



Pedagogical Contexts 2023, No. 1(20)  
www.kontekstypedagogiczne.pl  
ISSN 2300-6471, e-ISSN 2720-0000  
s. 61–72  
<https://doi.org/10.19265/kp.2023.1.20.372>



Joanna Buława-Halasz

<https://orcid.org/0000-0002-2693-7219>

Uniwersytet Szczeciński

[joanna.bulawa-halasz@usz.edu.pl](mailto:joanna.bulawa-halasz@usz.edu.pl)

## KOMPETENCJE KOMUNIKACYJNE DZIECKA ZE SPEKTRUM AUTYZMU

### COMMUNICATION SKILLS OF A CHILD WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER

**Słowa kluczowe:**  
spektrum autyzmu,  
deficyty  
w komunikacji  
społecznej

**Streszczenie:** Spektrum autyzmu charakteryzuje się między innymi deficytami zdolności do inicjowania i podtrzymywania wzajemnych interakcji społecznych i komunikacji społecznej. Rozwój kompetencji komunikacyjnych dziecka ze spektrum autyzmu jest kluczowy, ponieważ przeciwdziała pojawieniu się lub zmniejsza intensywność i częstotliwość zachowań uciążliwych czy agresywnych. Ponadto brak możliwości rozwoju komunikacji we wczesnym dzieciństwie niesie poważne ryzyko zaburzeń w dorosłości. Artykuł jest poświęcony kilku wybranym, opartym na dowodach naukowych, aktualnie stosowanym w Polsce, metodom diagnozy i terapii. Najpowszechniej używanymi instrumentami do postawienia diagnozy zaburzenia ze spektrum autyzmu stanowią narzędzia ADOS-2 (wystandaryzowany „Protokół obserwacji do diagnozowania zaburzeń ze spektrum autyzmu – druga edycja”) i ADI-R (kompleksowy, wystandaryzowany i częściowo ustrukturyzowany „Wywiad do Diagnozy Autyzmu – Wersja zrewidowana”). W Polsce do postawienia diagnozy funkcjonalnej wykorzystywany jest Profil Psychoedukacyjny PEP-3-PL. Do najlepiej przebadanych naukowo i skutecznych metod terapii w zakresie komunikacji

dziecka autystycznego należą m.in. PECS (*Picture Exchange Communication System*) oraz ESDM (*The Early Start Denver Model*). Ważna jest świadomość różnej jakości podejść diagnostyczno-terapeutycznych oraz samych działań profesjonalistów. Najistotniejsze jednak jest to, aby odpowiednio zdiagnozować możliwości i potrzeby dziecka autystycznego i możliwie jak najwcześniej wprowadzać oddziaływania edukacyjno-terapeutyczne w zakresie komunikacji.

**Keywords:**

autism spectrum disorder, deficits in social communication

**Summary:** Autism spectrum disorder is typically characterized by deficits in the ability to initiate and maintain reciprocal social interaction and social communication. The development of communication skills of a child with autism is crucial because it prevents or reduces the intensity and frequency of disruptive or aggressive behavior. In addition, the lack of opportunities to develop communication in early childhood may inflict a serious risk of other problems in adulthood. The text is devoted to the selected methods of diagnosis and therapy, based on scientific evidence, and currently used in Poland. The most used instruments for diagnosing autism spectrum disorder are the ADOS-2 (standardized “Autism Diagnostic Observation Schedule – Second Edition”) and ADI-R (comprehensive, standardized, and semi-structured “Autism Diagnostic Interview – Revised”). In Poland, the Psychoeducational Profile PEP-3-PL is used to carry out a functional diagnosis. The most scientifically researched and effective methods of therapy in the field of communication of an autistic child include PECS (Picture Exchange Communication System) and ESDM (The Early Start Denver Model). It is important to be aware of the different quality of diagnostic and therapeutic approaches and the activities of professionals. The most important thing, however, is to properly diagnose the abilities and needs of an autistic child and to introduce educational and therapeutic communication interactions as early as possible.



## Wprowadzenie

Rozwój kompetencji komunikacyjnych dziecka z zaburzeniem ze spektrum autyzmu (*autism spectrum disorder* – ASD) jest kluczowy. Osoby autystyczne, które nie mają możliwości rozwoju komunikacji we wczesnym okresie, narażone są na poważne ryzyko wystąpienia zaburzeń w dorosłości. Nacisk na rozwój kompetencji komunikacyjnych w okresie szkolnym wpływa na rozwój poznawczy w dłuższym czasie. Dotyczy to także podejmowania wczesnej interwencji w kierunku zmniejszania częstości i intensywności występowania zachowań uciążliwych czy agresywnych itp. (Howlin i in., 2014). Ponadto poziom kompetencji komunikacyjnych uważany jest za najważniejszy, jeżeli chodzi o rokowania co do rozwoju społecznego osoby autystycznej (Kotlicka-Antczak, 2010). Celem niniejszego artykułu jest wskazanie aktualnie dostępnych i jednocześnie najlepszych narzędzi do diagnozy i terapii w tej kluczowej sferze rozwoju dziecka z zaburzeniem ze spektrum autyzmu w Polsce.

Termin „kompetencja” pochodzi z języka łacińskiego (*competentia*) i oznacza odpowiedniość, zgodność, uprawnienie do działania, a także zakres czyjejś wiedzy, umiejętności i odpowiedzialności (Doroszewski). Przejawia się ona w posiadaniu konkretnych umiejętności, a także odpowiedniego stanu emocjonalnego, duchowego i fizycznego, pozwalających wykonać zadanie. „Najogólniej termin «kompetencja» stosuje się do określenia dyspozycji człowieka, którą osiąga się w ciągu życia poprzez wyuczenie. Poziom określonej sprawności warunkuje efektywne działanie w danej dziedzinie” (Leopold, 2001, s. 156). Zatem kompetencja komunikacyjna na potrzeby niniejszego tekstu będzie oznaczała nie tylko umiejętność komunikowania się, ale także – co ważne w kontekście opisywanych poniżej podejść terapeutycznych – odpowiedniej motywacji i stanu fizycznego pozwalającego na wykorzystanie danej metody.

Zaburzenie ze spektrum autyzmu – charakterystyka wybranych trudności

Zaburzenie ze spektrum autyzmu według najnowszej edycji Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-11)<sup>1</sup>, jest zaburzeniem neurorozwojowym. Charakteryzuje się utrzymującymi się deficytami zdolności do inicjowania i podtrzymywania wzajemnych interakcji społecznych i komunikacji społecznej oraz wieloma ograniczonymi, powtarzalnymi i nieelastycznymi wzorcami zachowań, zainteresowań lub działań,

<sup>1</sup> Międzynarodowa klasyfikacja chorób i procedur medycznych stworzona przez Światową Organizację Zdrowia.

które są wyraźnie nietypowe lub nadmierne dla wieku i kontekstu społeczno-kulturowego jednostki.

Początek zaburzenia występuje w okresie rozwojowym, zazwyczaj we wczesnym dzieciństwie, ale objawy mogą nie ujawnić się w pełni aż do chwili, gdy wymagania społeczne przekraczają ograniczone możliwości. Deficyty są wystarczająco poważne, aby spowodować upośledzenie w osobistych, rodzinnych, społecznych, edukacyjnych, zawodowych lub innych ważnych obszarach funkcjonowania i są zwykle wszechobecną cechą funkcjonowania jednostki, którą można zaobserwować we wszystkich środowiskach, chociaż mogąą się różnić w zależności od kontekstu społecznego, edukacyjnego lub innego. Osoby w całym spektrum wykazują pełen zakres funkcjonowania intelektualnego i zdolności językowych (ICD-11).

Zaburzeniu ze spektrum autyzmu bardzo często współtowarzyszą inne zaburzenia, choroby czy problemy zdrowotne. Jednym z nich są zaburzenia motoryczne, do których zaliczyć można m.in. dyspraksję, opóźnienia rozwoju motorycznego oraz nieprawidłowe napięcie mięśniowe (Chojnicka i in., 2020). U osób autystycznych obserwuje się nieharmonijny rozwój psychoruchowy, spowodowany w dużej mierze atypowym przetwarzaniem bodźców zmysłowych, dysfunkcjami w obrębie układów sensorycznych, a także brakiem współpracy pomiędzy nimi. U podłoża zaburzeń leżą przede wszystkim problemy z koordynacją w złożonych aktywnościach, angażujących wielomodalną integrację i wymagających szybkiego oraz precyzyjnego działania (Przybyła, 2016). Stąd nie u wszystkich osób autystycznych sprawdza się stosowanie alternatywnych czy wspomagających metod komunikacji bazujących na gestach.

## Komunikacja społeczna u osób z zaburzeniem ze spektrum autyzmu

Termin „komunikacja społeczna” (*social communication*) jest używany w kryteriach diagnostycznych ASD w ICD-11, a także DSM-5<sup>2</sup>. Objawy deficytów w inicjowaniu i podtrzymywaniu komunikacji społecznej różnią się w zależności od wieku chronologicznego, zdolności werbalnych i intelektualnych oraz nasilenia zaburzeń. Ograniczenia mogą dotyczyć zrozumienia, zainteresowania lub niewłaściwych reakcji na werbalne lub niewerbalne komunikaty społeczne innych osób, integracji języka mówionego z typowymi uzupełniającymi się

<sup>2</sup> Klasyfikacja zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego opublikowana w 2013 roku.

sygnałami niewerbalnymi (kontakt wzrokowy, gesty, mimika i język ciała), które dodatkowo mogą być zmniejszone pod względem częstotliwości lub intensywności, zrozumienia i używania języka w kontekstach społecznych oraz umiejętności inicjowania i podtrzymywania wzajemnych rozmów społecznych. Deficyt w komunikacji społecznej pociąga za sobą trudności w sferze świadomości społecznej, prowadzącej do zachowań, które nie są odpowiednio modulowane w zależności od kontekstu społecznego. Deficyt teorii umysłu u osób autystycznych, który został udokumentowany między innymi przez Utę Frith i Simona Barona-Cohana (Simon-Baron i in., 1985), prowadzi do trudności w umiejętności wyobrażania sobie i reagowania na uczucia, stany emocjonalne i postawy innych. Co jest charakterystyczne dla osób autystycznych – mają trudności ze wzajemnym dzieleniem się zainteresowaniami, a także z nawiązaniem i podtrzymywaniem typowych relacji rówieśniczych (ICD-11).

Kryteria diagnostyczne wskazują również na występowanie deficytów w sferze komunikacji werbalnej i niewerbalnej (*verbal or non-verbal social communications*). Komunikacja niewerbalna to komunikacja pozasłowna, która towarzyszy komunikacji językowej, dopełniając ją lub czasem zastępując. Obejmuje „zachowania gestyczne, mimiczne, elementy dźwiękowe i przestrzenne” (Skudrzykowa i Urban, 2000, s. 87). Obejmuje ona m.in. kontakt wzrokowy, mimikę, gesty, dotyk i kontakt fizyczny, dystans fizyczny między rozmówcami, pozycję ciała, wygląd fizyczny, kanał wokalny (intonacja, akcent, barwa głosu jego rytm, szybkość, wysokość) czy dźwięki paralingwistyczne (Nęcki, 1992, s. 136–137).

Do najwcześniejszych objawów zaburzenia ze spektrum autyzmu należy między innymi ubogi kontakt wzrokowy, brak zainteresowania ludźmi i krótki czas patrzenia na nich, brak zdolności do naprzemiennego uczestnictwa w interakcjach oraz ograniczone zdolności inicjowania i podtrzymywania interakcji, brak reakcji na komunikaty, brak dostosowania mimiki do sytuacji, brak gestu wskazywania, brak podążania wzrokiem za osobą, przedmiotem, brak złożonych zachowań społecznych łączących spojrzenie, ekspresję mimiczną, ton głosu i gestykulację, a także brak rozumienia gestów o znaczeniu społecznym (Pisula, 2012).

U dzieci w wieku przedszkolnym wskaźniki diagnozy zaburzenia ze spektrum autyzmu według ICD-11 często obejmują między innymi unikanie wzajemnego kontaktu wzrokowego, opór wobec uczuć fizycznych, język, który pojawia się z opóźnieniem lub jest przedwcześnie rozwinięty, ale nie jest używany do rozmów towarzyskich (ICD-11). U dzieci autystycznych kontakt wzrokowy

w ogóle nie występuje albo jest on ograniczony, czasem określany mianem „pustego” spojrzenia (Błeszyński, 1998, s. 61). Wyróżnia się również kilka rodzajów gestów, z którymi omawiana grupa ma trudności: deskryptywne (pantomimiczne), instrumentalne (do osiągnięcia celu), informacyjne (do informowania) oraz emfaticzne (podkreślające treść wypowiedzi) (Lord i in., 2017, s. 26).

Do najbardziej typowych cech komunikacji dzieci autystycznych należy również mowa echolaliczna. U dzieci rozwijających się zgodnie z normą rozwojową echolalia pojawia się w okresie gaworzenia, czyli ok. 9. miesiąca życia, szczyt osiąga ok. 30. miesiąca życia, a potem powoli zanika (Wardyn i Gałkowski, 2002, s. 149–150). Wyróżnia się echolalię bezpośrednią, którą określa się jako powtarzanie dźwięków, wyrazów, zdań, fraz natychmiast po ich usłyszeniu (Bobkowicz-Lewartowska, 2000; Błeszyński, 1998; Błeszyński i Bobkowicz, 1997). Drugim rodzajem jest echolalia odroczone, która polega na powtarzaniu frazy z pewnym opóźnieniem, np. reklam telewizyjnych, dialogów filmowych lub reprimend wydawanych przez rodziców (Simon, 1975; za: Wardyn i Gałkowski, 2002, s. 152). W literaturze zwraca się również uwagę na echolalię funkcjonalną (łagodną), która polega na powtarzaniu komunikatów związanych z poszczególnymi sytuacjami czy zainteresowaniami dziecka i pełni funkcje komunikacyjne (Błeszyński, 2009).

Analiza dokonana przez Klaudię Cempę-Włodarczyk (2016) pokazuje, że echolalia jest zaburzeniem rozwoju mowy werbalnej dziecka, które hamuje jego rozwój psychiczno-ruchowy, emocjonalny i społeczny, uniemożliwia prowadzenie dialogu i bliższe poznanie rozmówcy, ponieważ niszczy spontaniczność, która ukrywa się w każdym dialogu i która kształtuje każdy dialog (Cempa-Włodarczyk, 2016, s. 181).

## Metody diagnozy

Najczęściej używanymi narzędziami służącymi do postawienia diagnozy zaburzenia ze spektrum autyzmu, powszechnie stosowanymi w wielu krajach, stanowiącymi tzw. złoty standard diagnozy, są takie instrumenty, jak ADOS-2 i ADI-R, często stosowane razem (nie jest to jednak wymóg konieczny).

*ADI-R Wywiad do Diagnozy Autyzmu – Wersja zrewidowana (ADI-R)* to kompleksowy, wystandaryzowany i częściowo ustrukturyzowany wywiad, którego celem jest zdobycie informacji niezbędnych do postawienia diagnozy dotyczącej spektrum autyzmu. Jego autorem są Michael Rutter, Ann LeCouteur

i Catherine Lord. Polskiej adaptacji tego narzędzia dokonały Izabela Chojnicka i Ewa Pisula (Pracownia Testów Psychologicznych). Przeprowadza się go z rodzicami lub opiekunami osób z ASD. Oceny w ADI-R dokonuje przeszkolony specjalista – nie jest wymagane posiadanie przez niego dyplomu psychologa, konieczne jest natomiast ukończenie szkolenia (Rynkiewicz i in., 2018, s. 401). ADI-R przeznaczony jest do diagnozowania osób od 24. miesiąca wieku umysłowego aż do dorosłości.

Narzędzie składa się z 93 pozycji zgrupowanych w działy (Chojnicka i Płoski, 2012b, s. 251): wprowadzenie i pytania wstępne (dotyczące sytuacji rodzinnej, procesu edukacji i leczenia, diagnozy), wczesny rozwój (początek symptomów, kamienie milowe w rozwoju i treningu czystości), nabywanie i utrata umiejętności, w tym językowych, język i funkcjonowanie komunikacji, rozwój społeczny i zabawa, zachowania i zainteresowania, zachowania ogólne, komentarze końcowe (dotyczące m.in. wrażeń osoby prowadzącej wywiad). Oceny wystawiane są w skali od 0 do 7 (jednocześnie każda z ocen jest opisana dla każdej pozycji) (Chojnicka i Płoski, 2012b, s. 253), przy czym: 0 (zero) oznacza, że „Badane zachowanie nie występuje”, 1 (jeden) – „Badane zachowanie występuje i jest do pewnego stopnia nieprawidłowe, ale niewystarczająco, lub nie występuje wystarczająco często, aby spełnić kryteria oceny 2”, 2 (dwa) – „Wyraźnie nieprawidłowe zachowanie”, 3 (trzy) – „Znaczące nasilenie badanego zachowania” (oceny 3 zamieniane są na 2 w algorytmie diagnostycznym), 7 (siedem) – „Wyraźne nieprawidłowości w pewien sposób związane z badanym zachowaniem, ale nie w sposób tu określony” (oceny 7 zamieniane są na 0 w algorytmie diagnostycznym), 8 (osiem) – „Nie dotyczy” (oceny 8 zamieniane są na oceny 0 w algorytmie diagnostycznym), 9 (dziewięć) – „Dane nieznanne lub nie pytano” (Chojnicka i Płoski, 2012b, s. 253).

Diagnoza autyzmu w klasyfikacji ADI-R zostaje postawiona, jeśli wyniki pokrywają się z odpowiednimi progami odsiewowymi lub je przekraczają w skalach: (a) komunikacji, (b) interakcji społecznych, (c) wzorców zachowań i zainteresowań oraz (d) – jeśli pierwsze objawy wystąpiły przed ukończeniem przez dziecko 36. miesiąca życia (Chojnicka i Płoski, 2012b, s. 253).

Narzędzie ADOS-2 stanowi wystandaryzowany protokół bezpośredniej obserwacji. Jego autorami są: Catherine Lord, Michael Rutter, Pamela C. DiLavore, Susan Risi, Katherine Gotham, Somer L. Bishop, Rhiannon J. Luyster i Whitney Guthrie. Polskiej normalizacji i napisania podręcznika podjęły się Izabela Chojnicka oraz Ewa Pisula (Pracownia Testów Psychologicznych) (Chojnicka i Płoski, 2012a). Narzędzie składa się z pięciu modułów (T, 1, 2,

3, 4) zróżnicowanych pod względem wieku i etapu rozwoju językowego diagnozowanej osoby. Wiek osób badanych mieści się w przedziale od 12. miesiąca życia do dorosłości. Każdy moduł obejmuje zestaw prób prowokujących osobę badaną do określonych zachowań społecznych, co umożliwi obserwowanie jej w trakcie interakcji i wychwycenie nieprawidłowości typowych dla zaburzenia ze spektrum autyzmu. Na podstawie obserwacji diagnosta ocenia zachowania ujęte w pięć kategorii: 1) język i komunikacja, 2) wzajemność w interakcjach społecznych, 3) zabawa/wyobraźnia, 4) zachowania stereotypowe i sztywne zainteresowania, 5) inne zachowania odbiegające od normy. Oprócz danych jakościowych w efekcie badania uzyskuje się wyniki ilościowe w dwóch skalach: „Afekt społeczny” oraz „Ograniczone i powtarzane zachowanie”, a także wynik całkowity. Porównanie tego wyniku z progiem odsiewowym pozwala na określenie, czy zachowanie badanego wskazuje/nie wskazuje na zaburzenie ze spektrum autyzmu. W przypadku badanych poniżej 31. miesiąca życia można określić stopień, w jakim zachowanie dziecka budzi niepokój. W odniesieniu do badanych w wieku powyżej 31. miesiąca życia oblicza się też na podstawie wyniku całkowitego wynik porównawczy, wyrażony w skali 1–10, wskazujący na nasilenie zaburzeń (Pracownia Testów Psychologicznych).

Zarówno ADOS-2, jak i ADI-R to narzędzia służące postawieniu bądź wykluczeniu zaburzenia ze spektrum autyzmu u badanej osoby. W Polsce do postawienia diagnozy funkcjonalnej celującej w specyfikę zaburzenia ze spektrum autyzmu wykorzystywany jest Profil Psychoedukacyjny PEP-3-PL – skrót ten oznacza, że jest to polska wersja (PL) trzeciego wydania (3) psychoedukacyjnego profilu (*Psychoeducational Profile, Third Edition* – PEP-3). Autorami narzędzia są Eric Schopler, Margaret D. Lansing, Robert J. Reichler oraz Lee M. Marcu. Projekt walidacyjny w Polsce został zrealizowany przez Interdyscyplinarne Centrum Badań Zachowania się Zwierząt i Ludzi (ICRAHB) w Warszawie i jego centrum szkoleniowe EduProf, we współpracy z Wydziałem Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego oraz ośrodkami wyspecjalizowanymi w diagnostyce, edukacji i terapii osób z ASD. W skład zespołu projektowego wchodziły: kierownik projektu prof. dr hab. Ewa Pisula, koordynator projektu dr Zuzanna Domasiewicz, członek zespołu kierującego mgr Ewa Pęczkowska oraz trener mgr Katarzyna Płucienniczak (Pisula, 2019).

Narzędzie to składa się z dwóch części: *Skali wykonaniowo-obsługowej* i *Raportu opiekuna*. Pierwsza obejmuje zadania służące do pomiaru poziomu rozwoju zdolności i umiejętności dziecka oraz obserwacji zachowania i składa się z 10 podskal, z których sześć mierzy różne aspekty rozwoju (mowa bierna,



mowa czynna, umiejętności poznawcze werbalne i prewerbalne, motoryka mała, motoryka duża, naśladowanie), a cztery – zachowania przystosowawcze (ekspresja emocjonalna, wzajemność społeczna, specyficzne zachowania ruchowe, specyficzne zachowania językowe). Drugą część narzędzia stanowi *Raport opiekuna*, w którym rodzic/opiekun prawny dziecka ocenia jego funkcjonowanie. Badanie całym testem umożliwia określenie mocnych i słabych stron dziecka w wieku od 2. do 6. roku życia, a także starszych, których wiek umysłowy mieści się we wspomnianym przedziale. Normy rozwojowe zostały opracowane dla wieku od 12. do 84. miesiąca życia. Wyniki badania mogą być wykorzystane do opracowywania indywidualnych planów edukacyjno-terapeutycznych, programów nauczania i wspierania rozwoju dzieci w wieku 2–6 lat (oraz starszych z opóźnieniem rozwoju), mierzenia postępów w rozwoju dziecka oraz w procesie diagnozy funkcjonalnej (PEP-3-PL).

Test PEP-3-PL nie jest jednak idealnym narzędziem. Dużym brakiem, jaki odnotowują specjaliści i rodzice w porównaniu z jego poprzednią wersją (tj. PEP-R), jest brak podręcznika z ćwiczeniami dla dzieci. Uzyskują oni jedynie informację o stanie rozwoju dziecka, ale nie otrzymują wskazówek, jak konkretnie (według jakiej procedury) uczyć go określonych czynności, w przeciwieństwie bowiem do najnowszej wersji, poprzednia posiadała aż trzy podręczniki – pierwszy dotyczył procedury badania, drugi pokazywał techniki nauczania dla rodziców i profesjonalistów, a trzeci zawierał same już ćwiczenia ze szczegółowo rozpisanymi procedurami nauczania.

## Metody terapii – rozwijanie kompetencji komunikacyjnych

Do najlepiej przebadanych naukowo i skutecznych metod terapii w zakresie komunikacji dziecka autystycznego w Polsce należą m.in. PECS (*Picture Exchange Communication System*), a także ESDM (*The Early Start Denver Model*).

Witryna Information Autism, będąca własnością John and Lorna Wing Foundation, zarejestrowanej jako organizacja charytatywna w Anglii i Walii, jest zgodna ze standardem NHS dotyczącym tworzenia treści zdrowotnych. Standard ten określa podstawowe wymagania i wytyczne dotyczące najlepszych praktyk w zakresie tworzenia wysokiej jakości treści zdrowotnych. Wskazana strona promuje wiedzę z zakresu zaburzenia ze spektrum autyzmu. Jedna z sekcji zawiera informacje o interwencjach stosowanych w celu pomocy osobom autystycznym. Każda interwencja jest oceniana przez administratorów strony na podstawie liczby i jakości dowodów naukowych opublikowanych

w recenzowanych czasopismach, które potwierdzają skuteczność tej interwencji lub jej nie potwierdzają, a czasem wręcz udowadniają, że dana interwencja jest uważana za niebezpieczną (Information Autism).

Model ESDM powstał na podstawie wyników badań dotyczących rozwoju dzieci z autyzmem, dzieci i niemowląt rozwijających się normatywnie, a także badań nad mechanizmami uczenia się. Łączy w sobie metody nauczania wywodzące się z trzech strategii terapeutycznych: *Applied Behavior Analysis*, *Pivotal Response Therapy* oraz *Denver Model* (Rogers i in., 2012; 2015). Ich skuteczność została udowodniona naukowo. Autorki modelu opisały strategię, dzięki którym interakcje dziecka autystycznego z rodzicem lub profesjonalistą mogą stać się zabawniejsze, bogatsze pod względem emocjonalnym i bardziej znaczące, zapewniając więcej okazji do nauki (Rogers i in., 2015, s. 15).

## Podsumowanie

Niniejszy artykuł przedstawia wybrane metody diagnozy i terapii. Ważne, aby stosować te z nich, których praktyki są oparte na dowodach naukowych. Oczywiście, niełatwo jest ocenić metody diagnozy i terapii osób autystycznych, z wielu względów. Przeszkodę w badaniach mogą stanowić realia życia rodzinnego; naukowcy mogą mieć interes handlowy w udowodnieniu sukcesu interwencji; osoby biorące udział w badaniach mogą bardzo chcieć, żeby terapia zadziałała – tak bardzo, że widzą znaczną poprawę tam, gdzie jej nie ma; to, co działa w przypadku jednej osoby z autyzmem, może nie działać u innej; objawy danej osoby mogą „spontanicznie” ulec poprawie w miarę upływu czasu, niezależnie od zastosowanej interwencji; nawet rzekomo naukowe badania mogą być wadliwe, co prowadzi do stronniczych i niedokładnych wyników. Ważne, by mieć świadomość różnej jakości podejść diagnostyczno-terapeutycznych, ale też samych działań profesjonalistów pracujących z dziećmi autystycznymi – psychologów, pedagogów czy innych terapeutów. Przede wszystkim jednak należy odpowiednio zdiagnozować możliwości i potrzeby dziecka autystycznego i jak najwcześniej wprowadzać oddziaływania edukacyjno-terapeutyczne w zakresie komunikacji.

## Bibliografia

- Błęszyński, J.J. (1998). *Mowa i język dzieci z autyzmem. Wybrane zagadnienia*. Słupsk: Wyższa Szkoła Pedagogiczna w Słupsku.
- Błęszyński, J.J. (2009). Czy echolalia w autyzmie jest problemem komunikacyjnym? W: B. Winczura (red.), *Autyzm. Na granicy zrozumienia* (s. 101–108). Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Błęszyński, J.J. i Bobkowicz, L. (1997). Echolalia jako jedna ze specyficznych cech mowy dziecka autystycznego. *Psychologia Wychowawcza*, 3, 251–257.
- Bobkowicz-Lewartowska, L. (2000). *Autyzm dziecięcy. Zagadnienia diagnozy i terapii*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Cempa-Włodarczyk, K. (2016). Echolalia: zabawa słowem czy zaburzenie mowy? (na przykładzie zachowań językowych autystycznej dziewczynki). *Słowo. Studia językoznawcze*, 7. DOI: 10.15584/slowo.2016.7.12.
- Chojnicka, I., de Ines, M. i Kwasiborska-Dudek, J. (2020). Zaburzenia ze spektrum autyzmu – kryteria diagnostyczne, uwarunkowania genetyczne i neurobiologiczne. W: J. Kwasiborska-Dudek i D. Emiluta-Roza (red.), *Diagnoza i terapia logopedyczna małego dziecka z zaburzeniem ze spektrum autyzmu (ASD)* (s. 15–32). Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Chojnicka, I. i Płoski, R. (2012a). Polska wersja narzędzia obserwacyjnego do diagnozowania autyzmu ADOS. *Psychiatria Polska*, XLVI(5), 781–789.
- Chojnicka, I. i Płoski, R. (2012b). Polska wersja wywiadu do diagnozowania autyzmu ADI-R (Autism Diagnostic Interview – Revised). *Psychiatria Polska*, XLVI(2), 249–259.
- Doroszewski, W. (red.). *Kompetencja*. Pobrane z: <https://sjp.pwn.pl/doroszewski/kompetencja;5441246.html> [dostęp: 21.03.2023].
- Howlin, P., Savage, S., Moss, P., Tempier, A. i Rutter, M. (2014). Cognitive and language skills in adults with autism: a 40-year follow-up. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(1), 49–58.
- ICD-11. Pobrane z: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentfity%2f437815624> [dostęp: 13.04.2023].
- Information Autism. Pobrane z: <https://www.informationautism.org/autism-interventions/our-evaluations-interventions> [dostęp: 13.04.2023].
- Kotlicka-Antczak, M. (2010). Autyzm? Nie tylko dziecięcy – zaburzenia autystyczne w okresie adolescencji i wczesnej dorosłości. W: T. Pietras, A. Wituska i P. Gałęcki (red.), *Autyzm – epidemiologia, diagnoza i terapia* (s. 143–166). Wrocław: Wydawnictwo Continuo.
- Leopold, M.A. (2001). Rozumienie pojęcia kompetencja emocjonalna. *Polskie Forum Psychologiczne*, 1(6), 2, 155–182.

- Lord, C., Rutter, M., DiLavore, P.C., Risi, S., Gotham, K., Bishop, S.L., Luyster, R.J. i Guthrie, W. (2017). *Podręcznik ADOS-2 (Autism Diagnostic Observation Schedule, Second Edition)*, polska adaptacja I. Chojnicka, E. Pisula. Hogrefe.
- Nęcki, Z. (1992). *Komunikowanie interpersonalne*. Wrocław–Warszawa–Kraków: Ossolineum.
- PEP-3-PL. Pobrane z: <https://www.pep3.pl/opis-testu> [dostęp: 13.04.2023].
- Pisula, E. (2012). *Autyzm. Od badań mózgu do praktyki psychologicznej*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Pisula, E. (2019). *PEP-3-PL. Profil Psychoedukacyjny. Wydanie 3 – Wersja polska. Podręcznik diagnosty*. Warszawa: EduProf.
- Pracownia Testów Psychologicznych. Pobrane z: <https://www.practest.com.pl/kontakt> [dostęp: 13.04.2023].
- Przybyła, O. (2016). Zaburzenie rozwoju koordynacji – dyspraksja. Przegląd badań. *Logopedia Silesiana*, 5, 227–248.
- Rogers, S.J., Dawson, G. i Vismara, L.A. (2015). Metoda wczesnego startu dla dziecka z autyzmem (ESDM). Jak wykorzystywać codzienne aktywności, aby pomóc dzieciom tworzyć więzi, komunikować się i uczyć, tłum. A. Owsiak. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Rogers, S.J., Estes, A., Lord, C., Vismara, L.A., Winter, J., Fitzpatrick, A., Guo, M. i Dawson, G. (2012). Effects of a Brief Early Start Denver model (ESDM)-based Parent Intervention on Toddlers at Risk for Autism Spectrum Disorders: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(10), 1052–1065. DOI: 10.1016/j.jaac.2012.08.003.
- Rynkiewicz, A., King, B., Kalisz, K., Słopeń, A., Janas-Kozik, M. i Łucka, I. (2018). Kompetentni użytkownicy i standardy użytkowania wywiadu do diagnozowania autyzmu ADI-R (Autism Diagnostic Interview – Revised) oraz protokołu obserwacji do diagnozowania zaburzeń ze spektrum autyzmu ADOS-2 (Autism Diagnostic Observation Schedule, Second Edition). *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 18(4), 399–404. DOI: 10.15557/PiPK.2018.0047.
- Simon-Baron, C., Leslie, A.M. i Frith, U. (1985). Does the autistic child have a “theory of mind”? *Cognition*, 21(1), 37–46.
- Skudrzykowa, A. i Urban, K. (2000). *Mały słownik terminów z zakresu socjolingwistyki i pragmatyki językowej*. Warszawa: Spółka Wydawniczo-Księgarska.
- Wardyn, M. i Gałkowski, T. (2002). *Echolalia u dzieci z autyzmem i jej rozwojowe uwarunkowania*. Audiofonologia, t. XXI. Gdańsk: Specjalny Ośrodek Szkolno-Terapeutyczny dla Dzieci i Młodzieży z Autyzmem, Warszawa: Uniwersytet Warszawski.