

ADRIANNA KOSTECKA

ORCID 0009-0009-2052-7559

*Koło Naukowe Studentów Pedagogiki Specjalnej
Akademicka Grupa Inicjatyw
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza
w Poznaniu*

DIAGNOZA ZABURZEŃ ZE SPEKTRUM AUTYZMU DAWNIEJ I DZIŚ A MOŻLIWOŚCI WCZESNEGO WSPOMAGANIA ROZWOJU DZIECI

ABSTRACT. Kostecka Adrianna, *Diagnoza zaburzeń ze spektrum autyzmu dawniej i dziś a możliwości wczesnego wspomagania rozwoju dzieci* [Diagnosis of Autism Spectrum Disorders in the Past and Today and the Possibilities of Early Support for Children's Development] Studia Edukacyjne no. 73, 2024, Poznań 2024, pp. 149-167 Adam Mickiewicz University Press. ISSN 1233-6688. Submitted: 30.06.2024. Accepted: 05.07.2024. DOI: 10.14746/se.2024.73.8

The diagnosis of autism spectrum disorders is based on various activities, e.g. the use of adequate diagnostic tools, conversations with parents, and observation of the child's behavior. This enables the adoption of an appropriate therapy plan and is the key to making the final diagnosis. Early introduction of developmental support into a child's life has a positive impact on the development of cognitive functions.

The article is devoted to the diagnosis of autism spectrum disorders, various diagnostic tools, and early support for child development. I will present the characteristics and epidemiology of ASD, the diagnostic process of the disorder, the selection of an appropriate diagnostic tool, as well as the theory of early development support and the impact of early introduction of therapeutic activities on the child's functioning.

Key words: autism spectrum disorder, diagnosis, early childhood development support, diagnostic tools, epidemiology

W najnowszych klasyfikacjach chorób psychicznych DSM-5 oraz ICD-11 odchodzi się od wcześniejszego podziału zaburzeń spektrum autyzmu (autyzm atypowy, zespół Aspergera, zespół Retta, autyzm dziecięcy, inne dziecięce zaburzenia dezintegracyjne itp.) na rzecz jednego określenia zaburzeń należących do spektrum autyzmu (Janak-Kozik, Rynkiewicz, Słopień, 2021, s. 267). Według

klasyfikacji DSM-5, zaproponowanej przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne, zaburzenia ze spektrum autyzmu charakteryzują się trudnościami w komunikacji, interakcjach społecznych oraz ograniczonymi i powtarzającymi się wzorcami zachowań. Objawy pojawiają się we wczesnym dzieciństwie i negatywnie wpływają na codzienne funkcjonowanie osoby. Poziom ciężkości zaburzenia ustalany jest na podstawie stopnia deficytów w zakresie komunikacji i ograniczonych zachowań (DSM-5, 2015). W klasyfikacji ICD-11 diagnozuje się zaburzenie ze spektrum autyzmu wraz z zaburzeniami rozwoju intelektualnego oraz zaburzeniami języka funkcjonalnego. Należy określić, czy któreś z nich występuje oraz w jakim stopniu (Janas-Kozik, Rynkiewicz, Słopień, 2021, s. 268). Zaburzenie spektrum autyzmu zaliczane jest do zaburzeń neurorozwojowych wraz z niepełnosprawnością intelektualną, mózgowym porażeniem dziecięcym, padaczką, zespołem nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD), z którymi bardzo często współwystępuje (Król i in., 2022, s. 84). Według badań, u 70% osób ze spektrum autyzmu zdiagnozowano jedno zaburzenie współwystępujące, a u 40% dwa lub więcej zaburzeń współwystępujących (zaburzenia zachowania – 44%, zaburzenia lękowe – 42%, tiki – 26%) (Winczura, 2018, ss. 243-263).

Podczas diagnozowania zaburzeń ze spektrum autyzmu można mówić o tak zwanej „triadzie zaburzeń autystycznych”, która obejmuje trzy obszary: komunikacji społecznej, rozwoju mowy i komunikacji oraz sztywnych wzorców zachowań. Na samym początku należy zwrócić uwagę, iż każda osoba ze spektrum autyzmu jest indywidualnością, a więc wystąpienie pewnego objawu u jednej osoby nie oznacza, że każda osoba ze spektrum autyzmu będzie go przejawiała. W przypadku wystąpienia tego samego objawu u kilku różnych osób, należy pamiętać, że mogą mieć one różne natężenie i częstotliwość (Król i in., 2022).

W dziedzinie komunikacji społecznej szczególną uwagę zwraca się na dwa objawy: kontakt wzrokowy i reakcja na imię. W przypadku zaburzeń ze spektrum autyzmu kontakt wzrokowy jest bardzo nietypowy: są to przelotne spojrzenia, brak dłuższego skupienia wzroku na osobie mówiącej lub uporczywe wpatrywanie się w jej twarz z pominięciem okolic oczu, puste spojrzenie (patrzenie „poprzez osobę”), brak jakiegokolwiek kontaktu wzrokowego (Janas-Kozik, Rynkiewicz, Słopień, 2021, s. 277). Zauważalny jest również brak reakcji na własne imię, które może być wypowiedziane przez osoby obce, ale również przez najbliższych (rodziców, dziadków, opiekunów) (Winczura, 2018, ss. 73-103). Niekiedy rodzice sądzą, że dziecko ma problemy ze słuchem, jednak jest to związane z zaburzeniami w zakresie rozwoju mowy, które zostaną opisane w dalszej części artykułu (Wojciechowska, 2022, s. 588). Dziecko nie interesuje się innymi ludźmi znajdującymi się w jego otoczeniu, nie obserwuje ich, a wręcz ich ignoruje (Winczura, 2018, ss. 73-103). U dzieci ze spektrum autyzmu nie

występuje gest wskazywania palcem, który w przypadku osób w normie rozwojowej pojawia się około dziewiątego miesiąca życia. Gest ten zaliczany jest do gestów deiktycznych, służących upominaniu się o działanie, na przykład poprzez wskazywanie przedmiotu lub wykonywania gestów skierowanych na działanie (podnoszenie rąk do rodzica w celu podniesienia) (Bielenda-Mazur, Siudak, 2020, ss. 171-186). U dzieci, u których zdiagnozowano zaburzenie ze spektrum autyzmu nie występują zachowania związane z kierowaniem uwagi lub jej uwspólnianiem. Nie posiada ono lub posiada w mniejszym stopniu zdolności do naprzemiennego uczestnictwa w interakcjach. Jeżeli rodzic wskazuje na jakąś zabawkę, dziecko na nią po prostu nie spojrzy. Tak samo w sytuacji, kiedy opiekun prosi, aby pokazało na sobie lub na pluszowej zabawce konkretną część ciała – nie pojawi się żadna reakcja. Jednym z charakterystycznych objawów ASD w obszarze komunikacji społecznej jest również niewłaściwe interpretowanie emocjonalnych reakcji innych osób. Wiąże się to z brakiem umiejętności adekwatnego reagowania w konkretnej sytuacji. Dziecko nie pocieszy drugiej osoby, nawet jeżeli ta płacze lub ma smutny wyraz twarzy. Mimika rzadko jest dostosowana do aktualnych wydarzeń (Janas-Kozik, Rynkiewicz, Słopeń, 2021, s. 277). Dziecko samo nie przejawia złożonych zachowań społecznych, które łączą w sobie ekspresję mimiczną, spojrzenie, gestykulację oraz odpowiedni ton głosu. Brak również reagowania uśmiechem w sytuacjach społecznych oraz innych form okazywania radości (Winczura, 2018, ss. 73-103).

W obszarze rozwoju mowy i komunikacji można wyróżnić opóźnienie lub całkowity brak umiejętności posługiwania się mową. Należy jednak pamiętać, że zaburzenie rozwoju mowy stanowi objaw charakterystyczny nie tylko w przypadku spektrum autyzmu, dlatego nie może być postrzegane jako uniwersalna cecha ASD. Pragmatyka stanowi najczęściej zaburzony wymiar komunikacji społecznej. Odnosi się to między innymi do wykorzystywania przez dziecko komunikacji niewerbalnej (gestykulacja, mimika, ironia, metafory, sarkazm) oraz rozumienia jej w interakcjach społecznych, prowadzenia konwersacji (Wojciechowska, 2022, s. 586). Jednym z najbardziej charakterystycznych objawów spektrum autyzmu jest echolalia, polegająca na powtarzaniu usłyszanych wyrazów lub wypowiedzi, bez konkretnych intencji komunikacyjnych. Wyróżnia się dwa rodzaje echolalii: bezpośrednia (powtórzenie od razu po usłyszeniu krótkiej wypowiedzi, na przykład słów mamy, która siedzi obok) i odroczone (powtórzenie dłuższej wypowiedzi dopiero po pewnym czasie, na przykład fragmentu z obejrzonej wcześniej bajki) (Wojciechowska, 2022, s. 589). Ponadto, u dzieci ze spektrum autyzmu zauważa się o wiele mniej wokalizowania, gaworzenia oraz brak protokonwersacji. Dziecko nie używa głosu w celu zwrócenia na siebie uwagi innych osób lub uzyskania pożądanego przedmiotu. Zauważalny jest również brak wypowiadania przez nie słów ze zrozumieniem po 1. roku życia oraz

brak budowania zdań prostych po ukończeniu 2. roku życia. Widoczna jest również pewnego rodzaju dysproporcja między gotowością do powtarzania słów innych osób, nazywaniem obiektów a zdolnością rozumienia mowy. W przypadku niemowląt ich płacz jest pozbawiony jakiejkolwiek ekspresji (Winczura, 2018, ss. 73-103).

Trzeci obszar objawów zaburzeń ze spektrum autyzmu stanowią sztywne wzorce zachowań. Wśród nich można wyróżnić między innymi stereotypie ruchowe, jak na przykład trzepotanie rękami, uderzanie głową, wachlowanie dłońmi przy twarzy, wyrzucanie ramion w górę, chodzenie w kółko. Powtarzalne używanie przedmiotów, między innymi kręcenie monetami, wprawianie w ruch kółek samochodów, układanie zabawek w szeregi, również może stanowić jeden z symptomów ASD (Janas-Kozik, Rynkiewicz, Słopeń, 2021, ss. 282-283). Obsesyjne zainteresowanie jednym konkretnym tematem, uporczywe wpatrywanie się w jakiś obiekt, nadrucliwość, bardzo mocne przywiązanie do przedmiotów mogą stanowić sygnał ostrzegawczy dla rodziców, którzy powinni kontrolować dalsze zachowania swojego dziecka i udać się do poradni psychologiczno-pedagogicznej. W wielu przypadkach, u dzieci ze spektrum autyzmu zauważalna jest nadwrażliwość na dotyk, światło, smak, dźwięk lub zapach (może to być ogólna nadwrażliwość na jeden z bodźców lub na konkretny smak, zapach, czy nawet teksturę pewnego materiału). Charakterystycznym zjawiskiem w spektrum autyzmu jest również przywiązanie do codziennej rutyny. Rodzic musi zawieźć dziecko do szkoły zawsze tą samą drogą, a kolejność czynności wykonywanych zaraz po wstaniu z łóżka musi być identyczna każdego dnia (Winczura, 2018, ss. 73-103).

Diagnoza zaburzeń ze spektrum autyzmu

Diagnoza ta stanowi trudny proces. W celu ułatwienia wszystkich działań z nią związanych, należy wybrać odpowiednie narzędzie diagnostyczne, które pozwoli na sprawne i jednocześnie dokładne przeprowadzenie badania. Obecnie na świecie istnieje cała pula narzędzi diagnostycznych, z których mogą korzystać specjaliści, lekarze, psycholodzy, pedagodzy, a nawet rodzice, czyli zarówno osoby przeszkolone, jak i mające kontakt z dzieckiem na co dzień. Należy pamiętać, że wykonanie badania za pomocą tylko jednego narzędzia nie daje pewności, że jest to zaburzenie ze spektrum autyzmu. Przeprowadzenie jednego badania stanowi jedynie fragment wielu działań, które muszą zostać podjęte w celu ustalenia pewnej diagnozy. W przypadku diagnozy zaburzeń ze spektrum autyzmu ocenie należy poddać nie tylko prawidłowość rozwoju dziecka, ale również jego funkcjonowanie intelektualne oraz zdolność zachowań adaptacyjnych. Na co należy zwrócić uwagę

podczas wyboru konkretnego narzędzia diagnostycznego? Każdy dobry test powinien być przede wszystkim rzetelny, trafny, standaryzowany, unormowany, czuły, poddany adaptacji kulturowej, co nazywamy aspektami psychometrycznymi testów (Wujcik, 2022, s. 101).

Rzetelność oznacza dokładność wyniku, z jaką można dokonać pomiaru badanego zjawiska (Chambers, Naglieri, 2017, ss. 83-84). „Im wyższa rzetelność, tym mniejszy błąd i mniejszy zakres wyników, które tworzą przedział ufności wokół szacowanego wyniku prawdziwego” (Chambers, Naglieri, 2017, s. 83). Dzięki małemu zakresowi wyników badacz może je bardziej precyzyjnie zinterpretować. W powyższym cytacie wspomniano o wyniku prawdziwym, stanowiącym wynik hipotetyczny, odpowiadający faktycznemu nasileniu właściwości psychologicznej, która jest aktualnie mierzona. Wiąże się z tym także wynik otrzymany, czyli ten, który uzyskała osoba badana (Wujcik, 2022, s. 103). Według B.A. Brackena, rzetelność pojedynczego podtestu lub podskali powinna wynosić co najmniej 0.80, natomiast zgodność całego testu – co najmniej 0.90 (Bracken, 1987, ss. 313-326). W przypadku badań klinicznych powinny być zastosowane tylko i wyłącznie testy spełniające odpowiednie kryteria rzetelności, ponieważ w przeciwnym razie może to negatywnie wpłynąć na otrzymane wyniki badań oraz ich wiarygodną interpretację (Chambers, Naglieri, 2017, s. 87). W celu sprawdzenia rzetelności testu można wykonać dwa badania pomiarowe tym samym narzędziem w pewnym odstępie czasowym, a uzyskamy wówczas współczynnik stabilności bezwzględnej. Większa rzetelność jest równa silniejszemu związkowi wyników otrzymanych przez osoby badane w obydwu pomiarach. Jednakże, wykonanie testu kolejny raz wiąże się z negatywnymi czynnikami wpływającymi na ostateczny wynik, między innymi możliwością zapamiętania odpowiedzi z pierwszego podejścia lub zmiennością mierzonych cech (Hornowska, 2013).

Trafność testu stanowi stopień, w jakim dane narzędzie mierzy konkretną, badaną cechę i nie jest taka sama dla wszystkich narzędzi diagnostycznych. Zależy od zastosowania testu oraz analizy otrzymanych danych. Wyróżnia się trzy aspekty trafności (treściowy, teoretyczny i kryterialny), które zawsze powinny być analizowane niezależnie od siebie. Trafność kryterialna odnosi się do adekwatnego zastosowania danego testu. Trafność teoretyczna wiąże się z adekwatnością w związku z badanym zjawiskiem (Wujcik, 2022, ss. 107-108). Trafność treściowa ustosunkowuje się do obszaru zainteresowań, aby uwzględnić wszystkie możliwe aspekty przedmiotu badań (Golicki, Młyńczak, 2016, ss. 415-421). O wiele trudniej wykazać trafność danego testu niż jego rzetelność (Chambers, Naglieri, 2017, s. 88).

Standaryzacja polega na konkretnym sposobie posługiwania się wybranym narzędziem diagnostycznym. Każdy test powinien zawierać rzeczowe wskazówki: w jakich warunkach należy przeprowadzić badanie, jakich

przedmiotów używać w trakcie, w jakiej kolejności wykonywać konkretne zadania, jakie pytania zadawać opiekunom dziecka. Jeżeli badacz samowolnie zmienia przebieg badania lub całkowicie lekceważy wskazówki, może wiązać się to z zaburzeniem właściwości psychometrycznych testu, a zatem – z niewiarygodnym wynikiem otrzymanym za pomocą narzędzia (Wujcik, 2022, s. 108).

Opracowanie norm dla danego testu powinno zostać przeprowadzone na konkretnej grupie badanej, czyli tak zwanej grupie reprezentatywnej. Pozwala to na określenie populacji, dla której ma być przeznaczone narzędzie diagnostyczne. Jednocześnie otrzymany przez osobę badaną wynik surowy (suma wszystkich uzyskanych punktów) może zostać porównany z ogólnym wynikiem otrzymanym przez grupę reprezentatywną. Pozwala to na ocenę, jak bardzo wynik osoby badanej odbiega od normy (Wujcik, 2022, ss. 108-110).

Czułość narzędzia związana jest z możliwością porównania różnic w wynikach między różnymi pacjentami lub grupami badawczymi. Im większa czułość danego testu, tym mniejsza grupa osób badanych jest potrzebna do przeprowadzenia poprawnego badania. Oceniając czułość narzędzia, badacz chce wykazać, że wielkość badanej próby w pełni wystarczy, aby obliczyć istotną różnicę statystyczną pomiędzy grupami (Golicki, Młyńczak, 2016, ss. 415-421).

Adaptacja kulturowa testu odnosi się do przystosowania oryginalnego narzędzia, opracowanego w pewnej kulturze, do warunków kulturowych panujących w innym kraju. Przede wszystkim należy wziąć pod uwagę język, aby wszelkie sformułowania po przetłumaczeniu miały taki sam sens i znaczenie. Wymaga to znajomości języka na poziomie *native speakers*. Podczas procesu adaptacji kulturowej trzeba również zwrócić szczególną uwagę na właściwości psychometryczne testu, aby po dokonaniu adaptacji zweryfikować je i porównać z oryginalnymi wartościami (Marcinkowska, Sitek, 2017, ss. 150-157).

Dobór narzędzia diagnostycznego

Przed wykonaniem wybranego testu diagnostycznego należy przeprowadzić szereg dodatkowych działań, które można nazwać modelem diagnozy zaburzeń ze spektrum autyzmu. Składa się na niego: wywiad ontogenetyczny, obserwacja, analiza dokumentacji oraz badania medyczne. Podjęcie wszystkich wymienionych działań pozwoli nakierować diagnostę na wybór odpowiedniego narzędzia diagnostycznego (Winczura, 2018, ss. 243-263).

Spektrum autyzmu jest zaburzeniem rozwojowym, więc niektóre objawy ASD mogą pojawić się wcześniej, inne później. Przeprowadzenie wywiadu

ontogenetycznego (rozwojowego) pozwoli diagnoście zdobyć wiedzę na temat nasilenia objawów oraz w jakich sytuacjach się pojawiają. W trakcie wywiadu warto pozostawić rodzicowi otwartą przestrzeń na udzielenie odpowiedzi, dzięki czemu będzie mógł swobodnie opisać konkretną historię bądź sytuację. Zadawane pytania powinny dotyczyć kwestii, których diagnosta nie może sprawdzić w innych źródłach, takich jak na przykład książeczka zdrowia dziecka, czy wyniki poszczególnych badań medycznych. Warto zapytać o kwestie związane z okresem prenatalnym (stres w trakcie ciąży, praca fizyczna, dieta podczas ciąży, warunki w jakich przebywała matka w trakcie ciąży), okresem okołoporodowym (czy, według matki, podczas porodu działo się coś niepokojącego, przebieg innych ciąż, jeżeli takowe były, poziom testosteronu u noworodka), okresem niemowlęctwa (regularność snu, problemy z jelitami, choroby zakaźne, badanie słuchu i wzroku, początek chodzenia). Ważnym obszarem, o który diagnosta powinien zapytać rodziców są obciążenia rodzinne, czyli możliwość wystąpienia ASD lub chorób genetycznych u innych członków rodziny, wiek rodziców, korzystanie z pomocy psychologicznej lub psychiatrycznej (Gajdzik, 2021, ss. 66-68). Podczas rozmowy należy zwrócić uwagę, aby nie popełniać takich błędów, jak bagatelizowanie, pochopne diagnozowanie, stronnicze interpretowanie, projekcja, czy generalizowanie. Zdarzają się sytuacje, kiedy diagnosta patrzy na dziecko przez pryzmat własnych doświadczeń lub porównuje je z innymi dziećmi. Po przeprowadzeniu wywiadu badacz powinien dokładnie przeanalizować udzielone przez rodziców odpowiedzi, aby nie podjąć zbyt pochopnej i stronniczej decyzji w sprawie diagnozy. Dzięki spokojnemu podejściu do interpretacji wyników, pozwoli to zapobiec przedwczesnemu wydawaniu sądów o dziecku (Skarbek, Wrońska, 2018, ss. 35-36). W trakcie przeprowadzania wywiadu warto dziecko obserwować, ponieważ stanowi to następny element modelu diagnozy (Gajdzik, 2021, ss. 66-68).

Interpretacja zachowań dziecka opiera się na obserwacji jego reakcji, właściwości psychoruchowych oraz podejmowanych przez nie działań. Podczas obserwacji diagnosta powinien zapisywać wszystkie dostrzeżone zachowania. Stanowi to niezbędny element przy diagnozie zaburzeń ze spektrum autyzmu. Obserwowanie zachowań dziecka może odbywać się w bezpośrednim kontakcie z nim lub poprzez otrzymanie informacji od innych osób. Cały proces może przebiegać w sposób standaryzowany (wykonywanie określonych czynności z użyciem konkretnych przedmiotów) lub całkowicie swobodny. Prawidłowo przeprowadzona diagnoza powinna być celowa, obiektywna, zaplanowana, selektywna i dokładna. Na samym początku należy ustalić cel obserwacji. Im węższy cel, tym łatwiej będzie go sprecyzować i zrealizować. Diagnosta powinien pamiętać, aby nie wyciągać przedwczesnych wniosków i nie podchodzić do całego badania subiektywnie. Przed rozpoczęciem całego

procesu należy określić plan działania, czas trwania obserwacji oraz sposób zapisania wszystkich zachowań. W niektórych przypadkach warto wyróżnić zachowania, na które chce się zwrócić uwagę oraz czas, jaki chce się na to poświęcić. Precyzyjne zapisanie wszystkich działań osoby badanej pozwoli na dokładniejszą interpretację zaobserwowanych zjawisk (Skarbek, Wrońska, 2018, ss. 30-31).

Zapoznanie się z dokumentacją dostarczoną przez rodziców stanowi kolejny ważny krok do postawienia pewnej diagnozy zaburzeń ze spektrum autyzmu. Jednym z podstawowych dokumentów jest książeczka zdrowia dziecka, w której można znaleźć informacje dotyczące przebytych chorób, zakłóceń okołoporodowych, stanu noworodka zaraz po porodzie i urazów mechanicznych. W przypadku dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym warto zapoznać się z kartą zgłoszenia dziecka do przedszkola. Znajdują się tam podstawowe informacje o pacjencie i rodzicach, sytuacji ekonomicznej oraz strukturze rodziny, a także upodobania i zainteresowania dziecka. Pomocną informację stanowią również opinie wychowawcy, pedagoga i psychologa szkolnego. Pozwolą one na przeanalizowanie społecznych zachowań dziecka w sytuacjach szkolnych, kiedy znajduje się w towarzystwie rówieśników. Do dokumentacji można zaliczyć również wytwory dziecka (rysunki, wierszyki itp.), które dają bogaty obraz jest rozwoju społecznego oraz umysłowego. W ten sposób diagnosta może zdobyć wiedzę na temat umiejętności interpretowania zjawisk przez dziecko, posiadanych przez niego informacji o pewnych przedmiotach oraz zrozumieć sposób jego zachowania w konkretnych sytuacjach (Skarbek, Wrońska, 2018, s. 29).

W niektórych przypadkach, kiedy dziecko nie podąża za wskazaniem osoby dorosłej, gdy ten mu coś pokazuje lub nie reaguje na pokazywaną zabawkę, rodzice zaczynają podejrzewać, że ich dziecko ma problemy ze wzrokiem. Tak samo w sytuacji, kiedy dziecko nie reaguje na swoje imię, rodzice kierują je na badanie słuchu. Wyniki tych badań mogą w pewnym stopniu wpłynąć na ostateczną diagnozę zaburzeń ze spektrum autyzmu. Ponadto, warto zachęcić rodziców do wykonania badań neurologicznych, w celu wykluczenia innych zaburzeń, oraz przeprowadzenia takich badań, jak EEG głowy oraz rezonans magnetyczny (choć badanie to wykonuje się o wiele rzadziej). W momencie udania się do poradni neurologicznej, to lekarz decyduje, co rodzice powinni dalej zrobić i jaką diagnozę medyczną postawić. Udanie się do poradni chorób genetycznych pozwoli na zbadanie dziecka pod kątem możliwych współwystępujących jednostek chorobowych, takich jak zespół łamliwego chromosomu X, zespół Retta, czy stwardnienie guzowate. Badania przeprowadzone w poradni chorób metabolicznych mogą pomóc w wykluczeniu chorób uwarunkowanych genetycznie, wpływających na rozwój układu nerwowego (Winczura, 2018, ss. 243-263).

Narzędzia diagnostyczne

Spektrum autyzmu jako zaburzenie znane jest od bardzo wielu lat. Każde przeprowadzone badanie wpływa na głębsze poznanie specyfiki funkcjonowania tych osób. Jednocześnie, pozwala na stałe doprecyzowywanie narzędzi diagnostycznych pod kątem spektrum. Obecnie istnieje ich kilkadziesiąt, umożliwiających zbadanie osoby pod względem autyzmu, funkcjonowania intelektualnego, zachowań adaptacyjnych oraz wielu innych aspektów życia codziennego. Poniżej skupimy się krótko na zaledwie kilku najbardziej znanych i najczęściej stosowanych.

Pierwszym narzędziem diagnostycznym, które jednocześnie stanowi jedno z dwóch wchodzących w skład tak zwanego „złotego standardu diagnozowania” spektrum autyzmu, jest wystandaryzowany i częściowo ustrukturyzowany wywiad ADI-R (*Autism Diagnostic Interview-Revised*). Przeprowadza go przeszkolony specjalista z rodzicami lub opiekunami osoby ze spektrum autyzmu. Wywiad przeznaczony jest dla osób od 24. miesiąca wieku umysłowego i składa się z 93 pozycji, które koncentrują się na trzech osiowych zaburzeniach spektrum autyzmu (język i komunikacja, interakcje społeczne, ograniczone i stereotypowe zachowania). Wśród działów z pytaniami możemy wyróżnić między innymi: wczesny rozwój, nabywanie i utrata umiejętności, rozwój społeczny i zabawa, język i funkcjonowanie komunikacji, zachowania ogólne. Badanie trwa od około 90 minut do nawet 4 godzin (Chojnicka, Płoski, 2012, ss. 249-259). Diagnosta, po odnotowaniu odpowiedzi, dokonuje oceny w skali od 0 do 7, a następnie przelicza je zgodnie z jednym z 5 algorytmów. Wyróżniamy dwa rodzaje algorytmów: diagnostyczne, służące do postawienia diagnozy, oraz aktualnego zachowania, które wykorzystuje się przy planowaniu postępowania pedagogicznego oraz terapii (Chambers, Naglieri, 2017, ss. 98-101).

Drugi element złotego standardu diagnostycznego spektrum autyzmu stanowi częściowo ustrukturyzowany i standaryzowany protokół obserwacji ADOS-2 (*Autism Diagnostic Observation Schedule Manual – Second Edition*). Badanie może przeprowadzić tylko i wyłącznie osoba przeszkolona. Stosuje się je u dzieci od 12. miesiąca życia, aż do osób dorosłych (Kulik, Rynkiewicz, 2013, ss. 41-48). Narzędzie składa się z 5 modułów, które obejmują zestawy różnorodnych prób umożliwiających obserwację nieprawidłowości charakterystycznych dla osób z zaburzeniami ze spektrum autyzmu w zależności od wieku. Przed rozpoczęciem badania osoba diagnozująca powinna bardzo dokładnie zapoznać się z podręcznikiem, aby wiedzieć, jakie zadania należy przeprowadzić oraz na czym się skoncentrować (Chojnicka, Pisula, 2017, ss. 8-11). Przy badaniu powinny być obecne dwie osoby: jedna prowadząca badanie, a druga siedząca z boku i obserwująca (Chojnicka,

Płoski, 2012, ss. 781-789). Wszelkie pomoce wykorzystywane w trakcie badania ADOS-2 są wystandaryzowane, a więc nie można zastosować różnego rodzaju zamienników zakupionych indywidualnie, ponieważ może to wpłynąć na wiarygodność badania. Diagnosta sporządza krótkie notatki na temat zaobserwowanych zachowań osoby badanej. W podręczniku ADOS-2 autorzy proponują pewne skróty, które można zastosować podczas zapisu obserwacji. Badanie trwa zazwyczaj od 30 do 60 minut (Wujcik, 2022, s. 115). Ważny element całości stanowi nagranie badania i przechowywanie go w dokumentacji. Dzięki temu w momencie kodowania i stawiania diagnozy będzie można powrócić do badania i rozwiązać wszelkie wątpliwości. Oczywiście, rodzice lub opiekunowie osoby ze spektrum autyzmu powinni zostać poinformowani o nagrywaniu spotkania (Chojnicka, Płoski, 2012, ss. 781-789). Po przeprowadzonej obserwacji, diagnosta przechodzi do kodowania, pogrupowanego w 5 kategoriach, gdzie każda zawiera kilkanaście pozycji, w których jest jasno opisane, jakie zachowania należy wziąć pod uwagę, a jakie zupełnie pominąć, aby postawić wybrany kod. Na samym końcu należy wypełnić algorytm diagnostyczny i wartości progów odsiewowych, a w niektórych modułach również wynik porównawczy, który pozwala na pomiar natężenia objawów charakterystycznych dla spektrum autyzmu (Chojnicka, Pisula, 2017, ss. 29-30).

Poza narzędziami przeznaczonymi do diagnozowania spektrum autyzmu możemy posługiwać się także narzędziami do badań przesiewowych, które pozwalają określić ryzyko wystąpienia ASD u danej osoby w przyszłości. Fundacja Synapsis przygotowała propozycję polskiego modelu badań przesiewowych, w którym wyodrębniono grupę podwyższonego i niepodwyższonego ryzyka spektrum autyzmu. W przypadku grupy bez wysokiego ryzyka rekomendowane narzędzie stanowi kwestionariusz CHAT (*The Checklist for Autism in Toddlers*) (Borska-Mądrzycka i in., 2015, ss. 99-108). Obecnie najczęściej stosuje się zmodyfikowaną wersję tego narzędzia, czyli M-CHAT-R, składający się z 20 pytań zamkniętych. Zastosowanie tego kwestionariusza nie wymaga przeszkolenia, a rodzice lub opiekunowie dziecka ze spektrum autyzmu mogą samodzielnie odpowiedzieć na pytania, ponieważ można go znaleźć na niektórych stronach internetowych. Narzędzie przeznaczone jest do badania dzieci od 16. do 30. miesiąca życia (Wujcik, 2022, s. 119). Uzyskanie wyniku w M-CHAT-R, który oznacza średnie ryzyko wystąpienia ASD, jest równoznaczne z zaleceniem zgłoszenia się do odpowiedniej placówki, a ta wykona weryfikację z użyciem M-CHAT-R/F (*Modified Checklist for Autism in Toddlers – Revised/Follow-up*). W przypadku wyniku oznaczającego wysokie ryzyko wystąpienia zaburzeń ze spektrum autyzmu, zaleca się natychmiastowe zgłoszenie do ośrodka diagnostycznego, aby potwierdzić lub wykluczyć podejrzenia (Borska-Mądrzycka i in., 2015, ss. 99-108).

Do badań przesiewowych pod kątem spektrum autyzmu można również wykorzystać test STAT (*Screening Tool for Autism in Toddlers and Young Children*). Narzędzia przesiewowe drugiego stopnia służą pogłębionej obserwacji osoby badanej oraz rozróżnienie między spektrum autyzmu a innymi zaburzeniami rozwojowymi (Borska-Mądrzycka i in., 2015, ss. 99-108). Interaktywne narzędzie skriningowe przeznaczone jest dla dzieci od 24. do 36. miesiąca życia. Czas badania, a raczej interakcyjnej sesji opartej na zabawie, trwa około 20-30 minut. Składa się ono z 12 aktywności, które odnoszą się do czterech kategorii komunikacji społecznej: zabawy, proszenia, kierowania uwagi, naśladowania motorycznego. Każde działanie dziecka oceniane jest według klucza: zdane, niezdane, zachowania wyłaniające się. Po przeniesieniu odpowiedzi do specjalnego klucza końcowego i przeliczeniu uzyskanych wartości, wiadomo czy dziecko znajduje się w grupie ryzyka (Wujcik, 2022, ss. 118-119).

Epidemiologia spektrum autyzmu na przestrzeni lat

Dane epidemiologiczne określają skalę występowania konkretnego, badanego zjawiska w ogólnej populacji. Pozwala to na zaplanowanie wydatków w sferze medycznej, edukacyjnej i terapeutycznej. Z pojęciem epidemiologii związane są dodatkowo dwie definicje: chorobowości i zapadalności (Mokros i in., 2022, s. 27). Chorobowość prezentuje częstość występowania, w tym przypadku spektrum autyzmu w ogólnej populacji, podawana zwykle w procentach lub przeliczeniu na 100 tysięcy mieszkańców. Wskaźnik chorobowości dobrze sprawdza się przy epidemiologii chorób przewlekłych (między innymi spektrum autyzmu). Natomiast zapadalność obrazuje liczba jedynie nowych zachorowań, która jest podawana w taki sam sposób, jak chorobowość. Wskaźnik zapadalności o wiele lepiej charakteryzuje ostre choroby zakaźne (Banasiak i in., 2010, s. 9).

Rok	Autor	Wskaźnik
1966	Lotter	45/100 000 → 0,045%
1986	Steffenberg, Gillberg	40/100 000 → 0,040%
2005	Kolasińska	64/100 000 → 0,064%
2009	Fombone	216/100 000 → 0,216%
2017	Skonieczna-Żydecka	350/100 000 → 0,350%

Opracowanie własne na podstawie wyników badań (Morkos i in., 2022; Banasiak i in., 2010).

Powyższa tabela przedstawia częstość diagnozowania spektrum autyzmu na przełomie kilkudziesięciu lat. Jednocześnie badania, posiadane przez Centrum Kontroli i Profilaktyki Chorób w Stanach Zjednoczonych, wskazują na zmiany w diagnozowaniu spektrum autyzmu na przestrzeni 18 lat. W roku 2000 wskaźnik wynosił 1 na 150 ośmioletnich dzieci, w 2010 – 1 na 68 dzieci, natomiast w 2018 – już tylko 1 na 44 dzieci (Centers for Disease Control and Prevention, 2021). Zauważalny wzrost diagnoz autyzmu wpłynął między innymi na zmniejszenie liczby przypadków zdiagnozowanej niepełnosprawności intelektualnej o nieznaną przyczynę (Banasiak i in., 2010, s. 11). Należy bowiem zwrócić uwagę, iż niepełnosprawność intelektualna współwystępuje ze spektrum autyzmu w 75% wszystkich przypadków (Winczura, 2018, ss. 243-263). Porównując wyniki większości badań, liczba zachorowań u mężczyzn w stosunku do kobiet wynosi około 4,5 : 1. Należy jednak zauważyć, że wiele narzędzi diagnostycznych bywa mało wrażliwych dla diagnozy kobiet pod kątem ASD, ponieważ są testowane głównie na płci męskiej (Morkos i in., 2022, s. 27). Wzrost częstości występowania autyzmu jest spowodowany nie tylko wykorzystaniem dokładniejszych narzędzi diagnostycznych, ale także rozszerzeniem pojęcia spektrum autyzmu oraz kryteriów diagnostycznych wśród specjalistów i całego społeczeństwa (Mokros i in., 2022, s. 27).

W powyższych rozważaniach oraz wynikach badań podane są, oczywiście, wartości oficjalnie zdiagnozowanych przypadków. Trzeba sobie jednak zadać pytanie, ile niezdiagnozowanych osób ze spektrum autyzmu mijamy codziennie na ulicy, a także ile, ze względu na trudności społeczne, nie wychodzi w ogóle z domu. Warto również zwrócić uwagę, jaka liczba osób ma zdiagnozowany autyzm, a ile rzeczywiście zmaga się z wywołanymi przez niego problemami. Wykluczenie społeczne dotyka nie tylko osoby z autyzmem, ale również ich rodziny i najbliższych (Autyzm Zgora [dostęp: 3.05.2022]).

Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka

Obejmuje ono wszelkie stymulujące działania, prowadzone w formie ćwiczeń i zabaw dla dzieci do około 7. roku życia. Wczesne wspomaganie ma również na celu zminimalizowanie trudności rozwojowych dziecka w taki sposób, aby mogło ono osiągnąć co najmniej optymalny stopień rozwoju w wielu sferach (intelektualnej, ruchowej, społecznej i emocjonalnej) (Dodacka, Pulwarska, 2009). Z wczesnym wspomaganiem rozwoju związana jest również definicja wczesnej interwencji. Proces ten stanowi pewien system konkretnych oddziaływań mający na celu wzmocnienie tych interakcji społecznych u dziecka, które najlepiej sprzyjają jego rozwojowi (Guralnick, 2005). Porównanie obydwu terminów pozwala zauważyć, że wczesna interwencja

może być podjęta poprzez działania medyczne oraz rehabilitacyjne, natomiast wczesne wspomaganie rozwoju jest ukierunkowane na rozwój psychiczny dziecka (Płoszaj, 2018, ss. 170-189). Im wcześniej zostaną wprowadzone działania terapeutyczne, tym szybciej będzie można zauważyć zmiany w rozwoju poszczególnych sfer. Dzieje się tak z powodu większej plastyczności centralnego układu nerwowego oraz mózgu dziecka. Dzięki temu, wszelkie modyfikacje zachodzące w obrębie struktur i sieci neuronalnych wpływają na rozwój językowy, społeczny oraz poznawczy (Dawson i in., 2010, ss. 17-23). Badania przeprowadzone na temat oddziaływania wczesnego wspomagania na ogólny rozwój dziecka pokazały, że wprowadzenie działań terapeutycznych przed 3. rokiem życia jest o wiele bardziej efektywne niż po 5. roku życia (Kasari i Patterson, 2012, ss. 713-725).

Z formalnego punktu widzenia, wczesnym wspomaganie, zapewnionym przez system oświatowy, zostają objęte dzieci, u których zdiagnozowano niepełnosprawność lub opóźnienie rozwoju. Aby dziecko mogło rozpocząć zajęcia ze specjalistami, niezbędna jest opinia dotycząca potrzeby wczesnego wspomagania rozwoju, wydana przez zespół orzekający, który działa w publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej. Zajęcia odbywają się od momentu otrzymania diagnozy do rozpoczęcia nauki w szkole. W ramach wczesnego wspomagania rozwoju przewidziane są zajęcia z takimi specjalistami, jak psycholog, pedagog, logopeda, fizjoterapeuta, które obejmują od 4 do 8 godzin miesięcznie (Polski Autyzm, 2015; [dostęp: 29.04.2022]). Wszelkie formalności związane z procesem wczesnego wspomagania zostały opisane w Rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z 24 sierpnia 2017 roku w sprawie organizowania wczesnego wspomagania rozwoju dzieci (DzU 2017 r., poz. 1635).

Zazwyczaj, kiedy słyszymy hasło wczesnego wspomagania rozwoju kojarzy się nam to z indywidualnymi spotkaniami poza regularnymi zajęciami szkolnymi, które odbywają się w poradniach psychologiczno-pedagogicznych lub placówkach szkolnych i są prowadzone przez doświadczonych specjalistów. W rzeczywistości, w procesie wczesnego wspomagania rozwoju bierze udział cała rodzina dziecka oraz środowisko, w którym przebywa na co dzień. Stymulowanie rozwoju dziecka poprzez zabawę przynosi wiele korzyści, jak na przykład:

- możliwość zabawy z rodzicem w domu, dzięki czemu dziecko nie będzie czuło się nieswojo ze względu na nowe pomieszczenie, a także nieznaną osobę w swoim otoczeniu;
- możliwość indywidualnego dobrania zabawek, czyli takich, którymi dziecko najchętniej bawi się na co dzień, które najbardziej lubi;
- rodzic nie będzie czuł się zupełnie nieprzydatny w procesie wspomagania rozwoju swojego dziecka, ponieważ to właśnie on będzie głównym „terapeutą”;

- oszczędność czasu, który zostałby przeznaczony na dojazd do poradni, oraz pieniędzy, które byłyby przeznaczone na paliwo (w przypadku osób mieszkających w mniejszych miastach lub wsiach pojawia się konieczność dojazdu kilkanaście lub nawet kilkadziesiąt kilometrów do większego miasta, w którym znajduje się poradnia psychologiczno-pedagogiczna);

- pogłębienie relacji z rodzicem, dzielenie wspólnego pola uwagi, zaangażowanie w aktywność, współdzielenie pozytywnych emocji (Twardowski, 2014, ss. 148-149).

Wśród zabaw, które rodzic może zastosować w ramach wczesnego wspomagania rozwoju w domu możemy wyróżnić zabawy pozwalające poznać świat poprzez równowagę oraz stymulujące zmysły (węch, smak, wzrok, słuch, dotyk). Na samym początku rozwoju dziecko powinno poznać swoje ciało, a konkretnie jego części oraz ich przeznaczenie. Mowa tutaj przede wszystkim o tym, do czego służą ręce oraz nogi, ponieważ podstawowymi zdolnościami ruchowymi są chodzenie i chwytanie. Kiedy dziecko nauczy się odczuwać własne ciało, kolejną umiejętnością stanowi utrzymanie równowagi, co pozwoli na skoordynowanie wszystkich ruchów. Dzięki ćwiczeniom stymulującym zmysły dziecko zdobywa coraz szerszą wiedzę o świecie, a co za tym idzie – zwiększa swoją ciekawość. Wzrokowe odbieranie świata jest możliwe w momencie zdobycia przez dziecko umiejętności podążania wzrokiem, czyli inaczej obserwacji. Słuchanie oraz mówienie jest wynikiem poznawania dźwięków (Polski Autyzm, 2015; [dostęp: 29.04.2022]).

W przypadku dziecka ze spektrum autyzmu diagnoza pozwala rodzicom i specjalistom poznać jego sposób postrzegania świata. Dostosowanie terapii do potrzeb dziecka stanowi klucz do efektywnego wsparcia jego rozwoju, który ze względu na zaburzenia w różnych sferach jest bardzo nieharmonijny (Polski Autyzm, 2020; [dostęp: 29.04.2022]). W okresie niemowlęcym dziecko rozwija się głównie dzięki wszelkiego rodzaju interakcjom ze swoimi opiekunami, a w szczególności z matką, dlatego wczesne wspomaganie rozwoju powinno opierać się na modelu rodzic-dziecko (Bowlby, 2007). Dzięki wprowadzeniu WWR rodzina ma możliwość przystosowania się do nowej sytuacji, która związana jest z wychowaniem dziecka z niepełnosprawnością. Jednocześnie, dostarcza wiedzy na temat prawidłowego rozwoju oraz metod pracy z dzieckiem. Do 6. roku życia dziecko zaczyna nabywać umiejętności motorycznych, społecznych i emocjonalnych. W przypadku osób ze spektrum autyzmu może pojawić się opóźnienie w rozwoju lub zupełny brak konkretnych zdolności. Wczesna diagnoza oraz podjęcie terapii pozwala uniknąć opóźnień oraz wykorzystać mocne strony dziecka do rozwinięcia tych słabszych (Rafał-Łuniewska, 2017).

Wnioski

Należy zwrócić uwagę, że u prawidłowo rozwijającego się dziecka może w dowolnym momencie rozwoju pojawić się regres zdobytych już umiejętności. Może ono przestać reagować na swoje imię, będzie nadmiernie obracać trzymane w rękach obiekty, nie będzie patrzeć na rodzica, nie będzie inicjować zabawy z innymi dziećmi na placu zabaw. Toteż, należy cały czas bacznie obserwować dziecko oraz jego rozwój, a w przypadku zauważenia jakichkolwiek niepokojących zachowań, zgłosić się od razu do specjalisty. Im wcześniej trafi ono do specjalisty, gdzie zostanie postawiona diagnoza zaburzeń ze spektrum autyzmu, tym szybciej będzie można wprowadzić odpowiednie działania terapeutyczne.

Przed rozpoczęciem badania wybranym narzędziem diagnostycznym należy przeprowadzić szereg działań dodatkowych. Przeprowadzenie wywiadu z rodzicami pozwoli na uzyskanie informacji, które nie zostały zapisane w książeczce zdrowia, ani nie da się ich wyczytać z wyników badań medycznych. W międzyczasie warto obserwować działania dziecka oraz jak się odnajduje w nowej, często nietypowej, sytuacji w gabinecie diagnosty. Nagrania filmowe dostarczone przez rodziców oraz opinie nauczycieli pozwolą na analizę zachowań dziecka w codziennych, komfortowych sytuacjach.

Częstość zdiagnozowania autyzmu wzrasta z każdym rokiem. Wszystko to dzięki coraz lepszym narzędziom diagnostycznym oraz większej świadomości całego społeczeństwa, a zwłaszcza specjalistów. Aktualna liczba narzędzi diagnostycznych pozwala na niezwykle dokładne przebadanie osoby pod kątem spektrum autyzmu oraz zaburzeń współwystępujących. Umożliwia to precyzyjne przygotowanie planu terapii dla danej osoby, z uwzględnieniem praktycznie każdej sfery życia codziennego.

Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka można wprowadzić w życie nawet bez diagnozy. Wszystkie dodatkowe działania wspierające dorastanie dziecka nigdy nie zaszkodzą, a nawet mogą pomóc w dalszym rozwoju funkcji poznawczych. Należy jednak pamiętać, aby wszelkie działania terapeutyczne wprowadzać po konsultacji ze specjalistą. Wczesne wykrycie ryzyka autyzmu lub zdiagnozowanie spektrum umożliwi dostosowanie terapii w zależności od zaburzonych sfer rozwojowych dziecka. Określenie mocnych i słabych stron wskazuje na deficyty oraz potencjał rozwojowy. Przy planowaniu terapii należy wziąć pod uwagę przede wszystkim mocne strony dziecka i na nich opierać pracę nad słabszymi stronami, ponieważ stanowią pewnego rodzaju zaplecze działań terapeutyczno-rozwojowych. Im szybciej wczesne wspomaganie rozwoju zostanie wprowadzone w ży-

cie codzienne, tym wcześniej będą zauważalne efekty pracy z dzieckiem. Badania wskazują, że dzieci, które w okresie przedszkolnym były objęte wczesnym wspomaganie rozwoju, w okresie szkolnym wymagają o wiele mniej intensywnych oddziaływań terapeutycznych (Ball, 2016). Ponadto, należy zwrócić uwagę, że relacje wytworzone na linii rodzic-dziecko wpływają na późniejszy rozwój dziecka w sferze fizycznej i psychicznej.

Wkład autorów

Autor deklaruje samodzielny wkład w powstanie pracy.

REFERENCES

Opracowania

- Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne. (2015). *Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM-5*. Red. P. Gałęcki, M. Pilecki, J. Rymaszewska, A. Szulc, S. Sidorowicz, J. Wciórka. Wrocław
- Ball, J. (2016). *Autyzm a wczesna interwencja. Rzeczowe pytania, życiowe odpowiedzi*. Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis
- Banasiak, M., Górski, P., Pietras, T., Witusik, A. (2010). *Epidemiologia autyzmu*. W: P. Gałęcki, T. Pietras, A. Witusik (red.), *Autyzm – epidemiologia, diagnoza i terapia*. Wrocław: Wydawnictwo Continuo
- Bielenda-Mazur, E., Siudak, A. (2020). *Neurorozwojowy wymiar gestu wskazywania palcem – rozwój i stymulacja*. *Logopaedica Lodziensia*, 4, 171-186
- Borska-Mądrzycka, Z., Bujnik, A., Grochowska, J., Waligórski, M., Wroniszewski, M. (2015). *Standardy wczesnego wykrywania ryzyka zaburzeń ze spektrum autyzmu*. W: A. Rozetti, F. Rybakowski (red.), *Spektrum autyzmu – neurorozwojowe zaburzenia współwystępujące*. Łódź – Warszawa: Wydawnictwo Krajowego Towarzystwa Autyzmu, 99-108
- Bowlby, J. (2007). *Przywiązanie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN
- Bracken, B.A. (1987). *Limitations of preschool instruments and standards for minimal levels of technical adequacy*. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 5, 313-326
- Centers for Disease Control and Prevention. (2021). *Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years – Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2018*. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 11
- Chambers, K.M., Naglieri, J.A. (2017). *Aspekty psychometryczne i skale używane w diagnozie zaburzeń ze spektrum autyzmu*. W: S. Goldstein, J.A. Naglieri, S. Ozonoff (red.), *Diagnoza zaburzeń ze spektrum autyzmu*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego
- Chojnicka, I., Płoski, R. (2012). *Polska wersja wywiadu do diagnozowania autyzmu ADI-R*. *Psychiatria Polska*, 2, 249-259
- Chojnicka, I., Płoski, R. (2012). *Polska wersja narzędzia obserwacyjnego do diagnozowania autyzmu ADOS*. *Psychiatria Polska*, 5, 781-789
- Chojnicka, I., Pisula, E. (2017). *ADOS-2. Protokół obserwacji do diagnozowania zaburzeń ze spektrum autyzmu*. *Podręcznik*. Wydawnictwo Hogrefe - Testcentrum
- Dawson, G., Donaldson, A., Greenson, J., Munson, J., Rogers, S., Smith, M., Winter, J., Varley, J. (2010). *Randomized, Controlled Trial of an Intervention for Toddlers With Autism: The Early Start Denver Model*. *Pediatrics*, 125, 17-23
- Dodacka, M., Pułwarska, V. (2009). *Jak wspomagać wczesne wspomaganie rozwoju dziecka (WWRD)?* W: W. Brejnak, K. Zabłocki (red.), *Wczesna diagnoza i wspomaganie rozwoju dziecka z dysfunkcjami*. Warszawa: Wydawnictwo Stowarzyszenia Dobrej Woli
- Gajdzik, M. (2021). *Wywiad i badanie psychiatryczne dziecka i adolescenta*. W: M. Janas-Kozik, T. Wolańczyk (red.), *Psychiatria dzieci i młodzieży*, tom 1. Warszawa: Wydawnictwo PZWL
- Golicki, D., Młyńczak, K. (2016). *Przegląd właściwości psychometrycznych kwestionariuszy oceny jakości życia związanych ze zdrowiem (HRQOL)*. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu*, 4, 415-421
- Hornowska, E. (2013). *Testy psychologiczne. Teoria i praktyka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN

- Janas-Kozik, M., Rynkiewicz, A., Słopeń, A. (2021). *Zaburzenia ze spektrum autyzmu*. W: M. Janas-Kozik, T. Wolańczyk (red.), *Psychiatria dzieci i młodzieży*, tom 1. Warszawa: Wydawnictwo PZWL
- Kasari, C., Patterson, S. (2012). *Interventions addressing social impairment in autism*. *Current Psychiatry Reports*, 6, 713-725
- Król, M.D., Mokros, Ł., Pietras, T., Sipowicz, K., Witusik, A. (2022). *Spektrum ASD – pozycja nozologiczna, charakterystyka kliniczna i diagnoza*. W: T. Pietras, D. Podgórska-Jachnik, K. Sipowicz, A. Witusik (red.), *Spektrum autyzmu – od diagnozy i terapii do integracji i inkluzji*. Wrocław: Wydawnictwo Continuo
- Kulik, M., Rynkiewicz, A. (2013). *Wystandaryzowane, interaktywne narzędzia do diagnozy zaburzeń ze spektrum autyzmu a nowe kryteria diagnostyczne DSM-5*. *Psychiatria*, 2, 10, 41-48
- Marcinkowska, A., Sitek, E. (2017). *Wybrane aspekty adaptacji kulturowej testów neuropsychologicznych*. *Aktualności Neurologiczne*, 3, 150-157
- Mokros, Ł., Nowakowska-Domagala, K., Pietras, T., Witusik, A. (2022). *Epidemiologia spektrum autyzmu*. W: T. Pietras, D. Podgórska-Jachnik, K. Sipowicz, A. Witusik (red.), *Spektrum autyzmu – od diagnozy i terapii do integracji i inkluzji*. Wrocław: Wydawnictwo Continuo
- Płoszaj, M. (2018). *Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka z ASD. Analiza przypadku*. *Studia Psychologica: Theoria et praxis*, 11, 170-189
- Rafał-Łuniewska, J. (2017). *Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka – pytania i odpowiedzi*. W: J. Rafał-Łuniewska, K. Strugińska (red.), *Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka w teorii i praktyce*. Warszawa: Ośrodek Rozwoju Edukacji
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z 24 sierpnia 2017 roku w sprawie organizowania wczesnego wspomagania rozwoju dzieci (DzU 2017 r., poz. 1635)
- Skarbek, K., Wrońska, I. (2018). *Diagnoza i wspomaganie rozwoju psychoruchowego dzieci w wieku przedszkolnym. Wskazówki dla nauczycieli dotyczące organizowania pomocy psychologiczno-pedagogicznej*. Kraków: Wydawnictwo CEBP
- Twardowski, A. (2014). *Wczesne wspomaganie rozwoju dzieci z niepełnosprawnościami w środowisku rodzinnym*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM
- Winczura, B. (2018). *Wczesne rozpoznawanie zaburzeń ze spektrum autyzmu – symptomy ryzyka, diagnoza wstępna, badania przesiewowe*. *Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej*, 22, 73-103
- Winczura, B. (2018). *Zaburzenia współwystępujące z autyzmem – uwarunkowania rozwojowe, symptomy kliniczne i dylematy diagnostyczne*. *Logopedia* 47(2), 243-263
- Wojciechowska, A. (2022). *Rozwój mowy, języka i komunikacji u osób z zaburzeniami ze spektrum autyzmu*. W: T. Pietras, D. Podgórska-Jachnik, K. Sipowicz, A. Witusik (red.), *Spektrum autyzmu – od diagnozy i terapii do integracji i inkluzji*. Wrocław: Wydawnictwo Continuo
- Wójtowicz-Szeffler, M.B. (2020). *Diagnozowanie rozwoju małego dziecka. Część 2*. Warszawa: Wydawnictwo Difin
- Wujcik, R. (2022). *Zastosowanie testów psychologicznych w diagnozie pacjentów z zaburzeniem ze spektrum autyzmu*. W: T. Pietras, D. Podgórska-Jachnik, K. Sipowicz, A. Witusik (red.), *Spektrum autyzmu – od diagnozy i terapii do integracji i inkluzji*. Wrocław: Wydawnictwo Continuo

Źródła internetowe

- Fundacja JiM, *Raport roczny Fundacji JiM za rok 2020, 2021 r.* https://jim.org/wp-content/uploads/2021/09/MP_Raport_JiM_2020_internet.pdf [dostęp: 4.11.2023]

Strona internetowa www.polskiautyzm.pl, *Wczesne wspomaganie rozwoju – praktyczne ćwiczenia WWR*, <https://polskiautyzm.pl/wczesne-wspomaganie-rozwoju-cwiczenia/> [dostęp: 29.11.2023]

Strona internetowa: www.polskiautyzm.pl, *Wczesne wspomaganie rozwoju – formalności*, <https://polskiautyzm.pl/wczesne-wspomaganie-rozwoju/> [dostęp: 29.11.2023]

Strona internetowa: www.polskiautyzm.pl, *Diagnoza autyzmu – wszystko o diagnozowaniu*, <https://polskiautyzm.pl/diagnoza-autyzmu/> [dostęp: 29.11.2023]

Strona internetowa: www.autyzm.zgora.pl, *Osoba autystyczna w Polsce*, <http://www.autyzm.zgora.pl/pl/id.10004> [dostęp: 3.11.2023]