

Bernarda Dobnik Renko
**PSIHOLOŠKI
OCENJEVALNI
POSTOPEK
ZA ZGODNJE
ODKRIVANJE
AVTIZMA PRI
MALČKIH**

109-131

ZDRAVSTVENI DOM LJUBLJANA
CENTER ZA DUŠEVNO ZDRAVJE
PRVOMAJSKA 5
SI-1000 LJUBLJANA

::POVZETEK

Zgodnje odkrivanje malčkov z motnjo avtističnega spektra (MAS) je usmerjeno v ocenjevanje čim zgodnejših znakov tveganja že v 1. in 2. letu. V Sloveniji nimamo ocenjevalnih pripomočkov za oceno zgodnjih napovednih znakov MAS. Namen naše raziskave je bil oblikovati psihološki ocenjevalni postopek za prepoznavanje napovednih znakov MAS med 2. in 3. letom starosti. Izdelali smo preizkus SITKO, s katerim smo ocenjevali simbolno igro, komunikacijo in socialno interakcijo, skupno vezano pozornost, teorijo uma in empatijo. SITKO smo v raziskavi 1 poskusno uporabili v skupini 60 malčkov z značilnim razvojem brez znakov MAS. V raziskavi 2 smo ga uporabili kot dodatni pripomoček v skupini 31 malčkov s sumom, da gre za MAS. Pri malčkih iz raziskave 2 smo izvedli tudi standardni kliničnopsihološki pregled.

Primerjave med malčki z značilnim razvojem brez znakov MAS in malčki s sumom, da gre za MAS, so pokazale, da so bili prvi uspešnejši pri vseh nalogah preizkusa SITKO. Standardni kliničnopsihološki pregled pri malčkih s sumom, da gre za MAS, je pokazal odstopanja od značilnega razvoja v doseganju razvojnih mejnikov in na področju spoznavnega razvoja. Z uporabo dodatnega pripomočka (SITKO) smo ugotovili, da odkrijemo več malčkov z MAS in da lahko že z dosežkom na lestvicah komunikacija in socialna interakcija ter teorija uma z veliko verjetnostjo napovemo MAS. To poenostavi ocenjevanje MAS na primarni ravni zdravstva.

Ključne besede: motnja avtističnega spektra, malčki, psihološko ocenjevanje, preizkus SITKO, diagnoza

ABSTRACT

EARLY PSYCHOLOGICAL ASSESSMENT OF AUTISM IN TODDLERS
Early identification of autistic spectrum disorder (ASD) is focused on assessment of early behavioral signs in the first and second year. We don't have assessment tools for detecting early signs of ASD in Slovenia. The purpose of our research is a construction of a new assessment procedure for the identification of early signs of ASD between the second and third year of age. We developed a test SITKO for assessing toddlers symbolic play, communication and social interaction, joint attention, theory of mind and empathy. We used SITKO in a group of 60 toddlers with typical development in study 1. In study 2 we used it as an additional tool in a group of 31 toddlers with risk of ASD. A standard clinical psychological as-

essment was also applicated in this group. Results prove that typically developing toddlers show more progress than toddlers with risk of ASD on all SITKO testing scales. A standard clinical psychological assessment of toddlers with risk of ASD show significant delay in developmental milestones and measures in comparison with normative achievements in the reference group. With the help of the toddlers achievement in SITKO test, the probability for detecting ASD is greater. The results on the communication and theory of mind scales have high predictive power of ASD. This makes it easier to assess of ASD in the primary health care.

Keywords: autism spectrum disorder, toddlers, psychological assessment, SITKO test, diagnosis

::UVOD

::Opre delitev motnje avtističnega spektra (MAS)

Motnja avtističnega spektra (MAS, angl. *Autism spectrum disorder – ASD*) je v Diagnostičnem in statističnem priročniku (*Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders – DSM 5*, American Psychiatric Association – APA, 2013) opredeljena kot razvojna motnja z dvema skupinama simptomov: (a) odstopanje na področju socialne komunikacije in interakcije ter (b) ponavljajoča vedenja in ozko usmerjeni interesi in aktivnosti.

Raziskovalci se v zadnjem času usmerjajo v proučevanje zgodnjih dejavnikov tveganja in z njimi povezanih razvojnevroloških motenj, ki se pojavljajo že v prvem letu življenja in še pred prepoznavnimi simptomi motnje (Mazurek idr., 2014; Zwaigenbaum idr., 2009). Študije otrok, ki so pozneje dobili diagnozo MAS, so že v prvem letu življenja pokazale nekatere napovedne znake avtizma. To so težavni temperament in vedenje (nihanja od izjemne razdražljivosti do pretirane pasivnosti), šibek očesni stik, malo odzivanja na glasove ljudi in malo čustvenega odziva v interakciji, malo oglašanja (bebljanja), odsotnost gest in kazanja s prstom ter močnejše odzivanje na stvari kot na ljudi. V razvoju po 1. letu starosti so imeli ti malčki posebnosti tudi na drugih področjih, npr. na vidnem (drugačna vidna predelava podatkov in fiksacija na objekte ali dele objektov), gibalnem (upočasjen razvoj fine in grobe motorike), socialno-komunikacijskem (šibkejši očesni stik, posnemanje, socialni nasmeh, socialni interes in izražanje pozitivnih čustev), jezikovnem (upočasjen razvoj govora, rabe nebesedne komunikacije, besednega razumevanja), spoznavnem področju in na področju igre (poznejši pojav igre z igračami in posnemanja, ponavljajoče se aktivnosti z igračami) (Zwaigenbaum idr., 2009). Avtorji (npr. Lord, Shulman in DiLavore, 2004) poročajo, da pri nekaterih otrocih zgodnji razvoj

najprej poteka značilno, nato pa izgubijo že usvojene veščine in sposobnosti. Zgodnji znaki MAS so pogosto nespecifični, saj se podobni znaki pojavljajo pri različnih razvojnih motnjah, npr. pri upočasnjem spoznavnem razvoju, motnji aktivnosti in pozornosti, govorno-jezikovnih motnjah. Raziskovalci v več raziskavah so se ukvarjali z vprašanjem, kateri znaki v drugem življenjskem letu malčka so specifični za MAS, za druge razvojne motnje pa ne (Bryson idr., 2007; Sucksmith, Roth in Hoekstra, 2011; Wan idr., 2013). Najpogosteje pišejo o kombinaciji znakov, kot so upočasnen razvoj govora, ekstremne vedenjske reakcije, posebnosti na socialno-komunikacijskem področju, pri igri, v gibalnem razvoju ter posebnosti na področju spanja in hranjenja.

Kljub zgodnjim znakom avtizma in zaskrbljenosti staršev, ki se največkrat pojavi že med 12. in 18. mesecem malčkove starosti, večina otrok dobi diagnozo MAS več let pozneje, večina med 3. in 4. letom starosti (Woolfenden, Sarkozy, Ridley in Williams, 2012). Razlogov za to, da se diagnoza postavi v večletnim zamikom, je več:

- Na primarni ravni zdravstva v številnih državah ni presejalnega postopka za odkrivanje MAS, ki bi zajel vse malčke. Tudi v Sloveniji nimamo tovrstnega presejanja.
- Pomanjkanje občutljivih diagnostičnih pripomočkov, zlasti za malčke pred drugim letom starosti, s katerimi bi lažje identificirali zgodnje napovedne znake MAS (Palmer, Ketteridge, Parr, Baird in Le Couteur, 2011; Saint-Georges idr., 2010).
- Znaki pred 2. letom otrokove starosti so lahko različno intenzivno izraženi in nespecifični ter so lahko značilni tudi za katero drugo razvojno motnjo (Guinchat idr., 2012; Jones, Gliga, Bedford, Charman in Johnson, 2014). Pozna diagnoza je pogosta pri malčkih s šibkeje izraženimi znaki MAS in normalnimi intelektualnimi sposobnostmi (Hagler in Elsabbagh, 2014).

Poglavitni namen zgodnjega odkrivanja malčkov z dejavniki tveganja za MAS je, da bi z zgodnjo obravnavo ublažili ali preprečili razvoj motnje in pridruženih težav, kar pomembno izboljša potek otrokovega razvoja, kakovost otrokovega življenja in njegove družine, zmanjša stresno obremenitev staršev, zniža stroške številnih pregledov ter zmanjša verjetnost učne manjše uspešnosti in delovne neučinkovitosti (Dawson, Rogers in Munson, 2010).

::Ocenjevanje zgodnjih znakov MAS

Diagnoza MAS se postavlja klinično, na podlagi značilnih znakov motnje. Pri tem je koristna uporaba različnih pripomočkov, zlasti v primeru blažje izraženih znakov MAS (Charman in Gotham, 2013). Med specifičnimi

pripomočki za zgodnje ocenjevanje malčkov z MAS se v strokovni literaturi največkrat navajajo naslednji presejalni pripomočki:

- Ocenjevalni seznam avtizma za malčke (angl. *Modified Checklist for Autism in Toddlers: M – CHAT*; Robins, Fein, Barton in Green, 2001) je presejalni pripomoček, ki se uporablja za oceno znakov MAS pri 18. mesecu malčkove starosti v pediatrični ambulanti. Obstaja tudi revidirana oblika M-CHAT-R/F, dostopna na <http://mchatscreen.com>.
- Presejalni test pervazivnih razvojnih motenj (angl. *The Pervasive Development Disorders Screening Test – PDDST*; Siegel, 1996).
- Presejalni test za avtizem pri dvoletnikih (angl. *The Screening Tool for Autism in Two-Year-Olds – STAT*; Stone in Ousley, 1997), s katerim naj bi ločevali avtizem od drugih razvojnih motenj.

Med pripomočki za natančnejše diagnostično ocenjevanje MAS sta kot »zlati standard« znana dva pripomočka, in sicer diagnostična opazovalna shema za avtizem (angl. *Autism Diagnostic Observation Schedule – ADOS*; Lord idr., 2000) in diagnostični intervju za avtizem (angl. *Autism Diagnostic Interview – ADI*; Rutter, Le Couteur in Lord, 2003).

V slovenščino je od naštetih pripomočkov preveden M-CHAT in njegova revidirana oblika M-CHAT – R/F, a njuna uporaba v presejalnih postopkih pri pediatru ni sistematično urejena za celotno državo. Drugih ocenjevalnih pripomočkov v Sloveniji nimamo.

Novejše raziskave ugotavljajo, da so za odkrivanje napovednih znakov MAS potrebna opazovanja in ocene otrokove simbolne igre, empatije, zgodnjih oblik nebesedne in besedne komunikacije, skupne vezane pozornosti, izvršilnih sposobnosti, posnemanja in teorije uma (Sucksmith, Roth in Hoekstra, 2011). Primeri pripomočkov za takšno ocenjevanje so: Ocena komunikacije za malčke z avtizmom (angl. *The Social Communication Assessment for Toddlers with Autism – SCATA*; Drew, Baird, Taylor, Milne in Charman, 2006), Test simbolne igre (angl. *Test of Pretend Play – TOPP*; Lewis in Boucher, 1997), Lestvice komunikacije in simbolnega vedenja (angl. *Communication and Symbolic Behavior Scales – CSBS*; Wetherby in Prizant, 2002) in Lestvice zgodnje komunikacije (angl. *Early Social Communication Scales – ESCS*; Mundy, Hogan in Doehring, 1996). Zwaigenbaum in sodelavci (2015) priporočajo uporabo preprostih, zanesljivih in veljavnih pripomočkov, ki bi jih strokovnjaki lahko uporabljali v svoji običajni klinični praksi (npr. beleženje, kolikokrat se je malček nasmehnil, kolikokrat ga je bilo treba poklicati, kolikokrat je vzpostavil očesni stik, medtem ko je potekalo ocenjevanje spoznavnega razvoja). Takšna celostna in v naravnih okoliščinah izvedena opazovanja in ocenjevanja malčka omogočijo natančnejšo analizo njegovega vedenja, izdelavo indivi-

dualne ocene tveganja za MAS in oblikovanje programov zgodnje pomoči (Charman, Howlin, Bryony in Prince, 2004; Guralnick, 2005; Redmond, 2002; Zwaigenbaum idr., 2015).

V Sloveniji pri malčku s sumom, da gre za MAS, na primarni ravni zdravstva izvedemo standardni kliničnopsihološki pregled, ki obsega razvojnopsihološko oceno otroka, opazovanje za motnje značilnih vedenj v ambulantni, usmerjeni intervju s starši ter starševske in vzgojiteljske ocene vedenja in čustvovanja malčka. Pri zelo izrazitih znakih motnje se lahko diagnoza postavi že na podlagi tega pregleda. Kadar to ni mogoče, je treba ocenjevanje razširiti. Nekaj specifičnih pripomočkov za opazovanje za MAS značilnih vedenj naši strokovnjaki imajo, vendar niso prirejeni in preverjeni v našem okolju. Napotitev otroka na razširjeno diagnostično ocenjevanje na terciarni ravni zdravstva povzroči velik (včasih večletni) časovni odlog začetka obravnave, specifičnih pripomočkov za ocenjevanje MAS pa tudi na tej ravni zdravstva ni. Tako se lahko zgodi, da se zaradi dolgotrajnega postopka ocenjevanja motnje zamudi čas za zgodnjo obravnavo. Ravno to so bili razlogi, ki so nas vodili k razvijanju novega pripomočka, s ciljem izboljšanja zgodnjega prepoznavanja zgodnjih znakov MAS na socialno-spoznavnem področju pred 3. letom otrokove starosti.

Namen naše raziskave je bil razvoj preprostega in za javni zdravstveni sistem uporabnega pripomočka, ki bi ga lahko uporabljali kot dodatno orodje za ocenjevanje značilnih znakov MAS pri malčkih med 2. in 3. letom starosti. Z novim pripomočkom smo v ambulantni situaciji ustvarili različne igralne situacije, v katerih je bilo mogoče opazovati in ocenjevati za MAS značilna vedenja.

V prvem delu raziskave (raziskava 1) smo razvili preizkus, ki smo ga poimenovali SITKO, in s katerim smo ocenjevali simbolno igro, komunikacijo in socialno interakcijo, skupno vezano pozornost, teorijo uma in empatijo malčka. Namen drugega dela raziskave (raziskava 2) pa je bil preveriti, ali lahko z uporabo novega preizkusa SITKO prepoznamo več napovednih znakov tveganja za MAS pri malčkih kot s standardnim kliničnopsihološkim pregledom ter katere naloge na preizkusu SITKO najbolj napovedujejo verjetnost MAS.

::RAZISKAVA 1: RAZVOJ IN PRVA UPORABA PREIZKUSA SITKO

::Metoda

:Udeleženci

V vzorec je bilo vključenih 60 zdravih malčkov z značilnim razvojem, in sicer 30 deklc in 30 dečkov, starih od dve do tri leta ($M = 31,2$; $SD = 3,8$).

:Pripomočki

Preizkus za ocenjevanje malčkove igre, komunikacije in socialne interakcije – SITKO (Dobnik Renko, 2014) smo razvili za potrebe te raziskave. SITKO je preizkus za opazovanje vedenja malčkov v različnih igralnih situacijah in ocenjevanje njihovega socialno-spoznavnega razvoja. Ime preizkusa smo določili kot kombinacijo začetnih črk področij ocenjevanih zmožnosti (SI = simbolna igra, T = teorija uma, KO = komunikacija). SITKO je preizkus, s katerim testator izzove vedenje malčka v igri ter nato opazuje in ocenjuje kakovost njegove simbolne igre, njegovo komunikacijo in socialno interakcijo, skupno vezano pozornost, teorijo uma in empatijo. Gre za področja razvoja, za katera iz razvojnopsiholoških teorij vemo, da so ključnega pomena pri ocenjevanju in napovedovanju zgodnjih znakov MAS.

Preizkus SITKO vključuje 5 lestvic in 16 nalog (tabela 1). Pri prvi nalogi na lestvici simbolna igra gre za spontano simbolno igro, naslednje naloge pa so delno strukturirane in vključujejo interakcijo med malčkom in odraslo osebo. Naloge so bile malčku predstavljene kot igralne situacije, v katerih smo želeli z igro spodbuditi in nato oceniti socialno-spoznavne zmožnosti malčkov. Pri tem smo uporabljali igrače, ki so realistične po velikosti in videzu in jih malčki pogosto uporabljajo pri svoji vsakdanji igri. Pri nekaterih lestvicah smo oblikovali naloge, ki z različnim pristopom merijo isto zmožnost (npr. obe nalogi empatije in skupne vezane pozornosti), pri drugih pa smo sledili razvojnemu principu: naloge na lestvici teorija uma so vključevale prepoznavanje čustev (najpreprostejša oblika teorije uma), prepoznavanje želje in namena (preprosta teorija uma) ter prepoznavanje napačnega prepričanja (psihologija prepričanja). Z razvojnim principom smo hoteli zajeti spremembe na področjih izredno hitro razvijajočih se zmožnosti malčka v tem razvojnem obdobju. Ocenjevalne lestvice so bile nominalnega ali ordinalnega tipa. Ocenjevalec, ki je strokovnjak za kliničnopsihološko ocenjevanje in razvojno psihologijo, je opazoval

Tabela 1. Struktura preizkusa SITKO

Lestvice	Naloge oznaka	Ocene					
		1	2	3	4	5	
Simbolna igra	Socialno-spoznava lastnost						
	SSI	spontana simbolna igra	brez simbolne igre	ni mogoče oceniti			
	SPS	simbolna igra ob spodbudi	brez simbolne igre	ni mogoče oceniti			
Komunikacija in socialna interakcija	PSI	posnemanje simbolne igre	brez simbolne igre	ni mogoče oceniti			
	OKI	odzivanje na klicanje po imenu	pogleda prvič/ drugič	pogleda tretjič/ četrtič	brez odziva	ni mogoče oceniti	
	SOS	spontani očesni stik	ustrezen	dokaj ustrezen	bežen	brez odziva	ni mogoče oceniti
Skupna vezana pozornost	SPOS	spodbujeni očesni stik	ustrezen	dokaj ustrezen	bežen	brez odziva	ni mogoče oceniti
	VKOM	vzpostavljanje komunikacije	namerna	delho namerna	ni namerne komunikacije	ni mogoče oceniti	
	SVP1	skupna vezana pozornost 1	pogleda / prehaja	le pogleda ali le prehaja	ni SVP	ni mogoče oceniti	
Teorija uma	SVP2	skupna vezana pozornost 2	pogleda / prehaja	le pogleda ali le prehaja	ni SVP	ni mogoče oceniti	
	TUČ1	prepoznavanje čustva jeze	prepozna	ne prepozna	ni mogoče oceniti		
	TUČ2	prepoznavanje čustva veselja	prepozna	ne prepozna	ni mogoče oceniti		
Empatija	TUŽ	prepoznavanje želje	prepozna	ne prepozna	ni mogoče oceniti		
	TUN	prepoznavanje namena	prepozna	ne prepozna	ni mogoče oceniti		
	TUNP	prepoznavanje napačnega prepričanja	prepozna	ne prepozna	ni mogoče oceniti		
Empatija	EMP1	empatija 1	empatija	delna empatija	ni empatije	ni mogoče oceniti	
	EMP2	empatija 2	empatija	delna empatija	ni empatije	ni mogoče oceniti	

Opombe: (i) SSI = spontana simbolna igra, SPS = simbolna pretvorba ob spodbudi, PSI = posnemanje simbolne igre, OKI = odzivanje na klicanje po imenu, SOS = spontani očesni stik, SPOS = spodbujeni očesni stik, VKOM = vzpostavljanje komunikacije, SVP1 = skupna vezana pozornost 1, SVP2 = skupna vezana pozornost 2, TUČ1 = prepoznavanje čustev 1, TUČ2 = prepoznavanje čustev 2, TUŽ = prepoznavanje želje, TUN = prepoznavanje namena, TUNP = prepoznavanje napačnega prepričanja, EMP1 = empatija 1, EMP2 = empatija 2.

malčkovo vedenje na videoposnetku in nato na ocenjevalni lestvici ocenil stopnjo izraženosti zmožnosti.

:Postopek

Preizkusi malčkov s preizkusom SITKO so bili izvedeni leta 2015. Potekali so v vrtcu, zunaj igralnice, individualno z vsakim otrokom. Naloge sta izvajali dve psihologinji: prva je z otrokom izvajala preizkus, druga pa je postopek snemala. Dolžina izvajanja celotnega preizkusa je nekoliko variirala glede na individualne značilnosti otrokovega odzivanja, a ni presegla 15 minut. Ocenjevanje posnetkov sta po končanem preizkušanju opravili dve psihologinji ločeno, in sicer tako, da sta vsako nalogo ocenili z izborom ene izmed možnih ocen na ocenjevalni lestvici. Ocena je izražala način, kako se je otrok odzval na ponujene igrače in spodbudo odrasle osebe. Če med ocenjevalkama ni bilo soglasja, je oceno posnetka opravila še tretja neodvisna psihologinja. Upoštevala se je ocena, ki je izražala najvišjo stopnjo strinjanja med ocenjevalkami.

::Rezultati

Analiza dosežkov malčkov z značilnim razvojem na preizkusu SITKO je pokazala, da je bilo 82,8 % malčkov uspešnih pri nalogah na lestvici simbolna igra, na lestvici komunikacije in socialne interakcije jih je bilo uspešnih 94,2 %, na lestvici skupne vezane pozornosti 80,8 %, na lestvici teorije uma 62,7 %, na lestvici empatije pa 22,5 % malčkov.

Za oceno zanesljivosti pripomočka SITKO smo izračunali Cronbachov α -koeficient zanesljivosti, ki kaže, da je bila zanesljivost celotnega pripomočka na vzorcu malčkov z značilnim razvojem sprejemljiva ($\alpha = 0,66$). Zanesljivost smo preverili tudi znotraj posameznih lestvic preizkusa SITKO (tabela 2).

Tabela 2. Cronbachov α -koeficient zanesljivosti znotraj lestvic preizkusa SITKO

Lestvica SITKO	α	št. postavk
simbolna igra	0,78	3
kom. in soc. interakcija	0,72	4
skupna vezana pozornost	0,77	2
teorija uma	0,65	5
empatija	0,37	2

Koeficient α je bil ustrezen (višji od 0,70) na lestvicah simbolna igra, komunikacija in socialna interakcija ter skupna vezana pozornost, sprejemljiv na lestvici teorije uma, slab (nižji od 0,50) pa na lestvici empatija.

::RAZISKAVA 2: KLINIČNOPSIHOLOŠKO OCENJEVANJE MALČKOV S SUMOM, DA GRE ZA MAS

::Metoda

:Udeleženci

V vzorec je bilo vključenih 31 malčkov in malčic, starih od dve do tri leta ($M = 32,9$ mesecev; $SD = 3,94$), ki so jih pediatri zaradi tveganja, da gre za MAS ali druge razvojne motnje z znaki avtizma¹, napotili na pregled h kliničnemu psihologu. Vzorec je sestavljalo 20 dečkov (64,5 %) in 11 deklic (35,5 %).

:Pripomočki

Lestvice zgodnjega razvoja Nancy Bayley – 2. izdaja (BSID-II) – mentalna lestvica (Bayley (1993/2004) so v svetu najpomembnejši in najpogosteje uporabljani pripomoček za ocenjevanje razvoja dojenčkov in malčkov. BSID-II je namenjen ocenjevanju spoznavnega in gibalnega razvoja ter vedenjskih značilnosti dojenčkov in malčkov v starosti od enega do 42 mesecev. Vključuje tri lestvice: *mentalno lestvico*, s katero ocenjujemo splošni spoznavni razvoj dojenčkov in malčkov, *motorično lestvico*, s katero ocenjujemo gibalni razvoj in *ocenjevalno lestvico obnašanja*. V naši raziskavi smo uporabili samo mentalno lestvico. Ta vključuje 178 nalog, s katerimi ocenjujemo splošni spoznavni razvoj dojenčkov in malčkov (govorno izražanje, razumevanje, vidno-prostorske sposobnosti, fino motoriko, grafomotoriko, razumevanje količinskih odnosov). Rezultati raziskav o veljavnosti potrjujejo vsebinsko, konstruktno in kriterijsko veljavnost BSID-II (Bayley, 1993/2004).

Lestvice splošnega govornega razvoja – LSGR – LJ (Marjanovič Umek, Fe-konja, Podlessek, Kranjc in Bajc, 2007) so veljaven, zanesljiv in objektivni merski pripomoček za ocenjevanje govornega razvoja malčkov in otrok, starih od dve do sedem let. V naši raziskavi smo uporabili *Lestvico govornega razumevanja* in *Lestvico govornega izražanja*. Lestvice so namenjene merjenju otrokove govorne kompetentnosti in so zasnovane kot razvojni preizkus, s

¹Druge razvojne motnje z znaki avtizma – npr. izrazito upočasnen spoznavni razvoj, obsežne govorno-jezikovne motnje, senzorne motnje, motnje mišičnega tonusa ipd. ter njihova kombinacija.

katerim se lahko spremlja otrokov govorni razvoj v starostnem obdobju od dveh do sedem let.

Lista razvoja sporazumevalnih zmožnosti (LRSZ) za dojenčke/malčke (Marjanovič Umek idr., 2011): uporabili smo *Listo razvoja sporazumevalnih zmožnosti: Besede in stavki* za ocenjevanje sporazumevalnih zmožnosti malčkov, starih od 16 do 30 mesecev. Uporablja se za ocenjevanje malčkovega besednjaka oz. števila besed, ki jih malček govori, ter usvajanja slovnice jezika. Sestavljena je iz dveh delov, in sicer prvega *Besede, ki jih govorijo malčki* in drugega *Stavki in slovnica*. Listo za ocenjevanje razvoja sporazumevalnih zmožnosti skladno z navodili, ki so zapisana na posamezni listi, so izpolnili malčkovi starši. Zanesljivost liste je velika; alfa koeficient zanesljivosti, izračunan na vzorcu 360 slovenskih malčkov, starih od 16 do 30 mesecev, se giblje od 0,88 do 0,98 (Marjanovič Umek, Fekonja Peklaj, Sočan in Komidar, 2012).

Ocenjevalna lestvica vedenja za otroke (The Child Behavior Checklist – CBCL; Achenbach in Rescorla, 2000) je standardizirani vprašalnik s 100 vprašanji o težavah na področju vedenja in čustvovanja za predšolske otroke, ki ga izpolnjujejo starši. Z lestvico ocenjujemo vedenjske posebnosti na področju ponotranjanja (čustvene reakcije, anksioznost/depresivnost, somatske pritožbe, umikajoče vedenje in težave s spanjem) in pozunanjanja (agresivnost, težave s pozornostjo). Vključuje 5 lestvic, skladnih s klasifikacijo duševnih motenj DSM (čustvene motnje, anksiozne motnje, pervazivne razvojne motnje, motnje aktivnosti in pozornosti ter opozicionalno-kljubovalno vedenje). Zanesljivost na lestvicah je bila preizkušena na ameriškem vzorcu 700 otrok in se je pri metodi test – retest ocenjevanja gibala od $r = 0,80$ do $r = 0,90$ (Achenbach in Rescorla, 2000).

Vprašalnik razvojnih in socialnih dejavnikov – RSD (Terčon, Dobnik Renko in Vrtačnik, 2013) vključuje podatke o razvoju in socialnih dejavnikih okolja malčkov, in sicer podatke o otrokovih starših in sorojcih, podatke o nosečnosti in poporodnem poteku, podatke o zgodnjem razvoju ter podatke o pregledih in obravnavah malčka. Vprašalnik izpolnjujejo starši tako, da pri vprašanih zaprtega tipa obkrožijo izbrani odgovor, pri vprašanih odprtega tipa pa odgovor zapišejo.

Preizkus za ocenjevanje malčkove igre, komunikacije in socialne interakcije SITKO (Dobnik Renko, 2014) smo razvili za namen te študije in ga prvič uporabili v raziskavi 1. Z njim smo ocenjevali malčkovo simbolno igro, komunikacijo in socialno interakcijo, skupno vezano pozornost, teorijo uma in empatijo. Podrobneje je predstavljen v poglavju Pripomočki v Raziskavi 1.

:Postopek

Standardni kliničnopsihološki pregled (Postopek A1)

Standardni kliničnopsihološki pregled je obsegal usmerjeni kliničnopsihološki intervju s starši, starševsko oceno otrokovega čustvovanja in vedenja in razvojnopsihološko oceno otroka. Razvojnopsihološko oceno smo opravili z uporabo standardiziranih razvojnopsiholoških preizkusov: BSID-II – mentalna lestvica in LSGR – LJ (govorno razumevanje in izražanje), starši pa so izpolnili vprašalnike RSD, LRSZ in CBCL. Kliničnopsihološki intervju s starši smo opravili ob prvem obisku staršev in je v povprečju trajal uro in pol. Usmerjen je bil na pridobivanje podatkov o predporodnih, obporodnih in poporodnih dejavnikih tveganja, o doseganju razvojnih mejnikov in prisotnosti vedenj, značilnih za MAS. Razvojnopsihološko oceno otroka smo izvedli ob dveh obiskih malčka v spremstvu staršev, izjemoma so bili pri treh malčkih zaradi težav s sodelovanjem potrebni trije oz. štirje obiski. Pregledi so potekali z enotedenskim intervalom. Pregled sta izvajali dve psihologinji: prva psihološko ocenjevanje, druga pa je pomagala pri pripravi materialov, opazovala in zabeležila malčkovo vedenje. Po končanem pregledu smo uporabili način določanja diagnoze, ki se navadno uporablja v medicini: z diagnostičnim priročnikom DSM 5 smo določili, ali malček izpolnjuje kriterije za diagnozo MAS ali ne. Diagnostično oceno po DSM 5 je izdelala druga psihologinja, ki je bila pri pregledu, a ga ni aktivno izvajala. Prva ocenjevalka z njeno oceno ni bila seznanjena.

Razširjeni kliničnopsihološki pregled (Postopek A2)

Pri razširjenem kliničnopsihološkem pregledu smo z malčki en teden po končanem standardnem kliničnopsihološkem pregledu (ki je bil izveden pri postopku A1) izvedli preizkus SITKO. Ocenjevanje s tem preizkusom je izvedla prva psihologinja, ki je bila kot izvajalka ocenjevanja vključena tudi v postopek A1, diagnostične ocene malčka iz postopka A1 pa ni poznala. Po končanem pregledu je ta psihologinja izdelala diagnostično oceno po DSM 5 na podlagi vseh zbranih podatkov: vedenj, ki so se pokazala pri izvajanju preizkusa SITKO, in rezultatov predhodno izvedenega kliničnopsihološkega pregleda.

Ocenjevalki, ki sta malčku določili diagnozo po DSM 5, sta bili neodvisni in ocene v drugem postopku nista poznali.

Statistična analiza podatkov

Za analizo podatkov smo uporabili različne statistične postopke: izračunali smo opisne statistike (frekvenčne porazdelitve, aritmetične sredine, mediane, standardne odklone, mere velikosti učinka), zanesljivost preizkusa SITKO, z neparametričnimi testi smo ugotavljali razlike med skupinami udeležencev (Mann-Whitneyjev test, Kruskal-Wallisov χ^2 test). Za napovedovanje vpliva neodvisnih spremenljivk (lestvice SITKO) na odvisno spremenljivko (diagnostična ocena MAS) smo uporabili logistično regresijsko analizo po metodi enter. Pri analizi podatkov smo kot statistično pomembne upoštevali vrednosti, pri katerih so bile p -vrednosti enake ali nižje od 0,05 ($p \leq 0,05$).

::Rezultati*:Zanesljivost preizkusa SITKO na vzorcu malčkov s sumom, da gre za MAS*

Zanesljivost na vzorcu malčkov s sumom, da gre za MAS, je bila ustrezna ($\alpha = 0,72$). Zanesljivost smo preverili tudi znotraj posameznih lestvic preizkusa SITKO in je prikazana v tabeli 3.

Tabela 3. Cronbachov α -koeficient zanesljivosti znotraj lestvic preizkusa SITKO

Lestvica SITKO	α	št. postavk
simbolna igra	0,64	3
kom. in soc. interakcija	0,80	4
skupna vezana pozornost	0,73	2
teorija uma	0,53	5
empatija	0,80	2

Tabela 3 prikazuje, da je koeficient α ustrezen (višji od 0,70) na lestvicah komunikacija in socialna interakcija, skupna vezana pozornost in empatija, na lestvici simbolne igre je sprejemljiv, na lestvici teorija uma pa slab. Primerjava z analizo zanesljivosti preizkusa na vzorcu malčkov z značilnim razvojem kaže, da je njegova zanesljivost na vzorcu malčkov s sumom, da gre za MAS, večja. Največje razlike med skupinama glede notranje skladnosti ocen so se pokazale na lestvici empatije. Ocene malčkov z značilnim razvojem na lestvici empatija so bile pomembno bolj heterogene (nekateri uspešni, drugi ne), medtem ko

so bili malčki s sumom, da gre za MAS, večinoma neuspešni in so tako imeli bolj homogene ocene, posledično pa višjo notranjo skladnost na lestvici.

Analiza značilnosti malčkov, ki so dobili diagnozo MAS po postopku A1 in po postopku A2

V tabeli 4 je prikazano število malčkov s sumom, da gre za MAS, ki so prejeli diagnostične ocene po obeh ocenjevalnih postopkih (A1 in A2).

Tabela 4. Število malčkov z MAS, ki so prejeli diagnostične ocene po obeh ocenjevalnih postopkih (A1 in A2)

		Diagnostična ocena po postopku A2		
		MAS	ni MAS	skupaj
Diagnostična ocena po postopku A1	MAS	15	3	18
	ni MAS	9	4	13
skupaj		24	7	31

Iz tabele 4 lahko razberemo, da je 15 malčkov dobilo oceno MAS po obeh postopkih (malčki s skladno diagnostično oceno), 4 malčki pa v nobenem postopku niso dobili diagnostične ocene MAS. Diagnostični oceni sta bili tako skladni pri 19 malčkih (61,29 %). Trije malčki so prejeli oceno MAS le po postopku A1, 9 malčkov pa le v postopku A2 (malčki z neskladno oceno), kar je 38,71 % malčkov iz celotne skupine malčkov s sumom, da gre za MAS.

V nadaljevanju smo glede na dosežke na preizkusu SITKO primerjali tri skupine malčkov: malčke s skladno diagnostično oceno MAS² ($N = 15$), malčke brez potrjene ocene MAS³ ($N = 16$) in malčke z značilnim razvojem ($N = 60$). Na vseh lestvicah so bili najuspešnejši malčki z značilnim razvojem, sledili so jim malčki brez potrjene ocene MAS, najnižji pa so bili dosežki malčkov s skladno diagnostično oceno MAS. Rezultati kažejo, da so bile razlike med skupinami največje na lestvici teorija uma (*Kruskal Wallisov* $\chi^2(2) = 38,55$; $p < 0,001$) ter komunikacije in socialne interakcije ($\chi^2(2) = 37,37$; $p < 0,001$), najmanjše, a še vedno statistično pomembne, pa na lestvici empatije ($\chi^2(2) = 9,63$; $p = 0,008$). Prvi dve skupini malčkov smo primerjali tudi glede na njihove

²Malčki s skladno diagnostično oceno MAS – malčki, ki so dobili diagnostično oceno MAS v obeh postopkih (A1 in A2).

³Malčki brez potrjene ocene MAS – malčki, ki so dobili diagnostično oceno MAS le v enem od postopkov (A1 ali A2) oz. v nobenem postopku.

dosežke na preizkusih BSID-II in LSGR – LJ ter na vprašalnikih CBCL in LRSZ, ki so jih izpolnili starši. Malčki s skladno diagnostično oceno MAS so bili na vseh razvojnopsiholoških preizkusih statistično pomembno manj uspešni od malčkov brez potrjene ocene MAS: na mentalni lestvici BSID II (*Mann – Whittneyjev* $U = 49,9$; $p = 0,005$), na področju govornega razumevanja ($U = 70,5$; $p = 0,050$), govornega izražanja ($U = 59,5$; $p = 0,016$), besednjaka ($U = 50,0$; $p = 0,010$), pravilnega posploševanja slovničnih pravil ($U = 53,0$; $p = 0,012$), dolžine stavkov ($U = 49,5$; $p = 0,008$) in zapletenosti stavkov ($U = 51,5$; $p = 0,009$). Na lestvicah CBCL so imeli malčki s skladno diagnostično oceno MAS pomembno več težav na področju pervazivnih razvojnih motenj ($U = 44,5$; $p = 0,005$) in ponotranjanja težav ($U = 60,5$; $p = 0,031$). Na preostalih lestvicah CBCL razlike med skupinama niso bile statistično pomembne. Analiza velikosti učinkov kaže, da je učinek na večini razvojnopsiholoških preizkusov srednje velik, na preizkusih LSGR-razumevanje in CBCL-ponotranjanje težav pa je majhen (pod 0,40).

:Napovedni znaki MAS

Zanimalo nas je, katere lestvice na preizkusu SITKO najbolj napovedujejo možnost, da bo malček dobil diagnostično oceno MAS po postopku A1. Za vsako nalogo znotraj posamezne lestvice smo najprej določili, ali je bil malček uspešen (1 točka) ali ne (0 točk). Nato smo za vsakega malčka izračunali skupno število točk, ki jih je dosegel na posamezni lestvici. Preverili smo razlike v povprečnih dosežkih malčkov z značilnim razvojem in malčkov s sumom, da gre za MAS, kar prikazuje tabela 5.

Tabela 5. Primerjava dosežkov (števila točk) malčkov s sumom, da gre za MAS, in malčkov z značilnim razvojem na lestvicah SITKO

Skupina malčkov		Simbolna igra SIMB	Kom. in soc. interakcija KSI	Skupna vezana pozornost SVP	Teorija uma TU	Empatija EMP
Sum, da gre na MAS ($N = 31$)	<i>M</i>	1,68	2,03	0,71	0,94	0,10
	<i>SD</i>	1,14	1,58	0,86	1,06	0,40
	<i>Mdn</i>	2	2	0	1	0
Značilni razvoj ($N = 60$)	<i>M</i>	2,48	3,77	1,62	3,13	0,45
	<i>SD</i>	0,95	0,50	0,72	1,42	0,65
	<i>Mdn</i>	3	4	2	3	0

Skupaj ($N = 91$)	<i>M</i>	2,21	3,18	1,31	2,38	0,33
	<i>SD</i>	1,08	1,30	0,88	1,67	0,60
	<i>Mdn</i>	3	4	2	3	0
Mann-Whitneyjev <i>U</i>		547,5	356	437	234,5	655
<i>Z</i>		-3,576	-5,552	-4,678	-5,923	-2,991
<i>p</i>		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,003
<i>r</i>		0,37	0,58	0,49	0,62	0,31

Opombe: (i) Kot mero velikosti učinka smo uporabili Pearsonov *r*-koeficient, izračunan po formuli $r = z/\sqrt{N}$.

Povprečni dosežki v skupini malčkov z značilnim razvojem so višji kot v skupini malčkov s sumom, da gre za MAS, in sicer na vseh lestvicah preizkusa SITKO. Enako velja tudi za mediano, razen v primeru lestvice empatija (EMP), ki znaša v obeh skupinah 0. Razlike med skupinama smo preverili z Mann-Whitneyjevim preizkusom, s katerim smo potrdili, da je povprečni rang v skupini malčkov z značilnim razvojem statistično pomembno višji na vseh lestvicah. V primeru lestvic SIMB, KSI, SVP in TU lahko to potrdimo z manj kot 0,1-odstotnim tveganjem, v primeru lestvice EMP pa s tveganjem 0,003. Analiza velikosti učinkov kaže, da je učinek na lestvicah EMP in SIMB majhen, na lestvicah SVP, KSI in TU pa je srednje velik.

V nadaljevanju smo v model logistične regresijske analize kot neodvisne spremenljivke vključili vse lestvice preizkusa SITKO (SIMB, KSI, SVP, TU in EMP). Odvisna spremenljivka je bila diagnostična ocena po postopku A1. Odvisno spremenljivko smo kodirali tako, da je koda 1 pomenila *ima MAS*, koda 0 pa *nima MAS*. V tabeli 6 predstavljamo rezultate končnega regresijskega modela.

Tabela 6. Rezultati logistične regresije za napovedovanje diagnoze MAS na podlagi lestvic preizkusa SITKO

	Waldova statistika	Razmerje obetov	<i>p</i>	95-odstotni IZ za razmerje obetov	
				spodnja meja	zgoranja meja
Konstanta	4,705	0,132	0,030		
SIMB	2,628	0,430	0,105	0,155	1,193
KSI	6,433	2,244	0,011	1,202	4,191
SVP	0,533	1,503	0,465	0,504	4,485
TU	7,159	5,805	0,007	1,601	21,055
EMP	0	12359936	0,998	0	0

Opombe: (i) Nagelkerkov $R^2 = 0,7728$; $\chi^2_{(6)} = 55,89$; $p < ,001$. SIMB – simbolna igra. KSI – komunikacija in socialna interakcija. SVP – skupna vezana pozornost. TU – teorija uma. EMP – empatija.

Nagelkerkov R^2 kaže na dobro napoved diagnoze MAS po postopku A1. V primeru vključitve vseh petih spremenljivk preizkusa SITKO sta pomemben napovednik diagnoze spremenljivki KSI (komunikacija in socialna interakcija) in TU (teorija uma). Druge lestvice SITKO (simbolna igra, skupna vezana pozornost in empatija) se niso uvrstile v regresijski model in torej ne bi pomembno pripomogle k boljši napovedi diagnostične ocene MAS. Rezultati kažejo, da se z višanjem malčkovih dosežkov na teh dveh lestvicah povečujejo obeti za odsotnost diagnostične ocene MAS. Če se dosežek na lestvici KSI poveča za eno točko, se povečajo obeti za odsotnost diagnoze za 2,244-krat ($p = 0,011$) ob pogoju, da je rezultat na lestvici TU konstanta (nespremenjen). Če se dosežek na lestvici TU poveča za eno točko, se povečajo obeti za odsotnost diagnoze za 5,805-krat ($p = 0,007$) ob pogoju, da je rezultat na lestvici KSI nespremenjen.

Tabela 7. Deleži malčkov, ki smo jim glede na dosežke na dveh lestvicah SITKO (KSI in TU) pravilno ali nepravilno napovedali diagnostično oceno MAS po postopku A1

			Diagnoza		Skupaj
			MAS po A1	Ni MAS po A1	
Napoved	MAS po A1	število	13	4	17
		vrstični odstotki	76,5 %	23,5 %	100,0 %
		stolpčni odstotki	72,20 %	5,50 %	18,70 %
	Ni MAS po A1	število	5	69	74
		vrstični odstotki	6,80 %	93,20 %	100,0 %
		stolpčni odstotki	27,80 %	94,50 %	81,30 %
Skupaj	število	18	73	91	
vrstični odstotki		19,80 %	80,20 %	100,0 %	
stolpčni odstotki		100,0 %	100,0 %	100,0 %	

Iz rezultatov, prikazanih v tabeli 7, vidimo, da smo lahko s postopkom logistične regresije pravilno razvrstili 13 od 18 malčkov (72,2 %) z diagnozo po A1 in 69 od 73 malčkov (94,5 %) z značilnim razvojem; skupno je torej pravilno razvrščenih 90,1 % malčkov. Kot lahko vidimo, je logistična regresija nekoliko bolj natančna pri določitvi malčkov z značilnim razvojem kot tistih z diagnozo po A1. Če izhajamo iz napovedi diagnoze po postopku A1, je bilo med tistimi malčki, ki so bili določeni, da imajo diagnozo po postopku A1 ($N = 17$), 13 takšnih, ki smo jim to diagnostično oceno tudi dejansko potrdili, kar je 76,5-odstotna pravilna napoved. Med tistimi, ki so bili določeni, da imajo značilni razvoj ($N = 74$), pa je bilo 69 tudi dejansko znotraj značilnega razvoja (93,2 %).

::DISKUSIJA

V raziskavi smo razvili nov preizkus SITKO, ki, kot kažejo rezultati, lahko predstavlja dodaten pripomoček za prepoznavanje znakov MAS pri malčkih med 2. in 3. letom starosti. Preizkus SITKO smo v raziskavi 1 preizkusili na vzorcu malčkov z značilnim razvojem in skladno s teoretičnimi izhodišči ugotovili, da je bila večina malčkov uspešna pri nalogah s področja simbolne igre, komunikacije in socialne interakcije, skupne vezane pozornosti in teorije uma. Na področju empatije je bila uspešna le približno četrtina malčkov, kar kaže, da so bile naloge s tega področja preveč zahtevne. Iz literature je znano, da malčki po drugem letu starosti razvijajo sposobnost vživljanja v čustveno stanje druge osebe, začenjajo razumeti potrebe in namene drugih ter so pripravljeni pomagati tistim, ki se znajdejo v neugodnih okoliščinah (Brownell, Svetlova, Anderson, Nichols in Drummond, 2013). Spodbujanje empatičnega odziva z uporabo nalog je bila testno ustvarjena situacija, ki je bila za malčke zahtevnejša kot naravna interakcija, čemur pripisujemo razlog, da jih večina ni uspešno opravila nalog oz. da se je pojavila t. i. egocentrična empatija, ki je najzgodnejša razvojna stopnja prave empatije (Hobbs in Warneken, 2012). Nalogi s področja empatije sta tako najmanj pripomogli k verjetnosti, da bo malček prepoznan kot otrok z MAS.

Notranja konsistentnost lestvic SITKO je bila večinoma ustrezna, kar kaže, da lestvice merijo isti psihološki konstrukt. Več avtorjev (npr. Wetherby idr., 2004) poroča, da so skupna vezana pozornost, posnemanje, empatija, komunikacija in socialna interakcija med seboj prepletene značilnosti oziroma zmožnosti, pri katerih ne moremo natančno določiti vzročno-posledične zveze.

Primerjava malčkov z diagnostično oceno MAS po postopkih A1 in A2 kaže, da smo v postopku A2, v katerem smo uporabljali tudi preizkus SITKO, odkrili več malčkov, ki so izpolnili kriterije za MAS po DSM 5. Z uporabo dodatnega preizkusa za ocenjevanje malčkove igre, komunikacije in socialne interakcije, skupne vezane pozornosti, teorije uma in empatije so postala nekatera vedenja, ki so v DSM 5 diagnostični kriteriji za MAS, bolj prepoznavna in smo jih lažje opazili in potrdili. Podobno ugotavljajo Lord in Bailey (2005) ter Volkmar, Chawarska in Klin (2005), ki poročajo, da imajo ocene splošnih intelektualnih sposobnosti in govora s standardiziranimi testi v obdobju malčka dobro napovedno vrednost za nadaljnji splošni spoznavni razvoj oz. razvoj govora, niso pa namenjene in dovolj zanesljive v oceni, ali gre za katero od razvojnih motenj. Zato je ocena splošnega razvoja malčka le osnovna orientacija o tem, katero dodatno oceno je treba še opraviti, ne daje natančnega odgovora, za katero razvojno motnjo gre.

V naši raziskavi je približno polovica malčkov s sumom, da gre za MAS,

dobila skladno diagnostično oceno MAS po postopkih A1 in A2. Ti so imeli na preizkusu SITKO in na razvojnopsiholoških preizkusih nižje dosežke kot tisti malčki, ki niso dobili diagnostične ocene MAS, ali pa diagnostična ocena v obeh postopkih ni bila skladna. Naši rezultati so primerljivi z ugotovitvami drugih avtorjev (npr. Lord in Bailey, 2005; Vacca, 2007), ki prav tako poročajo o nižjih dosežkih otrok z MAS na testih, ki merijo splošni spoznavni razvoj in govor malčkov. Govorno-jezikovni primanjkljaji so sicer osrednji znak MAS, niso pa specifični samo za MAS, ampak tudi za druge razvojne motnje (npr. obsežnejše govorno-jezikovne motnje, upočasnen spoznavni razvoj ipd.). Bolj kot dosežek na govornih lestvicah se kot napovedni dejavnik za MAS v raziskavah omenjajo skupna vezana pozornost, sledenje s pogledom, raba in posnemanje gest, simbolna igra – torej govor v socialno-komunikacijski funkciji (Carpenter, Tomasello in Striano, 2005). Malčki s skladno diagnostično oceno MAS po obeh postopkih so imeli glede na preostale malčke s sumom, da gre za MAS, več težav na lestvici pervazivnih razvojnih motenj (CBCL) in na skupni lestvici ponotranjanja težav. Raziskav, kjer so avtorji uporabili CBCL in v katerih so sodelovali malčki, je malo in so manj konsistentne. Posamezne študije (npr. Sikora, Hall, Hartley, Gerrard-Morris in Cagle, 2008) poročajo o zvišanih vrednostih na lestvicah pervazivne razvojne motnje in umikajoče vedenje.

Z logistično regresijsko analizo smo preverjali, katere lestvice preizkusa SITKO najbolj napovedujejo verjetnost, da bo malček dobil diagnostično oceno MAS po postopku A1. Izkazalo se je, da že dve lestvici (komunikacija in socialna interakcija ter teorija uma) z veliko verjetnostjo (90,1 % pravilno razvrščenih) napovedujeta možnost, da bo malček dobil diagnozo MAS. Ker lestvica empatije ne pripomore k boljši napovedi diagnostične ocene MAS, bi jo veljalo v nadaljnjem postopku razvoja preizkusa SITKO izključiti. Preizkus bi tako namesto sedanjih 16 vključeval le 14 nalog in bi bil kot tak še bolj uporaben v ambulantni situaciji na primarni ravni zdravstva. Standardizirani mednarodni pripomočki, kot so npr. ADI, ADOS ali DISCO, so za vsakdanjo rabo na primarni ravni zdravstva precej obsežni, prav tako niso zanesljivi pri dojenčkih in malčkih z večjim razvojnim zaostankom (Charman in Gotham, 2013).

Kot kažejo izsledki naše raziskave, je dodatni postopek ocenjevanja s preizkusom SITKO pri malčkih vzbudil določene vedenjske odzive in s tem omogočil uspešnejšo prepoznavo njihovih socialno-spoznavnih zmožnosti. Posledično je več malčkov dobilo diagnostično oceno MAS. Več avtorjev (npr. Gomez, Baird in Jung, 2004; Vacca, 2007) poroča, da je na podlagi zgodnje in podrobne analize vedenja in odzivanja malčkov mogoče bolje načrtovati individualno zasnovano zgodnjo obravnavo malčkov. Ker je na

dosežke malčkov na področjih simbolne igre, komunikacije, socialnih veščin, skupne vezane pozornosti, teorije uma in empatije mogoče nekoliko vplivati s specialnopedagoškimi in drugimi terapevtskimi obravnavami, lahko tudi pričakujemo manjšo verjetnost, da bodo malčki, ki so bili vključeni v programe zgodnje pomoči, pozneje dobili diagnozo MAS.

Omejitev naše raziskave je bil majhen vzorec vključenih malčkov, ki ne omogoča posplošitev rezultatov, ki bi jih bilo treba preveriti na večjem številu vključenih udeležencev. Raziskava je bila zasnovana tako, da smo klinični vzorec malčkov lahko primerjali z vzorcem enako starih malčkov z značilnim razvojem le na preizkusu SITKO. Na drugih področjih razvoja (v doseganju razvojnih mejnikov in na razvojnopsiholoških preizkusih) primerljive skupine nismo imeli, zato smo lahko rezultate, dobljene na kliničnem vzorcu, primerjali le z normativnimi dosežki enako starih malčkov. Ker je bil preizkus SITKO razvit za namen te raziskave, ni imel vnaprej preverjenih merskih karakteristik. V prihodnje bi želeli primerjati dosežke malčkov na preizkusu SITKO z dosežki na katerem od preizkušenih pripomočkov za ocenjevanje MAS (npr. ADOS). Malčke, ki so sodelovali v naši raziskavi, bi bilo v prav tako smiselno vzdolžno spremljati in ponovno timsko (razvojnopediatrično, kliničnopsihološko in logopedsko) pregledati v starosti od 5 do 6 let, kar s kliničnopsihološkega vidika zahteva dodatno pripravo preizkusa, ki bi bil glede na razvojnopsihološka spoznanja primeren za otroke te starosti. Takšno sledenje bi nam omogočilo preverjanje stabilnosti zgodnje diagnostične ocene v času. Prav zanesljivost zgodnje diagnoze MAS je zaradi potreb po zgodnji obravnavi v zadnjih letih ena glavnih raziskovanih tem na tem področju.

::ZAKLJUČEK

V zadnjem desetletju so se razvili novi pristopi za zgodnje odkrivanje dejavnikov tveganja za MAS, ki so uporabni že v obdobju dojenčka in malčka. Ker v Sloveniji nimamo prevedenih in prirejenih pripomočkov za zgodnje ocenjevanje dojenčkov in malčkov z MAS, smo v raziskavi, upoštevajoč novejša spoznanja o razvoju malčkov, razvili nov preizkus za opazovanje malčkove igre, komunikacije in socialne interakcije, skupne vezane pozornosti, teorije uma in empatije, ki se je izkazal kot dovolj zanesljiv pripomoček za ocenjevanje znakov tveganja za MAS pri malčkih med 2. in 3. letom starosti. Njegova uporaba nam je omogočila boljši vpogled v socialno-spoznavne zmožnosti malčkov. Z dodatno uporabo tega preizkusa pri kliničnopsihološkem pregledu smo prepoznali več malčkov z MAS in med njimi tudi takšne z blažjo klinično sliko motnje. Preizkus, ki temelji na neposredni oceni kliničnega psihologa, je ekonomičen in omogoča hitro ocenjevanje zgodnjih znakov MAS na pri-

marni ravni zdravstva. Takšno ocenjevanje malčkov je podlaga za njihovo vključevanje v programe specializirane zgodnje pomoči.

::LITERATURA

- Achenbach, T. M. in Rescorla, L. A. (2000): *Manual for the ASEBA Preschool forms and Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.
- American Psychiatric Association (2013): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition: DSM-5*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Bayley, N. (1993/2004): *Lestvice zgodnjega razvoja N. Bayley* (M. Zupančič in T. Kavčič, prevod). Ljubljana: Center za psihodiagnostična sredstva.
- Brownell, C., Svetlova, M., Anderson, R., Nichols, S. in Drummond, J. (2013): »Socialization of early prosocial behavior: How parents talk about emotions is associated with sharing and helping in toddlers«. *Infancy*, 18, 91–119.
- Bryson, S. E., Zwaigenbaum, L., Brian, J., Roberts, W., Szatmari, P., Rombough, V. in McDermott, C. (2007): »A prospective case series of high – risk infants who developed autism«. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 12–24.
- Carpenter, M., Tomasello, M. in Striano, T. (2005): »Role Reversal Imitation and Language in Typically Developing Infants and Children With Autism«. *Infancy*, 8, 253–278.
- Charman, T., Howlin, P., Bryony, B. in Prince, E. (2004): »Measuring developmental progress of children with autism spectrum disorder on school entry using parent report«. *Autism*, 8, 89–100.
- Charman, T. in Gotham, K. (2013): »Measurement issues: Screening and diagnostic instruments for autism spectrum disorders—Lessons from research and practice«. *Child and Adolescent Mental Health*, 18 (1), 52–64.
- Dawson, G., Rogers, S. in Munson, J. (2010): »Randomized controlled trial of the Early Start Denver Model: A developmental behavioral intervention for toddlers with autism: Effects on IQ, adaptive behavior, and autism diagnosis«. *Pediatrics*, 125 (1), e17–e23.
- Dobnik Renko, B. (2014): *Preizkus za opazovanje malčkove igre, komunikacije in socialne interakcije (SITKO)*. ZDL: interno gradivo.
- Drew, A., Baird, G., Taylor, E., Milne, E. in Charman, T. (2006): »The Social Communication Assessment for Toddlers with Autism (SCATA): an instrument to measure the frequency, form and function of communication in toddlers with autism spectrum disorder«. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37 (4), 648–66.
- Gomez, C., Baird, S. in Jung, L. (2004): »Regulatory disorder identification, diagnosis, and intervention planning: Untapped resources for facilitating development«. *Infants and Young Children*, 17, 327.
- Guinchat, V., Chamak, B., Bonniau, B., Bodeau, N., Perisse, D. in Cohen, D. (2012): »Very early signs of autism reported by parents include many concerns not specific to autism criteria«. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6 (2), 589–601.
- Guralnick, M. J. (2005): *The developmental systems approach to early intervention*. Baltimore: Brookes.
- Hagler, E. M. in Elsabbagh, M. (2014): »Autism: A Global Perspective«. *Current Developmental Disorders Reports*, 2, 58–64. doi: 10.1007/s40474-014-0033-3.
- Hobbs, K. in Warneken, W. (2012): *Can toddlers use emotion cues to desire in the service of appropriate helping?* Poster presented at the International Conference on Infant Studies (Minneapolis, MN).
- Jones, E. J. H., Gliga, T., Bedford, R., Charman, T. in Johnson, M. H. (2014): »Developmental pathways to autism: A review of prospective studies of infants at risk«. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 39, 1–33.
- Lewis, V. in Boucher, J. (1997): *The test of pretend play*. London: The Psychological Corporation.
- Lord, C., Risi, S., Lambrecht, L., Cook, E. H., Leventhal, B. L., DiLavore, P. C., ... in Rutter, M. (2000): »The Autism Diagnostic Observation Schedule–Generic: A Standard Measure

- of Social and Communication Deficits Associated with the Spectrum of Autism«. *Journal-HYPERLINK „http://link.springer.com/journal/10803“ HYPERLINK „http://link.springer.com/journal/10803“ofHYPERLINK „http://link.springer.com/journal/10803“ HYPERLINK „http://link.springer.com/journal/10803“AutismHYPERLINK „http://link.springer.com/journal/10803“ HYPERLINK „http://link.springer.com/journal/10803“andHYPERLINK „http://link.springer.com/journal/10803“ HYPERLINK „http://link.springer.com/journal/10803“DevelopmentalHYPERLINK „http://link.springer.com/journal/10803“ HYPERLINK „http://link.springer.com/journal/10803“Disorders*, 30 (3), 205–223.
- Lord, C., Shulman, C. in DiLavore, P. (2004): »Regression and word loss in autistic spectrum disorders«. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 936–955.
- Lord, C. in Bailey, A. (2005): »Autism Spectrum Disorders«. V M. Rutter in E. Taylor (ur.), *Child and Adolescent Psychiatry, fourth edition* (str. 636–663). Oxford: Blackwell Publishing.
- Marjanovič Umek, L., Fekonja, U., Podlesek, A., Kranjc in Bajc, G. (2007): *Lestvice splošnega govornega razvoja – LSGR - LJ*. Ljubljana: Filozofska fakulteta.
- Marjanovič Umek, L., Fekonja Peklaj, U., Sočan, G. in Komidar L. (2012): *Ocenjevanje sporazumevalnih zmožnosti dojenčkov in malčkov*. Ljubljana: Center za psihološko merjenje in svetovanje Oddelka za psihologijo Filozofske fakultete.
- Mazurek, M. O., Handen, B. L., Wodka, E. L., Nowinski, L., Butter, E. in Engelhardt, C. R. (2014): »Age at first autism spectrum disorder diagnosis: The role of birth cohort, demographic factors, and clinical features«. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 35 (9), 561-569. 510.1097/DBP.000000000000097.
- Mundy, P., Hogan, A. in Doehring, P. (1996): *A Preliminary Manual for the Abridged Early Social Communication Scales (ESCS)*. University of Miami: Unpublished manual.
- Narzisi, A., Calderoni, S., Maestro, S., Calugi, S., Mottes, E. in Muratori, F. (2013): »Child Behavior Check List 1½–5 as a tool to identify toddlers with Autism Spectrum Disorders: A case-control study«. *Research in developmental disabilities*, 34 (4), 1179–1189.
- Palmer, E., Ketteridge, C., Parr, J. R., Baird, G. in Le Couteur, A. (2011): »Autism spectrum disorder diagnostic assessments: Improvements since publication of the National Autism Plan for Children«. *Archives of Disease in Childhood*, 96, 473–475.
- Redmond, S. (2002): »The use of rating scales with children who have language impairment«. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 11, 124–138.
- Robins, D., Fein, D., Barton, M. in Green, J. (2001): »The Modified-Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT): An initial investigation in the early detection of autism and Pervasive Developmental Disorders«. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31 (2), 131–144.
- Rutter, M., Le Couteur, A., Lord, C. (2003): *ADI-R: Autism Diagnostic Interview – Revised*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
- Saint-Georges, C., Cassel, R. S., Cohen, D., Chetouani, M., Laznik, M. C., Maestro, S. in Muratori F. (2010): »What studies of family home movies can teach us about autistic infants: a literature review«. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 4, 355–366.
- Siegel, B. (1996): *Pervasive Developmental Disorders Screening Test-II*. San Antonio: Harcourt Assessments.
- Sikora, D. M., Hall, T. A., Hartley, S. L., Gerrard-Morris, A. E. in Cagle, S. (2008): »Does parent report of behavior differ across ADOS-G classifications: analysis of scores from the CBCL and GARS«. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38, 440–448.
- Stone, W. L. in Ousley, O. Y. (1997): *STAT Manual: Screening tool for autism in two-year-olds*. Vanderbilt University: Unpublished manuscript.
- Sucksmith, R., Roth, I. in Hoekstra, R. A. (2011): »Autistic traits below the clinical threshold: re-examining the broader autism phenotype in the 21st century«. *Neuropsychology Review*, 21 (4), 360–389.
- Terčon, J., Dobnik Renko, B. in Vrtačnik, P. (2013): *Vprašalnik razvojnih in socialnih dejavnikov (RSD)*. ZDL: interno gradivo.

- Vacca, J. J. (2007): »Incorporating Interests and Structure to Improve Participation of a Child With Autism in a Standardized Assessment: A Case Study Analysis«. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 22 (1), 51–59.
- Volkmar, R., Chawarska, K. in Klin, A. (2005): »Autism in Infancy and Early Childhood«. *Annual Review of Psychology*, 56 (12), 1–21.
- Wan, M. W., Green, J., Elsabbagh, M., Johnson, M., Charman, T. in Plummer, F. (2013): »Quality of interaction between at-risk infants and caregiver at 12–15 months is associated with 3-year autism outcomes«. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54 (7), 763–771.
- Wetherby, A. M. in Prizant, B. M. (2002): *Communication and symbolic behavior scales – developmental profile manual*. Baltimore, London, Sidney: Paul Brookes Publishing.
- Wetherby, A. M., Woods, J., Allen, L., Cleary, J., Dickinson, H. in Lord, C. (2004): »Early indicators of autism spectrum disorders in the second year of life«. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34 (5), 473–493.
- Woolfenden, S., Sarkozy, V., Ridley, G. in Williams, K. (2012): »A systematic review of the diagnostic stability of autism spectrum disorder«. *Research In Autism Spectrum Disorders*, 6, 345–354.
- Zwaigenbaum, L., Bryson, S., Lord, C., Rogers, S., Carter, A., Carver, L., ... in Yirmiya N. (2009): »Clinical Assessment and Management of Toddlers with Suspected ASD: Insights from studies of high-risk infants«. *Pediatrics*, 123/5.
- Zwaigenbaum, L., Bauman, M. L., Stone, W. L., Yirmiya, N., Estes, A., Hansen, R. L., ... in Wetherby, A. (2015): »Early identification of autism spectrum disorder: recommendations for practice and research«. *Pediatrics*, 136 (1), S10–S40.