

Anna Szczypczyk

Droga do umiejętności. Tworzenie programu terapii dziecka z autyzmem w podejściu rozwojowym

Instytut Psychologii, Uniwersytet Jagielloński
Poradnia dla Dzieci z Autyzmem i Innymi Zaburzeniami Rozwoju, Kraków

Wprowadzenie

Autyzm jest całościowym zaburzeniem rozwoju, co oznacza że dotyczy wielu obszarów funkcjonowania dziecka oraz pojawia się w okresie wczesnego dzieciństwa istotnie wpływając na przebieg rozwoju. Obecnie uznaje się, że autyzm to zaburzenie o podłożu neurobiologicznym wpływającym na zdolność uczestnictwa w interakcjach społecznych, co z kolei skutkuje niemożnością nabywania wiedzy o otaczającym świecie w sposób charakterystyczny dla dzieci o prawidłowym przebiegu rozwoju (Charman, 2010).

Zdolności do podzielania uwagi, naśladowania oraz udziału w naprzemiennych interakcjach pozwala dzieciom zdobywać wiedzę o sobie, innych ludziach i otaczającym świecie. Stają się one aktywnymi uczestnikami interakcji, co wtórnie wpływa na ich rozwój poznawczy i społeczny (Moore, 2007). Dziecko z autyzmem poprzez pierwotną niezdolność rozumienia społecznego oraz komunikacji nie uczy się od drugiej osoby w naturalnych sytuacjach. Badania prowadzone w ostatnich latach pokazały jednak, że wcześniej podjęta interwencja może znacząco poprawić funkcjo-

nowanie dzieci z autyzmem (Whiteford Erba, 2000).

Indywidualne zróżnicowanie rozwoju dziecka

W badaniach nad rozwojem dominują procedury o charakterze badań poprzecznych. Dostarczają one wiedzy o tym, w jakim wieku pojawiają się poszczególne umiejętności poznawcze, społeczne, czy adekwatne strategie rozwiązywania zadań. Dzięki wynikom tych badań wiemy, jakich umiejętności możemy oczekiwać w kolejnych okresach rozwojowych. Jednocześnie badacze rozwoju od wielu lat wskazują na konieczność uzupełniania badań poprzecznych badaniami podłużnymi, w których można byłoby prześledzić drogę rozwoju określonych kompetencji. W klasycznych badaniach w celu uzyskania danych o procesualnych zmianach rozwojowych posługiwano się metodą kliniczną lub analizą przypadków. Dzięki takim procedurom możemy odpowiedzieć nie tylko na pytanie kiedy ale także w jaki sposób pojawią się poszczególne kompetencje. Szczególną formą badań podłużnych są badania metodą mikrogene-

tyczną. Główną cechą tej metody jest przeprowadzanie serii prób wykonania takiego samego lub analogicznego zadania przez osobę badaną. Analizując wyniki z badań metodą mikrogenetyczną uwzględnia się indywidualne trajektorie rozwojowe w przechodzeniu od braku umiejętności w jakiejś dziedzinie do jej osiągnięcia. Metoda mikrogenetyczna jest narzędziem służącym do poznania przebiegu rozwoju, umożliwia badanie procesu przemian. Opiera się na założeniu, iż opis procesu zmiany dostarcza pełniejszej informacji o naturze rozwoju niż analiza końcowego wyniku, wyrażonego ilościowo.

Przykładem badań nad rozwojem poznawczym z wykorzystaniem metody mikrogenetycznej mogą być badania Flynn, O'Malley i Wood (2004) oraz badania Wahl'a i Kern (2007). W przypadku pierwszego z eksperymentów dzięki zastosowaniu metody mikrogenetycznej starano się odpowiedzieć na pytanie o kierunek zależności pomiędzy pojawianiem się wiedzy o umyśle oraz rozwojem funkcji zarządzających. Rozwój obu tych kompetencji przypada na ten sam okres rozwojowy. Wykazano, że dzieci wcześniej uzyskują wysokie wyniki w zadaniach badających funkcję zarządzającą niż w testach fałszywych przekonań. Zdecydowana większość dzieci prezentowała taki obraz rozwoju obu kompetencji. W trakcie indywidualnych analiz stwierdzono jednak, że może pojawić się odwrotny wzorzec reakcji. Fakt ten wskazuje, zdaniem autorów, iż nie ma jednej uniwersalnej sekwencji rozwoju dla badanych kompetencji. Ponadto w badaniach wykazano, iż badane zdolności rozwijają się stopniowo; nie obserwowano nagłego przełomu. W okresie nabywania kompetencji uzyskiwane wyniki były niestabilne, stopniowo wzrastał

poziom wykonania.

Z kolei celem badania Wahl'a i Kern (2007) było poznanie szczegółowego przebiegu procesu nabywania dziecięcej teorii umysłu od poziomu braku kompetencji w tym zakresie do czasu jej opanowania. Do badania wybrano dzieci trzyletnie, które nie posiadały umiejętności wykonywania zadań mierzących rozumienie fałszywych przekonań. Głównym celem zastosowania metody mikrogenetycznej było zaprezentowanie indywidualnego procesu nabywania wiedzy u umyśle. W badaniu zaobserwowano wzrost poprawnych rozwiązań z poziomu 30% do 61%. Jednakże wykresy indywidualnego wykonania wskazywały na istnienie znacznego zróżnicowania w przypadku każdego dziecka w różnych sesjach i typach zadań. Indywidualna analiza rozwoju każdego dziecka wykazała, że w żadnym przypadku zmiana nie nastąpiła nagle. W procesie nabywania teorii umysłu w przypadku każdego dziecka można wyróżnić fazę „chwijności” nabywanej kompetencji. Zmiana rozwojowa następuje w postaci zwiększania częstotliwości poprawnych wykonań. Indywidualne różnice obserwowano także w zakresie poziomu trudności poszczególnych zadań dla danego dziecka. Współczesne badania z wykorzystaniem metody mikrogenetycznej pokazały, że zróżnicowanie rozwoju tkwić może zarówno w ścieżce rozwoju (indywidualnej trajektorii), tempie rozwoju, jego zakresie (na ile obserwowana zmiana ujawnia się także w innym kontekście), źródłach i indywidualnym zróżnicowaniu.

Warto podkreślić, że problem zróżnicowania przebiegu rozwoju pojawia się nie tylko we współczesnych badaniach ale także w klasycznych rozważaniach nad rozwojem człowieka. W psychologii rozwojowej od daw-

na zwracano uwagę na różne tempo i drogi dochodzenia do tych samych umiejętności, co wyraża się w ekwifinalności oraz multifinalności rozwoju. Pierwsze z tych pojęć oznacza, że do zmiany mogą przyczyniać się różne czynniki, odmienne w przypadku różnych osób (np. doświadczenie lub dojrzewanie). Postęp może być również kombinacją tych czynników charakterystyczną dla danej jednostki. Multifinalność zakłada natomiast, iż podobne warunki rozwoju mogą doprowadzić do odmiennych rezultatów (Schaffer, 2006).

Szczególnie ważna z perspektywy rozumienia zmian rozwojowych, a także działań nakierowanych na stymulowanie rozwoju, jest teoria nakładających się fal. Zgodnie z tym modelem zmiana rozwojowa obserwowana na poziomie wzrostu poprawności i szybkości wykonywania zadań przez dzieci wynika z coraz częstszego wyboru adekwatnych strategii rozwiązywania postawionego przed nimi problemu. Badacze wykazali, że dzieci w tym samym okresie mogą korzystać zarówno z adekwatnych jak i nieadekwatnych strategii, jednocześnie w kolejnych próbach coraz częściej wykorzystują właściwe (Chen, Sigler, 2000). Zmiana może zatem mieć charakter ciągły, a nie musi oznaczać nagłego odkrycia poprawnego rozwiązania.

Wiedza na temat zróżnicowania rozwoju człowieka w jego typowym przebiegu a także sposobów jego badania z uwzględnieniem indywidualnych trajektorii jest ważnym źródłem informacji dla terapii oraz stymulowania rozwoju dziecka.

Zróżnicowanie w obrębie autyzmu

Autyzm jest zaburzeniem, którego pierwsze objawy pojawiają się we wczesnym dzieciństwie, a następnie wpływają znacząco na dal-

szy przebieg rozwoju. Jednocześnie zarówno przyczyny pozostają niejasne, jak i możliwości przewidywania przebiegu dalszego rozwoju są ograniczone. Kasari (2002) zwraca uwagę, iż zróżnicowanie dotyczące zarówno obrazu zaburzenia u poszczególnych osób, jak i sposobu reagowania na terapię jest najbardziej wyróżniającą się cechą autyzmu.

Autyzm diagnozowany jest w przypadku stwierdzenia występowania zaburzeń w trzech obszarach: mowy i komunikacji, relacji społecznych oraz zachowań wskazujących na występowanie sztywnych schematów myślenia lub działania. Jednocześnie nasilenie objawów w poszczególnych obszarach może pozostawać różne, co znacząco wpływa na odmienny obraz zaburzenia u poszczególnych osób (Pisula, 2005). Warto zaznaczyć także, że w przypadku małych dzieci zaburzenia dotyczą głównie obszaru mowy i komunikacji społecznej oraz zachowań społecznych, szczególnie w obszarze podzielenia pola uwagi i odnoszenia społecznego. W obszarze specyficznych, stereotypowych zachowań w przypadku małych dzieci obserwuje się nietypowy sposób zabawy i wykorzystania przedmiotów. Wyniki badań są tutaj niejednoznaczne, część badaczy dowodzi, iż zaburzenia w tym obszarze nie różnicują grupy dzieci z autyzmem oraz z opóźnieniami rozwoju. Jednocześnie niektóre badania wykazują, iż obserwacja zabawy pokazuje specyficzne dla autyzmu deficyty już w okresie drugiego roku życia. W przypadku dzieci z autyzmem, nawet w sytuacji zabawy kierowanej obserwowano trudność z symbolicznym użyciem przedmiotów (Charman, Baron-Cohen i in., 1997).

Poza różnicami w zakresie nasilenia objawów oraz innych cech dziecka (intelektualnych, temperamentalnych) odmienny może

być również moment ujawnienia się deficytów i dalszy przebieg rozwoju. W przypadku większości dzieci wyraźne symptomy nieprawidłowości pojawiają się stopniowo w okresie drugiego i trzeciego roku życia. W przypadku części dzieci z autyzmem występuje załamanie rozwoju, najczęściej pomiędzy 15 a 19 miesiącem życia (Charman, Baird, 2002, za: Pisula, 2005). Nadal nie wiadomo jaka jest natura oraz przyczyny neurorozwojowych zmian leżących u podłoża obserwowanego regresu w rozwoju. Badania prospektywne z udziałem dzieci z grupy ryzyka dają szanse na badanie tego zagadnienia. Ozonoff i inni (2010, za Charman, 2010) zauważa, że w okresie od ukończenia roku do ukończenia trzech lat u większości dzieci z późniejszą (otrzymaną w wieku powyżej trzech lat) diagnozą autyzmu nadal postępowała utrata zdolności społecznych polegająca na spadku częstotliwości społecznych reakcji. Pomimo, iż w opisywanym badaniu brały udział dzieci będące rodzeństwem dzieci z autyzmem, większość rodziców nie obserwowała pogorszenia w drugim roku życia, nie zauważając wczesnych objawów zaburzenia. Także inne badania (Landa i inni, 2007 za: Charman, 2010) wykazały, że w przypadku części dzieci z autyzmem w okresie pomiędzy 14 a 24 miesiącem obserwuje się zwolnienie tempa rozwoju wraz z pogorszeniem niektórych zdolności (dotyczyło to szczególnie dzielenia się radością oraz gestykulacji). Badania z wykorzystaniem narzędzia do badań przesiewowych M-CHAT (Robins i inni, 2001 za: Charman, 2010) wykazały, iż istotną wskazówką diagnostyczną jest osiągnięcie niskich wyników w tej skali (dotyczącej wczesnej komunikacji społecznej, zachowań uporczywych i stereotypii, zaburzeń przetwarzania

zmysłowego np. nadwrażliwości słuchowej) w kolejnych dwóch pomiarach w okresie około 14 miesiąca życia. Zwrócono także uwagę, iż część rodziców pomimo informacji o zaobserwowanych deficytach niechętnie korzystało z dalszej diagnozy. Większą gotowość wykazywali rodzice dzieci 18 miesięcznych (Charman, 2010). Na podstawie przytoczonych badań można zakładać, iż regres lub zahamowanie rozwoju w drugim roku życia dotyczy większej liczby dzieci z autyzmem, niż wynika to z relacji rodziców, którzy często nie zauważają pierwszych symptomów lub nie uznają ich za wskaźniki zaburzenia rozwoju. Taki stan rzeczy może wynikać z dyskretnej natury tych wskaźników lub ujawniania się ich szczególnie w sytuacjach obcych (nowe miejsce, zadania, osoby) i niespodziewanych. Dopiero gdy nieprawidłowości są bardziej wyraźne oraz oczekiwania wobec dziecka większe (oczekiwanie ekspresji werbalnej, adekwatnego używania przedmiotów w zabawie), rodzice zwracają uwagę na deficyty, uznając że wystąpiły w ostatnim czasie. Występowanie regresu w rozwoju jest charakterystyczne dla autyzmu w przeciwieństwie do samoistnych zaburzeń rozwoju językowego (Charman, 2010).

Jednym z istotnych czynników, wpływających na obraz zaburzenia a także na efektywność terapii, jest poziom funkcjonowania intelektualnego. Przykładem może być większa ilość zachowań schematycznych o charakterze stereotypii ruchowych w przypadku osób o niskim poziomie intelektualnym, jak również brak umiejętności podążania za wskazywaniem u dzieci, których wiek umysłowy oceniono na poniżej dwudziestu miesięcy (Pisula, 2005).

W ostatnim dziesięcioleciu intensywnie badano rozwój społeczny małego dziecka. Wiedza uzyskana z badań nad poznaniem społecznym w okresie wczesnego dzieciństwa wpłynęła znacząco na rozumienie rozwoju wczesnej komunikacji i jej znaczenia dla wyższych umiejętności językowych, komunikacyjnych i społecznych (Moore, 2007). Także rozumienie na czym polegają trudności społeczne dziecka z autyzmem znacznie się zmieniło (Charman, 2010). Obecnie wiemy jak zaburzenia w percepcji twarzy, rozumieniu znaczenia wskazywania lub ukierunkowania wzroku wpływają na odmienny odbiór świata społecznego przez dzieci z autyzmem. Wiedza o wczesnym rozwoju społecznym wpłynęła również na podejmowanie kolejnych badań, tworzenie narzędzi do badań przesiewowych, monitorowania rozwoju dzieci ryzyka autyzmu (szczególnie rodzeństwo dzieci z autyzmem). Obecnie wiadomo iż wcześniej podjęte programy terapeutyczne, które skupiają się na społecznym i komunikacyjnym rozwoju mogą znacząco wpłynąć nie tylko na zmniejszenie symptomów ale również na bieg rozwoju dziecka (Kasari, Paparella, Freeman, Jahromi, 2008; Charman, Baron-Cohen i in., 1997).

Ostatnie dziesięciolecie to czas intensywnych poszukiwań wczesnych, występujących już w okresie niemowlęcym symptomów późniejszego, pełnoobjawowego autyzmu (Charman, 2010). Znaczącą zmianą w metodologii badań nad autyzmem jest ich prospektywny charakter. Badania polegają na monitorowaniu przebiegu rozwoju grupy ryzyka, jaką najczęściej stanowi na rodzeństwo dzieci z zaburzeniami rozwoju lub analizowaniu nagrań video ilustrujących zachowanie dziecka w okresie poprzedzającym

uzyskanie diagnozy (Charman, Baron-Cohen, i inni, 1997, Baranek, 1999, Bryson, 2007). Badacze poszukują wskaźników zaburzeń już w pierwszym roku życia. Aktualnie, nie udaje się jednoznacznie wskazać specyficznych dla autyzmu zachowań występujących w tym okresie. Wykazano, iż uzyskiwanie niskich wyników w inwentarzach rozwojowych dotyczących kompetencji komunikacyjnych i społecznych (tj. kontakt wzrokowy, reagowanie na wołanie po imieniu, naśladowanie, uśmiech społeczny, zainteresowanie innymi osobami) skorelowane jest z występowaniem deficytów u dzieci rok później. W tym samym badaniu nie udało się jednak wykazać, że zachowanie dziecka w wieku sześciu miesięcy może być predyktorem późniejszych trudności (Bryson, Zweigenbaum, Brian, i inni, 2007). Również w badaniu z wykorzystaniem kwestionariusza do badań przesiewowych M-CHAT (Kleinman i inni, 2008 za: Charman, 2010) wykazano, iż największą moc dyskryminacyjną mają te pozycje, które dotyczą zachowań związanych z podzieleniem uwagi (wskazywanie, podążanie za wskazywaniem, przynoszenie przedmiotów do pokazania), relacji społecznych (zainteresowanie innymi dziećmi, naśladowanie) oraz komunikacji (reagowanie na własne imię).

Pomimo iż wiele badań wykazują, iż zaburzenie zdolności podzielenia uwagi jest podstawowym, najwcześniej ujawniającym się deficytem w autyzmie, także i w tym obszarze przebieg rozwoju u poszczególnych dzieci może być odmienny. Wykazano, iż kolejność nabywania umiejętności składających się na podzielenie uwagi z drugą osobą jest u dzieci z autyzmem odmienne niż u dzieci o prawidłowym rozwoju. Dzieci z autyzmem wcześniej rozpoznają kierunek wskazywania niż spojrze-

nia drugiej osoby, częściej naśladowają działania niż kierują uwagę dorosłego. Jednocześnie nie stwierdza się jednego wzorca charakterystycznego dla wszystkich dzieci z autyzmem (Mundy, Crowson, 1997). Istotne jest także, że badania wykazały, iż umiejętności w tym obszarze mogą rozwijać się w efekcie terapii, szczególnie nakierowanej na stymulowanie tego obszaru rozwoju. Uzyskiwany postęp utrzymywał się w czasie. Interwencja mająca na celu stymulowanie podzielania uwagi jak również umiejętności zabawy symbolicznej okazała się istotna (w podobnym stopniu skuteczna) dla postępów w zakresie nabywania języka (Kasari, Paparella, Freeman, Jahromi, 2008). Wykazano także, że rozwój w zakresie podzielania uwagi wiąże się ze wzrostem motywacji do kontaktu i komunikacji (Charman, 2010). Wydaje się więc, że szczególnie istotnym elementem w terapii małego dziecka jest jej interaktywny charakter. Dzięki pozostawianiu w kontakcie, wymianie z dorosłym dziecko odkrywa znaczenie komunikacji.

Obszarem wymagającym dalszych badań jest indywidualne zróżnicowanie w przebiegu zdolności społecznych, w tym podzielania uwagi przez małe dziecko z autyzmem wraz z uwzględnieniem wpływu określonej trajektorii rozwojowej na efektywność podejmowanych terapii. Wnioski z takich badań przyczyniłyby się do tworzenia modeli wczesnych, skutecznych interwencji terapeutycznych dla dzieci z autyzmem (Mundy, Crowson, 1997).

Terapia małego dziecka z autyzmem

W konstruowaniu programu i prowadzeniu terapii małego dziecka konieczne jest uwzględnienie trzech komponentów: wiedzy na temat rozwoju oraz nabywania przez dzieci wiedzy i umiejętności; wiedzy o indy-

widualnym profilu umiejętności dziecka (jego mocnych stronach, zainteresowaniach oraz indywidualnych potrzebach) oraz wiedzy o zasobach i potrzebach rodziny a także możliwym do otrzymania przez nią wsparciu społecznym. Dzięki uwzględnieniu tych komponentów, program terapii może być dostosowany do wieku oraz potrzeb indywidualnych dziecka (Bredekamp, 1997 za: Whiteford Erba, 2000). W przypadku terapii dziecka z autyzmem uwzględnić należy zarówno wiedzę o prawidłowym rozwoju, kluczowych dla rozwoju mechanizmach uczenia się, jak i wiedzę o specyfice rozwoju dziecka z autyzmem, od pierwszych symptomów nieprawidłowości do złożonego obrazu zaburzenia (Mundy, Crowson, 1997).

Współczesne badania nad rozwojem dowodzą, iż droga do osiągnięcia umiejętności przez dziecko może być różna, nie zawsze osiągnięta w tym samym tempie i dzięki takim samym czynnikom. Jednocześnie badania nad wczesnym rozwojem pokazują, że pewne zdolności są kluczowe dla rozwoju. Szczególnie istotne dla rozumienia deficytów w autyzmie są badania nad wczesnym poznaniem społecznym. Wiadomo już, jakie znaczenie dla rozwoju społecznego, komunikacyjnego i poznawczego ma rozwój zdolności do podzielania pola uwagi. Występowanie zaburzeń w tym obszarze dobrze różnicuje dzieci z autyzmem od dzieci z opóźnionym rozwojem, stąd wnioskować można o ich istotnym znaczeniu w mechanizmie tego zaburzenia. Ponadto wykazano, że rozwój zdolności podzielania uwagi skorelowany jest z postępem w zakresie zdolności językowych oraz zmniejszeniem nasilenia objawów zaburzenia (Charman, 2003).

W przypadku małych dzieci to doświad-

czenia społeczno – komunikacyjne stanowią bazę nabywania języka oraz wyższych zdolności społecznych. Skuteczna interwencja terapeutyczna musi dotyczyć tego obszaru rozwoju i podjąć próby dostarczenia dziecku z autyzmem niezbędnych rozwojowo doświadczeń charakterystycznych dla okresu wczesnego dzieciństwa. Takie działanie jest także ważne ze względu na dalszy rozwój patomechanizmu zaburzenia. Funkcje zachowania małego dziecka są bardziej czytelne, co pozwala na lepsze dostosowanie programu terapii do jego potrzeb. Stymulowanie rozwoju starszych dzieci staje się coraz bardziej złożone, niektóre zachowania są efektem zaburzenia, inne efektem działań terapeutycznych, wychowawczych. Trudno określić funkcję i mechanizm stojący za prezentowanym zachowaniem. Często wówczas działania terapeutyczne mają charakter zmniejszania nasilenia objawów. Wynika stąd jeden z ważniejszych wniosków o konieczności wczesnego wykrywania autyzmu oraz wczesnego podejmowania terapii. Wczesne deficyty w zakresie zdolności podzielania pola uwagi obniżają zdolność do przetwarzania informacji społecznych, co wpływa następnie na brak stymulujących rozwój doświadczeń i w dalszej kolejności na pogłębianie się zaburzenia (rozumiane jako oddalanie się prawidłowej ścieżki rozwojowej). Korzystanie z wczesnej terapii, nakierowanej na wzrost kompetencji komunikacyjno – społecznych zmniejsza wtórne nasilenie się objawów na skutek braku adekwatnej stymulacji. Wybór odpowiedniej terapii stanowi wyzwanie, przed którym stają rodzice, szukając pomocy dla swoich dzieci, w polskich warunkach najczęściej łączą zajęcia terapeutyczne prowadzone w różnych ośrodkach (Pisula, 2005) często

o różnym profilu i założeniach teoretycznych dotyczących autyzmu.

Działania różnych placówek wiążą się nie tylko z używaniem innych technik ale także z teoretycznymi założeniami dotyczącymi tego, co jest centralnym deficytem w autyzmie. Zgodnie z rozwojowym ujęciem autyzmu, zaburzenia podzielania uwagi powinny być postrzegane jako wskazówka do zrozumienia istoty zaburzenia, jak również do konstruowania programu wczesnej interwencji (Mundy, Crowson, 1997). Uwzględniając badania nad indywidualnym przebiegiem rozwoju należy poszukiwać indywidualnej drogi kształtowania tej umiejętności u poszczególnych dzieci. Nie istnieje jeden, odpowiedni dla wszystkich osób z autyzmem program terapii. Jednocześnie wiadomo, iż największa jest skuteczność terapii podjętej pomiędzy drugim a czwartym rokiem życia (Mundy, Crowson, 1997), cechującej się znaczną intensywnością (kilkadziesiąt godzin tygodniowo) i nie ograniczającej się do działań skierowanych na dziecko ale uwzględniającej także edukację i wsparcie rodziców. Aby zmiana mogła mieć charakter rozwojowy musi dotyczyć funkcjonowania dziecka w naturalnym środowisku, w miejscach gdzie przebywa, w interakcjach z osobami, z którymi bawi się i uczy. Stąd niezwykle ważne jest aby w procesie terapii łączyć pracę z dzieckiem z edukacją i wsparciem rodzica (De Clerq, Peeters, 2007), gdyż dzięki sprzyjającemu rozwojowi dziecka środowisku wzmacniana jest skuteczność terapii (Siller, Sigman, 2008).

Streszczenie

Prezentowany artykuł ma na celu wykazanie jakiej wiedzy o autyzmie dostarcza nam analiza przebiegu wczesnego rozwoju dziecka oraz jaką dysponujemy wiedzą nad skutecznością interwencji terapeutycznej wobec małego dziecka z autyzmem w podejściu rozwojowym. Celem prezentowanych rozważań jest również pokazanie jakie są korzyści jak również ograniczenia korzystania z wiedzy o prawidłowościach rozwojowych w obszarze psychologii klinicznej dziecka.

Słowa kluczowe: autyzm, terapia, podzielenie uwagi, podejście rozwojowe

Summary

The aim of his article is to present how analysis of early development can provide knowledge about autism and what is the effectiveness of therapeutic interventions within the developmental approach in young children diagnosed with autism. Benefits and limitations of applying knowledge about normative development in child clinical psychology are also presented.

Key words: autism, therapy, joint attention, developmental approach

mgr Anna Szczypczyk
Poradnia dla Dzieci z Autyzmem
i Innymi Zaburzeniami Rozwoju
31 – 156 Kraków, ul. Zacisze 7
anna.szczypczyk@gmail.com

Bibliografia

1. Baranek G.T. (1999). Autism during infancy: a retrospective video analysis of sensory-motor and social behaviors at 9-12 month of age. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, vol. 29, no. 3
2. Bryson S.E., Lonnie Zwaigenbaum L., McDermott C., Rombough V., Brian J. (2007). The Autism Observation Scale for Infants: Scale Development and Reliability Data. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, vol. 38, no.4
3. Chen Z., Siegler R. (2000). Across the great divide: breaching the gap between understanding of toddlers' and older children's thinking. *Monographs of the Society of Child Development*, 65,2 Seria 261.
4. Charman T. (2003). Why is joint attention a pivotal skill in autism? *Philosophical Transactions of Royal the Society B* 2003, 358
5. Charman T. (2010). Developmental approaches to understanding and treating autism. *Folia Pfoniatrica et Logopaedica* 2010;62
6. Charman, T., Baron-Cohen, S., Swettenham, J., Cox, A., Baird, G., & Drew, A. (1997). Infants with autism: an investigation of empathy, pretend play, joint attention and imitation. *Developmental Psychology* 33, 781-789.
7. De Clerq H., Peeters T. (2007). A Partnership between Parents and Professionals. In: *New developments in autism: the future is today*. Red: Edited by Juan Martos Pérez, Pedro M. González, María Llorente Comí

- and Carmen Nieto Flynn E., O'Malley C., Wood D. (2004). A longitudinal, microgenetic study of emergence of false belief understanding and inhibition skills. *Developmental Science* 7:1, 103-115
8. Wahl S., Kern J. (2007) Individual processes in the development of the theory of mind. *Infant and Child Development (Special Issue)*. Badania prezentowane na XII Europejskiej Konferencji Psychologii Rozwojowej.
 9. Moore (2007) Understanding Self and Others in the Second Year in: C. A. Brownell and C. B. Kopp (Eds.), *Transitions in Early Socioemotional Development: The Toddler Years*. New York: Guilford Press.
 10. Mundy P., Crowson M. (1997) Joint attention and early social communication: implications for research on intervention with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders* vol.27, no.6
 11. Kasari C. (2002) Assessing change in early intervention programs for children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders* vol.32, no.5
 12. Kasari C., Paparella T., Freeman, Jahromi (2008) Language outcome in autism: randomized comparison of joint attention and play interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 76, no. 1
 13. Schaffer R.H (2006) *Psychologia rozwojowa. Podstawowe pojęcia*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
 14. Siller M., Sigman M. (2008) Modeling longitudinal change In the language abilities of children with autism: parent behaviors and children characteristics as predictors of change. *Development Psychology*, vol. 44, no. 6
 15. Whiteford Erba, H. (2000). Early Intervention Programs for Children With Autism: Conceptual Frameworks for Implementation. *American Journal of Orthopsychiatry* (70), 82-95.

