



Wczesne rozpoznawanie zaburzeń ze spektrum autyzmu – symptomy ryzyka, diagnoza wstępna, badania przesiewowe

ABSTRACT: Barbara Winczura, *Wczesne rozpoznawanie zaburzeń ze spektrum autyzmu – symptomy ryzyka, diagnoza wstępna, badania przesiewowe* [Early detection of autism spectrum disorders - risk symptoms, initial diagnosis, screening]. Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej, nr 22, Poznań 2018. Pp. 73-103. Adam Mickiewicz University Press. ISSN 2300-391X. DOI: <https://doi.org/10.14746/ikps.2018.22.05>

The diagnosis of autism within the first two years of a child's life is burdened by many difficulties. The most significant symptoms for early recognition of ASD are deemed to be emotional and social deficits, disturbances in the development of speech and communication as well as atypical behaviour in the form of limited, repetitive behaviour patterns. In the first as well as the second year of life, the most commonly confirmed early signs of ADS refer to the lack of behaviour indicating the child's readiness to form social relations and to social communication, including in particular its reactions to its own name, limited eye contact, atypical facial expressions in social situations, the lack of emotional adaptation, limited interest in social impulses and poor vocalisation, as well as limited abilities to imitate, establish a common field of attention and the expression of attachment to the next of kin. In the second year of age, the atypical behaviour is manifested more clearly and may, although it must not necessarily, shine through in all areas typical for autism.

KEY WORDS: autism spectrum disorders, autism risk symptoms, social communication and general communication disturbances, stereotypical, limited behaviour patterns, early detection of autism, initial diagnosis, screening tests

Wprowadzenie

Pomimo że wiele dzieci ze spektrum autyzmu (*Autism Spectrum Disorder* – ASD) ma podobne cechy charakterystyczne dla tego zaburzenia, to w rezultacie cechuje je duża rozbieżność ujawnianych umiejętności oraz dynamika zmian. Zamiany rozwojowe wpływają na ekspresję symptomów¹. Kategoryzacja i diagnoza nozologiczna dziecka jako autystycznego jest dość skomplikowana. Szczególnie z powodu różnic w zakresie specyficznych objawów, które mogą u poszczególnych dzieci różnić się intensywnością i stopniem natężenia². Zarówno objawy osiowe, jak i te wtórne mogą wyrażać się odmiennie i występować w różnych kombinacjach³. Znacznym utrudnieniem jest także niejednorodny czas wystąpienia pierwszych symptomów (od urodzenia do 36. miesiąca życia), ich liczba oraz nasilenie w czasie, okoliczności w jakich najczęściej się pojawiają (w tym wpływ czynników środowiskowych), a także ogólny rozwój psychofizyczny dziecka, często zdeterminowany przez zaburzenia współwystępujące (współchorobowość) oraz upośledzenie umysłowe⁴. Według ostatnich danych 70% osób ze spektrum autyzmu może mieć jedno zaburzenie współistniejące, a 40% w tej populacji dwa lub więcej zaburzeń dodatkowych⁵. Mimo neurobiologicz-

¹ E. Pisula, *Autyzm. Przyczyny, symptomy, terapia*, Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk 2010, s. 73.

² A.J. Cotugno, *Terapia grupowa dla dzieci z zaburzeniami ze spectrum autyzmu. Rozwijanie kompetencji i umiejętności społecznych*, Wydawnictwo Fraszka Edukacyjna, Warszawa 2011, s. 13.

³ M. Piszczek, *Kwestionariusz oceny kompetencji emocjonalno-społecznej (KOKE-S) wysoko funkcjonujących autystów i dzieci z zespołem Aspergera (część pierwsza)*, „Rewalidacja. Czasopismo dla nauczycieli i terapeutów” 2010, nr 1(27), s. 48.

⁴ J. Błęszyński, *Autyzm a niepełnosprawność intelektualna i opóźnienie w rozwoju. Skala Oceny Zachowań Autystycznych*, Wydawnictwo HARMONIA UNIWERSALIS, Gdańsk 2011, s. 57; B. Winczura, *Autyzm, autyzm atypowy a schizofrenia wczesnodziecięca*, [w:] *Dzieci z zaburzeniami łączonymi. Trudne ścieżki rozwoju*, red. B. Winczura, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2012, s. 86.

⁵ *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth edition, (DSM-5)*, American Psychiatric Association, APA, Washington DC 2013.

nego podłoża zaburzeń ze spektrum autyzmu, nadal nie ustalono biologicznych markerów, które pozwalałyby na wykorzystywanie ich w codziennej diagnozie klinicznej. Rozpoznanie stawiane jest na podstawie charakterystycznego dla ASD obrazu klinicznego, ustrukturyzowanego wywiadu, w celu potwierdzenia lub wykluczenia ewentualnych chorób współistniejących, a także dodatkowych badań biochemicznych, genetycznych i obrazowych. Choć żadne z owych badań pojedynczo nie może stanowić o diagnozie końcowej zaburzenia ze spektrum autyzmu⁶. Pomimo wielu badań nad dynamiką rozwoju zaburzeń ze spektrum autyzmu, dysponujemy niewielką wiedzą na temat rozwoju dzieci z ASD w ciągu pierwszych miesięcy życia. Wczesna ocena zaburzeń u małych dzieci ma zwykle charakter introspektywny i opiera się najczęściej na informacjach uzyskanych od rodziców/bliskich opiekunów tych dzieci. Chociaż opinie te zwykle bywają trafione, wręcz precyzyjnie określone, to trudno ustalić, czy zawsze oddają obiektywny stan rzeczy. Podejmowane są liczne badania mające na celu ustalenie kryteriów możliwie trafnego rozpoznawania ryzyka zaburzeń ze spektrum autyzmu we wczesnym okresie rozwoju dziecka. Niezależnie od faktu, że objawy ASD pojawiają się w ciągu pierwszych dwóch lat życia dziecka, to dowody dotyczące czasu występowania początkowych objawów oraz ich charakteru, natężenia pozostają nadal ograniczone⁷.

Wczesne symptomy zaburzeń ze spektrum autyzmu

Według klasyfikacji DSM-5 do postawienia diagnozy zaburzeń ze spektrum autyzmu wymagane jest występowanie klinicznych objawów ASD we wczesnym okresie życia, ale ich brak w okresie póź-

⁶ A. Rynkiewicz, M. Kulik, *Wystandardyzowane, interaktywne narzędzia do diagnozy zaburzeń ze spektrum autyzmu, a nowe kryteria diagnostyczne DSM-5*, „Psychiatria” 2013, 10, nr 2, s. 42.

⁷ M. Skórczyńska, *Wczesne diagnozowanie autyzmu – perspektywy i dylematy*, [w:] *Autyzm Na granicy zrozumienia*, red. B. Winczura, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2009, s. 56; E. Pisula, *Autyzm. Przyczyny...*, s. 81.

niejszym nie wyklucza rozpoznania ASD⁸. Badania pokazują że pierwsze objawy autyzmu są zauważalne pomiędzy 6. a 12. miesiącem życia. Większość dzieci, u których z czasem zdiagnozowano ASD, nawiązuje jeszcze w 6. miesiącu życia relatywnie prawidłowy kontakt wzrokowy i prezentuje uśmiech społeczny, jednak ich częstotliwość i jakość zmniejszają się w okresie od 6. do 12. miesiąca życia⁹. W okresie tym pojawiają się też takie objawy, jak: brak prawidłowej reakcji na własne imię, brak współgrania emocjonalnego z innymi osobami, nieokazywanie przywiązania, zubożała wokalizacja, zachowania stereotypowe, nietypowe reakcje na bodźce sensoryczne, nietypowa eksploracja przedmiotów. Może także wystąpić zatrzymanie lub regres w rozwoju¹⁰. Za kluczowe obszary dla wczesnego rozpoznawania ASD uznaje się trudności w kontaktach społecznych i komunikowaniu się, a także specyficzne, ograniczone powtarzające się zachowania, co pozostaje w korelacji z kryteriami diagnostycznymi według DSM-5¹¹.

Trudności w nawiązywaniu relacji społecznych

Większość obserwacji wskazuje, że początki rozwoju emocjonalno-społecznego u małych dzieci z podejrzeniem autyzmu mogą być zaburzone, choć też wysoce zróżnicowane. U niektórych z nich zaburzenia zdolności nawiązywania kontaktu emocjonalnego można zaobserwować już przed ukończeniem przez nie 6. miesiąca życia. Pomiędzy dzieckiem a bliskimi nie dochodzi do wymiany dostosowanych treściowo działań społecznych oraz komunikatów werbalnych i niewerbalnych¹². Szczególne nieprawidłowości wi-

⁸ L. Meng-Chuan, M. V. Lombard, B. Chakrabarti, S. Baron-Cohen, *Subgrouping the Autism "Spectrum"*: Reflections on DSM-5. PLOS Biology, 2013, 11 (4), s. 1-7.

⁹ A. Steiner, T. R. Goldsmith, A. V. Snow, K. Chawarska, *Practitioner's Guide to Assessment of Autism Spectrum Disorders in Infants and Toddlers*, "Journal of Autism and Developmental Disorders" 2012, 42 (6), s. 1184.

¹⁰ A. Rynkiewicz, M. Kulik, op. cit., s. 42.

¹¹ *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth edition, (DSM-5)*, 2013

¹² E. Pisula E., *Małe dziecko z autyzmem, diadnoza i terapia*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005, s. 32.

doczne są w obszarze komunikacji społecznej, a głównie jej niewerbalnych aspektów. Do najwcześniejszych objawów (zwiastunów) zaburzeń ze spektrum autyzmu należą:

- ubogi kontakt wzrokowy (zaburzenie pojawia się przed 6. miesiącem życia),
- brak zainteresowania ludźmi, ignorowanie ich, krótki czas patrzenia na ludzi (zaburzenie pojawia się około 1. roku życia),
- brak zdolności do naprzemiennego uczestnictwa w interakcjach oraz ograniczone zdolności inicjowania i podtrzymywania interakcji (zaburzenie pojawia się przed 6. miesiącem życia),
- brak reakcji na komunikaty rodzica kierowane do dziecka (zaburzenie pojawia się przed 6. miesiącem życia),
- brak reagowania uśmiechem w sytuacjach społecznych i innych form okazywania radości (przed 6. miesiącem życia),
- brak emocjonalnego dostrojenia, emocjonalnej synchronii, brak dostosowania mimiki do sytuacji (zaburzenie pojawia się przed 6. miesiącem życia),
- brak reakcji na własne imię (zaburzenie pojawia się między 8. a 10. miesiącem życia),
- brak wskazywania (zaburzenie pojawia się między 8. a 12. miesiącem życia),
- brak domagania się, by być brany na ręce i przytulany (zaburzenie pojawia się po 6. miesiącu życia),
- brak podążania wzrokiem za osobą, przedmiotem (zaburzenie pojawia się na przełomie 1. i 2. roku życia),
- brak złożonych zachowań społecznych łączących spojrzenie, ekspresję mimiczną, ton głosu i gestykulację (zaburzenie pojawia się po 6. miesiącu życia),
- brak rozumienia gestów o znaczeniu społecznym (np. „pa, pa”) (zaburzenie pojawia się na przełomie 1. i 2. roku życia) (Baranek, Volkmar, Chawarska i Klin; Maestro, Muratori, Cesari, Pecini, Apicella, Stern)¹³.

¹³ E. Pisula, *Od badań mózgu do praktyki psychologicznej AUTYZM*, Wydawnictwo GWP, Sopot 2012.

Julie A. Osterling i Geraldine Dawson w swoich obserwacjach wyodrębniły cztery charakterystyczne zachowania, w zakresie których ponad 90% dzieci z autyzmem w wieku 12 miesięcy różniło się od 10-miesięcznych niemowląt rozwijających się prawidłowo oraz od dzieci 12-miesięcznych z opóźnieniem w rozwoju. Zaliczyły do nich:

- brak patrzenia w stronę innych osób,
- brak reakcji na własne imię,
- brak wskazywania, brak pokazywania lub podawania przedmiotów¹⁴.

Podobne wyniki pozyskano w badaniach prowadzonych przez Grace T. Baranek¹⁵. Do dyskretnych symptomów autyzmu u niemowląt w okresie między 9. a 12. miesiącem życia zaliczono:

- słabą orientację wzrokową (także bodźców niespołecznych),
- opóźnioną reakcję na własne imię,
- unikanie bycia dotykany przez inną osobę.

Do niepokojących zachowań dziecka w 1. roku życia, które mogą być silnie powiązane z późniejszym rozpoznaniem autyzmu zalicza się:

- obniżoną reaktywność społeczną, (np. reagowanie na imię, patrzenie na ludzi, zachowania związane z tworzeniem wspólnego pola uwagi),
- nietypowe zachowania związane z regulacją sensoryczną (np. częste wkładanie przedmiotów do ust, niezwykle wzorce uwagi wzrokowej, zwiększona drażliwość)¹⁶.

Za najbardziej diagnostyczny wskaźnik uznano brak patrzenia na innych ludzi i brak reakcji dziecka na własne imię. Problem ten

¹⁴ J. Osterling, D. Dawson, *Early recognition of children with autism: A study of first birthday home videotapes*, „Journal of Autism and Developmental Disorders” 1994, 24, s. 250.

¹⁵ G.T. Baranek, *Autism during infancy: a retrospective video analysis of sensory – motor and social behaviors at 9-12 months of age*, „Journal of Autism and Developmental Disorders” 1999, vol. 29, no. 3, s. 220.

¹⁶ *Diagnoza zaburzeń ze spektrum autyzmu*, red. S. Goldstein, J.A. Naglieri, S. Ozonoff, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2017, s.162.

zauważają także rodzice, ponieważ przyczynia się on do trudności w komunikacji społecznej z dzieckiem. W przypadku reakcji na imię można zaobserwować, iż musi ono zostać wielokrotnie powtórzone, zanim dziecko zwróci uwagę na wypowiadającą je osobę. Takie opóźnienie, a czasem nawet zupełny brak reakcji, uważa się za jeden z sygnałów informujących o możliwym zagrożeniu autyzmem już u dzieci 8-, 9-miesięcznych. Istotne jest również odkrycie, że już w 12. miesiącu życia między dziećmi z grupy ryzyka autyzmu a rozwijającymi się prawidłowo widoczne są różnice w złożonych zachowaniach komunikacyjnych – takich jak łączenie gaworzenia i wskazywania albo wypowiadanie słów i wskazywanie¹⁷.

Pod koniec 1. roku życia można zauważyć także brak zabaw związanych z naśladowaniem (np. zabawa w „a kuku”, robienie „pa, pa” na pożegnanie). Ma to ścisły związek z nieumiejętnością naśladowania gestów i zaburzonym rozwojem umiejętności społecznych u dziecka¹⁸. Zauważono, że dzieci te sprawiają wrażenie niezainteresowanych czy też nieświadomych interpersonalnych aspektów relacji z innymi ludźmi. Nawet jeżeli dają się angażować w pewne rodzaje aktywności, to i tak przyjmują w nich bierną postawę¹⁹. Nie obserwują tego, co robią inni. Nie są zainteresowane czynnościami, które wykonują inni. Nie naśladują zachowań innych, gdyż nie są świadome tego, co dzieje się z innymi ludźmi. Nie dzielą się z nimi swoimi zainteresowaniami, pragnieniami²⁰.

¹⁷ E. Werner, G. Dawson, J. Munson, J. Osterling, *Variation in early developmental course in autism and its relations with behavioral outcome at 3-4 years of age*, „Journal of Autism and Developmental Disorders” 2005, 35, s. 340-348.

¹⁸ G. Jagielska, *Objawy autyzmu dziecięcego*, [w:] *Autyzm i zespół Aspergera*, red. J. Komender, G. Jagielska, A. Bryńska, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009, s. 33-50.

¹⁹ Pisula E., *Autyzm – fakty, wątpliwości, opinie*, Wydawnictwo WSPS, Warszawa 1993.

²⁰ B. Blok, Z. Brzeska, B. Ignaczewska, *Diagnoza i wspomaganie rozwoju dziecka z autyzmem w Specjalnym Ośrodku Rewalidacyjno – Wychowawczym dla Dzieci i młodzieży z Autyzmem*, [w:] *Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka od chwili wykrycia niepełnosprawności do podjęcia nauki w szkole*, red. T. Serafin, Ministerstwo Edukacji Narodowej i Sportu, Warszawa 2005, s. 171-198.

W drugiej połowie 1. roku życia u dzieci z grupy ryzyka spektrum autyzmu zaobserwowano także trudności z tworzeniem wspólnego pola uwagi. Przejawiają się one w ograniczonej zdolności dziecka do odbioru bodźców społecznych, braku zainteresowania ludźmi oraz braku reakcji, gdy ktoś woła dziecko po imieniu²¹. Niemowlęta z grupy ryzyka spektrum autyzmu nie podążają wzrokiem za palcem wskazującym rodzica, nawet jeżeli próbuje się dziecku pomóc zlokalizować kierunek spojrzenia poprzez fizyczną podpowiedź, np. dotykając ramienia dziecka przed pokazywaniem lub wołając po imieniu. Są dzieci, które w końcu popatrzą we wskazanym kierunku, ale bez wymiany spojrzeń z rodzicem i bez widocznej ekspresji emocjonalnej²². Nie potrafią ukierunkować uwagi innej osoby na określone objekty lub zdarzenia, a także monitorować uwagi innej osoby oraz zwracać uwagi na to, co osoba chce pokazać²³. Dzieci z autyzmem nie widzą związku między patrzeniem na coś, a pragnieniem posiadania tego, manipulowania tym z ciekawości. Trudności sprawia im odczytywanie treści informacji zawartych w kierunku patrzenia²⁴.

Marian Sigman i in.²⁵ w wyniku obserwacji i prowadzonych badań wyłapali główne atypowe zachowania dziecka w rozwoju społecznym poniżej 18. miesiąca życia. Uznali, że są to sygnały ostrzegawcze dla wczesnego wykrywania autyzmu. Zaliczyli do nich:

- brak zdolności uczestniczenia w interakcjach społecznych,
- brak tworzenia wspólnego uwagi (wskazywania, podążania wzrokiem),
- ograniczoną zdolność naśladowania,

²¹ E. Pisula, *Autyzm. Przyczyny, symptomy...*, s. 85-87.

²² M. Skórczyńska, op. cit., s. 45-46.

²³ E. Pisula, *Autyzm u dzieci. Diagnostyka, klasyfikacja, etiologia*, Wydawnictwo naukowe PWN, Warszawa 1999.

²⁴ K. Markiewicz, *Charakterystyka zmian w rozwoju umysłowym dzieci autystycznych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2007, s. 96-99.

²⁵ M. Sigman, A. Dijamco, M. Gratier, A. Rozga, *Early detection of core deficits in autism*, „Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews” 2004, 10, 221-233.

- zaburzone rozpoznawanie emocji i synchronię emocjonalną,
- ograniczenia w okazywaniu przywiązania.

Trudno na ogół powiedzieć, co tak dokładnie wywołuje w rodzinie pierwszy niepokój. Zazwyczaj obawy nasilają się dopiero wtedy, gdy zaczynają się mnożyć drobne spostrzeżenia, z których żadne samo w sobie nie wydaje się istotne. Uważna analiza rodzinnych nagrań wideo pokazała, że z perspektywy czasu subtelne z początku objawy stają się oczywiste, znacznie wyraźne już pod koniec 1. roku życia²⁶. Pierwsze zaburzone umiejętności społeczne dziecka w kontakcie z matką są oceniane jako istotny sygnał zapowiadający rozwój autyzmu²⁷. Do najczęściej zgłaszanych przez rodziców, niepokojących objawów natury emocjonalno-społecznej u małego dziecka należą:

- wysoka drażliwość emocjonalna,
- preferowanie samotności,
- ignorowanie innych osób, szczególnie najbliższych.

Dziecko nie wydaje się być zainteresowane kontaktem fizycznym z matką, wręcz broni się przed nią, odsuwa się od niej, a nawet ją demonstracyjnie odpycha²⁸. Na ogół nie lubi zabaw z przytulaniem, baraszkowaniem. Istnieje duża grupa dzieci, które w żaden sposób nie pozwalają sobie na jakąkolwiek formę kontaktu fizycznego. Typowym problemem jest brak lub ograniczony kontakt wzrokowy, często określany jako tzw. „puste” spojrzenie. Dziecko jest w niewielkim stopniu zainteresowane twarzą ludzką, widokiem i głosem matki²⁹. Nie fiksuje wzroku na twarzy matki, nie wodzi za jej wzrokiem, jego spojrzenie błądzi w przestrzeni, nie reaguje emo-

²⁶ U. Frith, *Autyzm. Wyjaśnienie tajemnicy*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne Gdańsk 2008, s. 32.

²⁷ H. Jaklewicz, *Autyzm dziecięcy*, [w:] *Psychiatria wieku rozwojowego*, red. A. Popielarska, M. Popielarska, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2000, s. 118.

²⁸ E. Pisula, *Wspomaganie osób z zaburzeniami należącymi do autystycznego spektrum w perspektywie psychopatologii rozwojowej*, [w:] *Psychologia rozwoju człowieka*, red. J. Trempała, Wydawnictwo PWN, Warszawa 2011, s. 449.

²⁹ J. Bleszyński, *Autyzm a niepełnosprawność intelektualna...*, s. 61; D. Senator, *Przejawy autyzmu w pierwszym roku życia*, „Pediatria Polska” 2006, nr 2, s. 128.

cjonalnym ożywieniem na jej widok, szczególnie na jej uśmiech czy gesty. Charakterystyczna jest zaburzona mimika twarzy („maskowatość”), brak ekspresji towarzyszącej spojrzeniu, rzadki uśmiech i typowa nieumiejętność przyjęcia postawy ciała, wyrażającej gotowość i pragnienie, aby ktoś wziął je na ręce³⁰. Uśmiech społeczny pojawia się rzadko, czasami wygląda sztucznie, jakby był doklejony. Dziecko nie reaguje na wołanie po imieniu przy równoległym zwracaniu uwagi na inne dźwięki w otoczeniu³¹. Widocznym deficytem są także trudności z imitowaniem stanów emocjonalnych innych osób. Nie potrafi dzielić radości, smutku, bólu, strachu z innymi osobami. W sytuacjach zaniepokojenia, zagrożenia nie poszukuje u bliskich pocieszenia i nie oferuje go, a nawet sprawia wrażenie nieświadomego, że jest to w ogóle możliwe, ignoruje lub niewłaściwie interpretuje zachowania emocjonalne bliskich ludzi, nie okazuje troski o uczucia i emocje innych. Nie czyni rozróżnienia pomiędzy bliskimi osobami a przedmiotami, którymi się fascynuje. Zdecydowanie woli przebywać w świecie przedmiotów niż ludzi. Obserwuje się przy tym krótki czas patrzenia na ludzi³². Dziecko wcale albo rzadko przenosi spojrzenie z przedmiotu na twarz osoby. Badania, w których analizowano kierunek patrzenia, wskazują, że dzieci z tym zaburzeniem rzadziej patrzą w oczy oglądanych postaci, częściej natomiast śledzą ich poruszające się usta i resztę ciała³³.

Obserwuje się także specyficzne, ograniczone formy nawiązywania kontaktów z ludźmi. Niektóre dzieci przyjmują dziwne pozy w kontakcie z innymi, np. stają zawsze bokiem, plecami do osoby stojącej blisko, uciekają od ludzi na znaczną odległość, mrużą oczy, zatykają uszy. Czasami, by nawiązać kontakt, posługują się znaczą-

³⁰ L. Wing, *Związek między zespołem Aspergera i autyzmem Kanner, [w:] Autyzm i zespół Aspergera*, red. U. Frit, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005, s. 117.

³¹ D. Senator, op. cit., s. 129.

³² P. Randall, J. Parker, *Autyzm. Jak pomóc rodzinie*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2010, s. 99, 146.

³³ Pisula E., *Wspomaganie osób z zaburzeniami...*, s. 448.

cymi dla siebie przedmiotami, np. klockiem, piłką, sznurkiem³⁴. Typowy jest także brak ekspresji wokally-emojonalnej w rodzaju „ooo”, „uu”, znikomy lub nieobecny repertuar gestów interakcyjnych, np. machanie ręką „pa, pa” oraz brak właściwej gestykulacji i wyrażania emocji za pomocą postawy. W konsekwencji obserwujemy ograniczony repertuar zachowań społecznych, łączących spojrzenie, ekspresję mimiczną, ton głosu i gestykulację. Dziecko rzadko wymienia komunikaty z partnerem podczas wspólnej zabawy. Najczęściej preferuje samotną zabawę, bez kontaktu z ludźmi, zwykle o charakterze sensomotorycznym i/lub rytualnym³⁵. Dziecko zwykle angażuje się w relacje dlatego, że chce zaspokoić swoje pragnienia, np. chce dostać zabawkę, smakołyk, często wykorzystując przy tym dłoń osoby stojącej obok (traktuje rękę dorosłego jako narzędzie, protezę do osiągnięcia celu)³⁶. Rodzice podają, że ich dziecko jest zbyt spokojne, ciche, wycofane z kontaktów, mało aktywne i niezainteresowane najbliższym otoczeniem³⁷.

Analiza nagrań wideo z pierwszych urodzin dzieci, u których w późniejszym czasie rozpoznano autyzm, wykazała, że dzieci te różnią się od zdrowych rówieśników wieloma charakterystycznymi zachowaniami. Zaobserwowano głównie brak reakcji na własne imię, brak wskazywania protodeklaratywnego, nieobserwowanie twarzy innych osób, kiedy wskazują one na jakiś przedmiot. Z dużym ryzykiem występowania autyzmu u dziecka związane są zachowania ujawniające się w okresie od 18. do 24. miesiąca życia. Należą do nich:

- osamotnienie,
- brak zainteresowania dziećmi i naśladowania ich,

³⁴ Pisula E., *Małe dziecko z autyzmem...*, s. 69.

³⁵ Pisula E., *Wspomaganie osób z zaburzeniami...*, s. 449; E. Wiekiera, *Strategia postępowania z dziećmi autystycznymi, Przekład z „Engagement”, Poradnik praktyczny dla rodziców*, Wydawnictwo Krajowe Towarzystwo Autyzmu Oddział w Krakowie, Kraków 1995, s. 13.

³⁶ H. Jaklewicz, op. cit., s. 119.

³⁷ E. Pisula E., *Autyzm u dzieci. Diagnoza, klasyfikacja, etiologia*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 2000, s. 117.

- brak wspólnie podzielanej uwagi i wskazywania protodeklaratywnego,
- brak przynoszenia i pokazywania rodzicom różnych obiektów, które zainteresowały dziecko,
- brak reakcji dziecka, kiedy jest wołane.

W jednym z badań prowadzonych przez S. Maestro, Filippo Muratori, Aallesia Cesari i in. wykazali, że 87% dzieci, u których w późniejszym wieku rozpoznano autyzm, przejawiała wyraźnie owe nieprawidłowości w rozwoju i zachowaniu³⁸.

Stopniowo, wraz z rozwojem u dziecka pojawiają się kolejne niepokojące objawy. Około 2. roku życia najczęściej sygnalizowane problemy przez rodziców/bliskich opiekunów dzieci, u których później diagnozuje się autyzm to: dziecko nie ma bliskich relacji z innymi w rodzinie, nie wita się, nie reaguje spontanicznie na rodzica, bliskiego opiekuna, gdy go widzi, słabo wyraża lub wcale nie wyraża emocji albo czyni to w sposób atypowy, nie posługuje się gestami w celu nawiązania kontaktów społecznych, nie umie inicjować zabawy z zabawkami, instruowane przez dorosłego potrafi bawić się przedmiotami, jednak rzadko robi to spontanicznie, nie interesuje się dziećmi lub nawet może ich unikać, nie reaguje na werbalne i niewerbalne próby nawiązywania z nim kontaktu, ma ograniczone zdolności naśladowania i nie uczestniczy w zabawach z udawaniem³⁹, nie wyraża gotowości do wspólnych zabaw z dziećmi, nie jest zainteresowane zabawą społeczną przywiązanie do bliskich przybiera nietypową formę, głównie jako przywiązanie do rutyny, która jest związana z jakąś osobą, nie ma ono jednak oznak typowego przywiązania emocjonalno-społecznego⁴⁰.

Dynamika przebiegu zaburzeń w rozwoju społecznym u dzieci z grupy ryzyka autyzmu wykazuje znaczną różnorodność i wielo-

³⁸ G. Jagielska, op. cit., s. 42.

³⁹ E. Pisula E., *Autyzm u dzieci...*, s. 118; A. Wolski, *Diagnoza autyzmu u małego dziecka - implikacje do pracy w rodzinie*, „Rewalidacja. Czasopismo dla nauczycieli i terapeutów” 2010, nr 2(28), s. 24.

⁴⁰ E. Wiekiera, op. cit., s. 13; A.J. Cotugno, op. cit.

postaciowość. Nie spotykamy dziecka, u którego występują wszystkie objawy, a z kolei ich niewielkie natężenie jeszcze nie musi oznaczać, że w przyszłości zostanie dziecku postawiona diagnoza ASD. Są także dzieci, u których objawy zaburzeń ze spektrum autyzmu są przysłonięte dodatkowymi problemami, np. deficytem uwagi, nadaktywnością psychoruchową, zaburzeniami lękowymi i innymi. Problemy diagnostyczne pojawiają się oczywiście w przypadkach granicznych. Jeśli dziecko charakteryzuje się niskim poziomem zdolności poznawczych, trudno jest określić, czy zaburzenia emocjonalno-społeczne odpowiadają jego wiekowi umysłowemu, czy też są większe niż w innych jego umiejętnościach rozwojowych⁴¹. Ponadto niektóre zachowania różniące małe dzieci z ASD od ich prawidłowo rozwijających się rówieśników są związane z upośledzeniem umysłowym lub zaburzeniem mowy. Pojawia się także coraz częściej grupa dzieci z łagodnymi objawami lub atypowymi cechami autyzmu⁴². Zaburzenia w sferze społeczno-emocjonalnej mają centralne znaczenie dla obrazu klinicznego zaburzeń ze spektrum autyzmu, przy czym manifestacja symptomów zmienia się wraz z wiekiem i rozwojem dziecka. Opóźnienia w zakresie umiejętności społecznych są silniejszymi predyktorami otrzymania diagnozy autyzmu niż opóźnienia w komunikowaniu się⁴³.

Zaburzenia w rozwoju mowy i komunikowaniu się

Jednym z najczęstszych wczesnych objawów u dzieci z podejrzeniem autyzmu są zaburzenia w rozwoju mowy i komunikowaniu się. Pierwszym krokiem diagnostycznym w tej sferze jest ocena audiometryczna. Uszkodzenia słuchu częściej występują u dzieci, które znajdowały się na oddziałach intensywnej opieki noworodkowej. Testy przesiewowe noworodków pozwalają na wczesne wykrywanie obni-

⁴¹ U. Frith, op. cit., s. 33.

⁴² M. Skórczyńska, op. cit., s. 56.

⁴³ *Diagnoza zaburzeń...*, s. 25.

żonej ostrości słuchu⁴⁴. Analizy nagrań wideo wykazują, że już w pierwszych 12 miesiącach życia niemowlęta, które otrzymały diagnozę autyzmu, demonstrowały deficyty w komunikowaniu się. Większość rodziców podaje jako pierwszą przyczynę swojego niepokoju brak lub opóźniony rozwój mowy. W badaniach prowadzonych przez Elaine Coonrod i Wendy L. Stone w grupie rodziców (44 osoby) dzieci w wieku 24-36 miesięcy, w tym 22 dzieci z diagnozą autyzmu i 22 dzieci z diagnozą opóźnienia rozwoju (*Developmental Delay – DD*) ten problem był podawany z skali 72-98%. W innych badaniach tych samych autorów opóźniony rozwój mowy był powodem obaw 91% rodziców dzieci z autyzmem i 77 % rodziców dzieci z opóźnieniem rozwoju. Niepokój rodziców budzą także wyraźne spowolnienie tempa rozwoju (np. po okresie gaworzenia nie pojawiają się pierwsze słowa) lub utrata uprzednio nabytych przez dziecko umiejętności. W 20-35 % przypadków zgłaszany jest regres, który obejmuje utratę słów, wokalizacji czy niewerbalnych umiejętności komunikowania się (np. za pomocą gestów lub kontaktu wzrokowego)⁴⁵.

Już w 1. roku życia można zaobserwować szczególne trudności w prewerbalnej komunikacji. Z badań prowadzonych przez Chrisa P. Johansona i Scotta M. Myersa z 2007 r. wynika, że są to: brak naprzemiennej wokalizacji między niemowlęciem a rodzicem, brak reakcji na głos matki, ojca lub innego bliskiego opiekuna, brak ekspresji wokalno-emocjonalnej w rodzaju „ooo”, „uu”, opóźniony repertuar gaworzenia (po 9. miesiącu życia lub jego brak do 12. miesiąca życia), zubożona wokalizacja, zaburzona prozodia języka, znikomy lub nieobecny repertuar gestów (np. machania „papa”, wskazywania palcem), brak spojrzenia kierowanego do innych osób, brak koordynacji pomiędzy spojrzeniem, mimiką, gestykulacją i wydawanymi dźwiękami⁴⁶.

⁴⁴ M. Skórczyńska, *Autyzm a opóźnienie rozwoju*, [w:] *Dzieci z zaburzeniami łączonymi. Trudne ścieżki rozwoju*, red. B. Winczura, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2012, s. 15.

⁴⁵ M. Skórczyńska, *Autyzm a opóźnienie...*, s. 23.

⁴⁶ M. Skórczyńska, *Wczesne diagnozowanie...*, s. 48; E. Pisula, *Wspomaganie osób...*, op. cit., s. 449.

Z uwagi na ograniczoną funkcję komunikacyjną, dzieci z wczesnym rozwojem autyzmu w fazie prewerbalnej stosują nietypowe sposoby porozumiewania się. Nie wykazują zainteresowania słowem mówionym, ani też żadnym dźwiękiem, sprawiają wrażenie, jakby miały problemy ze słuchem. Płacz niemowlaka z grupy ryzyka autyzmu wydaje się być pozbawiony ekspresji. Gaworzenie nie występuje w ogóle lub pojawia się znacznie później, jest mniej urozmaicone, pozbawione ekspresji, bez modulacji o charakterze konwersacyjnym.. Nie używają swojego głosu w celu zwrócenia na siebie uwagi. Znaczna grupa dzieci nie mówi w ogóle, a u tych, które posługują się mową, jej rozwój jest zazwyczaj nie tylko opóźniony, ale i zaburzony⁴⁷. Według Pauline A. Filipek i in. (w publikacjach z 1999 i 2000 r.) za oznaki opóźnień w rozwoju mowy u dzieci z grupy ryzyka autyzmu przyjmuje się:

- brak wypowiedziania przez dziecko słów ze zrozumieniem po 1. roku życia,
- brak budowania prostych zdań po 2. roku życia (brak zdań dwuwyrazowych wypowiedzianych spontanicznie po 24. miesiącu życia),
- brak rozwoju mowy, która służy porozumiewaniu się z innymi,
- regres w zakresie rozwoju mowy lub umiejętności społecznych w każdym wieku⁴⁸.

Małe dzieci z podejrzeniem autyzmu komunikują się głównie lub wyłącznie w celu regulowania zachowań innych osób kiedy chcą o coś poprosić lub coś odrzucić. Brak jest komunikowania skierowanego na zwrócenie czyjejś uwagi na przedmiot, zjawisko lub osobę. Deficyt ten stanowi charakterystyczną cechę dla autyzmu i nie jest symptomatyczny dla dzieci z opóźnieniami rozwoju. Dzieci w tej grupie zaburzeń mają trudności w nabywaniu konwencjonalnych i symbolicznych aspektów komunikowania się⁴⁹.

Ponadto w ogóle lub rzadko używają intencjonalnie gestów lub wokalizacji po to, by przekazać komuś informację i mają problemy

⁴⁷ H. Jaklewicz, op. cit., s. 119.

⁴⁸ M. Skórczyńska M., *Wczesne diagnozowanie...*, s. 41.

⁴⁹ Skórczyńska M., *Autyzm a opóźnienie...*, s. 24.

z przekazywaniem komunikatów za pomocą spojrzenia. Nie próbują wyrazić mimiką swoich emocji, nie potakują głową, gdy się z czymś zgadzają ani nie uśmiechają się, by wspomóc komunikację społeczną. Nie odpowiadają także na takie sygnały kierowane do nich. Radząc sobie z brakiem umiejętności potrzebnych do zaspokojenia potrzeb, posługują się czasami ciałem innej osoby (najczęściej ręką) jak przedmiotem, np. prowadzą rękę do upragnionego obiektu, popychając jej rękę w danym kierunku. Niekiedy rolę komunikatu odgrywają zachowania agresywne, krzyk albo płacz⁵⁰.

Większość małych dzieci z autyzmem sprawia wrażenie, jakby nie rozumiała, co się do nich mówi. Obserwuje się dysproporcje pomiędzy gotowością do powtarzania słów, nazywania obiektów a zdolnością rozumienia. Według relacji rodziców około 25% dzieci w wieku 12 lub 18 miesięcy wypowiada pojedyncze słowa. Pierwsze oznaki rozumienia słów u połowy dzieci z autyzmem nie pojawiają się przed osiągnięciem przez nie wieku umysłowego 2 lat i 6 miesięcy. Zdolność rozumienia słów na poziomie charakterystycznym dla dziecka 16-miesięcznego dzieci z autyzmem osiągają dopiero w wieku umysłowym 4 lat. W samym wypowiedaniu słów różnica jest mniejsza, opóźnienie mieści się w przedziale od 8 do 19 miesięcy⁵¹. Tony Charman i in., prowadząc badania nad reakcją małych dzieci z autyzmem na trzy typy komunikatów: własne imię, zakaz („nie”) oraz zdanie oznajmujące („tu jest mama/tata”), wykazali, że zaledwie połowa dzieci z autyzmem w wieku poniżej 2 lat reagowała na własne imię, 70% odpowiadało prawidłowo na zakaz „nie”, zaś 30% rozumiało komunikat „tu jest mama/tata”. Tylko 30% 2-letnich dzieci naśladowało słowa, a 15% potrafiło nazwać przedmioty. Dopiero w wieku 4 lat niemal wszystkie badane dzieci z autyzmem reagowały na swoje imię i rozumiały znaczenie słowa „nie”. Nieco ponad 80% dzieci powtarzało słowa, ale nadal tylko 52% nazywało obiekty⁵².

⁵⁰ E. Pisula, *Autyzm. Przyczyny...*, s. 43-44.

⁵¹ E. Pisula, *Małe dziecko...*, s. 36.

⁵² E. Pisula, *Zaburzenia komunikacji u dzieci z autyzmem*, [w:] *Kiedy mózg pracuje inaczej... – postrzeganie, ruch, emocje, komunikacja*, „Zeszyty Naukowe” 6 na Międzynarodowej Konferencji org. Przez Ogólnopolską Fundację na rzecz Dzieci Niepełnosprawnych „Promyk Słońca”, Wrocław, 5 grudnia 2008, s. 43.

Generalnie rozumienie mowy u dzieci z autyzmem jest znacznie opóźnione. W późniejszym okresie może być ono upośledzone w różnym stopniu, począwszy od zupełnego braku rozumienia mowy, poprzez rozumienie instrukcji w określonym kontekście lub mowy popartej gestem, aż do dyskretnych zaburzeń dotyczących rozumienia znaczeń abstrakcyjnych, przenośni, żartów⁵³.

Około 25-30% dzieci z ASD zaczyna wypowiadać pierwsze słowa około 1. roku życia, ale często między 15. a 24. miesiącem życia przestaje mówić, a ich ekspresja słowna sprowadza się do kilku komunikatów, głównie takich, które mają na celu zaspokojenie aktualnej potrzeby. Regres może obejmować także utratę umiejętności komunikowania się za pomocą gestów (machanie, wskazywanie itp.) lub umiejętności komunikacji społecznej (kontakt wzrokowy, reakcje na pochwałę). Regres może być stopniowy lub nagły, może nakładać się na subtelne, istniejące wcześniej opóźnienia rozwojowe lub atypowy przebieg rozwoju (np. niezwykle intensywne zainteresowanie w 1. roku życia niektórymi przedmiotami lub innymi bodźcami, które nie mają społecznego charakteru). Regres w rozwoju mowy związany jest z wycofywaniem się dziecka z kontaktów społecznych oraz obroną przed zmianami, sztywnością w zachowaniu, zaburzeniami snu albo problemami z jedzeniem⁵⁴.

U około $\frac{3}{4}$ dzieci z autyzmem, które posługują się mową, można zaobserwować tzw. echolalię⁵⁵. Mowa taka nie zawiera intencji komunikacyjnych i polega na powtarzaniu natychmiastowym lub odroczonej słów, pierwszych lub ostatnich jego sylab bądź zdań wypowiedzianych przez kogoś innego. Czasami dziecko odtwarza skierowane do niego lub zasłyszane zdanie w formie gramatycznej i tonacji, w jakiej zostało sformułowane, np. „czy chcesz cukierka?”. Wypowiedzi echolaliczne są odtwarzane przez dziecko z dokładną intonacją i melodią, w jakiej zostały wygłoszone. Są one oderwane

⁵³ G. Jagielska, op. cit., s. 39.

⁵⁴ M. Skórczyńska, *Wczesne diagnozowanie...*, s. 48-49.

⁵⁵ J. Bleszyński, *Czy echolalia w autyzmie jest problemem komunikacyjnym?*, [w:] *Autyzm. Na granicy zrozumienia*, red. B. Winczura, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2009, s. 106.

od sytuacji i nie mieszczą się w kontekście toczącej się wokół dziecka rozmowy⁵⁶. U dziecka z autyzmem echolalia może pozostać głównym sposobem wypowiedania się i utrzymywać się przez całe życie. Oznacza to, że dziecko nie potrafi samodzielnie zbudować komunikatu, a tego typu wypowiedzi można odczytać jako prośbę, protest lub potwierdzenie czegoś. Interpretacja tego typu komunikatów nie jest zatem łatwa i wymaga dobrej znajomości dziecka. W mowie dzieci z autyzmem często występują stereotypie językowe. Dziecko wielokrotnie powtarza niektóre słowa, frazy, teksty reklam, fragmenty filmów, szczególnie bajek lub programów telewizyjnych. Takie wypowiedzi dziecka zazwyczaj nie służą komunikowaniu się i ich funkcje są zbliżone do innych zachowań stereotypowych. Odmiennosc rozwoju mowy dotyczy także nietypowej intonacji, tempa, rytmu wypowiedzi oraz ograniczonego i nierównomiernego zasobu słownictwa. Ponadto charakterystyczne są trudności z używaniem zaimków osobowych. Mówią o sobie „ty” albo „on”, mylą też zaimki określające inne osoby. Takie błędy mogą pojawiać się w rozwoju mowy u dzieci zdrowych, ale u dzieci z autyzmem wykraczają poza typowe ramy rozwojowe i czasowe⁵⁷. Niektóre dzieci z autyzmem mają problem z włączeniem określeń do mowy funkcjonalnej. Na przykład mają opanowane pamięciowo nazwy kolorów, kształtów, liczb czy liter, ale nie potrafią ich wskazywać, kiedy są pytane o nie w inny niż zazwyczaj sposób. Opanowują język w sposób schematyczny i sztywny. Ucząc się znaczenia słów, wiążą je z konkretnymi obiektami, na przykład „Pan” może zostać skojarzony z konkretnym mężczyzną, a „kot” z określonym kotem⁵⁸.

Poziom rozwoju mowy i umiejętności komunikacyjne są jednym z prognostyków dalszego przebiegu rozwoju dziecka. Im wcześniej i im lepiej rozwija się mowa, tym lepsze są prognozy rozwojowe. W niewielkiej grupie dzieci, gdzie obserwuje się łagodne opóźnie-

⁵⁶ H. Jaklewicz, op. cit., s. 119-120.

⁵⁷ E. Pisula, *Autyzm. Przyczyny...*, s. 52.

⁵⁸ M. Skórczyńska, *Wczesne diagnozowanie...*, s. 48.

nia/zaburzenia mowy autyzm może pozostawać nierozpoznawalnym aż do wieku przedszkolnego, kiedy to dopiero widoczne stają się trudności w nawiązywaniu relacji społecznych z rówieśnikami⁵⁹.

Stereotypowe, powtarzające się wzorce zachowania

Dzieci ze spektrum autyzmu mogą demonstrować atypowe zachowania w różnych sferach, np. dziwne manieryzmy, niezwykle przywiązanie do przedmiotów, obsesje, kompulsje czy stereotypie. Około 5% rodziców wyraża niepokój z powodu stereotypowych zachowań swoich dzieci. Chociaż wcześniej dostrzegają ową nietypowość zachowania dziecka, to jednak wielu z nich nie potrafi dokładnie sprecyzować ich charakteru i przyczyn. Najczęściej wymieniają je w kontekście napadów złego humoru, nadruchliwości, braku współdziałania, niebawienia się zabawkami, nadwrażliwości na niektóre bodźce⁶⁰. Rodzice podają, że ich dzieci często powtarzają nieustannie te same ruchy. Najczęściej są to: trzepotanie rękami, specyficzne poruszanie dłońmi czy palcami (pstrykanie palcami, klaskanie w dłonie), kołysanie się, kiwanie się, wyrzucanie w górę ramion, kręcenie się wokół własnej osi, chodzenie w kółko, uderzanie głową, wachlowanie dłońmi przy twarzy. Choć czynności te stanowią formę autostymulacji, to niekoniecznie zawsze muszą być dla nich źródłem samej przyjemności, wręcz przeciwnie. Z relacji rodziców wynika, że pewna grupa dzieci wykonując te czynności, często okazuje niepokój, płacz, krzyk. W niektórych przypadkach ruchy stereotypowe mogą być reakcją na stres w kontakcie ze środowiskiem, w którym rozwija się na co dzień dziecko⁶¹.

Większość stereotypii ruchowych jest jednak na tyle uciążliwa, że utrudnia i uniemożliwia wykonywanie codziennych zadań oraz uczenie się nowych umiejętności. Stereotypie, choć są wysoce cha-

⁵⁹ E. Pisula, *Autyzm. Przyczyny...*, s. 53.

⁶⁰ E. Pisula, *Małe dziecko z autyzmem...*, s. 61-62.

⁶¹ P. Randall, J. Parker, op. cit., s. 61.

rakterystyczne dla małych dzieci z grupy ryzyka autyzmu, nie są jednak ich cechą specyficzną, gdyż występują także u dzieci z upośledzeniem umysłowym i/lub z poważnymi zaburzeniami sensorycznymi. Nawet małe dzieci o prawidłowym rozwoju, szczególnie przed opanowaniem umiejętności płynnego wypowiedzania się, mogą przelotnie trzepotać rękami w momentach podekscytowania lub przeżywanej frustracji. Zachowania stereotypowe związane z ASD w wczesnych latach życia dziecka, pojawiają się jako zwiaśtuny tych zachowań. Do ukończenia 12. miesiąca życia stereotypie ruchowe współlistnieją z ogólnym niepokojem i koncentrują się głównie na ruchach dłoni i głowy. Aktywność tych dzieci polega najczęściej na powtarzających się rytmicznych ruchach, np. skrobaniu kołderki lub łózczyka, postukiwaniu w przedmiot, bujaniu się, a nawet uderzaniu główką o twarde obicia⁶². Po 12. miesiącu życia zachowania stereotypowe nasilają się, gdy zostanie naruszone otoczenie lub zmienia się schemat postępowania. Zachowania te obejmują głównie podskoki i kręcenie się wokół własnej osi, ale także ostukiwanie i wprawianie przedmiotów w ruch wirowy. Pojawia się silny lęk w sytuacjach zmieniających dotychczasowe stereotypy postępowania. Zabawa stereotypowa, samotna ma głównie charakter przyjemności. Dziecko najczęściej bawi się zabawkami mechanicznymi, którymi może kręcić, stukać⁶³. Zwykle powtarza te same czynności, układa w szeregi klocki, samochody lub inne zabawki albo tylko ich fragmenty. Obserwuje się brak aktywności spontanicznej. Wykazano, że trudności z regulacją własnej aktywności są u dzieci z autyzmem szczególnie wyraźne podczas zabawy swobodnej.

Około 2. roku życia zachowania stereotypowe stają się już bardziej wyraziste, zdecydowanie poszerza się ich repertuar. Centralne miejsce w zachowaniu dziecka zajmują: poruszanie dłońmi, palcami (machanie, wachlowanie, trzepotanie) w peryferycznych obszarach pola widzenia, uporczywe wpatrywanie się w jakiś obiekt absorbu-

⁶² M. Skórczyńska, *Wczesne diagnozowanie...*, s. 50.

⁶³ J. Błeszyński, op. cit., s. 97.

jący uwagę, chodzenie na palcach i/lub utrzymujące się w czasie wążanie czy lizanie przedmiotów niejadalnych. Preferują zamiast miękkich pluszowych zabawek twarde przedmioty, jak: długopisy, latarki, klucze, figurki, sznurki, elementy zabawek, np. kółka od samochodu, nogi od lalki. Nalegają na trzymanie tych przedmiotów przez cały czas, chociaż są one rzadko wykorzystywane przez nich do zabaw. Nasilają się zachowania lękowe i reakcje o silnej ekspresji. W badaniach longitudinalnych dzieci z grupy ryzyka Catherine Lord odkryła, że u ponad 87% dzieci zdiagnozowanych w wieku 3 lat jako autystyczne, rodzice relacjonowali występowanie manieryzmów w zakresie ruchów rąk i dłoni oraz specyficznych zainteresowań sensorycznych w wieku 2 lat⁶⁴. Autorka zaznacza, że tego typu zachowania są jednak łatwiejsze do odróżnienia w przypadku dzieci 3-letnich niż 2-letnich z diagnozą autyzmu. Rodzice dzieci starszych zauważają te deficyty częściej niż rodzice dzieci młodszych. Nie wiadomo, czy dzieje się tak dlatego, że dzieci nie mogą im sprostać, czy też zaburzenia autystyczne nasilają się znacznie między 2. a 3. rokiem życia⁶⁵.

U dzieci autystycznych można zaobserwować graniczącą nawet z obsesją fascynację poszczególnymi przedmiotami i wykorzystywanie ich w sposób niezgodny z przeznaczeniem.

Jeśli przedmioty te zostaną umyślnie usunięte lub zagubią się, dzieci mogą wykazywać głęboki niepokój, a nawet napady wściekłości. Czasem obsesyjne zainteresowania dotyczą tras autobusowych, rozkładów jazdy pociągów, liczb lub figur. Ponad 60% dzieci wykazuje przywiązanie do codziennej rutyny i odmawia jakichkolwiek zmian w znanych im rytuałach w najbliższym środowisku. Dotyczy to np. czynności związanych z kładzeniem się spać, odwiedzeniem sklepów zawsze w tej samej kolejności, podążaniem w pewne miejsca zawsze tą samą trasą czy picie z określonego kubka. Nalegają na stały plan dnia. W zachowaniu widoczny jest brak elastyczności. Przy próbach wprowadzenia jakichkolwiek zmian,

⁶⁴ M. Skórczyńska, *Wczesne diagnozowanie...*, s. 50-58.

⁶⁵ E. Pisula, *Autyzm u dzieci...*, s. 54.

wręcz minimalnych, niedostrzegalnych dla innych ludzi, dzieci gwałtownie reagują, wykazując niepokój, krzyk, płacz⁶⁶. Protesty dziecka mogą szybko przybrać postać zachowań agresywnych. Należą do nich uderzanie głową, gryzienie rąk, wkładanie palców do uszu i oczu, drapanie ciała itp. Zachowania te mogą prowadzić do poważnych uszkodzeń. Między innymi mogą być wywołane przez frustrację spowodowaną nieskutecznymi próbami porozumiewania się, przeżywanego niepokojem w nowym nieznanym dziecku otoczeniu, albo z powodu znudzenia, zmęczenia, braku snu, głodu czy bólu⁶⁷.

Sztywne, stereotypowe zachowania u dzieci z spektrum autyzmu mogą się zmieniać wraz z rozwojem dziecka i mogą przyjmować różne formy. Ograniczony repertuar zachowań pozostaje w związku z poziomem rozwoju umysłowego dziecka. Dzieci o niższym poziomie rozwoju częściej wachają, liżą i dotykają przedmioty, a dzieci o wyższym poziomie rozwoju intelektualnego częściej powtarzają złożone czynności i preferują inne formy aktywności. Są także dane wskazujące, że stereotypowe zachowania są znacznie częstsze u małych dzieci z autyzmem niż u ich rówieśników z innymi zaburzeniami w rozwoju i zachowaniu lub u dzieci z grupy ryzyka, ale bez diagnozy autyzmu. Wszelkie atypowe zachowania dziecka są bardzo kłopotliwe i męczące dla otoczenia. Powodują trudności wychowawcze i zwiększają poziom stresu w rodzinie dziecka. Stanowią także zewnętrzny, łatwo dostrzegalny przejaw atypowego rozwoju i mają w związku z tym znaczenie stygmatyzujące. Częstym określeniem na takie zachowania dziecka jest „dziwaczność”. Analiza ograniczonych schematów zachowania u małych dzieci w wieku poniżej 2 lat wykazała, że ich obecność może być wysoce przydatna w rozpoznawaniu autyzmu⁶⁸. Powtarzające się i stereotypowe wzorce zachowań oraz ograniczony i schematyczny repertuar zachowania są traktowane jako jedna z osiowych cech ASD.

⁶⁶ P. Randall, J. Parker, op. cit., s. 101-102.

⁶⁷ M. Skórczyńska, *Wczesne diagnozowanie...*, s. 51.

⁶⁸ E. Pisula, *Autyzm. Przyczyny...*, s. 56-57.

W opisach zachowania małych dzieci z podejrzeniem autyzmu uderza także fakt, że ich ogólny poziom aktywności odbiega zazwyczaj od tego, co możemy zaobserwować u innych dzieci. Czasami dominuje u dziecka niemal całkowita bierność. Wydaje się całkowicie wyobcowane, charakterystyczny jest brak ciekawości, zainteresowania otoczeniem, zarówno fizycznym, jak i społecznym. Wielokrotnie rodzice podają, że dziecko posadzone w jakimś miejscu pozostaje tam, nie podejmując próby przemieszczania, zabawy ani też podążania za oddalającym się opiekunem. Drugim, znacznie odmiennym obrazem aktywności u dziecka może być wysoka nadaktywność, nadruchliwość, połączona z niezdolnością do skupienia uwagi na kimś lub czymś choćby na chwilę. Dziecko jest w nieustannym ruchu, biega, skacze, wspina się na meble. Jego aktywność sprawia wrażenie chaotycznej, pozbawionej celu i bez przerwy się zmienia. Towarzyszy jej wysoki poziom pobudzenia, regulowany za pomocą ekspresji ruchowej, ale zarazem aktywność ta służy autostymulacji. Często towarzyszą temu napady złości i agresji, krzyk w miejscach publicznych, reakcje lękowe i paniczne. Taki wzorzec zachowania dziecka mylony jest często z zespołem nadpobudliwości ruchowej z deficytem uwagi (ADHD). Należy jednak zaznaczyć, że u niewielkiej grupy dzieci możliwe jest współwystępowanie tych zaburzeń⁶⁹.

U dzieci z autyzmem mogą występować symptomy świadczące o zaburzeniach integracji sensorycznej. Nie różnicują one jednak dzieci z ASD od dzieci z innymi zaburzeniami rozwojowymi⁷⁰. Charakterystyczną cechą dysfunkcji integracji sensorycznej są niewłaściwe odpowiedzi na dopływające bodźce sensoryczne. Do typowych objawów dezintegracji sensorycznej u małych dzieci z autyzmem należą m.in.: nadwrażliwość lub niedowrażliwość na dotyk, światło, dźwięk, ruch, smak i zapachy (np. czynniki sensoryczne związane z jedzeniem: kolor, konsystencja, smak mogą pro-

⁶⁹ E. Pisula, *Małe dziecko z autyzmem...*, s. 53.

⁷⁰ M.L. Kutscher, J. Glick, *Zaburzenia integracji sensorycznej*, [w:] *Dzieci z zaburzeniami łączonymi*, red. L.M. Kutscher, T. Attwood, R.R. Wolff, Wydawnictwo K.E.LIBER, Warszawa 2007, 168-169.

wadzić u dziecka do wysoce restrykcyjnej diety); zaburzenia koncentracji, niezwykle niski lub wysoki poziom aktywności, częste wyłączanie się lub wycofywanie, nieradzenie sobie z frustracją, z uspokajaniem się, intensywne, nieproporcjonalne reakcje na zmiany sytuacji i nieznanne miejsca, impulsywność, trudności w przechodzeniu z jednej aktywności do drugiej⁷¹.

W ostatnich latach pojawia się coraz więcej informacji na temat wczesnych zaburzeń rozwoju ruchowego dziecka jako wskaźnika zagrożenia autyzmem. Deficyty tego rodzaju dotyczą dużej i małej motoryki, zachowania równowagi, tempa ruchów, utrzymania postawy ciała oraz motoryki aparatu oralnego. Badania aktywności ruchowej dzieci z grupy ryzyka autyzmu prowadzone przez Osnata i Philipa Teitelbaumów wykazały, że w rozwoju tym obecne są wyraźne nieprawidłowości, polegające głównie na asymetrii ruchów ciała. Badacze uważają, że rozpoznanie zwiastunów tych zaburzeń u dziecka w wieku od 6. do 8. miesiąca życia jest w pełni możliwa. Wykazali, że u tych dzieci, u których zdiagnozowano zaburzenia ze spektrum autyzmu, już w pierwszych miesiącach życia można zaobserwować asymetrię ruchów podczas leżenia i pełzania, utrzymywanie się poza właściwym okresem rozwojowym asymetrycznego tonicznego odruchu szyjnego oraz brak odruchów obronnych podczas utraty równowagi. Dodatkowo u dzieci tych odwracanie się z pleców na brzuch, raczkowanie, siadanie i chodzenie nie rozwijają się we właściwym czasie⁷². Zaburzenia ruchowe mogą stanowić jeden z najwcześniejszych sygnałów nieprawidłowego rozwoju dziecka z autyzmem, jeszcze przed pojawieniem się widocznych deficytów społecznych lub komunikacyjnych. Należy jednak podkreślić, że pomimo wieloletnich badań w tej dziedzinie, nie udało się ustalić typowego dla autyzmu wzorca zaburzeń motorycznych, a także, że nie u wszystkich dzieci z grupy ryzyka autyzmu można zaobserwować owe odchylenia od normy rozwojowej⁷³.

⁷¹ M. Skórczyńska, *Wczesne diagnozowanie...*, s. 52-53.

⁷² O. Teitelbaum, P. Teitelbaum, *Czy twoje dziecko ma autyzm? Jak rozpoznawać najwcześniejsze oznaki autyzmu*, Wydawnictwo Harmonia Universalis, Gdańsk 2012.

⁷³ E. Pisula, *Od badań mózgu...*, s. 43-45.

Zaburzenia snu i łaknienia, agresja i autoagresja, problemy z czynnościami fizjologicznymi, wysoka labilność emocjonalna (napady złości, krzyku, płaczu bez łez) są objawami, które często towarzyszą rozwojowi zaburzeń ze spektrum autyzmu u małych dzieci⁷⁴.

Wczesne wykrywanie zaburzeń ze spektrum autyzmu

Rozpoznawanie symptomów autyzmu przed 2. rokiem życia dziecka pozostaje zadaniem niezwykle trudnym. Większość klinicystów podaje, że obraz zachowania dziecka przed ukończeniem 2. roku życia może nie być wystarczająco jasny, by móc sformułować diagnozę autyzmu. U tak małego dziecka nie zawsze ujawniają się w pełni objawy przyjęte przez obowiązujące kryteria diagnostyczne. Ponadto zaburzenia należące do autystycznego spektrum zaburzeń charakteryzują się znaczną dynamiką rozwoju. Rozwój tych dzieci jest bardzo zróżnicowany, nie tylko pod względem tempa, ale także kolejności pojawienia się poszczególnych faz rozwoju. Dotyczy to zdolności poznawczych, głębokości deficytów społecznych, umiejętności porozumiewania się, a także innych problemów towarzyszących objawom osiowym. Ponadto niektóre zachowania różniące małe dzieci autystyczne od ich prawidłowo rozwijających się rówieśników są związane prawdopodobnie z upośledzeniem umysłowym lub zaburzeniami mowy. Jeżeli dziecko jest upośledzone umysłowo, symptomy autyzmu mogą zostać złożone na konto upośledzenia. Dlatego też różnicowanie dzieci autystycznych z upośledzeniem umysłowym od dzieci o takim samym stopniu upośledzenia, ale bez autyzmu jest trudniejsze niż odróżnianie ich od dzieci w normie intelektualnej⁷⁵.

Jak do tej pory nie udało się ustalić algorytmów służących do diagnozy ASD u dzieci poniżej 1. roku życia, które oparte są na

⁷⁴ H. Jaklewicz, op. cit., s. 118; G. Jagielska, *Objawy autyzmu...*, s. 48-49.

⁷⁵ E. Pisula, *Autyzm u dzieci...*, s. 53.

empirycznych dowodach⁷⁶. Zgodnie z aktualnym stanem wiedzy, najwcześniejszym momentem, kiedy możemy rozpoznać autyzm, jest 18. miesiąc życia. Wskazują na to analizy zapisów pochodzących z kontrolnych badań prowadzonych przez pediatrów (różniących się wyraźnie od wyników badań dzieci 12-miesięcznych), a także wyniki prowadzonych w tym obszarze badań. W praktyce klinicznej dysponujemy różnymi narzędziami diagnostycznymi do badań przesiewowych. Najczęściej narzędzia te są przydatne do stosowania w ogólnej populacji dzieci objętych podstawową opieką zdrowotną. Mogą być pomocne w wykrywaniu ASD u bardzo małych dzieci, nie pozwalają natomiast na różnicowanie ASD od innych zaburzeń rozwojowych. Ponadto nie wszystkie z dostępnych narzędzi diagnostycznych pomagają wyłapać ryzyko autyzmu u bardzo małych dzieci poniżej 18. miesiąca życia⁷⁷.

Za najprzydatniejsze narzędzia do wczesnego przesiewowego wykrywania ASD u małych dzieci uznaje się m.in. Kwestionariusz Autyzmu w Okresie Poniemowlęcym – *Checklist for Autism in Toddlers* – CHAT (od 18. miesiąca życia) opracowany przez Simona Baron-Cohena, Jane Allen, Christophera Gillberga⁷⁸ i jego zmodyfikowaną wersję *Modified Checklist for Autism in Toddlers* – M-CHAT (od 24. do 30. miesiąca życia). Gillian Baird i in.⁷⁹, prowadząc przez wiele lat badania kontrolne nad wprowadzeniem CHAT-a do badań przesiewowych ogólnej populacji, wykryli jego wysoką użyteczność (większość dzieci, które nie zaliczyło pozytywnie CHAT-a, nie otrzymały później diagnozy autyzmu) i pozytywną wartość prognostyczną (większość dzieci, które nie zaliczyły CHAT-a była później diagnozowana jako autystyczna). W trakcie

⁷⁶ A. Steiner, T.R. Goldsmith, A.V. Snow, K. Chawarska, op. cit., s. 1185.

⁷⁷ M. Skórczyńska, *Wczesne diagnozowanie autyzmu...*, s. 41.

⁷⁸ S. Baron-Cohen, J. Allen, Ch. Gillberg, *Can autism be detected at 18 months? The needle, the haystack, and the CHAT*, "British Journal of Psychiatry" 1992, 161, s. 839-843.

⁷⁹ G. Baird, T. Charman, S. Baron-Cohen, *A screening instrument for autism at 18 months of age: A 6 year follow-up study*, „Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry” 2000, 39, s. 694-702.

przebadanych okazało się jednak, że jest to narzędzie mniej czułe na łagodniejsze symptomy autyzmu, gdyż dzieci diagnozowane później jako AS bądź z autyzmem atypowym nie zostały wychwycone w wieku 18 miesięcy w badaniach z użyciem CHAT-a. Chcąc zwiększyć czułość diagnostyczną narzędzia, w 1999 r. Diana L. Robins, Deborah Fein, Marianne L. Barton, James A. Green⁸⁰ dokonali w nim zmian i zaproponowali jego zmodyfikowaną wersję – M-CHAT, gdzie wykluczyli obserwację prowadzoną przez lekarza, a rozszerzyli ilość pytań kierowanych do rodziców. Tym samym podnieśli jego użyteczność praktyczną w badaniach przesiewowych dzieci 24-miesięcznych. Inne, przydatne narzędzie przesiewowe dla dzieci w wieku 24-36 miesięcy to interaktywne narzędzie skrininżowe – *Screening Tool for Autism in Two-Yers-Olds* – STAT⁸¹. Kryteria diagnostyczne ujęte w tym narzędziu są ściśle powiązane z późniejszym rozpoznaniem ASD. Są to brak lub ograniczona częstość reagowania na imię, podążania za wskazywaniem lub spojrzeniem, wskazywania z powodów innych niż prośenie oraz podejmowania zabawy opartej na udawaniu. Test ten został stworzony na podstawie dowodów empirycznych pokazujących, że zaburzenia ze spektrum autyzmu można zdiagnozować w wieku 2 lat, ponieważ dzieci te prezentują specyficzne deficyty dotyczące kompetencji społecznych w sferze naśladowania, zabawy funkcjonalnej i kierowania uwagi. Na podstawie klinicznych i naukowych obserwacji wybrane zostały aktywności, które najlepiej różnicują grupę dzieci z autyzmem od grupy kontrolnej⁸².

⁸⁰ D.L. Robins, D. Fein, M.L. Barton, J.A. Green, *The Modified – Checklist for Autism in Toddlers: An initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders*. „Journal of Autism and Developmental Disorders” 2001, 31(2), s. 131-144.

⁸¹ W.L. Stone, E.B. Lee, L. Ashford i wsp., *Can autism be diagnosed accurately in children under 3 years?* „Journal of Child Psychology and Psychiatry” 1999, 40(2), s. 219-226; W.L. Stone, E.E. Coonrod, O.Y. Ousley, *Brief report: Screening tool for autism in 2-year-olds (STAT): Development and preliminary data*, „Journal of Autism and Developmental Disorders” 2000, 30(6), s. 607-612.

⁸² A. Rynkiewicz, M. Kulik, op. cit., s. 43-44.

Ze względu na złożony i specyficzny obraz przebiegu procesów rozwojowych i ich wzajemnych powiązań w populacji dzieci z zaburzeniami spektrum autyzmu wymagane jest, by proces diagnozowania, czy też model wczesnego wykrywania autyzmu, był prowadzony wieloetapowo. Badania kliniczne pokazały, że tylko systematyczna obserwacja dziecka, przy zastosowaniu odpowiednich narzędzi diagnostycznych (nawet wielokrotne ich użycie w odpowiednim czasie) dają podstawę do stawiania ostatecznej diagnozy⁸³. To priorytetowy aspekt diagnostyczny, warunkujący wczesne rozpoczęcie terapii, a tym samym dający perspektywę na zmniejszenie trudności dziecka oraz zapobieganie zaburzeniom, które mogą pojawić się jako tak zwane zaburzenia wtórne. Dysponujemy coraz większą liczbą danych wskazujących na to, że wczesna interwencja w odniesieniu do dzieci ze spektrum autyzmu przynosi pozytywne wyniki⁸⁴.

Bibliografia

- Baird G., Charman T., Baron-Cohen S., *A screening instrument for autism at 18 months of age: A 6- year follow - up study*, „Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry” 2000, 39.
- Ball J., *Autyzm a wczesna interwencja. Rzeczowe pytania, życiowe odpowiedzi*, Wydawnictwo Harmonia Universalis, Gdańsk 2016.
- Baranek G.T., *Autism during infancy: a retrospective video analysis of sensory - motor and social behaviors at 9-12 months of age*, „Journal of Autism and Developmental Disorders” 1999, vol. 29, no. 3.
- Baron-Cohen S., Allen J., Gillberg Ch., *Can autism be detected at 18 months? The needle, the haystack, and the CHAT*, “British Journal of Psychiatry” 1992, 161.
- Blok B., Brzeska Z., Ignaczewska B., *Diagnoza i wspomaganie rozwoju dziecka z autyzmem w Specjalnym Ośrodku Rewalidacyjno - Wychowawczym dla Dzieci i młodzieży z Autyzmem*, [w:] *Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka od chwili wykrycia niepełnosprawności do podjęcia nauki w szkole*, red. T. Serafin, Ministerstwo Edukacji Narodowej i Sportu, Warszawa 2005.

⁸³ M. Skórczyńska, *Wczesne diagnozowanie...*, s. 52.

⁸⁴ J. Ball, *Autyzm a wczesna interwencja. Rzeczowe pytania, życiowe odpowiedzi*. Wydawnictwo Harmonia Universalis, Gdańsk 2016.

- Bleszyński J., *Czy echolalia w autyzmie jest problemem komunikacyjnym?*, [w:] *Autyzm. Na granicy zrozumienia*, red. B. Winczura, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2009.
- Bleszyński J. *Autyzm a niepełnosprawność intelektualna i opóźnienie w rozwoju. Skala Oceny Zachowań Autystycznych*, Wydawnictwo HARMONIA UNIWERSALIS, Gdańsk 2011.
- Cotugno A.J. *Terapia grupowa dla dzieci z zaburzeniami ze spectrum autyzmu. Rozwijanie kompetencji i umiejętności społecznych*, Wydawnictwo Fraszka Edukacyjna, Warszawa 2011.
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth edition, (DSM-5)*, American Psychiatric Association, APA, Washington DC 2013.
- Diagnoza zaburzeń ze spektrum autyzmu*, red. Goldstein S., Naglieri J., A., Ozonoff S., Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2017.
- Frith U., *Autyzm. Wyjaśnienie tajemnicy*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne Gdańsk 2008.
- Jagielska G., *Objawy autyzmu dziecięcego*, [w:] *Autyzm i zespół Aspergera*, red. J. Komender, G. Jagielska, A. Bryńska, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009.
- Jaklewicz H., *Autyzm dziecięcy*, [w:] *Psychiatria wieku rozwojowego*, red. A. Popielarska, M. Popielarska, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2000.
- Kutscher M.L., Glick J., *Zaburzenia integracji sensorycznej*, [w:] *Dzieci z zaburzeniami łączonymi*, red. L.M. Kutscher, T. Attwood, R.R. Wolff, Wydawnictwo K.E.LIBER, Warszawa 2007.
- Markiewicz K., *Charakterystyka zmian w rozwoju umysłowym dzieci autystycznych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2007.
- Meng-Chuan L., Lombardo, M.V., Chakrabarti, B., Baron-Cohen, S., *Subgrouping the Autism “Spectrum”*, *Reflections on DSM-5*. PLOS Biology, 2013, 11(4).
- Osterling J., Dawson D., *Early recognition of children with autism: A study of first birthday home videotapes*, „Journal of Autism and Developmental Disorders” 1994, 24.
- Pisula E., *Autyzm – fakty, wątpliwości, opinie*, Wydawnictwo WSPS, Warszawa 1993.
- Pisula E., *Autyzm u dzieci. Diagnoza, klasyfikacja, etiologia.*, Wydawnictwo naukowe PWN, Warszawa 1999.
- Pisula E., *Autyzm u dzieci. Diagnoza, klasyfikacja, etiologia*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 2000.
- Pisula E., *Małe dziecko z autyzmem, diagnoza i terapia*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005.
- Pisula E., *Zaburzenia komunikacji u dzieci z autyzmem*, [w:] *Kiedy mózg pracuje inaczej... – postrzeganie, ruch, emocje, komunikacja*, „Zeszyty Naukowe” 6 na Międzynarodowej Konferencji org. Przez Ogólnopolską Fundację na rzecz Dzieci Niepełnosprawnych „Promyk Słońca”, Wrocław, 5 grudnia 2008.
- Pisula E., *Autyzm. Przyczyny, symptomy, terapia*, Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk 2010.

- Pisula E., *Wspomaganie osób z zaburzeniami należącymi do autystycznego spektrum w perspektywie psychopatologii rozwojowej*, [w:] *Psychologia rozwoju człowieka*, red. J. Trempała, Wydawnictwo PWN, Warszawa 2011.
- Pisula E., *Od badań mózgu do praktyki psychologicznej AUTYZM*, Wydawnictwo GWP, Sopot 2012.
- Piszczyk M., *Kwestionariusz oceny kompetencji emocjonalno-społecznej (KOKE-S) wysoko funkcjonujących autystów i dzieci z zespołem Aspergera (część pierwsza)*, „Rewalidacja. Czasopismo dla nauczycieli i terapeutów” 2010, nr 1(27).
- Randall P., Parker J., *Autyzm. Jak pomóc rodzinie*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2010.
- Robins D.L., Fein D., Barton M.L., Green J.A., *The Modified – Checklist for Autism in Toddlers: An initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders*, “Journal of Autism and Developmental Disorders” 2001, 31(2).
- Rynkiewicz A., Kulik M., *Wystandardyzowane, interaktywne narzędzia do diagnozy zaburzeń ze spektrum autyzmu, a nowe kryteria diagnostyczne DSM-5*, „Psychiatria” 2013, 10, nr 2.
- Senator D., *Przejawy autyzmu w pierwszym roku życia*, „Pediatria Polska” 2006, nr 2.
- Sigman M., Dijamco A., Gratier M., Rozga A., *Early detection of core deficits in autism*, „Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews” 2004, 10.
- Skórczyńska M., *Wczesne diagnozowanie autyzmu – perspektywy i dylematy*, [w:] *Autyzm Na granicy zrozumienia*, red. B. Winczura, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2009.
- Skórczyńska M., *Autyzm a opóźnienie rozwoju*, [w:] *Dzieci z zaburzeniami łączonymi. Trudne ścieżki rozwoju*, red. B. Winczura, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2012.
- Steiner A., Goldsmith T.R., Snow A.V., Chawarska K., *Practitioner’s Guide to Assessment of Autism Spectrum Disorders in Infants and Toddlers*, “Journal of Autism and Developmental Disorders” 2012, 42(6).
- Stone W.L., Coonrod E.E., Ousley O.Y., *Brief report: Screening tool for autism in 2-year-olds (STAT): Development and preliminary data*, “Journal of Autism and Developmental Disorders” 2000, 30(6).
- Stone W.L., Lee E.B., Ashford L. i wsp., *Can autism be diagnosed accurately in children under 3 years?*, “Journal of Child Psychology and Psychiatry” 1999, 40(2).
- Teitelbaum O., Teitelbaum P., *Czy twoje dziecko ma autyzm? Jak rozpoznawać najwcześniejsze oznaki autyzmu*, Wydawnictwo Harmonia Universalis, Gdańsk 2012.
- Werner E., Dawson G., Munson J., Osterling J., *Variation in early developmental course in autism and its relations with behavioral outcome at 3-4 years of age*, “Journal of Autism and Developmental Disorders” 2005, 35.

- Wiekiera E., *Strategia postępowania z dziećmi autystycznymi, Przekład z „Engagement”, Poradnik praktyczny dla rodziców*, Wydawnicwo Krajowe Towarzystwo Autyzmu Oddział w Krakowie, Kraków 1995.
- Winczura B., *Autyzm, autyzm atypowy a schizofrenia wczesnodziecięca*, [w:] *Dzieci z zaburzeniami łączonymi. Trudne ścieżki rozwoju*, red. B. Winczura, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2012.
- Wing L., *Związek między zespołem Aspergera i autyzmem Kanner’a*, [w:] *Autyzm i zespół Aspergera*, red. U. Frith, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005.
- Wolski A., *Diagnoza autyzmu u małego dziecka – implikacje do pracy w rodzinie*, „Rewalidacja. Czasopismo dla nauczycieli i terapeutów” 2010, nr 2(28).



Early detection of autism spectrum disorders – risk symptoms, initial diagnosis, screening

ABSTRACT: Barbara Winczura, *Early detection of autism spectrum disorders – risk symptoms, initial diagnosis, screening*. Interdisciplinary Contexts of Special Pedagogy, No. 22, Poznań 2018. Pp. 69–99. Adam Mickiewicz University Press. ISSN 2300-391X. DOI: <https://doi.org/10.14746/ikps.2018.22.05>

The diagnosis of autism within the first two years of a child's life is burdened by many difficulties. Even though many children belonging within autism spectrum disorders is characterised by similar traits typical for this disturbance, they are characterised by a high variability of the exhibited abilities and the dynamics of changes. Significant are also difficulties spanning specific symptoms that may in various children differ in intensity and level. The most significant symptoms for early recognition of ASD are deemed to be emotional and social deficits, disturbances in the development of speech and communication as well as atypical behaviour in the form of limited, repetitive behaviour patterns. In the first as well as the second year of life, the most commonly confirmed early signs of ADS refer to the lack of behaviour indicating the child's readiness to form social relations and to social communication, including in particular its reactions to its own name, limited eye contact, atypical facial expressions in social situations, the lack of emotional adaptation, limited interest in social impulses and poor vocalisation, as well as limited abilities to imitate, establish a common field of attention and the expression of attachment to the next of kin. In the second year of age, the atypical behaviour is manifested more clearly and may, although it must not necessarily, shine through in all areas typical for autism. The knowledge of these atypical behaviour patterns is used for the construction of screening tools. Early diagnosis is key for the efficient intervention, rehabilitation and therapy of a child.

KEY WORDS: autism spectrum disorders, autism risk symptoms, social communication and general communication disturbances, stereotypical, limited behaviour patterns, early detection of autism, initial diagnosis, screening tests

Introduction

Despite the fact that many children with Autism Spectrum Disorders (ASD) exhibit similar properties that are characteristic for this disorder, however, in the end they are characterised by a great variety of the exhibited abilities and by the dynamics of changes. Developmental changes influence the expression of symptoms¹. The nosological categorisation and diagnosis of a child as being autistic is quite complex, in particular due to the differences in terms of various specific symptoms, which in various children might differ by intensity and level². Both axial as well as secondary symptoms may express differently and emerge in various combinations³. A significant difficulty is found in the fact of uneven moment of emergence of the first symptoms (from birth until the 36th month), the number of these and their intensity over time, the circumstances, in which they emerge most frequently (including the influence of environmental factors), as well as the general psychological and physiological development of the child, frequently determined by co-existing disorders (comorbidity) and mental retardation⁴. According to the most recent data, 70% of persons with autism spectrum disorders may have one co-existing disturbance, and 40% of this population – two or more co-existing disturbances⁵. Despite the

¹ E. Pisula, *Autyzm. Przyczyny, symptomy, terapia*, Published by Harmonia, Gdańsk 2010, p. 73.

² A.J. Cotugno, *Terapia grupowa dla dzieci z zaburzeniami ze spectrum autyzmu. Rozwijanie kompetencji i umiejętności społecznych*, Published by Fraszka Edukacyjna, Warszawa 2011, s. 13.

³ M. Piszczek, *Kwestionariusz oceny kompetencji emocjonalno-społecznej (KOKE-S) wysoko funkcjonujących autystów i dzieci z zespołem Aspergera (część pierwsza)*, „Rewalidacja”. Publication for teachers and therapists 2010, no. 1(27), s. 48.

⁴ J. Bleszyński, *Autyzm a niepełnosprawność intelektualna i opóźnienie w rozwoju. Skala Oceny Zachowań Autystycznych*. Published by HARMONIA UNIWERSALIS, Gdańsk 2011, s. 57; B. Winczura, *Autyzm, autyzm atypowy a schizofrenia wczesnodziecięca*, [in:] B. Winczura (ed.) *Dzieci z zaburzeniami łączonymi. Trudne ścieżki rozwoju*, Published by Impuls, Kraków 2012, s. 86.

⁵ *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth edition, (DSM-5)*, American Psychiatric Association, APA, Washington DC 2013.

neurobiological background of autism spectrum disorders, no biological markers were determined until now that would permit their usage in daily clinical diagnosis. The diagnosis is made based on the clinical image characteristic for ASD, the structured interview, for the purpose of confirmation or exclusion of possible comorbidities, as well as additional biochemical, genetic and imaging analyses, despite the fact that none of these individually may determine the ultimate diagnosis of autism spectrum disorders⁶. Despite much research on the dynamics of development of autism spectrum disorders, we still have very limited knowledge on the development of children with ASD in the first few months of their lives. Early evaluation of disturbances in little children is usually introspective and is most frequently based on information acquired from parents/close caretakers of these children. Despite the fact that these opinions are usually apt, perhaps even precise, it is difficult to pin down whether they always reflect the objective state of affairs. Numerous studies are being undertaken to determine the criteria of the best possible recognition of autism spectrum disorders in children at an early stage of development. Irrespective of the fact that symptoms of ASD shine through in the first two years of a child's life, proof concerning the time of emergence of the initial symptoms and their character, their intensity, remains limited⁷.

Early symptoms of autism spectrum disorders

According to the DSM-5, the diagnosis of autism spectrum disorders requires the presence of clinical symptoms of ASD at an early stage in life, however, their lack at a later stage does not exclude

⁶ A. Rynkiewicz, M. Kulik, *Wystandardyzowane, interaktywne narzędzia do diagnozy zaburzeń ze spektrum autyzmu, a nowe kryteria diagnostyczne DSM-5*, „Psychiatria” 2013, 10, no. 2, s. 42.

⁷ M. Skórczyńska, *Wczesne diagnozowanie autyzmu – perspektywy i dylematy*, [in:] B. Winczura (ed.), *Autyzm Na granicy zrozumienia*. Published by Impuls, Kraków 2009, s. 56; E. Piśula, *Autyzm. Przyczyny...*, op. cit., s. 81.

ASD diagnosis⁸. Studies show that the first signs of autism are noticeable between the sixth and 12th month of life. The most children to be diagnosed with autism in time is able to still make relatively correct eye contact and develop a social smile even in the sixth month of life, however, their frequency and quality change between the sixth and 12th month of life⁹. In this time, symptoms begin to appear such as: The lack of a proper reaction to their own name, no emotional interplay with other persons, the failure to show attachment, poor range of vocalisations, stereotypical behaviour patterns, atypical reactions to sensory stimuli, atypical exploration of objects. Development may also stop or recede¹⁰. The key areas for early diagnosis of ASD are deemed to be difficulties in social contacts and in communication, as well as specific, limited, repeating behaviour patterns, all of which remains in correlation with the diagnostic criteria of the DSM-5¹¹.

Difficulties in making social relations

The majority of observations show that the beginnings of emotional and social development in little children, in whom autism is suspected, may be disturbed, even though they also may be highly differentiated. In some of these, disturbances in the abilities of making emotional contact may be observed even before they conclude their sixth month of life. No exchange of content-adapted social actions and verbal messages or verbal and non-verbal messages occurs between the child and their next of kin¹². Particular disturb-

⁸ L. Meng-Chuan, M.V. Lombard, B. Chakrabarti, S. Baron-Cohen, *Subgrouping the Autism "Spectrum"*: Reflections on DSM-5. PLOS Biology, 2013, 11(4), pp. 1-7.

⁹ A. Steiner, T.R. Goldsmith, A.V. Snow, K. Chawarska, *Practitioner's Guide to Assessment of Autism Spectrum Disorders in Infants and Toddlers*, "Journal of Autism and Developmental Disorders" 2012, 42(6), s. 1184.

¹⁰ A. Rynkiewicz, M. Kulik, *Wystandardyzowane, interaktywne...*, op. cit., s. 42.

¹¹ *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth edition*, (DSM-5), 2013

¹² E. Pisula, *Małe dziecko z autyzmem, diagnoza i terapia*, Published by Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005, s. 32.

ances are seen in the area of social communication, mostly its non-verbal aspects. The earliest symptoms (indications) of autism spectrum disorders are:

- limited eye contact (disturbance arises before the sixth month of life),
- lack of interest in people, ignoring them, short time of looking at people (disturbance emerges around the end of the first year of life),
- lack of ability to alternately participate in interactions and limited abilities to initiate and support interactions (disturbance arises before the sixth month of life),
- no reaction to parent messages directed at the child (disturbance arises before the sixth month of life),
- no smile reaction in social situations, no other forms of exhibition of joy (before the sixth month of life),
- no emotional adjustment, emotional synchrony, no adaptation of facial expressions to the situation (disturbance arises before the sixth month of life),
- no reaction to the own name (disturbance emerges between the 8th and 10th month of life),
- no pointing (disturbance emerges between the 8th and 12th month of life),
- no demands to be held and hugged (disturbance emerges after the sixth month of life),
- no following a person or object with the eyes (disturbance emerges at the break between the first and second years of life),
- no complex social behaviours that would fuse observation, facial expressions, tone of voice and gestures (disturbance emerges after the sixth month of life),
- no understanding of socially-valid gestures (e. g. "bye-bye") (disturbance emerges at the break between the first and second years of life) (Baranek, Volkmar, Chawarska and Klin; Maestro, Muratori, Cesari, Pecini, Apicella, Stern)¹³.

¹³ E. Pisula, *Od badań mózgu do praktyki psychologicznej AUTYZM*, Wydawnictwo GWP, Sopot 2012.

J. Osterling and G. Dawson have in their observations discerned four characteristic modes of behaviour, within the scope of which over 90% of children with autism aged 12 months differed from 10-month-old babies developing normally and 12-month-old babies with developmental retardation. They included:

- no looking towards others,
- no reactions to the own name,
- no pointing, no showing or giving objects¹⁴.

Similar results were achieved in the research conducted by G.T. Baranek¹⁵. Among discrete symptoms of autism in babies aged nine to 12 months, included were:

- weak visual orientation (including non-social stimuli),
- delayed reaction to the own name,
- avoiding being touched by others.

Distressing behaviour patterns in children in the first year of life that may strongly correlate to a later diagnosis of autism include:

- limited social reactivity (e. g. reacting to the own name, looking at people, behaviour related to the creation of a common field of attention),
- atypical behaviour patterns related to sensory adjustment (e. g. frequent putting objects in the mouth, uncommon visual attention patterns, increased irritability)¹⁶.

The most significant diagnostic indicator seemed to be the failure to look at other people and no reactions of the child to the own name. This problem is also noticed by parents, as it contributes to difficulties in the social communication with the child. With respect to reactions to the name, it can be observed that it must be repeated

¹⁴J. Osterling, D. Dawson, *Early recognition of children with autism: A study of first birthday home videotapes*, "Journal of Autism and Developmental Disorders" 1994, 24, s. 250.

¹⁵G.T. Baranek, *Autism during infancy: a retrospective video analysis of sensory - motor and social behaviors at 9-12 months of age*, "Journal of Autism and Developmental Disorders" 1999, vol. 29, no. 3, s. 220.

¹⁶S. Goldstein, J.A. Naglieri, S. Ozonoff S. (ed.), *Diagnoza zaburzeń ze spektrum autyzmu*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2017, s. 162.

many times, before the child turns their attention to the person pronouncing it. Such a delay, and at times even a lack of reaction, is considered to be one of the informative signals about a possible threat of autism already in babies aged eight-nine months. Significant is also the discovery that already in the 12th month of life, between autism-risk group children and children developing properly, differences are seen in the area of complex communication behaviour patterns – such as the fusion of cooing with pointing towards or expressing words and pointing¹⁷.

Around the end of the first year of life, noticeable is also the lack of play related to imitation (e. g. playing “peek-a-boo”, waving “bye-bye” when parting). This correlates closely with the inability to imitate gestures and disturbed development of social skills in the child¹⁸. It was noticed that these children seem uninterested or not aware of the interpersonal aspects of relations with others. Even if they can be engaged to participate in certain types of activities, they still take on a passive attitude within such participation¹⁹. They do not observe what others are doing. They are not interested in the activities that others perform. They do not imitate the behaviour of others because they are not aware of what is going on with others. They do not share their interests, desires, with others²⁰.

In the second half of the first year of life, the children from the autism spectrum risk group were also observed to have difficulty establishing a common field of attention. They are expressed in the

¹⁷ E. Werner, G. Dawson, J. Munson, J. Osterling, *Variation in early developmental course in autism and its relations with behavioral outcome at 3–4 years of age*, “Journal of Autism and Developmental Disorders” 2005, 35, s. 340–348.

¹⁸ G. Jagielska, *Objawy autyzmu dziecięcego*, [in:] J. Komender, G. Jagielska, A. Bryńska (ed.), *Autyzm i zespół Aspergera*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009, s. 33–50.

¹⁹ Pisula E., *Autyzm – fakty, wątpliwości, opinie*, Published by WSPS, Warszawa 1993.

²⁰ B. Blok, Z. Brzeska, B. Ignaczewska, *Diagnoza i wspomaganie rozwoju dziecka z autyzmem w Specjalnym Ośrodku Rewalidacyjno-Wychowawczym dla dzieci i młodzieży z autyzmem*, [in:] T. Serafin (ed.), *Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka od chwili wykrycia niepełnosprawności do podjęcia nauki w szkole*, published by the Polish Ministry of National Education and Sport, Warszawa 2005, pp. 171–198.

limited ability of the child to receive social impulses, the lack of interest in people and the lack of reaction to when somebody calls the child by name²¹. Infants from the autism spectrum risk group do not follow the index finger of the parent with their eyes, even if the child is aided in locating the direction of the gaze with a physical suggestion, for instance, when the child's arm is touched before showing or when the child is called by name. There are children, who in the end look in the indicated direction, but without exchanging glances with the parent and without visible emotional expression²². They are not able to direct the attention of another to specific objects or events, or monitor the attention of another or notice what the other person wants to show²³, Children with autism do not see the relation between looking at something and wanting to have it, manipulate it out of curiosity. They have difficulty reading the content of information contained in the direction of a gaze²⁴.

M. Sigman et al.²⁵, as a result of observations and conducted research, have discerned the main atypical behaviour patterns of children in social development until the 18th month of age. They have concluded that these are warning signs for an early detection of autism. They included among these:

- the inability to participate in social interactions,
- failure to establish a common field of attention (pointing, following with the glance),
- limited ability to imitate,
- disturbed recognition of emotions and emotional synchrony,
- limitations in expressing attachment.

²¹ E. Pisula, *Autyzm. Przyczyny, symptomy...*, op. cit., pp. 85–87.

²² M. Skórczyńska, *Wczesne diagnozowanie autyzmu...*, op. cit., pp. 45–46.

²³ E. Pisula, *Autyzm u dzieci. Diagnoza, klasyfikacja, etiologia*, Wydawnictwo naukowe PWN, Warszawa 1999.

²⁴ K. Markiewicz, *Charakterystyka zmian w rozwoju umysłowym dzieci autystycznych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2007, pp. 96–99.

²⁵ M. Sigman, A. Dijamco, M. Gratier, A. Rozga, *Early detection of core deficits in autism*, "Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews" 2004, 10, pp. 221–233

In general, it is difficult to say what exactly causes the first distress in the family. Usually, the symptoms gain momentum only when minor observations begin to multiply, even when none of these does not seem significant. A diligent analysis of family video recordings had shown that from the temporal perspective, initially subtle symptoms become obvious, significantly clear already at the end of the first year of life.²⁶ The first disturbed social skills of a child in the contact with the mother are evaluated to be a significant signal announcing the development of autism.²⁷ The disturbing emotional and social symptoms most frequently reported by parents of small children are:

- high emotional irritability,
- the preference of loneliness,
- ignoring others, in particular next of kin.

The child seems not to be interested in physical contact with the mother, it even defends itself from her, recedes from her, even demonstratively pushes her back²⁸. It usually does not like modes of play that involve hugging or frolicking. There exists a large group of children that do not allow any kind of physical contact at all. The typical problem is the lack of or limited eye contact, frequently described as the so-called “empty” gaze. The child exhibits limited interest in the human face, the perception and voice of the mother²⁹. It doesn't fix its gaze on the mother's face, it does not follow her with the look, its gaze wanders in space, it does not react to her image, in particular to her smile or her gestures, with emotional animation. Characteristic are disturbed facial expressions (“mask-like

²⁶ U. Frith, *Autyzm. Wyjaśnienie tajemnicy*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2008, p. 32.

²⁷ H. Jaklewicz, *Autyzm dziecięcy*, [in:] A. Popielarska, M. Popielarska (ed.), *Psychiatria wieku rozwojowego*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2000, p. 118.

²⁸ E. Pisula, *Wspomaganie osób z zaburzeniami należącymi do autystycznego spektrum w perspektywie psychopatologii rozwojowej*, [in:] J. Trempała (ed.), *Psychologia rozwoju człowieka*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 2011, p. 449.

²⁹ J. Bleszyński, *Autyzm a niepełnosprawność intelektualna...*, op. cit., p. 61; D. Senator, *Przejawy autyzmu w pierwszym roku życia*, „Pediatria Polska” 2006, no. 2, p. 128.

face”), the lack of expression accompanying a look, rare smiling and the typical inability to assume a body position indicating the readiness of and the will to be taken in the arms³⁰. The social smile appears rarely, at times it looks artificial, as if pasted on. The child does not react when called by name, with parallel attention to other ambient sounds³¹. A visible deficit are also difficulties in the imitation of emotional conditions of others. The inability to share joy, sadness, pain, fear with others. In times of distress, threat, it does not seek comfort in the next of kin, and does not offer it, even seeming as if unaware that it is at all possible, ignores or wrongly interprets the emotional behaviour patterns of their next of kin, does not express care about the feelings and emotions of others. It does not differentiate between the next of kin and objects it is fascinated with. It decidedly prefers remaining in a world of objects than a world of people. This is accompanied by an observed short time of looking at people³². The child never or rarely shifts its gaze from the object to the fact of the person. Studies that analysed the direction of the gaze of children indicated that children with this disorder less frequently look in the eyes of the figures they are watching, but more frequently follow their moving lips and the remainder of the body³³.

Observed are also specific, limited forms of making contact with people. Some children take on strange postures when in contact with others, e. g. always stand sideways, with their back to any person standing closely, remove themselves from others to a significant distance, squint, cover their eyes. At times, to make contact, they utilise objects of significance to them, e. g. blocks, balls, a piece of cord³⁴. Typical is also the lack of vocal-emotional expression, like

³⁰ L. Wing, *Związek między zespołem Aspergera i autyzmem Kanner, [in:] U. Frith (ed.), Autyzm i zespół Aspergera*. Warszawa; Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005, p. 117.

³¹ D. Senator, *Przejawy autyzmu...*, op. cit., p. 129.

³² P. Randall, J. Parker, *Autyzm. Jak pomóc rodzinie*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2010, pp. 99, 146.

³³ Pisula E., *Wspomaganie osób z zaburzeniami...*, op. cit., p. 448.

³⁴ Pisula E., *Małe dziecko z autyzmem...*, op. cit., p. 69.

“ooo”, “uu”, an empty or limited range of interaction gestures, e. g. waving “bye-bye” with the hand and the lack of proper gestures and expressing emotions through body position. As a consequence, observed is a limited range of social behaviours joining the gaze, facial expression, the tone of voice and gestures. The child rarely exchanges messages with the partner when playing together. It prefers playing alone, without contact with people, with the play usually being sensory-motor and/ or ritual in character³⁵. The child usually engages in relations because it wants to satisfy its desires, e. g. it wants to get a toy, a treat, frequently utilising for this purpose the hand of the person standing next to it (treating the hand of the adult as a tool, a prosthesis, to achieve its goal)³⁶. Parents indicate that their child is overly calm, quiet, withdrawn from relations, exhibits limited activity and that it is not interested in its environment³⁷.

An analysis of video recordings from first birthdays of children to later be diagnosed with autism had revealed that these children differ from healthy peers in many characteristic traits. Observed was mainly the lack of reactions to their own name, no proto-declarative pointing, not observing the faces of others when they point to an object. A high degree of risk of emergence of autism is related to behaviour patterns that shine through between the 18th and the 24th month of life. These include:

- isolation,
- no interest in children, not imitating them,
- no co-shared attention, no proto-declarative pointing,
- no bringing and showing to parents of various objects that interest the child,

³⁵ Pisula E., *Wspomaganie osób z zaburzeniami...*, op. cit., p. 449; E. Wiekiera, *Strategia postępowania z dziećmi autystycznymi, Przekład z „Engagement”, Poradnik praktyczny dla rodziców*, Wydawnicwo Krajowe Towarzystwo Autyzmu Oddział w Krakowie, Kraków 1995, p. 13.

³⁶ H. Jaklewicz, *Autyzm dziecięcy...*, op. cit., p. 119.

³⁷ E. Pisula E., *Autyzm u dzieci. Diagnoza, klasyfikacja, etiologia*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 2000, p. 117.

- no reaction of a child who is called. A study conducted by S. Maestro, F. Muratori, A. Cesari et al. showed that 87% of children to be diagnosed with autism at a later age clearly exhibited these disturbances in development and behaviour³⁸.

Gradually, along with the progress of development, the child shows further disturbing signs. Around the second year of age, the problems most frequently indicated by parents/ close caretakers of children to later be diagnosed with autism are: the child does not have close relations with others in the family, does not greet, does not react spontaneously to the parent, close taker when they see them, expresses emotions weakly or not at all, or does this in an atypical manner, does not use gestures to make social contacts, is not able to initiate play with toys, when instructed by an adult it can play with objects, however, it does so rarely of their own accord, is not interested in children or may even avoid them, does not react to verbal or non-verbal attempts at making contact with it, has limited abilities of imitation and does not participate in games involving imitation³⁹, does not express readiness to play together with children, is not interested in social play, attachment to others gains atypical forms, mainly as attachment to routines related to certain persons, however, it has no traits of typical emotional and social attachment⁴⁰.

The dynamics of course of disturbances in the social development children from the autism risk group shows significant variability and multiple faces. There is no child showing all symptoms, and in turn their limited intensity must not necessarily mean that in the future the child will be diagnosed with ASD. There are also children, in which the symptoms of autism spectrum disorders are obscured by additional problems, for instance, attention deficits,

³⁸ G. Jagielska, *Objawy autyzmu dziecięcego...*, op. cit., p. 42.

³⁹ E. Pisula E., *Autyzm u dzieci...*, op. cit., s. 118; A. Wolski, *Diagnoza autyzmu u mętego dziecka - implikacje do pracy w rodzinie, „Rewalidacja”*. Publication for teachers and therapists, 2010, no. 2(28), p. 24.

⁴⁰ E. Wiekiera, *Strategia postępowania...*, op. cit., p. 13; A.J. Cotugno, *Terapia grupowa dla dzieci...*, op. cit.

psychological and motor hyperactivity, disturbances of fear and others. Diagnostic problems obviously show in extreme cases. If a child is characterised by a low level of cognitive abilities, it is difficult to state, whether the emotional and social disturbances correspond to its mental age, or are these more intense than in case of its other developmental abilities⁴¹. In addition, certain behaviour patterns, in terms of which small children with ASD differ from their correctly-developing peers are related to mental or speech retardation. Ever more frequently, as well, there emerges a group of children with mild or atypical symptoms of autism⁴². Disturbances in the socio-emotional sphere are of key importance for the clinical image of autism spectrum disorders, whereby the manifestation of symptoms changes with age and with the child's development. Delays in terms of social abilities are stronger predictors of an autism diagnosis than of delays in communication ability⁴³.

Speech and communication disturbances

One of the most frequent symptoms in children suspect of autism are disturbances in the development of speech and communication. The first diagnostic step in this regard is an audiometric evaluation. Hearing damage occurs more frequently in children, who were hospitalised in intense neonatal care wards. Screening tests of newborns permit early detection of reduced hearing sharpness⁴⁴. Analyses of video recordings indicate that already in the first twelve months of life, babies diagnosed with autism had deficits in communication. Most parents indicate no development of speech or delayed speech development as the first cause of their concern. In

⁴¹ U. Frith, *Autyzm. Wyjaśnienie...*, op. cit., p. 33.

⁴² M. Skórczyńska, *Wczesne diagnozowanie autyzmu...*, op. cit., p. 56.

⁴³ S. Goldstein, J.A. Naglieri, S. Ozonoff (ed.), *Diagnoza zaburzeń...*, op. cit., p. 25.

⁴⁴ M. Skórczyńska, *Autyzm a opóźnienie rozwoju*, [in:] B. Winczura (ed.), *Dzieci z zaburzeniami łączonymi. Trudne ścieżki rozwoju*, Published by Impuls, Kraków 2012, p. 15.

a study conducted by E. Coonrod and W.I. Stone included a group of parents (44 persons) of children aged 24–36 months, including 22 children diagnosed with autism and 22 children diagnosed with developmental delays (DD), this problem was indicated at 72–98%. In other studies by the same authors, delayed speech development was a cause of concern for 91% of parents of autistic children and 77% of parents of children with developmental delays. Parental concern is also caused by a significant reduction in the progress of development (e. g. no first words appearing after the cooing period) or a loss of skills gained formerly by the child. In 20–35% of cases, regression is indicated, in the form of loss of words, vocalisations or non-verbal communication skills (e. g. through gestures or eye contact)⁴⁵.

Already in the first year of a baby's life, observed may be particular difficulties in pre-verbal communication. Studies conducted by Ch. P. Johanson and S.M. Myers (2007) indicate that this is: the lack of alternating vocalisation between the baby and the parent, the lack of reaction to the voice of the mother, father or any other next of kin, no vocal/ emotional expressions like „ooo“, „uu“, a delayed range of cooing (after the ninth month of life, or a lack thereof until the 12th month of life), poor vocalisation, disturbed language prosody, minor or lacking repertoire of gestures (e. g. waving „bye-bye“, finger-pointing), no gaze directed at others, no coordination between the gaze, facial expressions, gestures and the sounds produced⁴⁶.

Considering the limited communication function, children experiencing early development of autism in the pre-verbal phase utilise atypical modes of communication. They do not exhibit interest in the spoken word or any other sounds, they make the impression, as if they had hearing problems. The cry of a baby from the autism risk group seems to be devoid of expression. Cooing does not emerge

⁴⁵ M. Skórczyńska, *Autyzm a opóźnienie...*, op. cit., p. 23.

⁴⁶ M. Skórczyńska, *Wczesne diagnozowanie...*, op. cit., p. 48; E. Pisula, *Wspomaganie osób...*, op. cit., p. 449.

at all or emerges much later, it is less varied, lacking expression, without modulation that would be akin to a conversation. These babies do not use their voice to attract attention to them. A significant group of children does not speak at all, and in those that utilise speech, its development is usually not only delayed, but also impaired⁴⁷. According to P.A. Filipek et al. (1999, 2000) the following may be considered signs of delays in the development of speech in babies from the autism risk group:

- no pronunciation of words by the baby showing comprehension after the first year of life,
- no construction of simple sentences after the second year of life (no two-word sentences pronounced spontaneously after the 24th month of life),
- no development of speech that serves communication with others,
- regression in the development of speech or social abilities at any age⁴⁸.

Babies suspect of autism communicate mainly or exclusively for the purpose of control of behaviour of others when they want to ask for something or reject something. There is no communication directed at turning somebody's attention to an object, a phenomenon or person. This deficit is a characteristic trait of autism and is not symptomatic for children with development delays. Babies in this group of disturbances have difficulties acquiring conventional and symbolic aspects of communicating⁴⁹.

Apart from this, they never or rarely intentionally use gestures or vocalisations to convey an information to someone, and have difficulty communicating messages using their gaze. They do not try to express their emotions through facial expressions, they do not nod when agreeing to/ with something, nor do they smile to aid social communication. They also do not respond to such signals

⁴⁷ H. Jaklewicz, *Autyzm dziecięcy...*, op. cit., p. 119.

⁴⁸ Skórczyńska M., *Wczesne diagnozowanie...*, op. cit., p. 41.

⁴⁹ Skórczyńska M., *Autyzm a opóźnienie...*, op. cit., p. 24.

directed at them. Coping with the lack of skills necessary to satisfy their needs, they sometimes use the body of another person (most frequently the hand) as an object, for instance, they guide the object they desire, pushing the hand in that direction. At times, the role of communication is fulfilled by aggressive behaviour, by screaming or crying⁵⁰.

The majority of autistic babies make the impression as if they did not comprehend what was spoken to them. Observed are disproportions between the readiness to repeat words, name objects, and the capacity to comprehend. According to reports of parents, approximately 25% of children aged 12 or 18 months express individual words. The first signs of comprehension of words in half of autistic children do not emerge before they reach the mental age of two years and six months. The capacity to comprehend words on a level characteristic for a child aged 16 months is reached by autistic children already at a mental age of four years. In terms of expression of words alone, the difference is smaller, and the delay fits in the range of eight to 19 months⁵¹. T. Charman et al., conducting studies on reactions of autistic babies to three types of messages (their own name, a prohibition ("no") and a statement ("this is mum/ dad")) indicated that just half of autistic children aged less than two reacted to their own name, 70% would respond correctly to the prohibition of „no“, and 30% understood the message “this is mum/ dad”. Only 30% of children aged two years imitated words, and 15% were able to name objects. It was only at the age of four years that almost all studied autistic children reacted to their own name and understood the meaning of the word “no”. Just over 80% of children would repeat words, but still only 52% would name objects⁵². In general, speech comprehension in autistic children is

⁵⁰ Pisula E., *Autyzm. Przyczyny...*, op. cit., pp. 43–44.

⁵¹ Pisula E., *Małe dziecko...*, op. cit., p. 36.

⁵² Pisula E., *Zaburzenia komunikacji u dzieci z autyzmem*, [in:] *Kiedy mózg pracuje inaczej...- postrzeganie, ruch, emocje, komunikacja*, „Zeszyty Naukowe” 6 for the International Conference organised by the Polish Foundation for Disabled Children „Promyk Słońca”, Wrocław, December 5th, 2008, p. 43.

significantly delayed. At a later time, the child may experience various levels of impairment, beginning with a total lack of speech comprehension, through the comprehension of instructions within a specific context or speech supported by gestures, all the way to discrete disturbances concerning the understanding of abstract concepts, metaphor, jokes⁵³.

Approximately 25–30% of children with ASD start pronouncing their first words around the first year of life, but frequently between the 15th and 24th month of life they stop speaking, and their verbal expression boils down to a few messages, mainly those that aim at satisfying their current needs. This regression may also encompass the loss of the ability to communicate through gestures (waving, pointing, etc.) or social communication abilities (eye contact, reactions to praise). The regression may be gradual or sudden, it may overlap with subtle, pre-existing developmental delays or an atypical course of development (e. g. uniquely intense interest for certain objects or other stimuli that are not social in character in the first year of life). The regression in the development of speech is related to the child's withdrawal from social contacts and protection against changes, the rigidity of behaviour, sleep disturbances or problems eating⁵⁴.

In approximately $\frac{3}{4}$ of children with autism that utilise speech, echolalia may be observed⁵⁵. Such speech does not entail any sort of intention of communication and entails the immediate or delayed repetition of words, the first or last syllables or sentences pronounced by someone else. At times, the child may repeat *a sentence directed at them or heard by it in the grammar form and in the tone of voice, in which it was formulated*, for instance “would you like a piece of candy?”. Echolalic statements are repeated by the child with precise intonation and melody in which they were pro-

⁵³ G. Jagielska, *Objawy autyzmu dziecięcego...*, op. cit., p. 39.

⁵⁴ M. Skórczyńska, *Wczesne diagnozowanie...*, op. cit., pp. 48–49.

⁵⁵ J. Bleszyński, *Czy echolalia w autyzmie jest problemem komunikacyjnym?*, [in:] B. Winczura (ed.), *Autyzm. Na granicy zrozumienia*, Wydawnictwo Impuls, Kraków 2009, p. 106.

nounced. They are unrelated to the situation and do not fit in the context of the conversation going about the child⁵⁶. In an autistic child, echolalia may remain the main mode of expression and continue throughout its life. This means that the child is unable to independently create a statement, and such statements may be understood as please, protest or confirmation of something. Accordingly, the interpretation of such messages is not simple and requires good knowledge of the child. The speech of autistic children frequently includes so-called language stereotypes. The child repeats certain words, phrases, the content of advertisements, fragments of films, in particular children's stories or television programmes, multiple times. Such statements by the child usually do not serve communication and their functions are closer to other stereotypical behaviour patterns. The differences in speech also apply to atypical intonation, tempo, the rhythm of the statements and the limited and uneven vocabulary. Additionally, characteristic are difficulties with using personal pronouns. They refer to themselves "you" or "he", they make mix up pronouns describing others. Such mistakes may emerge throughout the development of speech in healthy children, but in autistic children they transgress typical developmental and temporal time frames⁵⁷. Some autistic children have trouble introducing statements to functional speech. For instance, they have memorised the names of colours, shapes, numbers or letters, but they are unable to indicate them unless asked in a manner that is different than usual. They master speech in a schematic and rigid way. Learning the meanings of words, they tie them to specific objects, for instance, the term "man" may be related to a specific person, and "cat" to a specific cat⁵⁸.

The level of development of speech and communication abilities are one of the indicators of the further course of development of the child. The earlier and the better speech develops, the better the de-

⁵⁶ H. Jaklewicz, *Autyzm dziecięcy...*, op. cit., pp. 119-120.

⁵⁷ E. Pisula, *Autyzm. Przyczyny...*, op. cit., p. 52.

⁵⁸ M. Skórczyńska, *Wczesne diagnozowanie...*, op. cit., p. 48.

velopment prognoses are. In a small group of children, where slight delays/ impediments in speech are observed, autism may remain undiscovered all the way until pre-school age, at which time difficulties in making social relations with peers will become visible⁵⁹.

Stereotypical, repetitive behaviour patterns

Children with the autism spectrum may demonstrate atypical behaviour in various areas, e. g. strange mannerisms, unique bonds with objects, obsessions, compulsions or stereotypical behaviour. approximately 5% of parents express distress because of stereotypical behaviour patterns of their children. Even though they notice this atypical behaviour of the child early, however, many of them are unable to precisely describe its character and causes. Most frequently they name such behaviour in the context of fits of bad mood, excessive liveliness, the lack of co-operation, not playing with toys, excess sensitivity to certain stimuli⁶⁰. Parents indicate that their children frequently endlessly repeat the same movements. This is most frequently: flapping arms, specific movements of hands or fingers (snapping the fingers, clapping), rocking sideways or back and forth, throwing up the arms, spinning around, walking along a circle, hitting [something] with the head, waving the hands close to their face. Even though these activities constitute a form of self-stimulation, they need not necessarily always be for them a source of joy itself, just the opposite. The statements by parents indicate that a certain group of children, when performing these activities, frequently shows signs of distress, crying, screaming. In certain cases, stereotypical movements of children may be a reaction to stress from contact with the environment, in which the child develops daily⁶¹.

⁵⁹ E. Pisula, *Autyzm. Przyczyny...*, op. cit., p. 53.

⁶⁰ E. Pisula, *Małe dziecko z autyzmem...*, op. cit., pp. 61–62.

⁶¹ P. Randall, J. Parker, *Autyzm. Jak pomóc...*, op. cit., p. 61.

Most stereotypical movements, however, are sufficiently burdensome that they hinder and prevent the execution of daily activities and learning new skills. Stereotypical movements, even though they are highly characteristic for a minor group of children from the autism risk group, they are not a specific property, as they are also present in children with significant mental disabilities and/ or severe sensory disturbances. Even correctly-developing babies, in particular before they master the skill of speaking fluently, may transitionally flap their arms when excited or frustrated. Stereotypical behaviour patterns related to ASD in early years of life of children emerge as indicators of such behaviour. Until the conclusion of the twelfth month of life, stereotypical movements are present along with general distress and focus mainly on movements of hands and the head. The activity of such children most frequently entails repetitive regular motions, e. g. scratching of their quilt or cot, knocking on an object, rocking back and forth or even hitting their head on hard padding⁶². After the twelfth month of life, stereotypical behaviour patterns intensity, when the environment is disturbed or when the routine changes. This behaviour covers mainly jumps and spinning around, however, also knocking on objects and making them spin. There emerges intense fear in situations changing the stereotypical routines present until that time. Stereotypical play, lonely play is mainly joy. The child plays most frequently with mechanical toys that may be spun around or knocked on⁶³. Usually, it repeats the same activities, aligns blocks, cars or other toys or just their fragments in rows. Noticeable is the lack of spontaneous activity. It was determined that the difficulties in controlling own activity are particularly clear in autistic children during free play.

Around the second year of life, stereotypical behaviour patterns emerge much more clearly, and their repertoire expands decidedly. The focal point in the child's behaviour is taken up by: moving of the hands or fingers (waving, fanning, flapping) in the peripheral

⁶² M. Skórczyńska, *Wczesne diagnozowanie...*, op. cit., p. 50.

⁶³ J. Bleszyński, *Autyzm a niepełnosprawność...*, op. cit., p. 97.

areas of the field of view, persistent staring at a specific object attracting attention, walking on toes and/ or long-term smelling or licking of inedible objects. Instead of soft, plush toys, they prefer hard objects such as: pens, flash-lights, keys, figurines, cords, parts of toys, e. g. car wheels, doll legs. They also insist on holding these objects the entire time, even though they are used by the children for playing rarely. Behaviour signifying fear and highly expressive reactions gain momentum. Longitudinal studies of children in the risk group conducted by C. Lord discovered that in over 87% of children diagnosed as autistic at three years of age, the parents described the presence of mannerisms spanning movements of arms and hands and specific sensory interests at two years of age⁶⁴. The author notes that such behaviour, however, is simpler to discern in three-year-olds than in two-year-olds diagnosed with autism. The parents of older children notice these deficits more frequently than parents of younger children. It is unknown, whether this happens because the children are unable to cope with them, or because autistic disturbances increase more significantly between the age of two and three years⁶⁵.

Fascination of specific objects and using them not as intended, even to the point of obsession, may be noticed in autistic children. If these objects are consciously removed or lost, the children may express deep distress or even fits of rage. At times, obsessive interest applies to bus routes, train timetables, numbers or figurines. Over 60% of children express attachment to the daily routine and rejects any changes to rituals they know in their closest environment. This applies, for instance, to activities related to going to bed, visiting stores always in the same order, travelling to specific places always along the same route, or drinking from a specific cup. They insist on having a fixed plan of the day. Behaviour is characterised by a lack of flexibility. In case of attempts at the introduction of any changes, even minor ones, not noticeable for others, the children may react

⁶⁴ M. Skórczyńska, *Wczesne diagnozowanie...*, op. cit., pp. 50–58.

⁶⁵ E. Pisula, *Autyzm u dzieci...*, op. cit., p. 54.

suddenly, expressing distress, screaming, crying⁶⁶. The child's protests may quickly take the form of aggressive behaviour. These include hitting [something] with the head, biting hands, putting fingers in ears and eyes, scratching the body, etc. This behaviour may lead to significant injuries. They may be caused, among others, by frustration caused by ineffective attempts at communication, the distress experienced in a new environment unknown to the child or due to being bored, tired, due to lack of sleep, due to hunger or pain⁶⁷.

Fixed, stereotypical behaviour in children with the autism spectrum may change as the child develops, and may take on various forms. The limited range of behaviour patterns remains related to the level of mental development of the child. Children characterised by a more limited level of development more frequently smell, lick or touch objects, and children characterised by a higher level of intellectual development more frequently repeat complex activities and prefer other forms of activity. There is also data indicating that stereotypical behaviour is significantly more frequent in little children with autism than in their peers with other developmental or behavioural disturbances or in children from the risk group but not diagnosed with autism. All kinds of atypical modes of behaviour of a child are highly troublesome and tiring for its environment. They cause difficulties in the area of upbringing and increase the level of stress in the child's family. They also constitute an external, easily noticeable sign of atypical development and thus stigmatise. A frequent descriptor of such behaviour of a child is "weirdness". An analysis of the limited behaviour patterns in little children aged less than two years had shown that their presence may be highly useful in diagnosing autism⁶⁸. Repetitive, stereotypical behaviour patterns and a limited and schematic repertoire of behaviour are treated as one of the axial properties of ASD.

⁶⁶ P. Randall, J. Parker, *Autyzm. Jak pomóc...*, op. cit., pp. 101-102.

⁶⁷ M. Skórczyńska, *Wczesne diagnozowanie...*, op. cit., p. 51.

⁶⁸ E. Pisula, *Autyzm. Przyczyny...*, op. cit., pp. 56-57.

Descriptions of behaviour of little children suspect of autism are also significant because of the fact that their general level of activity is usually different from what may be observed in other children. At times, the children are dominated by almost total passivity. It seems totally removed, characteristic is the lack of curiosity, interest in its environment, both the physical as well as the social. Parents indicate frequently that the child, when set down at a specific point, remains there, not making attempts at moving, playing or following a caretaker who is walking away. A second, significantly different image of activity of the child may be excess hyperactivity, hypermobility, connected to the inability to focus attention on anyone or anything even for a moment. The child is constantly in motion, it runs, jumps, climbs furniture. Its activity seems chaotic, devoid of any objective and changes all the time. It is accompanied by a high level of excitement, adjusted through physical expression, but this activity at the same time serves self-stimulation. It is frequently accompanied by fits of rage and aggression, screaming in public places, reactions of fear and panic. Such a mode of behaviour of the child is frequently mistaken with the attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD). It must be noted, however, that in a minor group of children it is possible for these two disturbances to coexist⁶⁹.

Autistic children may exhibit symptoms indicating disturbances in sensory integration. However, they do not differentiate children with ASD from children with other developmental disturbances⁷⁰. A characteristic trait of the dysfunction of sensory integration are wrong responses to the sensory stimuli that they experience. Typical symptoms of sensory disintegration in little children with autism include, among others: hypersensitivity or hyposensitivity to the touch, to light, to sound, to motion, to taste and to smells (e. g. sen-

⁶⁹ E. Pisula, *Małe dziecko z autyzmem...*, op. cit., p. 53.

⁷⁰ M.L. Kutscher, J. Glick, *Zaburzenia integracji sensorycznej*, [in:] L.M. Kutscher, T. Attwood, R.R. Wolff (ed.), *Dzieci z zaburzeniami łączonymi*. Published by K.E. LIBER, Warszawa 2007, pp. 168-169.

sory factors related to eating: colour, texture, taste may lead to a highly restrictive diet of the child); concentration disorders, an uncommonly low or high level of activity, frequent inactivity or withdrawal, the inability to cope with frustration, with self-satisfaction, intense, disproportionate reactions to changes to the situation or unknown places, impulsive behaviour, difficulty shifting from one activity to another⁷¹.

In recent years, more and more information is emerging concerned with other disturbances in the motor development of children as an indicator of autism risk. Such deficits apply to major and minor motor functions, the maintenance of balance, the speed of movement, the maintenance of the body position of the child and the motor functions of the speech system. Studies of motor activity of children from the autism risk group were conducted by O. and P. Teitelbaum, and have shown that this development shows significant disturbances entailing mainly the asymmetry of body motions. Researchers believe that the recognition of indicators of such disturbances in babies aged between six and eight months is fully possible. They have shown that in children, in whom autism spectrum disorders were diagnosed, asymmetry of movements during lying and crawling, the maintenance of the asymmetric tonal neck reflex outside of the proper time of development and the lack of defensive movements when the child would be losing balance could already be observed in the first months of life. In addition, in these children, rolling from the back onto the stomach, crawling, sitting up and the gait do not develop in the correct time⁷². Motor disturbances may constitute one of the earliest signals of incorrect development of a child with autism, even before visible social or communication deficits show. It must be stressed, however, that despite long-term research in this area, it was not possible to determine a typical pattern of motor dysfunctions for autism, or the fact that not all chil-

⁷¹ M. Skórczyńska, *Wczesne diagnozowanie...*, op. cit., pp. 52–53.

⁷² O. Teitelbaum, P. Teitelbaum, *Czy twoje dziecko ma autyzm? Jak rozpoznawać najwcześniejsze oznaki autyzmu*, Published by Harmonia Universalis, Gdańsk 2012.

dren from the autism risk group may show such divergences from the development norm⁷³.

Sleep and appetite disturbances, aggression and self-aggression, problems with bodily functions, high emotional lability (fits of anger, screaming, crying without tears) are signs that frequently accompany the development of autism spectrum disturbances in small children⁷⁴.

Early detection of autism spectrum disorders

The recognition of symptoms of autism before the second year of life of the child remains an exceedingly difficult task. Most clinicians indicate that the behaviour of children before the conclusion of the second year of age may not be sufficiently clear to establish a diagnosis of autism. In such a small child, symptoms encompassed by current diagnostic criteria may not always fully show. In addition, disturbances that belong to the autism spectrum are characterised by significant dynamics in development. The development of these children is very varied, not only in terms of speed, but also the frequency of emergence of the individual phases of development. This applies to cognitive abilities, deep social deficits, the ability to communicate as well as other problems accompanying the axial symptoms. In addition, some modes of behaviour differentiating autistic babies from their correctly-developing peers are probably related to mental disabilities or speech disturbances. If a child is mentally disabled, the autism symptoms may be assumed to be indicative of disability. Hence, the differentiation between autistic children with mental disabilities from children characterised by the same level of disability, but without autism, is more difficult than differentiating them from children in the intellectual norm⁷⁵.

⁷³ E. Pisula, *Od badań mózgu...*, op. cit., pp. 43–45.

⁷⁴ H. Jaklewicz, *Autyzm dziecięcy...*, op. cit., p. 118; G. Jagielska, *Objawy autyzmu...*, op. cit., pp. 48–49.

⁷⁵ E. Pisula, *Autyzm u dzieci...*, op. cit., p. 53.

Until now, it was not possible to determine algorithms serving the diagnosis of ASD in babies below the first year of age that would be based on empirical proof⁷⁶. According to the current state of knowledge, the earliest moment when autism could be recognised is the eighteenth month of life. This is indicated by analyses of records from control inspections conducted by paediatricians (differing significantly from the results of assessments of twelve-month-old children), as well as by results of research conducted in this area. In clinical practice, we have at our disposal various diagnostic tools for screenings. Most frequently, these tools are useful for application for the general population of children covered by basic health care services. They could aid the detection of ASD in very young babies, however, they do not permit the differentiation of ASD from other developmental disturbances. Additionally, not all of the available diagnostic tools permit the determination of the risk of autism in very small children below the 18th month of age⁷⁷.

The most useful tools for early ASD screenings in little children are considered to be the Checklist for Autism in Toddlers – CHAT (from the 18th month of life) developed by S. Baron-Cohen, J. Allen, Ch. Gillberg⁷⁸, and its modified version, the Modified Checklist for Autism in Toddlers – M-CHAT (from the 24th until the 30th month of life). G. Baird et al.⁷⁹, conducting for many years control studies on the usage of the CHAT for screenings of the general population have discovered its high usability (most children not to get a positive result of the CHAT did not receive an autism diagnosis later)

⁷⁶ A. Steiner, T.R. Goldsmith, A.V. Snow, K. Chawarska, *Practitioner's Guide to Assessment...*, op. cit., p. 1185.

⁷⁷ M. Skórczyńska, *Wczesne diagnozowanie autyzmu...*, op. cit., p. 41.

⁷⁸ S. Baron-Cohen, J. Allen, Ch. Gillberg, *Can autism be detected at 18 months? The needle, the haystack, and the CHAT*, "British Journal of Psychiatry" 1992, 161, pp. 839–843.

⁷⁹ G. Baird, T. Charman, S. Baron-Cohen, *A screening instrument for autism at 18 months of age: A 6-year follow-up study*, "Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry", 2000, 39, pp. 694–702.

and its positive prognostic value (most children not to complete the CHAT was later diagnosed to be autistic). During the conducted research, however, it came to light that this is a tool that is less sensitive to the more subtle symptoms of autism, as children later diagnosed within the AS or with atypical autism were not detected at 18 months of age in CHAT tests. Wanting to improve the diagnostic sensitivity of the tool, in the year 1999 D.L. Robins, D. Fein, M.L. Barton, J.A. Green⁸⁰ had introduced modifications to it, proposing a modified version – the M-CHAT, which excluded observation by a medical practitioner, and expanded the number of questions aimed at parents. At the same time, they improved their practical usability for screening tests of 24-month-old children. Another useful screening tool for children aged 24–36 months is the interactive Screening Tool for Autism in Two-Year-Olds – STAT⁸¹. The diagnostic criteria for this tool are closely tied with later discovery of the ASD. These are the lack of reactions to the own name or a limited frequency of these, the inability to follow an indication or gaze, an indication for reasons other than a plea and undertaking play based on imitation. This test was created on the basis of empirical proof showing that autism spectrum disorders may be diagnosed at the age of two years, because these children present specific deficits in terms of social competences spanning imitation, functional play and directing attention. Based on clinical and scientific observations, selected were activities that best differentiate the group of children with autism from the control group⁸².

⁸⁰ D.L. Robins, D. Fein, M.L. Barton, J.A. Green, *The Modified – Checklist for Autism in Toddlers: An initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders*, “Journal of Autism and Developmental Disorders” 2001, 31(2), pp. 131–144.

⁸¹ W.L. Stone, E.B. Lee, L. Ashford i wsp., *Can autism be diagnosed accurately in children under 3 years?*, “Journal of Child Psychology and Psychiatry” 1999; 40(2), 219–226; W.L. Stone, E.E. Coonrod, O.Y. Ousley, *Brief report: Screening tool for autism in 2-year-olds (STAT): Development and preliminary data*, “Journal of Autism and Developmental Disorders” 2000, 30(6), pp. 607–612.

⁸² A. Rynkiewicz, M. Kulik, *Wystandaryzowane, interaktywne...*, op. cit., pp. 43–44.

Due to the complex and specific mode of progress of development processes and their mutual ties in the population of children with autism spectrum disorders, it is necessary for the diagnostic process or the model of early detection of autism to be conducted in many stages. Clinical trials have shown that only systematic observation of the child, using suitable diagnostic tools (even their multiple use at the right times) provide the basis for an ultimate diagnosis⁸³. This is a priority aspect of diagnosis, conditioning the early commencement of therapy, and at the same time providing a perspective to reduce the child's difficulties and preventing disturbances that could emerge as so-called secondary disturbances. We have at hand an ever higher volume of data indicating that early intervention for children with autism spectrum disorders brings positive results⁸⁴.

Bibliography

- Baird G., Charman T., Baron-Cohen S., *A screening instrument for autism at 18 months of age: A 6- year follow – up study*, „Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry”, 2000, 39, pp. 694–702.
- Ball J., *Autyzm a wczesna interwencja. Rzeczowe pytania, życiowe odpowiedzi*, Wydawnictwo Harmonia Universalis, Gdańsk, 2016.
- Baranek G.T., *Autism during infancy: a retrospective video analysis of sensory – motor and social behaviors at 9–12 moths of age*, „Journal of Autism and Developmental Disorders” 1999, vol. 29, no. 3, pp. 213–224.
- Baron-Cohen S., Allen J., Gillberg Ch., *Can autism be detected at 18 months? The needle, the haystack, and the CHAT*, “British Journal of Psychiatry” 1992, 161, pp. 839–843.
- Blok B., Brzeska Z., Ignaczewska B., *Diagnoza i wspomaganie rozwoju dziecka z autyzmem w Specjalnym Ośrodku Rewalidacyjno-Wychowawczym dla Dzieci i młodzieży z Autyzmem*, [in:] T. Serafin (ed.), *Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka od chwili wykrycia niepełnosprawności do podjęcia nauki w szkole*, published by the Polish Ministry of National Education and Sport, Warszawa 2005.

⁸³M. Skórczyńska, *Wczesne diagnozowanie...*, op. cit., p. 52.

⁸⁴J. Ball, *Autyzm a wczesna interwencja. Rzeczowe pytania, życiowe odpowiedzi*, Wydawnictwo Harmonia Universalis, Gdańsk 2016.

- Bleszyński J., *Czy echolalia w autyzmie jest problemem komunikacyjnym?*, [in:] B. Winzczura (ed.), *Autyzm. Na granicy zrozumienia*, Wydawnictwo Impuls, Kraków 2009.
- Bleszyński J., *Autyzm a niepełnosprawność intelektualna i opóźnienie w rozwoju. Skala Oceny Zachowań Autystycznych*, Published by HARMONIA UNIWERSALIS, Gdańsk 2011.
- Cotugno A.J., *Terapia grupowa dla dzieci z zaburzeniami ze spectrum autyzmu. Rozwijanie kompetencji i umiejętności społecznych*, Published by Fraszka Edukacyjna, Warszawa 2011.
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth edition, (DSM-5)*, American Psychiatric Association, APA, Washington DC 2013.
- Frith U., *Autyzm. Wyjaśnienie tajemnicy*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne Gdańsk 2008.
- Goldstein S., Naglieri J.A., S. Ozonoff (ed.), *Diagnoza zaburzeń ze spektrum autyzmu*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2017.
- Jagielska G., *Objawy autyzmu dziecięcego*, [in:] J. Komender, G. Jagielska, A. Bryńska (ed.), *Autyzm i zespół Aspergera*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009.
- Jaklewicz H., *Autyzm dziecięcy*, [in:] A. Popielarska, M. Popielarska (ed.), *Psychiatria wieku rozwojowego*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2000.
- Kutscher M.L., Glick J., *Zaburzenia integracji sensorycznej*, [in:] L.M. Kutscher, T. Attwood, R.R. Wolff (ed.), *Dzieci z zaburzeniami łączonymi*, Published by K.E. LIBER, Warszawa 2007.
- Markiewicz K., *Charakterystyka zmian w rozwoju umysłowym dzieci autystycznych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2007.
- Meng-Chuan L., Lombardo, M.V., Chakrabarti, B., Baron-Cohen, S., *Subgrouping the Autism "Spectrum"*, *Reflections on DSM-5. PLOS Biology*, 2013, 11(4), pp. 1-7.
- Osterling J., Dawson D., *Early recognition of children with autism: A study of first birthday home videotapes*, "Journal of Autism and Developmental Disorders" 1994, 24, pp. 247-259.
- Pisula E., *Autyzm – fakty, wątpliwości, opinie*, published by the WSPS, Warszawa 1993.
- Pisula E., *Autyzm u dzieci. Diagnoza, klasyfikacja, etiologia*, Wydawnictwo naukowe PWN, Warszawa 1999.
- Pisula E., *Autyzm u dzieci. Diagnoza, klasyfikacja, etiologia*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 2000.
- Pisula E., *Małe dziecko z autyzmem, diagnoza i terapia*, published by Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005.
- Pisula E., *Zaburzenia komunikacji u dzieci z autyzmem*, [in:] *Kiedy mózg pracuje inaczej... – postrzeganie, ruch, emocje, komunikacja*, „Zeszyty Naukowe” 6 for the International Conference organised by the Polish Foundation for Disabled Children „Promyk Słóńca”, Wrocław, December 5th, 2008, pp. 42-45.

- Pisula E., *Autyzm. Przyczyny, symptomy, terapia*, Published by Harmonia, Gdańsk 2010.
- Pisula E., *Wspomaganie osób z zaburzeniami należącymi do autystycznego spektrum w perspektywie psychopatologii rozwojowej*, [in:] J. Trempała (ed.), *Psychologia rozwoju człowieka*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 2011.
- Pisula E., *Od badań mózgu do praktyki psychologicznej AUTYZM*, Wydawnictwo GWP, Sopot 2012.
- Piszczek M., *Kwestionariusz oceny kompetencji emocjonalno-społecznej (KOKE-S) wysoko funkcjonujących autystów i dzieci z zespołem Aspergera (część pierwsza)*, „Rewalidacja”. Publication for teachers and therapists 2010, no. 1(27), pp. 48–63.
- Randall P., Parker J., *Autyzm. Jak pomóc rodzinie*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2010.
- Robins D.L., Fein D., Barton M.L., Green J.A., *The Modified – Checklist for Autism in Toddlers: An initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders*, “Journal of Autism and Developmental Disorders” 2001, 31(2), pp. 131–144.
- Rynkiewicz A., Kulik M., *Wystandaryzowane, interaktywne narzędzia do diagnozy zaburzeń ze spektrum autyzmu, a nowe kryteria diagnostyczne DSM-5*, „Psychiatria” 2013, 10, no. 2, pp. 41–48.
- Senator D., *Przejawy autyzmu w pierwszym roku życia*, „Pediatria Polska” 2006, no. 2, pp. 126–133.
- Sigman M., Dijamco A., Gratier M., Rozga A., *Early detection of core deficits in autism*, “Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews” 2004, 10, pp. 221–233
- Skórczyńska M., *Wczesne diagnozowanie autyzmu – perspektywy i dylematy*, [in:] B. Winczura (ed.), *Autyzm Na granicy zrozumienia*, Published by Impuls, Kraków 2009.
- Skórczyńska M., *Autyzm a opóźnienie rozwoju*, [in:] B. Winczura (ed.), *Dzieci z zaburzeniami łączonymi. Trudne ścieżki rozwoju*, Published by Impuls, Kraków 2012.
- Steiner A., Goldsmith T.R., Snow A.V., Chawarska K., *Practitioner’s Guide to Assessment of Autism Spectrum Disorders in Infants and Toddlers*, “Journal of Autism and Developmental Disorders” 2012, 42(6), pp. 1183–1196.
- Stone W.L., Coonrod E.E., Ousley O.Y., *Brief report: Screening tool for autism in 2-year-olds (STAT): Development and preliminary data*, “Journal of Autism and Developmental Disorders” 2000, 30(6), pp. 607–612.
- Stone W.L., Lee E.B., Ashford L. et al., *Can autism be diagnosed accurately in children under 3 years?* “Journal of Child Psychology and Psychiatry” 1999, 40(2), pp. 219–226.
- Teitelbaum O., Teitelbaum P., *Czy twoje dziecko ma autyzm? Jak rozpoznawać najwcześniejsze oznaki autyzmu*, Published by Harmonia Universalis, Gdańsk 2012.

- Werner E., Dawson G., Munson J., Osterling J., *Variation in early developmental course in autism and its relations with behavioral outcome at 3–4 years of age*, „Journal of Autism and Developmental Disorders” 2005, 35, pp. 337–350.
- Wiekiera E., *Strategia postępowania z dziećmi autystycznymi, Przekład z „Engagement”, Poradnik praktyczny dla rodziców*, Wydawnicwo Krajowe Towarzystwo Autyzmu Oddział w Krakowie, Kraków 1995.
- Winczura B., *Autyzm, autyzm atypowy a schizofrenia wczesnodziecięca*, [in:] B. Winczura (ed.), *Dzieci z zaburzeniami łączonymi. Trudne ścieżki rozwoju*, Published by Impuls, Kraków 2012.
- Wing L., *Związek między zespołem Aspergera i autyzmem Kanner’a*, [in:] U. Frith (ed.), *Autyzm i zespół Aspergera*, Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005.
- Wolski A., *Diagnoza autyzmu u małego dziecka – implikacje do pracy w rodzinie, “Rewalidacja”*, Publication for teachers and therapists, 2010, no. 2(28), pp. 24–44.