

Katarzyna Markiewicz

Charakterystyka zmian w rozwoju umysłowym dzieci autystycznych



Podziękowania

Przeprowadzenie badań, których wyniki zaprezentowano w niniejszej pracy, możliwe było dzięki życzliwości i pomocy wielu osób, z którymi oprócz relacji zawodowych, łączyła mnie więź przyjaźni.

Szczególnie dziękuję dr. Stanisławowi Siwkowi, który wprowadził mnie zarówno w problematykę autyzmu, jak i w progi SPWDiR, a następnie wspierał cennymi radami i uwagami.

Serdecznie dziękuję współpracownikom Specjalistycznej Poradni Wczesnej Diagnostyki i Rehabilitacji w Lublinie: mgr Zofii Frajnt – ówczesnemu dyrektorowi placówki, mgr Ewie Ciećkiewicz, mgr Renacie Bidas-Zygan, mgr Danucie Bolesławskiej.

Specjalne słowa podziękowania należą się wszystkim moim pacjentom i ich rodzinom. Dziękuję Wam za zaufanie i za trud współpracy, bo jest to szczególnie trudne, gdy formą udzielanej pomocy są stawiane wymagania. Godzina terapii dziecka w poradni nie przynosi takich efektów, jak stała i systematyczna praca w domu. Zadaniem psychologa w placówce poradnianej jest udzielanie wskazówek i kierowanie do rodziców poleceń, będących jednocześnie wymogami terapeutycznej pracy z dzieckiem. Rodzice, często przemęczeni i wyczerpani, niekiedy zniecierpliwieni, oczekują od specjalistów więcej efektów w krótszym czasie. Takim sytuacjom towarzyszy czasem napięcie, niekiedy złość, a wielokrotnie poczucie bezsilności, bo chciałoby się ofiarować więcej niż można.

Pani Profesor Hannie Herzyk oraz Panom dr. hab. Józefowi Stachyrze oraz dr. Piotrowi Brzozowskiemu dziękuję za pomoc merytoryczną.

O przyjęcie szczególnych podziękowań za cierpliwość, wsparcie i udzielaną mi pomoc naukową proszę Pana Profesora Bożydara L. J. Kaczmarka.

Serdeczne podziękowanie składam również Pani Profesor Ewie Pisuli za cenne wskazówki i uwagi krytyczne, które w znacznym stopniu przyczyniły się do ostatecznego kształtu tej książki.

Mojemu wspaniałemu Synowi, Rodzicom i Siostrze dziękuję za stałą obecność i za wszystko, co mi ofiarowali.

wewnątrz każdej fazy, jak i dynamika przejść z fazy do fazy zależą nie tyle [...] od jakości zewnętrznej stymulacji, właściwości układu nerwowego i temperamentu jednostki oraz od tego, jak bardzo utrwalona jest całość powstała w poprzednim cyklu rozwoju i jakimi właściwościami charakteryzuje się aktywność jednostki, co od dynamicznej interakcji i jakości wzajemnego dopasowania tych czynników” (Brzezińska, 2000, s. 93).

Decyzja o wyborze modelu cykliczno-fazowego jako podstawy planowanych badań uwarunkowana była jego użytecznością, zarówno jako narzędzia analizy procesu rozwoju dzieci z autyzmem, jak też jako narzędzia służącego planowaniu skutecznych oddziaływań wspomagających rozwój (por. Brzezińska, jw.). W dalszej części pracy przedstawione zostaną szczegółowe założenia badawcze oraz procedura prowadzenia badań.

5.1. Założenia badawcze

Dziesięcioletni staż pracy w Specjalistycznej Poradni Wczesnej Diagnostyki i Rehabilitacji w Lublinie umożliwił autorce zgromadzenie bogatego materiału badawczego. Nie jest możliwe ani konieczne odwoływanie się do wszystkich poczynionych spostrzeżeń. W kontekście analizy materiału teoretycznego, obejmującego problematykę autyzmu, przyjęto, iż szczególnie ważne są dwa obszary badawcze. Pierwszy odnosi się do diagnostyki zaburzeń rozwojowych, szczególnie zaś autyzmu, przed ukończeniem przez dziecko trzeciego roku życia (w prezentowanych analizach wiek badanych dzieci kształtuje się na poziomie 18.–37. m.ż). Uwzględnienie tego zagadnienia w analizach wynika z faktów przytaczanych w rozdziale 3. Przypomnieć należy, iż odnoszą się one do trudności w trafnym różnicowaniu diagnostycznym zaburzeń, których przebieg, zwłaszcza we wczesnych fazach, może być podobny. Dotyczy to między innymi autyzmu, specyficznych zaburzeń rozwoju mowy i języka oraz niepełnosprawności intelektualnej. Wyniki przytaczanych badań zostały częściowo opublikowane przed zamknięciem niniejszego opracowania (Markiewicz, Pąchalska, 2007). Ze względu jednak na wagę podejmowanego problemu zdecydowano się na ich szczegółową prezentację.

Drugi obszar badawczy jest zgodny z założeniami teoretycznymi przedstawionymi w rozdziałach 2.–4. Przyjęto, iż przemiany zachodzące w aktywności umysłowej należy ująć w perspektywie rozwojowej. Założenie to staje się szczególnie istotne w odniesieniu do dzieci autystycznych. Prowadzona w tej części analiza wyników badań koncentruje się na dwóch etapach rozwoju. Są to: 1) okres średniego dzieciństwa (wiek przedszkolny); 2) okres późnego dzieciństwa (młodszy wiek szkolny). Uwzględniając istotne zróżnicowanie w sposobie poznawczego funkcjonowania dzieci w okresie średniego dzieciństwa (patrz: Harwas-Napierała, Trempała, 2000), badania zostały przeprowadzone dwukrotnie: w grupie dzieci poniżej 55. m.ż. (3.–4.-letnich), oraz 56.–79. m.ż. (5.–6.-letnich). Okres późnego dzieciństwa reprezento-

8. W kolejnych etapach badań, odpowiadających wyodrębnionym przedziałom wiekowym, następują u dzieci autystycznych statystycznie istotne zmiany w poziomie wykonywania zadań dotyczących centralnej koherencji.

Zbiorcze zestawienie wyników uzyskanych w poszczególnych próbach oraz statystyczna ich analiza w połączeniu z kliniczną weryfikacją danych umożliwi ostatecznie udzielenie odpowiedzi na postawione pytania oraz weryfikację postawionych hipotez.

Statystyczną analizę wyników przeprowadzono z wykorzystaniem programu SPSS 12.0 PL for Windows. Dla porównań między grupami zastosowano test t-Studenta dla danych niezależnych. Dla danych zależnych stosowane testy to: test t-Studenta dla danych zależnych, test Levene'a w celu zbadania równości wariancji grupowych. Test Bonferroni – wielokrotnego porównania zastosowano w celu porównania istotności zmian rozwojowych, następujących w kolejnych etapach badań. Ponadto zastosowano test τ -Kendalla do oszacowania istotności korelacji między wybranymi zmiennymi. Oceny rzetelności prób eksperymentalnych dokonano za pomocą współczynnika α -Cronbacha.

Testy nieparametryczne stosowano ze względu na rozkład zmiennych inny od normalnego (Ferguson, Takane, 2002; Wieczorkowska, Kochański, Eljaszuk, 2004).

5.2. Organizacja badań i opis badanej grupy

Istotnym czynnikiem, warunkującym i sprzyjającym organizacji procedury badawczej, był fakt współpracy ze Specjalistyczną Poradnią Wczesnej Diagnostyki i Rehabilitacji (SPWDiR) w Lublinie, gdzie w latach 1995–2004 autorka badań zatrudniona była w charakterze psychologa diagnosty-terapeuty. Ocenie diagnostycznej poddano w tym czasie 567. dzieci. Byli to pacjenci w wieku od 4. miesiąca do 16. roku życia. Badaniami objęte zostały dzieci z Lublina i okolic: Puław, Sandomierza, Kocka, Łęcznej, a także z okolicznych miasteczek i wsi.

Ze względu na postawione pytania problemowe analiza uzyskanych wyników ma dwustopniowy charakter. Po pierwsze, dotyczy wyników badań tych dzieci, które zdiagnozowano w procesie terapii jako autystyczne. Zestawiono je z wynikami dzieci, w stosunku do których podjęto ostatecznie inną decyzję diagnostyczną (niesprawność intelektualna oraz specyficzne zaburzenia rozwoju mowy i języka). W praktyce SPWDiR diagnoza dokonywana jest zwykle przez zespół specjalistów, w skład którego wchodzi: psychiatra dziecięcy, psycholog, pedagog specjalny, logopeda i rehabilitant. Podstawę diagnozy stanowią kryteria opisane w podręcznikach diagnostycznych DSM-IV i ICD-10, a także informacje uzyskane w standardowych wywiadach stosowanych w praktyce diagnostycznej SPWDiR oraz obserwacje. Dodatkowo ważnym kryterium trafności diagnozy autyzmu było jej potwierdzenie przez fundację Synapsis, z którą współpracowali rodzice badanych.

W drugim etapie skoncentrowano się wyłącznie na analizie wyników uzyskiwanych przez dzieci z ASD. W tej grupie znalazły się również dzieci, u których potwierdzona została diagnoza autyzmu, a których wyniki uwzględniono w pierwszym etapie analiz. Ocena dotyczyła wyodrębnionych w kolejnych etapach badań testem PEP-R funkcji poznawczych. Dokonano również oceny zmian w poziomie wykonywania zadań funkcji ToM (teoria umysłu), EF (funkcje wykonawcze) i CC (centralna koherencja). Kontrolowano głębokość deficytów w skali zachowań, wskazywanych jako diagnostyczne dla autyzmu (wg DSM-IVR, ICD-10 – w sferach: społecznej, komunikacyjnej oraz zainteresowania zabawą i reakcjami na bodźce) oraz upływ czasu między kolejnymi etapami badań.

Wszystkie badania prowadzono na terenie Poradni, zaś spotkania obserwacyjno-terapeutyczne odbywały się zarówno na terenie SPWDiR, w rodzinnym domu dziecka, jak też w przedszkolu lub w szkole, do której ono uczęszczało.

5.2.1. Organizacja badań dotyczących specyficznych wskaźników różnicujących autyzm, niepełnosprawność intelektualną i specyficzne zaburzenia rozwoju mowy i języka w diagnostyce dzieci do 3. r.ż.

W podręczniku diagnostycznym ICD-10 poszczególne zaburzenia rejestrowane są w systemie alfanumerycznym, opartym na kodzie złożonym z jednej litery i następujących po niej cyfr. W ten sposób dla niepełnosprawności intelektualnej (wg ICD-10 upośledzenia umysłowego) wprowadzono oznaczenie F70-F79. Kolejne wartości liczbowe oznaczają stopnie głębokości zaburzenia.

Z kolei autyzm i specyficzne zaburzenia rozwoju mowy i języka zostały określone kodem F80-F89, opisującym zaburzenia rozwoju psychicznego (psychologicznego). W tej kategorii charakteryzowane są specyficzne zaburzenia rozwoju mowy i języka (F80), specyficzne zaburzenia rozwoju umiejętności szkolnych (F81), specyficzne zaburzenia rozwoju funkcji motorycznych (F82), mieszane specyficzne zaburzenia rozwojowe (F83), całościowe zaburzenia rozwojowe (F84) oraz inne zaburzenia rozwoju psychicznego (psychologicznego) (F88).

Z powodu dużego zróżnicowania obrazu poszczególnych kategorii zaburzeń autorzy wprowadzili system podkategorii. Tak więc wśród specyficznych zaburzeń rozwoju mowy i języka wyróżniono takie jednostki diagnostyczne, jak specyficzne zaburzenia artykulacji (F80.0), zaburzenia ekspresji mowy (F80.1), zaburzenia rozumienia mowy (F80.2) i inne. Z kolei wśród całościowych zaburzeń rozwoju, wyodrębniono autyzm dziecięcy (F84.0), autyzm atypowy (F84.1) oraz inne podkategorie.

Ze względu na wiek badanych dzieci, a także procedurę opracowywania wyników poszczególne podkategorie opisywanych zaburzeń zostaną ujęte pod wspólnymi określeniami: autyzm, specyficzne zaburzenia rozwoju mowy i języka oraz niepełnosprawność intelektualna. W przypadku dzieci do 3. r.ż. różnicowanie diagnostyczne, ukierunkowane na szczegółowe ustalenie typu podkategorii zaburzenia, nie jest uzasadnione. Tym bardziej że jako podstawę postępowania terapeutycznego

ośrodkach, a po pewnym czasie zgłaszają się ponownie, bardziej oswojeni z myślą o powolnych postępach, gotowi do współpracy z terapeutą i żmudnej pracy z własnym dzieckiem.

5.2.2.2. Metody badań

Wcześniej zasygnalizowano, iż badane dzieci były pacjentami Specjalistycznej Poradni Wczesnej Diagnostyki i Rehabilitacji w Lublinie. Badania prowadzono w latach 1995–2004. Zaprojektowano je w taki sposób, by zastosowana procedura nie dezorganizowała pracy placówki, lecz była z nią zsynchronizowana. Organizacja przebiegu badań uwzględniała w niektórych sesjach bezpośredni udział pedagoga specjalnego, logopedy, rehabilitanta ruchowego. Dzieci ponadto kierowane były do konsultacji psychiatrycznej, a w budzących wątpliwości przypadkach – również neurologicznej.

Przeprowadzano wywiad z rodzicami/opiekunami oraz prowadzono ustrukturalizowaną obserwację swobodnej aktywności dziecka. Arkusz diagnostyki według ICD-10 wypełniano na podstawie obserwacji oraz badań i wywiadu uzupełniającego. Dotychczasowy przebieg rozwoju, poziom osiągnięć poznawczych oraz stopień socjalizacji były przedmiotem analizy i oceny psychologicznej na pierwszym spotkaniu, niezależnie od wieku dziecka.

Badania prowadzono indywidualnie z poszczególnymi dziećmi. Zawsze jednak obecni byli rodzice badanych dzieci (por. punkt 5.2.). W kolejnych badaniach, prowadzonych z dziećmi w wieku przedszkolnym, stosowano, oprócz obserwacji uczestniczącej, Profil Psychoedukacyjny oraz próby eksperymentalne przygotowane na bazie Testu Sortowania Kart z Wisconsin (*Wisconsin-Card-Sorting-Test* – badanie w odniesieniu do teorii umysłu). Ponadto w badaniach wykorzystano próby rozumienia metaforycznych treści rysunkowych w opracowaniu B. L. J. Kaczmarka. Oceny możliwości z zakresu centralnej koherencji i funkcji wykonawczych dokonywano za pomocą próbek eksperymentalnych (opisy poniżej). Do oceny centralnej koherencji wykorzystano testy Bender-Koppitz i TFZ Rey-Osterrietha. Analizie poddawano również wytwory własne dzieci. Charakterystykę prowadzonych badań przedstawiono w tabeli 5.4. Przeprowadzenie badań nie było możliwe podczas jednego spotkania z pacjentami, zarówno ze względu na specyfikę dysfunkcji, jak też z powodu uciążliwości i czasochłonności wybranych metod i narzędzi. Dlatego też, celem zachowania porządku organizacyjnego, całość przeprowadzonych w danym badaniu działań określono mianem serii. Serie obejmowały od 3. do 5. spotkań z dzieckiem. Jak zaznaczano wcześniej, częstotliwość spotkań terapeutycznych, niezależnie od wieku pacjenta, wynosiła przeciętnie 20.–30. dni. Do analiz uwzględniono wyniki badań powtórzonych w odstępach 18.–24. miesięcy. Było to podyktowane specyfiką zaburzeń, rejestrowanym tempem pojawiających się zmian, a także specyfiką rytmu pracy Poradni.

Czynione w ramach praktyki diagnostyczno-terapeutycznej obserwacje pokazują, że większość zgłaszanych do poradni dzieci demonstruje w początkowym etapie postępowania diagnostycznego następujące zachowania:

- ♦ w sferze emocjonalno-społecznej: zachowania agresywne i autoagresywne, upór, negatywizm, niechęć do nawiązywania i podtrzymywania interakcji społecznych, obojętność lub gwałtowne wyładowania emocji;
- ♦ w sferze komunikacyjnej: brak reakcji na komunikaty słowne (pochwały, nagany, zakazy), brak mowy czynnej lub wokalizację bezznaczeniową, niekiedy echolalię, persewercje słowne, jedynie w niektórych przypadkach posługiwanie się pojedynczymi wyrazami lub wyrażeniami dźwiękonaśladowczymi;
- ♦ w sferze intelektualnej: zróżnicowane zachowania od działania sensorycznego, nieukierunkowanego na cel po celową, ustrukturalizowaną aktywność, od bardzo słabego różnicowania znaczących elementów po spostrzeganie zadziwiająco precyzyjne i szczegółowe, od braku umiejętności koncentrowania uwagi dowolnej do koncentracji dłuższej, ale wybiórczej; od znacznie ograniczonych możliwości zapamiętywania po zaskakująco dobrą, ale mechaniczną pamięć (por. Markiewicz, Ciekiewicz, 2000).

Dopiero w toku dłuższej i systematycznej obserwacji możliwe jest trafne diagnozowanie, pozwalające na wyodrębnienie niepełnosprawności intelektualnej, specyficznych zaburzeń rozwoju mowy i języka oraz pełnoobjawowego autyzmu dziecięcego. Rozpoznawanie autyzmu, zwłaszcza na wstępnym etapie postępowania diagnostycznego, jest trudne w praktyce klinicznej. Pełna diagnostyka różnicowa wymaga prowadzonego w trakcie długotrwałego postępowania terapeutycznego poznawania i oceniania możliwości dzieci.

Postawione w badaniach pytanie problemowe odnosiło się do kwestii, *czy istnieją wyraźne specyficzne wskaźniki, różnicujące autyzm, niepełnosprawność intelektualną i specyficzne zaburzenia rozwoju mowy i języka oraz czy możliwe jest ich wychwytywanie w diagnostyce dzieci do 3. r.ż.?* Z przeprowadzonych wyżej analiz wynika, że trudno jest udzielić jednoznacznej odpowiedzi na to pytanie. Hipotetycznie zakładano taką możliwość.

Przeprowadzone analizy z zastosowaniem współczynnika τ -Kendalla wskazują na istnienie korelacji między typem zaburzenia a poszczególnymi funkcjami mierzonymi MFDR. Tabela 6.12. wskazuje, iż współczynnik korelacji na poziomie $p < 0,05$ dotyczy sprawności motorycznych (chodzenia i sprawności manualnej), zaś na poziomie $p < 0,01$ rozumienia mowy, umiejętności społecznych i samodzielności w realizacji czynności związanych z samoobsługą. Nie potwierdzono istotnej zależności między typem zaburzenia a percepcją oraz mową. Zatem można przyjąć założenie, że te dwie zmienne nie różnicują dostatecznie grup diagnostycznych, zaś dotyczący ich poziom niesprawności jest w badanych grupach porównywalny. Związki między typem zaburzenia a poziomem sprawności poszczególnych funkcji opisano wcześniej.

Zestawienie zaprezentowane w tabeli 6.13. testu równości średnich grupowych Lambda Wilksa potwierdza, że zmienną najsilniej różnicującą badane grupy jest

zmiany formy działania nie przynosi oczekiwanego efektu w postaci zaprzestania jednej i podjęcia innej formy aktywności. Ostatnio ukształtowana reakcja staje się dominująca i uniemożliwia dziecku trzymanie się nowo ustalonych zasad. Taką prawidłowość potwierdzają m.in. badania Carlson i Moses (2001). W obecnych badaniach nie stwierdzono jednak, by zmienna głębokości dysfunkcji istotnie determinowała sposób wykonywania tych zadań. Oznaczać to może, iż zadania typu EF są istotnie skorelowane z innymi czynnikami niż głębokość autyzmu.

W części teoretycznej podkreślano, że prawidłowe wykonywanie zadań odnoszących się do EF staje się możliwe, jeśli równoległe z przedstawianą dziecku instrukcją słowną stosowany jest wskaźnik w postaci obrazka lub strzałki lub jeśli wysyłane są dodatkowe sygnały przez osobę wspomagającą pracę dziecka. Dzieci autystyczne wymagają stałej obecności osób mogących pomagać im w kontrolowaniu zachowań, zwłaszcza w tych sytuacjach, które ulegają zmianie.

8.2.2. Funkcja EF a wspomaganie rozwoju dziecka

Na podstawie dotychczas prowadzonych analiz można wnioskować o pewnych prawidłowościach rozwojowych zarejestrowanych w badanej grupie dla funkcji EF. Szacowanie właściwości rozwojowych dotyczyło takich aspektów, jak kontrola zachowań, akceptowanie zmian zachodzących w otoczeniu dziecka, umiejętność planowania i aktywne sterowanie zachowaniami w sytuacji nagłej zmiany, a także wykorzystywanie pamięci operacyjnej. Wyniki uprawniały do wyciągnięcia wniosku, że aktywna stymulacja może istotnie przyczynić się do opanowania przez dziecko autystyczne podstawowych zasad interakcji społecznych, jak między innymi powstrzymywanie własnych reakcji lub reagowanie na proste, behawioralne instrukcje (polecenia „rób” – „nie rób”). W tej części zaprezentowane zostanie studium przypadku podopiecznego SPWDiR, u którego efekty zmiany rozwojowej były następstwem prowadzenia terapii z wykorzystaniem reguł EF.

Michał (ur. 1992 r.) rozpoczął regularną terapię ogólnorozwojową w 1996 roku w wieku 52. m.ż. (4;3. r.ż.). Chłopiec dał się poznać jako dziecko spokojne, niereagujące na otoczenie. Występowały u niego reakcje autoagresji, które w śladowej postaci ujawniają się do chwili obecnej. Zachowania tego typu pojawiają się, gdy Michał czegoś potrzebuje, natomiast otoczenie nie reaguje w sposób przez niego oczekiwany oraz gdy ktoś podejmuje działania niezgodne z jego intencjami. W początkowym okresie terapii reakcje autoagresji, polegające na uderzaniu się rękami po głowie oraz silnym (do krwi) gryzieniu nadgarstków i towarzyszące temu popiskiwanie uniemożliwiały podjęcie lub kontynuowanie rozpoczętej pracy z chłopcem.

Ocena zachowań chłopca według kryteriów ICD-10 wskazywała na:

1. Jakościowe nieprawidłowości w interakcjach społecznych, które przejawiały się:

a) ograniczonym charakterem aktywności społecznej i trudnościami w zaakceptowaniu nowych sytuacji (np. frustracja na zmiany w kolejności wykonywania znanych czynności);

Warto podkreślić, iż prezentowane w niniejszej pracy badania empiryczne nad zmianami i właściwościami rozwoju umysłowego osób autystycznych były jednymi z pierwszych przeprowadzonych w Polsce badań longitudinalnych. Zastosowane techniki badań należą zarówno do standardowych (MFDR, ICD-10, PEP-R, B-K, R-O), jak i autorskich (próby eksperymentalne do badania ToM, EF). Otrzymane wyniki w wielu punktach zgodne są z wynikami innych badaczy problematyki, ale też uwypuklają pewne, istotne w przebiegu zmiany rozwojowej, właściwości dzieci autystycznych.

Celem podjętych badań było dokonanie charakterystyki zmian w rozwoju umysłowym dzieci autystycznych od okresu wczesnego do późnego dzieciństwa. Został on zrealizowany w dwóch etapach badań. Po pierwsze, odnosił się do opisu zależności między typem niepełnosprawności a wybranymi wskaźnikami rozwoju w okresie wczesnego dzieciństwa. Realizacja tego celu dawała podstawy do ustalenia obszarów różnicujących autyzm, niepełnosprawność intelektualną oraz zaburzenia rozwoju mowy i języka we wczesnym dzieciństwie. Zastosowano procedurę *ex post facto*, poddając analizie dokumentację, zgromadzoną w trakcie prowadzonego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w Specjalistycznej Poradni Wczesnej Diagnozy i Rehabilitacji. Badaniami objęto 35. dzieci, które w wyniku wspomnianego wyżej postępowania zakwalifikowano do jednej z omawianych grup. Analizom poddano wyniki badań 13. dzieci autystycznych, 15. niepełnosprawnych intelektualnie i 7. ze specyficznymi zaburzeniami rozumienia mowy i języka.

Drugim z postawionych zadań było ustalenie charakterystyki zmian rozwojowych w obrębie wybranych aspektów aktywności umysłowej dzieci z autyzmem w okresie średniego i późnego dzieciństwa. Cel ten zrealizowano, poddając analizie wyniki badań 25. dzieci ze zdiagnozowanym autyzmem.

Postawiono sześć pytań badawczych, na podstawie których sformułowano odpowiadające im hipotezy. Poniżej dokonano krótkiego zestawienia uzyskanych wyników, które umożliwiły otrzymanie odpowiedzi na te pytania.

1. Pytanie: Jakie wskaźniki rozwojowe w diagnostyce małych dzieci do 3. r.ż. można uznać za różnicujące autyzm, niepełnosprawność intelektualną oraz zaburzenia rozwoju mowy i języka? Przyjęto założenie, że **w rozwoju funkcji poznawczych małych dzieci autystycznych, niepełnosprawnych intelektualnie oraz ze specyficznymi zaburzeniami rozwoju mowy i języka występują obszary różnicujące wskazane zaburzenia.**

Analiza wyników uzyskiwanych przez dzieci zdiagnozowane w procesie terapii jako autystyczne wskazuje na pewne podobieństwo poziomu rozwoju poszczególnych funkcji do wyników uzyskiwanych przez dzieci niepełnosprawne intelektualnie oraz ze specyficznymi zaburzeniami rozwoju mowy i języka. W efekcie przeprowadzonych badań stało się możliwe również określenie różnic. Za funkcję najsilniej odróżniającą autyzm od pozostałych zaburzeń rozwojowych należy uznać umiejętności społeczne i samodzielność. Wyniki uzyskiwane przez dzieci autystyczne

funkcji EF dzieci 3.–4.-letnich (Carlson, Mandel, Williams, 2004). Umiejętność podporządkowania się zasadom, hamowanie i aktywizacja zachowań, zgodnie z instrukcją, odnosi się do wyższych rangą samoregulujących procesów poznawczych. Kształtowanie tych umiejętności jest wynikiem naturalnego oddziaływania wychowawczego, opartego na systemie kar i nagród. Badane dzieci były stałymi i wieloletnimi podopiecznymi SPWDiR. Być może systematyczność pracy i działań terapeutycznych podejmowanych przez ich rodziców powodowała, że przyrost umiejętności w zakresie EF okazał się w badanej grupie stały. Jest to jednocześnie istotna wskazówka. Osiągnięcie sukcesów terapeutycznych związane jest z kosztami ponoszonymi przez opiekunów. Muszą oni przede wszystkim sobie samym narzucić schematy postępowania, których głównymi elementami są konsekwencja i systematyczność.

3. Ostatnim z analizowanych obszarów były przemiany dotyczące właściwości rozwojowych w zakresie centralnej koherencji. Uzyskane wyniki potwierdzają, że dzieci autystyczne potrafią odwzorowywać proste figury geometryczne. Umiejętność ta rozwija się i doskonali wraz z wiekiem. Badane dzieci dość dobrze radziły sobie też z integrowaniem kilku prostych figur geometrycznych. Problemy pojawiały się, gdy zadanie badanych miało polegać na odwzorowywaniu figury złożonej (TFZ). Dzieci autystyczne rysowały figurę od szczegółu do ogółu. Nie odwzorowywały ogólnego schematu rysunku, lecz łączyły elementy cząstkowe, w ten sposób uzyskując figurę. Wyniki te nie są zaskakujące. Na takie właściwości osób autystycznych zwracano uwagę w teoretycznych rozdziałach pracy (patrz punkt 4.3.). Należy podkreślić, że badane dzieci nie radziły sobie z odwzorowywaniem zadań rysunkowych z pamięci. Trudno jednak na tej podstawie precyzować wnioski dotyczące sposobu centralnego przetwarzania informacji przez dzieci autystyczne. Bardziej prawdopodobne i potwierdzone obserwacją zachowania badanych jest to, że po odebraniu wzorca, gdy podaje się im kartkę i ołówek, nie rozumieją istoty zadania. Nie rozumieją, że rysunek raz jeszcze należy odwzorować, tym razem z pamięci. Często zaczynają rysować dowolne rysunki, które także składają się z bardzo dużej liczby szczegółów. Podobnie jak przy odtwarzaniu TFZ Rey–Osterrietha badani zaczynają od jakiegoś detalu, wokół którego dobudowują kolejne elementy. W załączniku (patrz Aneks: załącznik 7.) zaprezentowano rysunek chłopca (Damiana), który zaczynał swoją pracę zawsze od rysowania gruszki. Do tego elementu dochodziły inne szczegóły w przypadkowej kolejności, na przykład kolor pojedynczej źerdzi płotu. Wokół tych elementów grupował kolejne, aż powstawał złożony rysunek. Osoba nieznająca dziecka nie wie, że rysunek ten jest zbiorem informacji o zagrożeniach. Chłopiec bowiem nie lubi gruszy, która w przeszłości, zrzucając owoce, „silnie uderzyła dziecko”. Nie lubi studni, stojącej na podwórku. Rodzice nie potrafią wyjaśnić źródeł tego lęku. Studnia jest również przedstawiona w pracy. Charakterystyczne jest również tempo wykonywania przez badanych zadań z tej kategorii. Można odnieść wrażenie, że rysunki wykonywane są przez te dzieci szybko, chaotycznie i bez planu. Jednak pod koniec rysowania ukazuje się specyficzna struktura pracy.