1.1 Autyzm w świetle literatury

Autyzm jest całościowym zaburzeniem rozwoju dziecka. Oznacza to, że u dotkniętych nim dzieci obserwuje się objawy nieprawidłowego funkcjonowania we wszystkich obszarach rozwoju.

Pierwsze symptomy autyzmu pojawiają się bardzo wcześnie. Dzieci dotknięte autyzmem fizycznie nie różnią się od swych rówieśników, ale zachowują się tak, jakby nie były w stanie zrozumieć informacji, które docierają do nich za pośrednictwem zmysłów, zwłaszcza słuchu i wzroku.

Termin autyzm (z języka greckiego autos-sam) wprowadzony został już w 1911 roku przez Eugeniusza Bleurera, jako jeden z objawów schizofrenii. Bleur określił autyzm jako „zamknięcie się we własnym świecie i rozluźnienie dyscypliny logicznego myślenia."[1]

Psycholodzy i psychiatrzy zajmujący się problematyką zagadnienia definiują autyzm dziecięcy, jako „złożone zaburzenie rozwoju i funkcjonowania ośrodkowego układu nerwowego, charakteryzujące się zakłóceniami zdolności komunikowania uczuć i budowania relacji interpersonalnych, zubożeniem i stereotypowością zachowań oraz trudnościami z integracją wrażeń zmysłowych." [2]

Według polskiego psychologa, Tadeusza Gałkowskiego autyzm dziecięcy jest „rozległym zaburzeniem rozwojowym o charakterze kompleksowego syndromu z wieloma symptomami, nie w pełni jeszcze opisanymi. Zaburzenie to jest wysoce zróżnicowane i wielopostaciowe."[3] Profesor uważa, że nie ma dwóch takich samych dzieci dotkniętych tym zaburzeniem rozwojowym.

W odmienny sposób do zagadnienia autyzmu podszedł Leo Kaner, który w 1943 roku opisał autyzm i wprowadził do osobnej kategorii diagnostycznej. Z pośród dzieci z różnymi zaburzeniami rozwojowymi i psychicznymi oraz niedorozwojem umysłowym dostrzegł również takie, które nie pasowały do żadnej grupy diagnostycznej. Dzieci wyróżniały się zachowaniami innymi od pozostałych. Kanner owe zachowania określił i opisał jako zespół i nadał nazwę „autyzm wczesnodziecięcy."[4]

Nazwa „wczesnodziecięcy" ściśle związana jest z wiekiem występowania. Typowe dla zaburzenia są jakościowe nieprawidłowości w zachowaniu dotyczące głównie komunikacji,

[1] L. Bolkowicz-Lewartowska. Autyzm dziecięcy, zagadnienia diagnoza i terapia, Kraków 2005, s.11
[2] S .Puzyński.J., Rybkowski J. Wciórka (red.) Psychiatria Kliniczna. Wydanie II, Wrocław 2010, s.593
[3] A.Maciarz, M.Bodasiewicz Dziecko autystyczne z zespołem Aspergera, Kraków 2000,s.9
[4] H. Jakiewicz, ‚Autyzm wczesnodziecięcy diagnoza, przebieg, leczenie, Gdańsk 1993,s.11

interakcji społecznych, oraz zainteresowań, a także powtarzające się, ograniczone i stereotypowe czynności.

Zdaniem Kannera autyzm cechuje brak fantazji lub zdolności do kreowania rzeczywistości. Głównymi symptomami tego zaburzenia są:

- Obsesyjna potrzeba zachowania identyczności otoczenia
- Wycofanie się z kontaktów społecznych lub niezdolność do ich tworzenia
- Fascynacja obiektami
- Posługiwanie się językiem niezrozumiałym dla otoczenia
- Zachowania świadczące o potencjalnych możliwościach intelektualnych dziecka [5]

W Polsce najbardziej rozpowszechnioną definicją autyzmu jest ta, zaproponowana przez Janusza Kostrzewskiego (1991 r.). Zwrócił on uwagę na zespół objawów, jakie ujawniają się u dziecka od chwili narodzin do 3 roku życia. Zaproponowane przez Krajowe Towarzystwo Autyzmu w Wielkiej Brytanii specyficzne symptomy autyzmu zgrupowano w pięciu charakterystycznych kategoriach. Zgodnie z czasem występowania i nasileniem[6]

- trudności w kontaktach społecznych trudności w werbalnym komunikowaniu się.
- trudności w pozawerbalnym komunikowaniu się.
- trudności w podejmowaniu zabawy i rozwijaniu wyobraźni.
- sprzeciw lub upór wobec zmian.

Amerykańskie Towarzystwo Autyzmu definiuje autyzm jako: „(...) złożone upośledzenie rozwojowe, które typowo objawia się w pierwszych trzech latach życia i jest wynikiem zaburzenia neurologicznego wpływającego na rozwój w obszarach interakcji społecznej i zdolności komunikacyjnych. Zarówno dzieci jak i dorosłe osoby dotknięte autyzmem typowo

[5] H. Jakiewicz, Autyzm wczesnodziecięcy diagnoza, przebieg, leczenie, Gdańsk 1993,s.11

[6] J. Błeszyński, Autyzm a niepełnosprawność intelektualna i opóźnienie rozwoju, Harmonia Universalis. Gdańsk 2011, s.56

przejawiają problemy w komunikacji werbalnej i niewerbalnej, interakcjach społecznych i zabawie."[7] Joanna Kruk-Lasocka natomiast ujmuje istotę autyzmu jako „zespół poważnych zaburzeń rozwojowych dziecka manifestujących się do 30. miesiąca życia, związanych z wrodzonymi dysfunkcjami układu nerwowego."[8]

Opisując autyzm w świetle literatury nie możemy zapomnieć o austriackim pediatrze i psychiatrze od którego nazwiska wywodzi się autyzm. Hans Asperger opisał w 1944 wraz z Kannerem „łagodniejszą formę autyzmu zwaną obecnie zespołem Aspergera. Obaj naukowcy opisali schorzenie niezależnie od siebie, nazywając występujące zaburzenia „autyzmem". Sądzili, że problemy i zachowanie charakteryzujące autyzm wynikają z anomalii występującej od urodzenia."[9]

2. Autyzm w klasyfikacjach medycznych

Kryteria diagnostyczne stosowane w celu opisywania autyzmu do dziś nie są w pełni określone. Dwa najczęściej stosowane systemy diagnostyczne i kwalifikacyjne, to „Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób (International Classification of Diseases ICD) Światowej Organizacji Zdrowia oraz diagnostyczny podręcznik Diagnostic and Statistical Manual of Disorders – DSM/ Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne za podstawę przyjęło tzw. „triadę zaburzeń."[10]

„W 1980 roku została opracowana wersja DSM III, w której autyzm wczesnodziecięcy został włączony do grupy rozległych zaburzeń rozwojowych. W 1987 roku rewizja DSM wniosła zmodyfikowane kryteria według których (DSM-III-R) autyzm wczesnodziecięcy został wyodrębniony z grupy zaburzeń rozwojowych. Objawy podzielono na trzy grupy:

- jakościowe zaburzenia związków społecznych,
- jakościowe zaburzenia komunikacji werbalnej, niewerbalnej i wyobraźni,
- znaczne ograniczenia różnorodności zainteresowań i aktywności"[11]

---

[7] http://www.autyzm24.pl

[8] J Kruk-Lasocka, Pedagogika dzieci z autyzmem i zespołami psychozopodobnymi, w: Dykcik W. (red.) Pedagogika specjalna, Poznań 1997, Wydawnictwo UAM, s. 246

[9] U Frith, ., Autyzm Wyjaśnienie tajemnicy, Gdańsk 2004, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, s. 25.

[10] A.Maciarz, M.Bodasiewicz Dziecko autystyczne z zespołem Aspergera, Kraków 2000,s.12 11 K.Markiewicz,.E.Ciećkiewicz,Diagnostyka różnicowanie autyzmu wczesnoszkolnego W:T. Gałkowski ,J.Kossewska (red),Autyzm wyzwaniem naszych czasów ,Kraków 2001.s,53

Ważną w diagnozie była informacja o początku procesu chorobowego w niemowlęctwie lub wczesnym dzieciństwie.

Kolejną modyfikacją jest DSM IV, w której podstawowymi kryteriami są:

- zakłócenia regulacji stanów afektywnych i lęków,
- zakłócenia w zachowaniu społecznym i wrażliwości społecznej
- zakłócenia przetwarzania informacji (irracjonalne myślenie oraz mylenie fantazji z rzeczywistością)[11]

W ICD-9 autyzm to proces chorobowy, natomiast w ICD- 10 jest to stan nieprawidłowego rozwoju. W obu przypadkach odmienna jest relacja między diagnozą a koncepcją odpowiedniej terapii.

Według ICD-10 pozycja 84.0 kryteria autyzmu dziecięcego

to : A.

Nieprawidłowy lub upośledzony rozwój wyraźnie widoczny przed 3 rokiem w co najmniej jeden z niżej wymienionych sfer:

1. rozumienie i ekspresja językowa używane w społecznym porozumiewaniu się
2. rozwój wybiórczego przywiązania społecznego lub wzajemnych kontaktów społecznych3. funkcjonalna lub symboliczna zabawa B.

Jeżeli co najmniej sześć spośród niżej wymienionych objawów wystąpi w punktach 1,2,3, przy czym co najmniej dwa z nich z punktu 1 i po co najmniej z punktów 2 i 3.

1. Jakościowe nieprawidłowości wzajemnych relacji społecznych przejawiane w co najmniej dwóch z następujących obszarów:

a) niedostosowanie, wykorzystanie kontaktu wzrokowego, wyrazu twarzy, postaw ciała i gestówdo odpowiedniego regulowania interakcji społecznych,

b) niedostateczny (odpowiednio do wieku umysłowego i mimo licznych okazji) rozwój związkówrówieśniczych obejmujących wzajemne podzielenie zainteresowania, czynności i emocje,

[11] Tamże s.,54

c) brak odwzajemniania społeczno-emocjonalnego, przejawiający się upośledzeniem lubodmiennym sposobem reagowania na emocje innych osób, albo brak właściwej modulacji zachowania do społecznego kontekstu, bądź też słaba integracja zachowań społecznych, emocjonalnych i komunikacyjnych,

d) brak spontanicznej potrzeby dzielenia się z innymi osobami radością, zainteresowaniami iosiągnięciami.

2. Jakościowe nieprawidłowości w porozumiewaniu się przejawiane co najmniej w jednym z obszarów:

a) opóźnienie lub zupełny brak rozwoju języka mówionego, przy czym brak alternatywnegosposobu porozumiewania się za pomocą gestów lub mimiki,

b) względny niedostatek inicjatywy i wytrwałości w podejmowaniu konwersacji jako reakcjizwrotnej na komunikaty innej osoby,

c) stereotypowe i powtarzające się wykorzystanie słów i wyrażeń,

d) brak spontanicznej różnorodności zabawy w udawanie lub zabawy naśladującej role społeczne.

3. Ograniczone, powtarzające się stereotypowe wzorce zachowania, zainteresowań i aktywności przejawiane w co najmniej jednym z obszarów:

a) pochłonięcie jednym lub więcej stereotypowymi zainteresowaniami o nieprawidłowejtematyce i zogniskowaniu, bądź jednym lub więcej niewłaściwymi z powodu intensywności ograniczeń

b) wyraziście kompulsywne przywiązanie do specyficznych, niefunkcjonalnych czynnościrutynowych i zrutynizowanych

c) stereotypowe i powtarzające się manieryzmy ruchowe, obejmujące albo stukanie, albokręcenie palcami, albo złożone ruchy całego ciała

d) koncentracja na cząstkach lub niefunkcjonalnych właściwościach przedmiotów, służących dozabawy (jak: ich zapach, odczucie powierzchni lub powodowanego hałasu lub wibracji). C.

Obrazu klinicznego nie można wyrazić innymi objawami całościowych zaburzeń rozwojowych, specyficznymi rozwojowymi zaburzeniami rozumienia języka z wtórnymi trudnościami społeczno-emocjonalnymi reaktywnymi, zaburzeniami przywiązania, ani

zaburzeniem selektywności przywiązania, niepełnosprawnością intelektualną z pewnymi cechami zaburzeń emocji i zachowania, schizofrenią o niezwykle wczesnym początku, ani zespołem Retta”[12]

Obecnie trwają prace nad nową klasyfikacją kolejnej edycji ICD 11. Klasyfikacja ta bierze pod uwagę różne stopnie zaburzeń rozwoju intelektualnego lub upośledzenia czynnościowego/funkcjonalnego języka, które są podstawą klasyfikacji stopnia autyzmu.

3.Przyczyny i objawy autyzmu

Mimo rozwoju badań na autyzmem, przyczyny jego powstawania nie są jeszcze do końca znane. Przypuszcza się, że nie ma jednej pojedynczej przyczyny źródła zaburzenia schorzenia.

W literaturze można doszukać się wielu poglądów na temat autyzmu.

Irena Obuchowska wymienia sześć przyczyn autyzmu:

- Zaburzenia genetyczne,
- Uszkodzenia układu nerwowego,
- Nieprawidłowości środowiskowe, patologiczne, modyfikujące zachowania dziecka,
- Deficyty sfery poznawczej,
- Zaburzenia percepcji,
- Zaburzenia ustrojowe[13]

Przykładem koncepcji wyjaśniającej autyzm jest pogląd N. Tinbergena. Badacz ten uważał, że „autyzm może pojawiać się w przebiegu normalnego rozwoju dziecka. Zachowania autystyczne są reakcją na silny lęk związany z sytuacją zagrożenia i objawiają się krzykiem, ucieczką, chaotycznymi ruchami lub zastygnięciem w bezruchu. Reakcja lękowa u małych dzieci może być wywołana przez różne bodźce, np. ból, nowe miejsce, rozłąka z matką, otwarta przestrzeń, niezaspokojone potrzeby fizjologiczne lub każdy inny nowy, dziwny, nagle pojawiający się bodziec. W każdej nowej sytuacji pojawiają się równocześnie dwie tendencje afektywne, radość z kontaktu i lęk przed kontaktem. Z reakcji pozytywnej wynika „dążenie do”,

[12] ICD 10

[13] I.Obuchowska.Dziecko niepełnosprawne w rodzinie Warszawa1991,s.283.

z negatywnej odrzucenie kontaktu. U dzieci rozwijających się prawidłowo reakcje te są zróżnicowane, natomiast u dzieci autystycznych dominują reakcje lękowe. Warunkiem powstania autyzmu jest wystąpienie patogennych czynników zewnętrznych i osobniczej cechy tzw. podatności na zranienie. „Ranliwość" (vulnerability) oznacza zmniejszenie odporności dziecka na działanie patogennych czynników zewnętrznych."[14]

Wielu badaczy psychologów i naukowców doszukuje się przyczyn autyzmu już od momentu urodzenia, a właściwie przebiegu ciąży i samego porodu.

E. Pisula w swojej książce „Male dziecko z autyzmem" opisuje „brak jednoznacznych danych potwierdzający związek między życiem płodowym i porodem dziecka a wystąpieniem autyzmu, choć istnieją opracowania, które taki związek w szczególny sposób podkreślają."[15]

Diagnoza autyzmu wczesnodziecięcego oparta jest na badaniu lekarskim i psychologicznym. Badacze i terapeuci są zgodni, że im wcześniej zostanie postawiona diagnoza tym szybciej można podjąć terapię i będzie ona dawała lepsze efekty. Zdaniem cytowanej już przeze mnie E. Pisuli w Polsce najwięcej dzieci zostało zdiagnozowanych miedzy 4 a 6 rokiem życia. Bardzo wczesna interwencja daje tym dzieciom szanse na lepsze funkcjonowanie w późniejszym życiu.

Istnieją zatem czynniki, które mogą mieć wpływ na współwystępowanie autyzmu, są to:

- Zatrucia ciążowe,
- Krwawienia w czasie ciąży,
- Przyjmowanie leków w czasie ciąży,
- Późny wiek matki,
- Cukrzyca, a także konieczność sztucznego wywołania porodu oraz długi czas jego trwania. Zdaniem niektórych badaczy autyzm może być wywołany przez wirusy (np. różyczkę) szczególnie w pierwszym trymestrze ciąży.[16]

Do najbardziej rozpowszechnionych technik i metod w diagnozie autyzmu należą:

- Ustrukturyzowany wywiad kliniczny,
- Spotkanie z rodziną,

[14] . Bolkowicz-Lewarlowska.Autyzm dziecięcy ,zagadnienia diagnoza i terapia , Kraków 2005,s.34-35.
[15] E.Pisula, Małe dziecko z autyzmem, Gdańsk2005, s.23
[16] P. Randall, ,J.Parker, Autyzm jak pomóc rodzinie, Gdańsk2004, s.95

- Badania psychiatryczne, neurologiczne i somatyczne dziecka,
- Obserwacja zachowań dziecka i jego relacji z matką oraz innymi osobami z otoczenia,
- Ocena rozwoju poziomu mowy,
- Obserwacja psychologiczna

Metody dodatkowe wzbogacające wiedzę o dziecku

- Ocena kompetencji społecznych dziecka
- Analiza psychologiczna spontanicznego rysunku[17]

mgr Natalia Mierzejewska

[17] H.Jaklewicz, Całościowe zaburzenia rozwojowe. [w:] I Namysłowska, [ed.]. Psychiatria dzieci i młodzieży, Wydawnictwo Lekarskie PZWL; Warszawa 2004. , s.89