemowlęcia. Pierwsze oznaki autyzmu można rozpoznać nawet u 6-miesięcznych niemowląt albo później – nawet około czwartego lub piątego roku życia [1]. W przypadku późnych objawów mówi się o autyzmie atypowym.

Można wyróżnić dwie postacie autyzmu. Postać progresywną, w której praktycznie od samego początku widoczne są nieprawidłowości w rozwoju np. brak reakcji na próby komunikowania się, opóźniony rozwój psychoruchowy, nadmierne wyciszenie, brak kontaktu wzrokowego, nadpobudliwość psychoruchową, a także brak zainteresowania osobami z najbliższego otoczenia. W takiej postaci pierwsze symptomy nieprawidłowego rozwoju wraz z upływem czasu stają się dla rodziców coraz bardziej widoczne i niepokojące. W postaci regresywnej dziecko do pewnego czasu rozwija się w sposób prawidłowy, natomiast przed ukończeniem 36 miesiąca życia uwidacznia się ewidentne uwstecznienie rozwoju mowy, zachowania, zainteresowań i kontaktów społecznych [3,14,27].

W 70% przypadków w autyzmie dziecięcym bardzo poważnym współistniejącym problemem

jest upośledzenie umysłowe różnego stopnia. Powoduje ono wraz ze wszystkimi objawami autyzmu różnorakie dodatkowe dysfunkcje, charakteryzujące się znacznie obniżonym potencjałem poznawczym, co w znaczący sposób utrudnia planowanie, jak również realizowanie procesów terapeutycznych [4,21].

Problemy w interakcjach społecznych dzieci z całościowymi zaburzeniami rozwoju wiążą się z brakiem zdolności do automatycznego rozpoznawania stanów umysłu innych ludzi. Upośledzenie tych umiejętności w zaburzeniach autystycznych powoduje, że osoby dotknięte tą chorobą cechuje „ślepotą społeczną”, przynosząca dezorientację w sytuacjach społecznych, braku dostrzegania związków przyczynowo-skutkowych pomiędzy sytuacjami a zachowaniem innych ludzi. Nieuwzględnianie faktu, że inni ludzie mają inną wiedzę, inne uczucia i dążenia, może powodować brak gotowości do dzielenia się własnymi przeżyciami oraz uczuciami. W porównaniu z dziećmi zdrowymi, dzieci autystyczne lepiej rozumieją i wyjaśniają funkcjonowanie świata nieożywionego, do czego bardziej potrzebne jest myślenie mechanistyczne. Problemem w funkcjonowaniu umysłu tych dzieci jest również fragmentaryczne postrzeganie świata, skupienie na szczegółach, a nie na całości. Trudności wynikają również z zaburzeń funkcji wykonawczych, takich jak planowanie z wyprzedzeniem, tworzenie nowych, konkurencyjnych pomysłów [2, 21].

Dużą rolę w tej jednostce chorobowej odgrywają skłonności genetyczne oraz czynniki środowiskowe. Zauważono, że choroba często występuje u bliźniąt jednojajowych oraz u rodzeństwa, co wskazuje na udział czynników genetycznych (dziedziczenie wielogenowe). W niektórych przypadkach może być dziedziczona podatność na pewne czynniki środowiskowe. U niektórych chorych na autyzm stwierdza się stwardnienie guzowate, hipomelanozę, wrodzoną różyczkę, wrodzoną cytomegalię, noworodkowe zakażenie wirusem opryszczki, wodogłowie, wady mózgu lub inne niepostępujące encefalopatie. U większości chorych występują podwyższone poziomy pierwiastków toksycznych w tkankach [24].

Wyniki wielu badań upoważniają do stwierdzenia, że w przypadku powstawania autyzmu

główną rolę odgrywają czynniki biologiczne. Dotyczą one m.in. wrodzonych zaburzeń metabolizmu, braku tolerancji na niektóre substancje pokarmowe, alergii, częstego zapadania na infekcje wirusowe, bakteryjne i grzybicze, obniżenia odporności, a także nieprawidłowości w pracy nerek i wątroby. Większość danych zwraca uwagę na nadwrażliwość na gluten i kazeinę, zatrucia pestycydami oraz metalami ciężkimi, niedobory glutationu, witaminy D oraz makroelementów [6]. Dzieci autystyczne powinny być szczegółowo badane, a ich kondycja zdrowotna musi być pod stałą kontrolą [14,18,19].

Pierwotnie sądzono, że powstaje na drodze powstawania czynników o charakterze psychologicznym. Zauważano je głównie w niepokojących i nienaturalnych reakcjach dziecka na osoby najbliższe (rodziców lub rodzeństwo), nieprawidłowych wzorcach wychowawczych rodziców czy w zaburzeniach osobowości matki i ojca. Dzieci autystyczne mają trudne warunki do stworzenia harmonijnie rozwijającej się więzi między nimi a rodzicami czy rodzeństwem. Obecnie, wbrew wcześniejszym poglądom, uważa się, że przyczyną powstania autyzmu nie jest złe rodzicielstwo i nieprawidłowe wychowanie [6,25,28].

Autyzm jest zaburzeniem neurorozwojowym i jest związany z nieprawidłowym funkcjonowaniem i rozwojem mózgu. Wielkość mózgu dziecka rozwijającego się prawidłowo i autystycznego jest taka sama do ok. 4 miesiąca życia. Aż 90% dwu i czterolatków chorujących na autyzm ma mózg o większej masie niż zdrowe dziecko. Zwykła wielkość mózgu dotyczy w sposób szczególny istoty białej mózgu i mózdzku. Występujące zaburzenia w pracy mózdzku są przyczyną wielu problemów, takich jak koordynacja złożonych czynności ruchowych. Jednak duża grupa dysfunkcji dotyczących mózdzku nie towarzyszy dzieciom autystycznym, np. zaburzenia ruchów gałek ocznych czy specyficzny chód [8,15].

Niektóre badania potwierdzają, że już w życiu płodowym u dzieci autystycznych występuje wiele różnych komplikacji, które prowadzą do zaburzenia rozwoju mózgu płodu. Jako czynniki ryzyka można wymienić, np. zaawansowany wiek matki (rzadziej ojca), niską wagę urodzeniową, przebieg ciąży i porodu (np. krwawienie w II albo

III trymestrze ciąży, poród przy pomocy kleszczy lub próżnościagu, poród wywołany, owinięcie pępowiną, niedotlenienie dziecka i matki, spadek tętna dziecka podczas porodu), wcześniactwo, narażanie płodu na kontakt z metalami ciężkimi lub zażywanie przez matkę leków podczas ciąży. Jednakże należy zaznaczyć, że nie wykryto takiego czynnika, który byłby charakterystyczny dla występowania autyzmu i który występowałby w większości przypadków [15,19].

Obrazem klinicznym różnych skutków tej choroby są dysfunkcje w działaniu OUN oraz zaburzenia całościowego rozwoju. Zaburzenia te spowodowane zostały ograniczonymi uszkodzeniami wybranych struktur mózgowych, np. zakrętu wrzecionowatego, kory zakrętu, obręczy płata czołowego, jądra migdałowatego, neuronów lustrzanych umiejscowionych w płacie czołowym, jądra ogoniastego, ciała modzlowatego, brzusznej części kory przedczołowej, ośrodka czuciowego mowy, robaka mózdzku, styku płata ciemieniowego i skroniowego, a także ośrodka ruchowego mowy. Jednak dysfunkcje nie muszą być spowodowane tylko przez uszkodzenia mózgu, mogą wynikać z nieprawidłowości w wydzielaniu wychwyty zwrotnego czy odbiorze receptorowym neuroprzekaźników, które sterują procesami pobudzania i hamowania układu nerwowego. Podwyższony poziom neurotransmiterów (np. serotoniny) stwierdzono u pewnej grupy autystyków i ich najbliższych krewnych [3].

Niezależnie od postaci obraz kliniczny autyzmu może objawiać się zaburzeniami polegającymi na:

- niewłaściwym rozwoju w zakresie rozumienia i ekspresji języka,
- jakościowych nieprawidłowościach w porozumiewaniu się, polegających na opóźnieniu lub braku mowy, werbalnej z jednoczesnym brakiem kompensacji za pomocom mimiki lub gestów,
- niepoprawnym rozwoju wybiórczego przywiązania społecznego oraz wzajemnych kontaktów społecznych,
- niedostatkiem inicjatywy w podtrzymywaniu konwersacji nawet wtedy, gdy mowa werbalna jest wykształcona, bądź stereotypowym powtarzaniem słów czy całych zwrotów,

Iwona Stanisławska, Kornelia Niemyska, Katarzyna Rogalska, Agnieszka Kamińska, Ewa Włostowska, Marek Łyp, Bożena Witek

- skupieniu uwagi na takich нефункциональных właściwościach przedmiotów jak ich smak, zapach, wibracja, odbłask czy wydobywane przez nie dźwięki,
- uporczywym wykonywaniu нефункциональных, rutynowych czynności, które niczemu nie służą,
- braku funkcjonalnej, symbolicznej zabawy tematycznej,
- jakościowych nieprawidłowościach w sferze interakcji społecznych, które polegać mogą np. na braku kontaktu wzrokowego, zaburzonej własnej mimice twarzy i mowie ciała oraz braku umiejętności odczytywania informacji pozawerbalnych przekazywanych przez innych ludzi, niedostatecznym rozwoju związków rówieśniczych, braku odwzajemniania społeczno-emocjonalnego i niewystępowaniu spontanicznej potrzeby dzielenia z innymi ludźmi swoich zainteresowań czy emocji,
- prezentowaniu stereotypowych, powtarzalnych manieryzmów ruchowych obejmujących ruchy rąk lub całego ciała,
- ograniczonym, stereotypowym, powtarzającym się charakterze zachowań, zainteresowań i aktywności [3,8].

U dzieci autystycznych mogą wystąpić różne inne symptomy, są to m.in. problemy z koncentracją uwagi, nadpobudliwość psychoruchowa, nadwrażliwość sensoryczna przejawiająca się stymulacjami: wzrokowymi (wpatrywanie się w migające światło), węchowymi (obwąchiwanie ludzi i przedmiotów), dźwiękowymi (pukanie, pokrzykiwanie), smakowymi (zjadanie rzeczy niejadalnych). Autystyczne dzieci mają często problemy z zaburzeniami w sferze identyfikacji schematu własnego ciała, zaburzeniami równowagi, deficytem uwagi wzrokowo-przestrzennej, brakiem integracji w zakresie działania poszczególnych zmysłów, a także brakiem koordynacji wzrokowo-ruchowej. Cechami charakterystycznymi dla dzieci dotkniętych autyzmem są również reakcje, które świadczą o nadwrażliwości w zakresie czucia głębokiego i wibracji, zmysłu, smaku, węchu, słuchu, dotyku czy wzroku, które objawiają się unikaniem bodźców związanych ze sferą nadwrażliwą [1,11,21,24,27,28].

Zgodnie z kryteriami diagnostycznymi DSM IV, które zostały opracowane przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne, można stwierdzić autyzm, jeżeli występuje przynajmniej sześć punktów z działów 1, 2, 3, ale w tym przynajmniej dwa z działu 1 i po jednym z działów 2 i 3:

1. Upośledzenie jakościowe integracji społecznych, objawiające się przynajmniej na jeden z poniżej wymienionych sposobów:
 - wyraźne upośledzenie różnego typu zachowań niewerbalnych, takich jak kontakt wzrokowy, mimika twarzy, postawa ciała oraz gesty wyrażane w kontaktach z innymi,
 - nie odwzajemnia relacji społecznych (nie uczestniczy w prostych zabawach, ulubione czynności wykonuje w samotności, inne osoby potrzebne mu są tylko jako „narzędzia” do osiągnięcia celu),
 - brak umiejętności w nawiązywaniu odpowiednich dla swojego wieku kontaktów z rówieśnikami,
 - nie szuka okazji do dzielenia się z innymi swoimi spostrzeżeniami (nie pokazuje zadowolenia, zainteresowania, nie chwali się osiągnięciami, nie pokazuje przedmiotów, które wzbudzają w nim zainteresowanie).
2. Jakościowe zaburzenia w komunikowaniu się z innymi, objawiające się w przynajmniej jednym z niżej wymienionych sposobów:
 - całkowity brak lub znaczne opóźnienie rozpoczęcia mowy (nie podejmuje starań wyrażania swoich oczekiwań lub nastroju przez mimikę lub gesty),
 - sposób mówienia oraz sam język jest często charakterystyczny dla danej osoby bądź mowa jest używana w sposób powtarzający się lub stereotypowy,
 - u autystyków z rozwiniętą funkcją mowy występuje znaczne upośledzenie podtrzymywania mowy lub/i jej inicjowania,
 - brak zdolności do zróżnicowanej, spontanicznej, angażującej wyobraźnię zabawy bądź zabawy i gry inicjujących kontakty społeczne, odpowiednich dla rozwoju psychoruchowego danego dziecka.
3. Powtarzające się, ograniczone i stereotypowe wzorce zainteresowań, zachowań i aktywno-

ści, wyrażone w co najmniej jednej z poniżej wymienionych dziedzin:

- nieustanne i uporczywe zainteresowania niektórymi przedmiotami,
- bardzo częste powtarzanie zachowań, według co najmniej jednego z stereotypowych i ograniczonych wzorców, które są nieprawidłowe w swoim zakresie lub sile,
- chwytanie zabawki, kredki, długopisu, ołówka zbyt mocno,
- problemy w zabawach ruchowych (dziecko mówi, że nie lubi rówieśników),
- trudności z siadaniem na krzeselku,
- kłopoty z ubieraniem i rozbieraniem się,
- wykonywanie nieskoordynowanych i sztywnych ruchów,
- obniżone napięcie mięśniowe,
- trudności z poruszaniem się po schodach,
- ruchy wolne, niezgrabne, dziecko musi wkładać w nie dużo wysiłku, występują problemy z ocenianiem odległości,
- mogą występować także problemy z propriocepcją w dłoniach, wtedy dziecko ma trudności z zapinaniem guzików, odkręcaniem pokrywek.

Występowanie rozlicznych zaburzeń u dzieci autystycznych powoduje, że ich ogólne funkcjonowanie jest mocno upośledzone, potrzebują one stałej, bardzo intensywnej rehabilitacji oraz terapii działających we wszystkich sferach ich życia [1,12,14,15,16,23].

Każde dziecko z autyzmem ma swój indywidualny zakres dysfunkcji czy problemów. Różnorodny jest także stopień ich nasilenia, co jest bezwzględny wskazaniem do indywidualnej terapii. Przed rozpoczęciem terapii należy ustalić cechy osobowościowe małego pacjenta, ale także zwrócić uwagę na jego aktualne potrzeby i możliwości. Bardzo ważne jest, aby zaproponowane metody uzupełniały się wzajemnie, a nie eliminowały. Tylko przy tak prowadzonej terapii jest szansa na osiągnięcie zamierzonego celu.

Terapia integracji sensorycznej nie rozwiązuje wszystkich problemów rozwojowych, bardzo często wspomaga inne formy leczenia (terapię behawioralną, leczenie psychiatryczne, terapię

pedagogiczną i logopedyczną), jednakże bardzo często jest terapią podstawową, „naprawiającą” główne systemy zmysłowe, na bazie czego można budować inne rodzaje oddziaływań [10,15].

Terapia integracji sensorycznej nie jest wyuczonym, stale powtarzanym schematem ćwiczeń. Jest sztuką ciągłej analizy zachowania dziecka i odpowiedniego doboru oraz modyfikacji stosowanych zadań. Sala terapeutyczna powinna być wyposażona w urządzenia do stymulacji systemu przedsionkowego, proprioceptywnego i dotykowego, ale także do wzrokowego, słuchowego i węchowego. Bardzo ważna podczas terapii jest odpowiednia atmosfera, która sprzyja osiąganiu sukcesów oraz rozwojowi wewnętrznej potrzeby „ujarzmiania” środowiska. Dziecko czując, że odnosi sukcesy, podnosi swoją samoocenę i chętnie uczestniczy w zajęciach. Doświadczenia w kierowaniu swoim zachowaniem zaczyna przenosić na inne sytuacje poza salą terapeutyczną, co zauważają rodzice i nauczyciele. Zmienia się obraz dziecka i jego funkcjonowanie w środowisku. Zajęcia najczęściej odbywają się indywidualnie, ponieważ terapeuta jest w stanie lepiej dostosowywać swoje metody do potrzeb dziecka [15].

Neuroterapia to istotny rodzaj indywidualnej terapii ukierunkowanych na intensyfikację poziomu koncentracji uwagi, podobnie jak we wskaźnikach ilościowych w zakresie stosunku fal beta do theta, a także SMR do theta, jak również we wskaźnikach ilościowych do badań funkcjonalnych [17].

Metodę można podzielić na dwa rodzaje:

- trening EEG – Biofeedback – jest to praca oparta o system biologicznego sprzężania zwrotnego, przez który pacjent uczy się emitowania fal mózgowych o częstotliwości narzuconej mu przez terapeutę po to, by jego organizm mógł być wprowadzony w pożądany stan aktywności,
- magnetostymulacja – jest to stosowanie u pacjenta wolnozmiennych pól magnetycznych; ich celem jest uzyskanie wpływu na bioelektryczną całość kory mózgowej, a szczególnie na takie zjawiska jak procesy poznawcze, koncentracja uwagi, uczenie odprężenia fizycznego i psychicznego [14].

Iwona Stanisławska, Kornelia Niemyska, Katarzyna Rogalska, Agnieszka Kamińska, Ewa Włostowska, Marek Łyp, Bożena Witek

Obecnie ośrodki terapii autyzmu dyktują szeroko rozumianą kompleksowość oddziaływań specjalistycznych wobec dzieci dotkniętych autyzmem. Oznacza to, że te placówki powinny realizować i kreować wszechstronne programy usprawniania. Programy powinny działać w zakresie rehabilitacji, edukacji zawodowej i ogólnej, terapii oraz opieki socjalnej. Rodzina dzieci autystycznych również powinna być objęta wsparciem terapeutycznym [6].

Oddziaływanie wszystkich placówek specjalistycznych wobec dzieci autystycznych można podzielić na:

- terapeutyczne: techniki manualne (terapia kranialna, mikrokinetyzacja, masaże klasyczny powierzchowny i głęboki), terapia relacyjna (dogoterapia, hipoterapia, terapia przez kontakt z delfinem lub kotem), rewalidacja zmysłowa (trening słuchowy, terapia w sali doświadczania świata, terapia sekwencyjna, metoda ruchów wspomaganymi Affolter, terapia monozmysłowa, terapia metodą Knill, hydroterapia, integracja sensoryczna, relaksacja, terapia na bazie materiałów płynnych i sypkich, terapia polisensoryczna, praca w ciemni, muzykoterapia indywidualna, neuroterapia, terapia integracyjna (muzykoterapia grupowa, terapia kreatywna, metoda dobrego startu, terapia zajęciowa, arteterapia, ruch rozwijający Sherborne),
- psychologiczne: obserwacja bezpośrednia, programy terapeutyczne do pracy w domu, szkolenia, warsztaty, badania psychometryczne, grupy wsparcia i psychoterapia rodzin, diagnoza funkcjonalna, program usprawniania ogólnego, analiza materiałów wideo, Video Home Training, psychoedukacja,
- lekarskie/medyczne: terapia biomedyczna (diety eliminacyjne, chelatacja, wzmacnianie systemu odpornościowego, detoksykacja, suplementacja), diagnostyka różnicowa (wywiady lekarskie, badania, obserwacje bezpośrednie), terapia przyczynowa (badania specjalistyczne: panel immunologiczny, badania genetyczne, EEG, TK, badania endoskopowe, panel metaboliczny, niedobory, obciążenia), symptomatologiczna, farmakoterapia,
- socjalne: wsparcie bytowe i finansowe, opieka doraźna, wsparcie prawne rodziny, opieka całodobowa (hostelowa, internetowa),
- pedagogiczne/edukacyjne: programy edukacyjne ogólne, realizacja programów w oparciu o różne metody pracy (metoda Domana, metoda albumów i aktywności, TEACCH, metoda opcji, metoda behawioralna i inne), poziomowanie edukacyjne,
- komunikacyjne: trening komunikacji pozawerbalnej, ułatwiona komunikacja (piktogramy, PECES), logopedia właściwa (korekcja artykulacji i wywoływanie mowy) [16,22,24].

Celem głównym działań medycznych jest całkowita likwidacja lub jak największa minimalizacja przyczyn zaburzonego działania OUN [17], ale również poprawa stanu psychicznego małego pacjenta. Praca psychologów w terapii dzieci autystycznych ma na celu podniesienie kompetencji wychowawczych rodzin, którym większość czasu zajmuje opieka nad chorym dzieckiem, ale także terapeuci mają za zadanie przeciwdziałać skutkom przewlekłego stresu. Wsparcie psychologów jest niezbędne do oceny poziomu funkcjonowania dziecka w różnych dziedzinach dnia codziennego, wyznaczania kierunków dalszego działania, a także śledzenia postępów [9].

Leczenie wspomagające i fizjoterapia to nieodzowne składniki podstawowego leczenia dzieci autystycznych. Ta dziedzina zajmuje się stymulowaniem rozwoju w indywidualnych strefach funkcjonowania, a także usprawnianiem zadań poszczególnych zmysłów, ich integracją i kompatybilnością.

Ostatnią grupą oddziaływań, jaką powinna zapewnić specjalistyczna placówka, jest edukacja skierowana na modyfikację zachowania dziecka, która umożliwi osiągnięcie pożądanego efektu pracy ucznia i terapeuty. Terapeuta powinien nauczyć dziecko wykonywania poleceń, wyeliminować zachowania agresywne, autodestrukcyjne, a także wszelkie inne niepożądane działania uniemożliwiające lub w znacznym stopniu utrudniające codzienne życie. W tej dziedzinie terapeuci powinni zadbać także o umiejętności edukacyjne oraz przyswojenie przez dziecko wiadomości niezbędnych do realizacji procesu

szkolnego oraz utrwalanie zdobytych wiedzy. Działania o sferze socjalnej powinny móc zapewnić choremu dziecku odpowiednią opiekę, zadbać o pomoc i doradztwo w załatwianiu spraw urzędowych, a także dać wsparcie i potrzebną wiedzę rodzicom i najbliższym osobom. Oddziaływania komunikacyjne mają za zadanie budować samodzielność małego pacjenta, pokazać możliwości znalezienia własnego miejsca w społeczeństwie, a także wykształcić umiejętność odnalezienia się w nim oraz porozumiewania z innymi [4,11,12,22,29].

Na podstawie doświadczeń sformułowano podstawowe zasady pracy z dzieckiem autystycznym:

- całkowita akceptacja dziecka – takiego, jakim ono jest,
- dziecko kieruje przebiegiem spotkań,
- terapeuta nie może przyspieszać terapii,
- odzwierciedlanie i rozpoznawanie uczuć dziecka przez terapeutę,
- wytworzenie przez terapeutę ciepłych, życzliwych stosunków oraz zasad porozumienia,
- stworzenie atmosfery swobody, zapewnienie dziecku możliwości pełnego wyrażania swoich uczuć,
- terapeuta powinien traktować dziecko jako zdolne do rozwiązywania własnych problemów,
- przypisanie dużego znaczenia do określonych ograniczeń (np. dziecko nie może niczego psuć, niszczyć).

W terapii niedyrektywnej bardzo ważną rolę odgrywa „podążanie za dzieckiem”. Terapeuta przyjmuje propozycję zabawy ze strony dziecka, naśladuje jego zachowanie oraz akceptuje, że dziecko może odrzucić proponowane przez niego formy aktywności. Głównym celem jest nawiązanie kontaktu z dzieckiem. Terapeuta powinien być partnerem dziecka, który chce się włączyć w świat przeżyć dziecka, poprzez przyjęcie postawy ucznia, nie nauczyciela [13,17,25,26,27,29].

Głównym założeniem metody Ruchu Rozwijającego jest posługiwanie się ruchem jako narzędziem we wspomaganiu rozwoju psychoruchowego dziecka. Ruch stosuje się również w terapii zaburzeń rozwoju dotyczącej:

- świadomości przestrzeni i działania w niej,
- świadomości własnego ciała i usprawniania ruchowego,
- dzielenia przestrzeni z innymi ludźmi i nawiązywanie z nimi bliskiego kontaktu [3,5,16,25].

Metoda Sherborne opracowana została przede wszystkim z myślą o dzieciach upośledzonych w stopniu głębszym. Sherborne wyróżnia następujące grupy ćwiczeń wspomagające rozwój dziecka:

- I. ćwiczenia pomagające zdobyć poczucie bezpieczeństwa w kontakcie z innymi oraz zdobycie pewności siebie (np. „tunel” – dziecko przechodzi pod tunelem, który tworzą współćwiczący),
- II. ćwiczenia prowadzące do poznania własnego ciała (np. wykonywanie różnorodnych ruchów podczas leżenia, siedzenia, czołgania),
- III. ćwiczenia ułatwiające nawiązywanie współpracy z partnerem i grupą oraz wspomagające nawiązanie kontaktu,
- IV. ćwiczenia „z” w parach (kołysanie się, przeciąganie z partnerem w różnorodny sposób),
- V. ćwiczenia „razem” (oba partnerzy są aktywni),
- VI. ćwiczenia „przeciwko” (np. „paczka” – dziecko zwija się w kłębek, a współćwiczący stara się rozwinąć paczkę),
- VII. ćwiczenia twórcze – rozwijanie aspektów ruchu proponowanych przez członków grupy.

Brak wskazówek efektywności tej metody nie może wyeliminować ani pomniejszyć jej roli w całym procesie rehabilitacji i usprawniania osoby autystycznej. Metoda ta odgrywa ważną rolę na samym początku terapii. Leczenie to polega na nienarzucającym się podążaniu za dzieckiem, naśladowaniu jego zachowań, ułatwia terapeutę nawiązanie kontaktu z dzieckiem, z którym spotyka się bardzo krótko. Metoda ta umożliwia matce, w atmosferze emocjonalnego wsparcia ze strony innych członków rodziny, pogłębienie kontaktów z dzieckiem i daje poczucie, jak bardzo siebie potrzebują. Terapia „Holding” (konfrontacja, odrzucenie, rozwiązanie) w znaczny sposób pomaga w przezwyciężeniu kryzysów, które pojawiają się intensywniej w ustrukturyzowanej terapii SI [3,5,16,17,20].

Iwona Stanisławska, Kornelia Niemyska, Katarzyna Rogalska, Agnieszka Kamińska, Ewa Włostowska, Marek Łyp, Bożena Witek

W wielu przypadkach autyzmu dziecięcego lekarze zmuszeni są do zastosowania leczenia farmakologicznego. Sposób ten jest głównie leczeniem objawowym i ma za zadanie zniesienie objawów choroby. Niekiedy nasilenie objawów jest na tyle silne, że żadną terapią nie jest wystarczająca. W takich przypadkach tylko leczenie farmakologiczne pozwala na normalne funkcjonowanie pacjenta.

Objawami, na które najczęściej skierowane jest leczenie farmakologiczne, są obniżony nastrój, zaburzenia uwagi i nadmierna ruchliwość (leki psychostymulujące), stereotypy ruchowe, objawy obsesyjno – kompulsywne i nasilone rytuały, objawy lękowe, napady padaczkowe, nadmierna impulsywność, zachowania agresyjne i samouszkodzające. Specjaliści podejmowali także próby

leczenia deficytów w zakresie interakcji społecznych i komunikacji za pomocą neuroleptyków [8].

Przez swoją złożoność autyzm dotyka zarówno samego chorego, jak i jego najbliższe otoczenie. Szeroki zakres dysfunkcji dodatkowo utrudnia postawienie prawidłowej diagnozy i dobranie odpowiednich metod pracy z nimi. Wczesne zdiagnozowanie i szybkie wdrożenie ukierunkowanego leczenia ułatwia radzenie sobie z tą sytuacją zarówno rodzicom, jak i samemu choremu. Nie istnieje jednak jedna skuteczna metoda terapii pacjenta z autyzmem, ponieważ każdy z przypadków jest inny. Sukcesem, do którego dążą lekarze wraz z terapeutami, jest zmniejszenie symptomów autyzmu i próbowanie wykorzystania jak największego potencjału ukrytego w każdym dziecku.

Bibliografia

1. Banaszek G. Rozwój niemowląt i jego zaburzenia a rehabilitacja metodą Vojty. Bielsko-Biała: Wydawnictwo Alfa Medica Press; 2004, 70–120.
2. Błęszyński J. Autyzm a niepełnosprawność intelektualna i opóźnienie w rozwoju – Skala Oceny Zachowań Autystycznych. Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis; 2011, 10–120.
3. Bobkiewicz-Lewartowska L. Autyzm dziecięcy – zagadnienia diagnozy i terapii. Kraków: Wydawnictwo Impuls; 2005, 8–50.
4. Bogdanowicz M. Integracja percepcyjno-motoryczna: teoria – diagnoza – terapia. Warszawa: Wydawnictwo Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej; 2000, 10–50.
5. Bogdanowicz M, Kisiel B, Przasnyska M, Metoda Weroniki Sherborne w terapii i wspomaganie rozwoju dziecka. Warszawa: Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne; 1992, 20–120.
6. Borkowska M. Dziecko z niepełnosprawnością ruchową. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2012, 40–44.
7. Bragdon A D, Gamon D. Kiedy mózg pracuje inaczej. ADHD, alkoholizm, autyzm, déjà vu, dysleksja, leworęczność, słuch absolutny, pamięć fotograficzna, sezonowe zaburzenie afektywne, synestezja. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2004, 32–43.
8. Bryńska A, Komender J, Jagielska G. Autyzm i zespół Aspergera. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2009, 70–107.
9. Drała D, Maciarz A. Dziecko autystyczne z zespołem Aspergera, Kraków: Wydawnictwo Impuls; 2007, 15–25.
10. Eliot L. Co tam się dzieje. Jak rozwija się mózg i umysł w pierwszych latach życia. Poznań: Wydawnictwo Media Rodzina; 2003, 30–60.
11. Emmons Godwin P, McKendry-Anderson L. Dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej. Zaburzenia rozwojowo-sensoryczne oraz edukacyjne występujące w ramach autyzmu, ADHD, trudności szkolnych oraz zaburzeń dwubiegunowych. Warszawa: Wydawnictwo K. E. Liber; 2007, 10–90.
12. Frohlich A. Stymulacja od podstaw. Jak stymulować rozwój osób głęboko wielorako niepełnosprawnych. Warszawa: Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne; 1998, 15–44.
13. Grodzka M. Dziecko autystyczne. Dziennik terapeuty. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2000, 20–80.

14. Kuliński W, Zeman K. Fizjoterapia w pediatrii. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2012, 162–176.
15. Maas VF. Uczenie się przez zmysły. Wprowadzenie do teorii integracji Sensorycznej. Warszawa: Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne; 1998, 40–90.
16. Masłowski J, Szot Z, Błęszyński J. Terapia ruchowa a rozwój komunikacji osób autystycznych. Gdańsk: Wydawnictwo Uczelniane Akademii Wychowania Fizycznego i Sportu im. Jędrzeja Śniadeckiego; 2006, 10–22.
17. Matyja M, Domagalska M. Podstawy usprawniania neurorozwojowego według Berty i Karela Bobathów. Katowice: Wydawnictwo Akademia Wychowania Fizycznego; 2011, 130–150.
18. Mikler-Chwastek A. Sprawdzian rozwoju psychoruchowego niemowląt. Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis; 2011, 8–69.
19. Obuchowicz A. Badanie przedmiotowe i podmiotowe w pediatrii. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2010, 9–12.
20. Olechnowicz H, Wiktorowicz R. Dziecko z autyzmem. Wyzwalanie potencjału rozwojowego. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2012, 40–60.
21. Pauli S, Kisch A. Co się dzieje z moim dzieckiem? Zaburzenia rozwoju ruchowego i postrzegania. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2004, 10–45.
22. Park CC. Oblężenie. Rodzinna wyprawa w świat dziecka autystycznego. Kraków: Wydawnictwo Literackie; 2003, 20–60.
23. Pisula E, Danielewicz D. Wybrane formy terapii i rehabilitacji osób z autyzmem. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls; 2008, 170–188.
24. Pisula E. Autyzm – przyczyny, symptomy, terapia. Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia; 2012, 90–130.
25. Pisula E. Autyzm i przywiązanie. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2003, 50–120.
26. Pisula E. Małe dziecko z autyzmem. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2005, 20–90.
27. Sabik M, Szczypczyk A. Zabawy dla dzieci z autyzmem, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia; 2012, 40–80.
28. Waclaw W, Aldenrud U, Ilstedt S. Dzieci z autyzmem i zespołem Aspergera. Katowice: Wydawnictwo Śląsk; 2000, 10–50.
29. Wesołowska M. Pomóż mi opanować strach. Pamiętnik osoby dotkniętej autyzmem. Warszawa: Wydawnictwo Studio X; 2002, 10–70.