

Joanna Myrcha

**Zespół Aspergera jako zaburzenie ze spektrum autyzmu –
przyczyny, diagnoza, obraz kliniczny.**

Spis treści

Wstęp	3
1. Autyzm dziecięcy a zespół Aspergera	4
2. Diagnoza	9
3. Przyczyny zaburzeń spektrum autystycznego	14
4. Obraz kliniczny dziecka z zespołem Aspergera	18
4.1. Kontakty i więzi społeczne.....	18
4.2. Mowa.....	20
4.3. Pasje i czynności rutynowe.....	22
4.4. Motoryka.....	24
4.5. Zaburzenia funkcji poznawczych.....	25
4.6. Wrażliwość sensoryczna.....	26
5. Terapia	28
Podsumowanie	31
Bibliografia	32

Wstęp

Z dzieckiem z objawami zespołu Aspergera możemy spotkać się niemalże w każdej w szkole. Najczęściej dziecko takie diagnozowane jest dopiero w wieku 6 – 8 lat. W wieku niemowlęcym i poniemowlęcym bardzo trudno jest zauważyć delikatne objawy tego zaburzenia. Pytania dotyczące rozwoju dziecka pojawiają się dopiero w przedszkolu. Wtedy widać trudności dziecka w relacjach z rówieśnikami, różnice w sposobie wypowiedzania się, czy w zabawie, czasami niezgrabność ruchową. Dziecko to potrzebuje wsparcia ze strony nauczyciela, pedagoga. Zdecydowałam zająć się tą tematyką gdyż od nauczyciela zależy czy zauważy istniejący problem, czy zachęci rodziców do szukania pomocy u specjalistów i czy podejmie się szukania metod i form pracy z takim dzieckiem.

W swoich biografjach osoby z zespołem Aspergera wspominają, że zawsze czuły się inne od wszystkich, niektóre doświadczały samotności, często stawały się obiektem wyśmiewania i drwin. Zaburzenie to bardzo utrudnia życie wśród innych. Jak najwcześniej podjęta terapia, po dokładnej, gruntownej diagnozie stwarza nadzieję, że dziecko lepiej będzie sobie radzić w różnych sytuacjach.

Niniejszą pracę napisałam po uważnej lekturze wielu książek z tej tematyki. W rozdziale pierwszym przedstawiam zespół Aspergera jako jedno z zaburzeń ze spektrum autyzmu. W rozdziale drugim omawiam problem diagnozy. W rozdziale trzecim szczegółowo opisuję przyczyny zespołu Aspergera. Rozdział czwarty to charakterystyka, opis kliniczny tego zaburzenia. W piątym rozdziale omawiam zagadnienie terapii osób dotkniętych tym schorzeniem.

1. Autyzm dziecięcy a zespół Aspergera

Zespół Aspergera najczęściej opisywany jest jako jedna z postaci autyzmu dziecięcego. Dlatego zasadne jest aby wyjaśnić czym jest autyzm dziecięcy. To jedna z najcięższych chorób psychicznych dotyczących dzieci, jest on rozległym zaburzeniem rozwojowym w postaci kompleksowego syndromu, z wieloma, jeszcze nie w pełni zbadanymi i opisanymi objawami. Do najbardziej wyróżniających się cech zalicza się między innymi trudności w nawiązywaniu przez dziecko kontaktu z otoczeniem, zamknięcie się na świat zewnętrzny.¹ „Dziecko autystyczne zagubione w swych stereotypowych czynnościach, stopniowo coraz bardziej zamyka się w swoim świecie, którego granice samo wyznaczyło”.²

Autyzm dziecięcy według dziesiątej rewizji Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) należy do całościowych zaburzeń rozwoju. Autyzm dziecięcy jest jednym ze schorzeń ze spektrum zaburzeń autystycznych (ASD)³. Oprócz autyzmu mieszczą się tu takie zaburzenia jak: autyzm atypowy, zespół Aspergera, rozległe niespecyficzne zaburzenie rozwoju (PDDNOS). J. Kruk-Lasocka charakteryzując autyzm dziecięcy zwraca uwagę na istnienie *triady objawów zaburzeń*:

- zaburzenie stosunków społecznych przejawiające się bardzo małą świadomością egzystencji i uczuć innych ludzi, a także trudnością w naśladowaniu, wchodzenia w relacje z innymi ludźmi oraz rozumienia zwyczajów i zasad w interakcjach społecznych,
- zaburzenie komunikacji i fantazji przejawiające się w braku porozumiewania się pozawerbalnego i werbalnego, niemożności lub trudności w odgrywaniu jakichkolwiek ról i zabaw fikcyjno-iluzyjnych, trudności w podejmowaniu i podtrzymywaniu rozmowy,
- posługiwanie się stereotypami ruchowymi, ograniczony repertuar czynności, aktywności i zainteresowań, a także niepokój przy nawet nieznacznych zmianach w otoczeniu.⁴

Istnieje wiele klasyfikacji autyzmu dziecięcego. Przytoczę tu kryteria diagnostyczne ICD-10.

„A. Nieprawidłowy lub upośledzony rozwój wyraźnie widoczny przed 3 rokiem życia w co najmniej jednym z następujących obszarów:

- a) rozumienie i ekspresja językowa używane w społecznym porozumiewaniu się,
- b) rozwój wybiórczego przywiązania społecznego lub wzajemnych kontaktów społecznych,

¹ T. Gałkowski, J. Kiwerski (red.), *Encyklopedyczny słownik rehabilitacji*, Warszawa 1986, s. 29.

² N. Sillamy, *Słownik psychologii*, Katowice 1994, Wydawnictwo Książnica, s. 27.

³ P. Szatmari, *Uwięziony umysł*, Kraków 2007, s. 9.

⁴ J. K. Kruk-Lasocka, *Pedagogika dzieci z autyzmem i zespołami psychozo podobnymi*, w: *Pedagogika specjalna*, pod red. Dykcika W., Poznań 1997, ss. 246-247.

c) funkcjonalna lub symboliczna zabawa.

B.W sumie występuje co najmniej sześć objawów spośród wymienionych w punktach 1, 2 i 3, Przy czym co najmniej dwa z nich z punktu 1 i co najmniej jednym z punktów 2 i 3:

1) Jakościowe nieprawidłowości wzajemnych interakcji społecznych przejawiane co najmniej w dwóch z następujących obszarów:

a) niedostateczne wykorzystanie kontaktu wzrokowego, wyrazu twarzy, postawy ciała, gestów do odpowiedniego regulowania interakcji społecznych,

b) niedostateczny (odpowiednio do wieku umysłowego i mimo licznych okazji) rozwój związków rówieśniczych, obejmujących wzajemnie podzielane zainteresowania, czynności, emocje,

c) brak odwzajemniania społeczno-emocjonalnego, przejawiający się upośledzeniem lub odmiennością reagowania na emocje innych osób, albo brak modulacji zachowania odpowiedniej do społecznego kontekstu, albo słaba integracja zachowań społecznych, emocjonalnych i komunikacyjnych

d) brak spontanicznej potrzeby dzielenia z innymi osobami radości, zainteresowań lub osiągnięć (np. brak pokazywania; przynoszenia lub podkreślania wobec innych osób przedmiotów swego indywidualnego zainteresowania).

2) Jakościowe nieprawidłowości w porozumiewaniu się przejawiane co najmniej w jednym z następujących obszarów:

a) opóźnienie lub zupełny brak rozwoju mówionego języka, które nie wiążą się z próbą kompensowania za pomocą: gestów lub mimiki jako alternatywnego sposobu porozumiewania się (często poprzedzane przez brak komunikatywnego gaworzenia),

b) względny niedostatek inicjatyw i wytrwałości w podejmowaniu wymiany konwersacyjnej (na jakimkolwiek występującym poziomie umiejętności językowych), w której zachodzą zwrotne reakcje na komunikaty innej osoby,

c) stereotypowe powtarzające się, idiosynkratyczne wykorzystywanie słów i wyrażeń,

d) brak spontanicznej różnorodności zabawy w udawanie („na niby”) lub brak zabawy naśladowującej role społeczne.

3) Ograniczone, powtarzające się stereotypowe wzorce zachowania, zainteresowań i aktywności przejawiane w co najmniej jednym z następujących obszarów:

a) pochłonięcie jednym lub liczniejszymi stereotypowymi zainteresowaniami o nieprawidłowej treści i zogniskowaniu, pochłonięcie jednym lub więcej zainteresowaniami nieprawidłowymi z powodu swej intensywności i ograniczenia , choć nie z powodu treści i zogniskowania,

b) wyrażicie kompulsywne przywiązanie do specyficznych, niefunkcjonalnych czynności rutynowych i zrytualizowanych,

c) stereotypowe i powtarzające się manieryzmy ruchowe, obejmujące albo stukanie lub kręcenie palcami, albo złożone ruchy całego ciała,

d) koncentracja na cząstkowych lub niefunkcjonalnych właściwościach przedmiotów służących do zabawy, odczucie powierzchni lub powodowanego hałasu, wibracji).

C. Obrazu klinicznego nie można wyjaśnić: innymi odmianami całościowych zaburzeń rozwojowych, specyficznymi rozwojowymi zaburzeniami rozumienia języka z wtórnymi trudnościami społeczno-emocjonalnymi, reaktywnymi zaburzeniami przywiązania, ani zaburzeniem selektywności przywiązania, upośledzeniem umysłowym z pewnymi cechami zaburzeń emocji i zachowania, schizofrenią o niezwykle wczesnym początku, zespołem Retta.⁵

Po raz pierwszy autyzm dziecięcy został opisany przez Leo Kanner w 1943 roku. Ten amerykański psychiatra austriackiego pochodzenia zbadał 11 dzieci, u których już we wczesnym okresie życia, od 1 do 3 roku życia pojawiły się charakterystyczne zaburzenia rozwoju. Kanner wprowadził termin *autyzm wczesnodziecięcy* i wymienił jego następujące cechy:

- brak kontaktu z innymi ludźmi, wyraźne wycofanie,
- pełne niepokojące dążenie do zachowania niezmienności,
- stereotypie, przywiązanie do określonych przedmiotów, brak zabawy polegającej na udawaniu
- brak mowy lub specyficzne zaburzenia mowy,
- dysharmonie rozwoju poznawczego.⁶

Autyzm dziecięcy w klasyfikacji zaburzeń psychicznych DSM –I z 1952 i DSM-II z 1968 roku był wymieniany jako postać schizofrenii dziecięcej. W klasyfikacji DSM-IV autyzm widnieje jako jedno z całościowych zaburzeń rozwoju.⁷

Ważnym krokiem w badaniach nad autyzmem było wprowadzenie terminu *kontinuum autystyczne* przez L. Wing i J. Gould w latach 80. XX wieku.⁸ Termin ten określa zaburzenia o różnym nasileniu w sferach: uczestnictwa w interakcjach społecznych, w komunikowaniu się i wyobraźni. W kontinuum tym po jednej stronie mieszczą się dzieci z bardzo poważnymi

⁵ J. Komender, G. Jagielska, A. Bryńska, *Autyzm i zespół Aspergera*, Warszawa 2009, ss. 33 - 35.

⁶ L. Wing, *Związek między zespołem Aspergera i autyzmem Kanner*, w: *Autyzm i zespół Aspergera*, pod red. U. Frith, Warszawa 2005, ss. 115 – 116.

⁷ J. Komender, G. Jagielska, A. Bryńska, *Autyzm i zespół Aspergera*, op. cit. s. 11.

⁸ Ibidem.

zaburzeniami, dzieci u których nie rozwinęła się mowa, dzieci, które izolują się, z licznymi stereotypami, dzieci ze stwierdzonym upośledzeniem umysłowym. Natomiast po drugiej stronie dzieci z wysokim ilorazem inteligencji, niewielkimi zaburzeniami w sferze społecznej, dzieci z specyficznymi zainteresowaniami, dzieci mówiące. Dlatego do spektrum autystycznego zaliczono dzieci z cechami autystycznymi, które nie zostałyby zdiagnozowane jako autystyczne według obowiązujących kryteriów. Takie dzieci diagnozuje się jako osoby z zespołem Aspergera.

Nazwa zespół Aspergera pochodzi od nazwiska Hansa Aspergera. Ten austriacki pediatra, niemal w tym samym czasie co Leo Kanner, opisał tzw. *psychopatię autystyczną* okresu dzieciństwa. Zarówno Kanner i Asperger zapożyczyli termin „autyzm” od szwajcarskiego psychiatry Euglena Bleulera, który kilka lat wcześniej opublikował książkę na temat schizofrenii. Dzieci, które obserwował podobnie jak u Kannera przejawiały trudności w integracji społecznej, tendencję do samotnictwa, powtarzające się zachowania, opór wobec zmian, problemy z komunikacją, posiadały swoiste zainteresowania i niespotykane umiejętności. Asperger zaobserwował, że dzieci posługiwały się mową, jednak była to mowa specyficzna. Dzieci posługiwały się językiem w sposób pedantyczny, niejednokrotnie nietrafnie do sytuacji. Dzieci miały zaburzoną komunikację niewerbalną, brak im często było poczucia humoru. Hans Asperger u swoich pacjentów zauważył również skłonność do gromadzenia przedmiotów oraz pedanterię. Dzieci te charakteryzowała niezgrabność ruchowa. Asperger zauważył szczególne zdolności, oryginalne myślenie i niezwykle zainteresowania tych dzieci.⁹

Termin zespół Aspergera wprowadziła L. Wing. Przypomniała ona objawy opisane przez Hansa Aspergera i nadała im nazwę tego austriackiego pediatry.

Kryteria diagnostyczne dla tego zespołu opisali C. i Ch. Gillberg w 1989 r. Sformułowane one zostały na podstawie opisów Hansa Aspergera. Na początku lat dziewięćdziesiątych zespół Aspergera znalazł się w klasyfikacji ISD-10 i DSM-IV.

Wanda Waclaw charakteryzuje zespół Aspergera jako lżejszą formę autyzmu.¹⁰ Chorzy najczęściej nie mają zaburzeń w rozwoju procesów poznawczych jednak przejawiają znaczne trudności w sferze społecznej (w rozumieniu komunikatów niewerbalnych oraz w relacjach z rówieśnikami). Najistotniejszy jest tu brak prawidłowej kompetencji społecznej.

⁹ L. Wing, *Związek między zespołem Aspergera...*, op. cit., ss. 115 – 120.

¹⁰ W. Waclaw, U. Aldenrud, S. Ilstedt, *Dzieci z autyzmem i zespołem Aspergera: praktyczne doświadczenia z codziennej pracy*, Katowice 2000, s. 120.

Istnieje ciągle pytanie czy autyzm i zespół Aspergera to jedno zaburzenie czy też odrębne zaburzenia. Aby odpowiedzieć na to pytanie należy zbadać wewnętrzne przyczyny, a to przekracza na razie możliwości badaczy.

2. Diagnoza

Postawienie diagnozy dziecku przed 5 r. ż. jest bardzo trudne ponieważ we wczesnym dzieciństwie objawy zespołu Aspergera są dyskretne i mało charakterystyczne. W diagnozę zaburzeń spektrum autystycznego zaangażowanych jest wielu specjalistów m.in. pediatra, neurolog, psychiatra. Dziecku wykonywane są badania słuchu, wzroku, EEG, badania genetyczne i metaboliczne, badania neuroobrazowe mózgu (tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny). Wykonanie badań prowadzi do wykluczenia innych zaburzeń, których objawy mogą być podobne. Rozpoznanie jednostki chorobowej stawiane jest przez lekarza psychiatrę. Potrzebna jest również diagnoza psychologiczna, określenie mocnych stron i trudności. Dziecko takie powinno być pod stałą opieką psychologa i psychiatry, a gdy jest taka potrzeba pedagoga, logopedy i neurologa oraz terapeutów.¹¹

Tony Atwood opisując diagnozę pisze, że może być przeprowadzona w dwóch etapach. „W fazie pierwszej rodzice i nauczyciele wypełniają kwestionariusz lub skalę ocen, które mogą być użyte w celu opisanego dziecka z podejrzeniem zespołu Aspergera. Drugi etap to badanie diagnostyczne prowadzone przez klinicystów z doświadczeniem w badaniu zachowania i umiejętności dzieci z zaburzeniami rozwoju, stosujących ustalone wcześniej kryteria jasno opisujące zespół objawowy.[...]Zostały skonstruowane dwie nowe skale ocen służące ocenie dzieci z podejrzeniem tego zespołu. Skale te przygotowano na użytek rodziców i nauczycieli.”¹² Jedną z tych skal jest Austialijska Skala dla zespołu Aspergera (ASAS). Skale stworzone są w oparciu o kryteria diagnostyczne.

Przytoczę teraz niektóre kryteria diagnostyczne, na których opiera się diagnoza dziecka:

Zespół Aspergera. Szczegółowe kryteria diagnostyczne wg Gillberg i Gillberg, 1989 r.:

„1. Zaburzenie w sferze relacji społecznych (skrajny egocentryzm)

(przynajmniej w dwóch zakresach spośród następujących):

- a) nieumiejętność interakcji z rówieśnikami,
- b) brak potrzeby interakcji z rówieśnikami,
- c) słabe rozumienie sygnałów społecznych,
- d) nieadekwatne zachowania społeczne i reakcje emocjonalne.

2. Wąskie zainteresowania

¹¹ J. Komender, op. cit., ss. 61 - 63.

¹²T. Atwood, *Zespół Aspergera*, Poznań 2006, s. 15.

(przynajmniej jedna z poniższych cech):

- a) wykluczenie innych zainteresowań,
- b) lgnięcie do tego co powtarzalne,
- c) większe wykorzystanie pamięci niż rozumienia.

3. Powtarzające się rutynowe zachowania, które mogą

(przynajmniej jedna z poniższych cech):

- a) angażować siebie samego,
- b) angażować innych ludzi.

4. Nietypowe cechy mowy i języka

(przynajmniej trzy z poniższych cech):

- a) opóźniony rozwój,
- b) powierzchownie perfekcyjny język ekspresyjny,
- c) formalny, pedantyczny język,
- d) nietypowa prozodia, dziwne brzmienie głosu,
- e) uszkodzenie zdolności rozumienia łącznie z błędną interpretacją znaczeń literalnych/ukrytych.

5. Problemy z komunikacją niewerbalną

(przynajmniej jedna z następujących cech):

- a) ograniczona gestykulacja,
- b) niezborny/niezdarny język ciała,
- c) ograniczona ekspresja mimiczna,
- d) nieadekwatna mimika,
- e) dziwaczne spojrzenie.

6. Niezdarność motoryczna.

Słabe wyniki w badaniu neurorozwojowym.¹³

Zasadne jest przytoczyć również kryteria Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) zamieszczone w dziesiątej rewizji Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10):

„A. Brak klinicznie istotnego opóźnienia w zakresie języka mówionego i rozumienia języka lub rozwoju funkcji poznawczych. Rozpoznanie wymaga stwierdzenia, że wypowiedanie pojedynczych słów było rozwinięte w 2 r. ż. lub wcześniej. Umiejętności praktyczne, zachowania adaptacyjne oraz zainteresowania otoczeniem w pierwszych trzech latach życia

¹³T. Atwood, *Zespół Aspergera*, op. cit., s. 169.

było na poziomie zgodnym z prawidłowym rozwojem intelektualnym. Jednak fazy rozwoju ruchowego mogą być nieco opóźnione i typowa jest niezdarność ruchowa (choć nie jest cechą diagnostyczną). Pojedyncze, szczególne umiejętności, często związane z nieprawidłowym koncentrowaniem się na nich, są częste, jednak nie są wymagane do postawienia rozpoznania.

B. Jakościowe nieprawidłowości w zakresie wzajemnych interakcji społecznych przejawiające się w co najmniej dwóch z następujących obszarów:

- 1) niedostateczne wykorzystanie kontaktu wzrokowego, wyrazu twarzy, postawy ciała i gestów do odpowiedniego regulowania interakcji społecznych,
- 2) niedostateczny (odpowiednio do umysłowego i mimo licznych okazji) rozwój związków rówieśniczych obejmujących wzajemne podzielane zainteresowania, czynności i emocje,
- 3) brak odwzajemniania społeczno-emocjonalnego przejawiający się upośledzeniem lub odmiennością reagowania na emocje innych osób, albo brakiem modulacji zachowania odpowiednio do kontekstu społecznego, albo słabą integracją zachowań społecznych, emocjonalnych i komunikacyjnych,
- 4) brak spontanicznej potrzeby dzielenia z innymi osobami radości, zainteresowań lub osiągnięć (np. brak pokazywania, przynoszenia lub podkreślania wobec innych osób przedmiotów swego indywidualnego zainteresowania).

C. Ograniczone, powtarzające się stereotypowe wzorce zachowań, zainteresowań i aktywności przejawiające się w co najmniej jednym z następujących obszarów:

- 1) pochłonięcie jednym lub licznymi stereotypowymi zainteresowaniami nieprawidłowej treści lub stopniu zogniskowania uwagi, albo jednym lub więcej zainteresowaniami nieprawidłowymi z powodu swojej intensywności i ograniczenia, choć nie z powodu treści i stopnia zogniskowania uwagi,
- 2) kompulsywne przywiązanie do specyficznych, нефункциональных czynności rutynowych i zrytualizowanych,
- 3) stereotypowe i powtarzające się manieryzmy ruchowe, obejmujące stukanie lub kręcenia palcami, lub złożone ruchy całego ciała,
- 4) koncentracja na cząstkowych lub нефункциональных właściwościach przedmiotów służących do zabaw (kolor, dotykowe cechy powierzchni lub dźwięki i wibracje, które wytwarzają).

(Mniej celowe jest włączanie do objawów manieryzmów ruchowych i koncentracji na cząstkowych lub нефункциональных elementach przedmiotów służących do zabaw).

D. Zaburzenia nie można traktować jako innej z postaci całościowych zaburzeń rozwoju, prostej schizofrenii, zaburzenia schizotopowego, zaburzeń obsesyjno - kompulsyjnych,

osobowości anankastycznej, reaktywnego lub nieselektywnego zaburzenia przywiązania w dzieciństwie”¹⁴

Problemem jest odróżnienie zespołu Aspergera od wysokofunkcjonującego autyzmu. Zdania wśród naukowców są podzielone. Agnieszka Rynkiewicz opisując badania na ten temat stwierdziła, że jeśli „wyniki badań potwierdzają u danej osoby cechy zespołu Aspergera lub autyzmu, ma ona iloraz inteligencji (IQ) na poziomie przeciętnym lub powyżej i nie nastąpiło klinicznie istotne opóźnienie rozwoju mowy osoba ta diagnozowana jest jako ZA. Jeśli wystąpiło klinicznie istotne opóźnienie rozwoju mowy, osoba ta ma WFA.”¹⁵ Peter Szatmari¹⁶ pisze o tym, że niektóre dzieci z autyzmem mogą rozwinąć płynną mowę. Funkcjonowanie tych dzieci przypomina objawy zespołu Aspergera.

Opisywany w niniejszej pracy zespół najczęściej diagnozowany jest u dziecka w wieku ośmiu lat. Rozpoznanie tej choroby stanowi wyzwanie dla lekarza ponieważ kryteria i testy diagnostyczne są ciągle na etapie tworzenia. W wieku niemowlęcym i poniemowlęcym rodzicom bardzo trudno zauważyć jakieś zachowanie nietypowe, charakterystyczne dla ZA. Niemniej rodziców powinno zaniepokoić:

- niechęć do przytulania się,
- brak kontaktu wzrokowego,
- dziecko nie zwraca uwagi na pokazywany przez dorosłego przedmiot, dziecko nie wskazuje przedmiotu,
- nadwrażliwość lub zbyt słaba reakcja na bodźce dźwiękowe, dotykowe.

Gdy dziecko zaczyna uczęszczać do przedszkola, a potem szkoły pojawiają się pytania rodziców i wtedy najczęściej zgłaszają się do poradni.

Trudności diagnozy spowodowane są również tym, że osoby z wysokofunkcjonującym autyzmem i osoby z zespołem Aspergera potrafią kompensować swoje braki i dosyć dobrze funkcjonują w środowisku. O formach kompensacji pisze Agnieszka Rynkiewicz¹⁷.
Diagnozowane są również osoby dorosłe.

Tony Atwood¹⁸ specjalizował się przez wiele lat w diagnozie i leczeniu osób z zespołem Aspergera. W swojej książce opisuje sześć dróg do diagnozy zespołu:

¹⁴ J. Komender, op. cit., ss. 52 - 53.

¹⁵ A. Rynkiewicz, *Zespół Aspergera. Inny mózg, inny umysł*, Gdańsk 2009, s. 18.

¹⁶ P. Szatmari, *Uwięziony umysł...*, op. cit., s. 131.

¹⁷ A. Rynkiewicz, *Zespół Aspergera...*, op. cit., s. 20.

¹⁸ T. Atwood, op. cit. 22.

1. Autyzm zdiagnozowany we wczesnym dzieciństwie. Dzieci dwu lub trzyletnie posiadały wszystkie cechy autyzmu około 5 r. ż. nabywają kompetencji językowych, a ich zachowanie i umiejętności są typowe dla zespołu Aspergera.
2. Nietypowe cechy w obrębie innego zaburzenia. Zespół Aspergera może współwystępować z innym zespołem objawowym np. mózgowym porażeniem dziecięcym, chorobą Recklinghausena.
3. Diagnoza autyzmu lub zespołu Aspergera w rodzinie.
4. Wtórne zaburzenia psychiatryczne. Diagnoza zespołu u młodych osób z depresją, napadami paniki.
5. Diagnoza zespołu Aspergera u osób dorosłych chorych na schizofrenię czy alkoholizm.

Według badań przeprowadzonych we Szwecji wśród dzieci ze szkoły podstawowej rozpowszechnienie ZA oszacowano na 0,4 %, a wszystkich zaburzeń ze spektrum autystycznego 1% populacji. ZA rozpoznaje się częściej u osób płci męskiej. U płci żeńskiej obserwuje się mniejsze nasilenie zaburzeń o charakterze społecznym.¹⁹

¹⁹ J. Komender, op. cit., ss. 14 – 15.

3. Przyczyny zaburzeń spektrum autystycznego

W przypadku zaburzeń autystycznych mówimy o całościowych zaburzeniach, dotyczących różnych sfer funkcjonowania dziecka. W etiologii zaburzeń całościowych ważną rolę odgrywają czynniki genetyczne oraz środowiskowe.

Zespół Aspergera należy do całościowych zaburzeń rozwoju obok takich kategorii diagnostycznych jak:

- autyzm dziecięcy,
- autyzm atypowy,
- zespół Retta,
- zaburzenie dezintegracyjne,
- całościowe zaburzenie rozwoju nieujęte w innych kategoriach diagnostycznych.

Hans Asperger opisując swoich pacjentów przypuszczał, że autyzm to zaburzenie uwarunkowane biologicznie. Teoria terapeutów psychoanalitycznych o psychogennym podłożu autyzmu nie potwierdziła się.

Czynniki genetyczne oraz inne przyczyny biologiczne stwierdzone są u ok. 10 – 15 % chorych na autyzm, u większości przyczyny są trudne do określenia.

Zaburzenia somatyczne, które wymienia się jako przyczyny autyzmu to:

- wrodzona różyczka,
- toksoplazmoza OUN,
- infekcja wirusem cytomegalii,
- stan po zapaleniu mózgu lub opon mózgowo – rdzeniowych,
- stan po przebyciu ciężkiego krwawienia do OUN,
- padaczka,
- stwardnienie guzowate,
- lipidozy mózgu,
- mózgowo porażenie dziecięce.

Stan wiedzy o autyzmie pozwala stwierdzić badaczom iż autyzm jest zaburzeniem uwarunkowanym genetycznie. Badania osób autystycznych wykazały, że aż 15 genów może być związanych z tym zaburzeniem. Naukowcy przypuszczają istnienie związków między zaburzeniami mowy, a zmianami na chromosomie 7, a także między stereotypiami ruchowymi, a mutacjami na chromosomie 15. Autyzm bardzo często występuje u osób chorych na stwardnienie guzowate (25%), osób z zespołem Angelmana oraz z zespołem

Downa (7%), a także w przypadku zespołu kruchego chromosomu X (30%). Ostatnie badania wykazują, że duży odsetek cierpiących na zespół Smitha – Lemiego – Opitza ma zaburzenia ze spektrum autystycznego.

Kolejną grupą przyczyn zaburzeń autyzmu są choroby metaboliczne. Tu należy wspomnieć o fenyloketonurii. Nie leczone zaburzenie jest przyczyną uszkodzenia OUN co prowadzi do wystąpienia objawów autystycznych.

Następna grupa to czynniki z okresu ciąży i porodu. U stosunkowo dużej grupy dzieci ze spektrum autyzmu ma wady rozwojowe co wskazuje na działanie czynników szkodliwych w I trymestrze ciąży. Duży wpływ na objawy autyzmu ma działanie misoprostalu, kwasu walproinowego, a także talidomidu w okresie płodowym. Przebycie przez matkę takich chorób jak różyczka może uszkadzać mózg dziecka. Infekcje wirusem cytomegalii, Haemophilus influenzae, opryszczki, HIV płodu i tuż po urodzeniu mogą powodować uszkodzenie OUN, a co za tym idzie objawy autyzmu.

Na wystąpienie u dzieci autyzmu i zaburzeń ze spektrum autyzmu może mieć również wiek rodziców.

Do innych czynników zwiększających ryzyko autyzmu związanych z ciążą i porodem zalicza się:

- przedwczesny poród,
- dystrofia wewnątrzłonowa,
- zamartwica,
- niedotlenienie płodu,
- krwawienie w pierwszym trymestrze ciąży,
- poronienia,
- zagrożenie poronieniem,
- cesarskie cięcie,
- gestoza,
- wady wrodzone,
- palenie papierosów przez matkę w czasie ciąży,
- zielone wody płodowe.

Zwraca się uwagę na niedobór beta-hydroksylazy dopaminy u matki. Może on prowadzić do zaburzeń rozwoju mózgu płodu.

W roku 1998 w Wielkiej Brytanii pojawił się pogląd, że przyczyną zaburzeń ze spektrum autyzmu jest podawanie szczepionki MMR. Podejrzewano także, że użyty do konserwacji szczepionek thiomerosal zawierający rtęć powoduje opisywane zaburzenia.

Zmniejszenie lub usunięcie tego środka konserwującego ze szczepionek nie spowodowało zmniejszenia zachorowalności na autyzm. Również badania epidemiologiczne przeprowadzone przed wprowadzeniem szczepionki MMR przeczą przypuszczeniom o negatywnym wpływie tej szczepionki.

Gabriela Jagielska²⁰ pisze o związku alergii pokarmowej i przewlekłych infekcji przewodu pokarmowego z autyzmem. Zaburzone funkcjonowanie jelita cienkiego prowadzi do zwiększenia przepuszczalności peptydów, które powstają w skutek trawienia glutenu i przetworów mlecznych. Peptydy mogą mieć negatywny wpływ na OUN, mogą powodować zmiany w zachowaniu. Takie zaburzenia metaboliczne mogą skutkować u osób cierpiących na autyzm zachowaniami destrukcyjnymi, zaburzeniami w komunikowaniu się, zaburzeniami w sferze poznawczej. Wywierają negatywny wpływ na procesy uwagi, zachowania społeczne i dojrzewanie ośrodkowego układu nerwowego.

Agnieszka Rynkiewicz pisze że, „mamy niepodważalne dowody na to, że zaburzenia ze spektrum autyzmu są zaburzeniami rozwojowymi mózgu. Dokładna ich przyczyna i natura ich powstawania pozostaje nadal niewyjaśniona”²¹ Zaburzenia ze spektrum autyzmu mają związek z nieprawidłowym funkcjonowaniem takich obszarów mózgu jak:

- ciało migdałowe, które odpowiada za kontrolowanie i generowanie emocji oraz za rozpoznawanie emocji u innych ludzi;
- hipokamp, który bierze udział w procesie kodowania w czasie przenoszenia informacji z pamięci krótkotrwałej do pamięci trwałej, odpowiada za pamięć;
- mózdzek, wpływa na napięcie mięśni, na utrzymanie prawidłowej postawy ciała, równowagi, warunkuje wykonywanie ruchów precyzyjnych;
- płaty czołowe, odpowiadające za ruch, pamięć wyuczonych działań ruchowych (np. wyraz twarzy, schematy zachowań), warunkują ruch gałek ocznych zależnych od woli, inicjowanie oraz planowanie działań, myślenie przyczynowo - skutkowe, analiza i kontrola stanów emocjonalnych, mowa, ekspresja językowa, podejmowanie decyzji, pamięć roboczą, kontrolowanie sekwencji zdarzeń;
- płaty skroniowe, które odpowiadają za słuch i rozumienie mowy, za prozodię, gramatykę, rozpoznawanie obiektów, zapachów.

Badania naukowe wykazały, że mózg i obwód głowy u osób ze spektrum autyzmu rośnie szybciej. U około 30% dzieci można zaobserwować objawy makroencefalii.²²

²⁰ J. Komender, op. cit., s. 25.

²¹ A. Rynkiewicz, *Zespół Aspergera...*, op. cit., s. 44.

²² E. Pisula, *Małe dziecko z autyzmem*, Gdańsk 2005, s. 26.

Niektóre części mózdzku u osób z autyzmem czy zespołem Aspergera są mniejsze, albo znacznie powiększone.

Osoby z spektrum autystycznym mają problemy z obserwowaniem innych osób i interpretowaniem ich zachowaniem. Za tą funkcję w mózgu odpowiedzialne są neurony lustrzane, grupa komórek, które są aktywne gdy człowiek wykonuje czynność, a także jak obserwuje jak taką samą czynność wykonuje inna osoba. Nieprawidłowe działanie neuronów i ich systemów uznaje się za jedną z przyczyn zaburzeń autystycznych.²³

Wiele objawów związanych z zaburzonym funkcjonowaniem społecznym można wyjaśnić za pomocą teorii umysłu. Deficyty w teorii umysłu ujawniają się w trudnościach w zrozumieniu uczuć, intencji, myśli drugiej osoby. „Osoba chora jest zdezorientowana w kontaktach społecznych, odbiera świat relacji międzyludzkich jako nieprzewidywalny, nie dostrzega związków przyczynowo - skutkowych pomiędzy sytuacjami, a działaniami innych osób.”²⁴ Trudno jest jednak odnaleźć mechanizmy biologiczne odpowiedzialne za te nieprawidłowości. Prawdopodobne jest jednak złe funkcjonowanie ciała migdałowatego oraz innych struktur płata skroniowego. Okolice te są mniej aktywne u osób z autyzmem niż u zdrowych.

U osób autystycznych przedmioty i twarze przetwarzane są w podobny sposób. Ma to wytłumaczenie w nieprawidłowym funkcjonowaniu dolnej części kory skroniowej. Jagielska opisuje również zjawisko słabej centralnej koherencji. Jest to „specyficzne funkcjonowanie poznawcze osób cierpiących na autyzm polegające na fragmentarycznym postrzeganiu świata, skupianiu się na szczegółach, a nie na całości.”²⁵ Przytacza pogląd, że związane są z tym uszkodzenia w obrębie prawej półkuli mózgu.

W autyzmie obserwuje się zaburzenia funkcji wykonawczych, za które odpowiedzialne są płaty czołowe mózgu. Do tych zaburzeń można zaliczyć niezdolność do planowania, do elastycznego przechodzenia z jednego zadania na drugie, niezdolność do wytwarzania pomysłów, inicjowania i podtrzymywania działań służących do realizacji jakiegoś celu, niezdolność do koncentracji na zadaniu i gotowości poznawczej potrzebnego do jego wykonania. Zachowanie nieposiadające tych cech jest impulsywne, zdeterminowane przez bodziec, brak hamowania reakcji. Zachowania są powtarzalne, stereotypowe.

²³ A. Rynkiewicz, *Zespół Aspergera...*, op. cit., s. 47.

²⁴ J. Komender, op. cit., s. 28.

²⁵ Ibidem, s. 30.

4. Obraz kliniczny dziecka z zespołem Aspergera

4.1. Kontakty i więzi społeczne

Zespół Aspergera jest zaburzeniem, które znacznie utrudnia dziecku nawiązanie relacji społecznych. Jego zachowanie może być odbierane jako ekscentryczne lub wycofujące się. Do kryteriów diagnostycznych wg Cariny i Christophera Gillberg odnoszących się zachowań społecznych należą:

- brak umiejętności nawiązania kontaktu z rówieśnikami,
- brak potrzeby kontaktu z rówieśnikami,
- nieumiejętność odczytywania znaczenia zachowań innych,
- nie pasujące do sytuacji zachowania społeczne i emocjonalne reakcje.

Do podanych powyżej należy dodać kryteria dotyczące komunikacji niewerbalnej:

- uboga gestykulacja,
- niezdamny język ciała,
- nie pasująca do sytuacji ekspresja (mimiczna),
- ograniczona mimika twarzy,
- dziwaczny sposób przyglądania się otoczeniu.

Peter Szatmari, Brenner i Nagy dodają jeszcze inne kryteria takie jak: trudność wczuwania się w uczucia innych osób, obojętność, nie nawiązywanie kontaktu wzrokowego, brak umiejętności „mówienia oczami”, a także nie zachowywanie dystansu fizycznego wobec innych osób.²⁶

Kryteria WHO z 1990 r. skupiają się na tym iż dziecko z zespołem Aspergera w zabawie grupowej nie wykazuje chęci zabawy, nie podziela zainteresowań rówieśników, jego zachowanie jest sztywne, nieadekwatne do sytuacji.

W kryteriach DSM-IV dodano jeszcze brak odwzajemniania społeczno-emocjonalnego przejawiający się upośledzeniem lub odmiennością reagowania na emocje innych osób, albo brakiem modulacji zachowania odpowiednio do kontekstu społecznego, albo słaba integracja zachowań społecznych, emocjonalnych i komunikacyjnych.

Dziecko z zespołem Aspergera w wieku przedszkolnym ma trudności w nawiązaniu kontaktów z innymi dziećmi. Dzieci te albo nie wykazują chęci zabawy i rozmów z innymi

²⁶ T. Atwood, op. cit., 170.

dziećmi albo też dążą do nawiązania kontaktu w sposób nieprawidłowy (nawiązują kontakt poprzez gryzienie, uderzenie). Zabawy są odtwórcze, nie występują zabawy „na niby”. Dziecku brak empatii, nie potrafi wczuć się w emocje innych osób, ma trudności w rozumieniu sygnałów społecznych, jest bardzo skoncentrowane na sobie. Czasami dziecko próbuje się narzucać, zachowuje się agresywnie. Szczególnie dziewczynki zainteresowane są kontaktami z rówieśnikami ale te relacje są często bez wzajemności.

W okresie szkolnym dzieci z ZA mogą być obojętne na naciski grupy rówieśniczej, izolują się. Dla małych dzieci nie stanowi to problemu ale już starsze dzieci uświadamiają sobie swoją izolację. Wtedy próbują aktywnie włączyć się w rozmowy, grupowe zabawy ale nie mając umiejętności społecznych są odrzucane przez swoich rówieśników. U dzieci z ZA można zaobserwować brak zainteresowania rywalizacją, grami zespołowymi.

U osób z zespołem Aspergera w okresie adolescencji można wyróżnić następujące cechy:

- słabo rozwinięte umiejętności komunikacyjne,
- bogate słownictwo,
- wąskie, obsesyjne zainteresowania,
- brak umiejętności albo niedostateczna umiejętność organizacji i wydajności szczególnie zadań szkolnych,
- preferowanie sytuacji i wydarzeń przewidywalnych, problemy z przystosowaniem się,
- egocentryzm, niedostateczna umiejętność współpracy.²⁷

Anita Bryńska tą upośledzoną zdolność do rozumienia, inicjowania i podtrzymywania relacji społecznych nazywa ślepotą społeczną. Brak tych umiejętności prowadzi do zachowań ekscentrycznych, dziwacznych i nieodpowiednich. Niektóre osoby uczą się zachowań społecznych ale nie potrafią ich zastosować w innej sytuacji. „Niekiedy początkowy brak zainteresowania nawiązaniem kontaktów z rówieśnikami stopniowo może przekształcić się w obsesyjną chęć spotykania się z kimś (zwłaszcza gdy dziecko zauważy swoją odmienność). Kiedy to nastąpi, dziecko z ZA często ma trudności z dostosowaniem się do potrzeb innych osób, nie przyjmuje argumentów dotyczących zasad zachowania, traktuje inne dzieci w sposób instrumentalny.²⁸

²⁷ *Zespół Aspergera w okresie dojrzewania: wzloty i upadki i cała reszta*, pod red. Liane Holliday Willey. Warszawa 2006, s. 21.

²⁸ J. Komender, op. cit., s. 58.

Nie jest prawdą, że osoby ZA nie są zdolne do wielkich i bogatych uczuć. Inny jest tylko sposób ich wyrażania.²⁹ Potrafią wrażyć proste uczucia ale problemem staje się wyrażenie bardziej złożonych uczuć takich jak duma czy wstyd. Kłopoty sprawia brak umiejętności rozumienia uczuć, a także adekwatne do sytuacji ich okazywanie. Powszechną cechą jest nieumiejętność opowiadania o sobie, o swoich uczuciach. Jednakże obserwuje się, że łatwiej tym osobom napisać coś o sobie np. w pamiętniku, autobiografii, liście.

Jedną z cech warunkujących relacje jest nawiązanie kontaktu wzrokowego. Tony Atwood³⁰ pisze, że osoby cierpiące na ZA często nie nawiązują kontaktu wzrokowego, nie rozumieją, że oczy przekazują rozmówcy pewien komunikat. Kontakt wzrokowy przeszkadza im w koncentrowaniu uwagi na rozmowie, na słowach.

4.2. Mowa

Rozwój mowy jest głównym czynnikiem odróżniającym zespół Aspergera od autyzmu dziecięcego. Dzieci z ZA nie ujawniają większych zaburzeń rozwoju mowy we wczesnym dzieciństwie³¹ jednakże może wystąpić opóźniony rozwój mowy. Mowa pod względem artykulacji i gramatyki jest poprawna ale różnice dotyczą głównie pragmatyki czyli używanie języka w kontekście społecznym, semantyki czyli nie rozpoznawanie wielu znaczeń tego samego słowa oraz prozodii - dziwny ton, akcent i rytm wypowiedzi.

W klasyfikacji Gilbergów wymienione zostały takie właściwości jak:

- opóźniony rozwój mowy,
- język ekspresyjny powierzchownie perfekcyjny,
- pedantyczny, formalny język,
- dziwna prozodia i brzmienie głosu,
- ograniczona zdolność rozumienia łącznie z błędną interpretacją literalnych/ukrytych znaczeń.

Peter Szatmari w swojej klasyfikacji zamieścił takie kryteria jak: niepoprawna fleksja, brak spójności w rozmowie, idiosynkratyczne użycie słów, dziecko mówi zbyt dużo lub zbyt mało, występuje repetywność mowy.³²

²⁹ A. Rynkiewicz, *Zespół Aspergera i wysokofunkcjonujący autyzm. Inny mózg. Inny umysł*, „Edukacja i dialog” 2009 nr 6, ss. 20-25.

³⁰ T. Atwood, *Zespół...*, op. cit., ss. 50 -51.

³¹ A. Maciarz, M. Biadasiewicz, *Dziecko autystyczne z zespołem Aspergera*, Kraków 2005, s. 14.

³² T. Atwood, op. cit., s. 170.

Problemy z pragmatyką ujawniają się w popełnianiu przez osobę z ZA wielu gaf i pomyłek, prowadzenia monologu o swoich zainteresowaniach. Dziecko nie rozumie kiedy nie należy przerywać rozmowy. Osoba z opisywanym zaburzeniem w sytuacji niepewności długo zastanawia się lub zmienia temat dotyczący jej zainteresowań. Czasami obserwuje się tendencję do wypowiadania niepasujących do sytuacji komentarzy. Może być to np. wyrażenie z poprzedniej rozmowy co wywołuje dezorientację u rozmówcy.

W rozmowie z osobami posiadającymi cechy ZA możemy zauważyć tendencję do literalnego interpretowania wypowiedzi drugiej osoby. Brak im umiejętności odczytywania różnych znaczeń tego samego słowa. Peter Szatmari pisze, że „dzieci z autyzmem i zespołem Aspergera żyją bez metafor, i to nie tylko w języku, ale także w rozumieniu świata.” Dodaje, że „życie bez metafory oznacza, że nie ma różnicy między tym, co dosłowne, a tym, co figuratywne – wszystko rozumiane jest dosłownie[...]Życie bez metafory to życie w szczegółach, niemożność uogólniania doświadczeń i przewidywania rozwiązań nowych problemów[...] Nie znając metafory ludzie z zespołem Aspergera, kierując własnym zachowaniem, polegają na czarno – białych zasadach oraz rutynie i dążeniu do niezmienności, kiedy próbują strukturalizować swój świat.”³³

Słuchając osoby z ZA zauważamy brak zróżnicowania tonu głosu, akcentu i rytmu w jej wypowiedzi. Tą wypowiedź cechuje monotonia, brak modulacji głosu, nieprawidłowo rozłożony akcent.

U starszego dziecka mowa może stać się nadmiernie formalna i pedantyczna. Dziecko mówi jak dorosły, posługuje się trudnymi słowami.

W mowie małych dzieci mogą występować eholalie, powtarzanie usłyszanych słów lub fragmentów wypowiedzi innych.

Zdarza się, że dzieci mają talent do tworzenia neologizmów. Tony Atwood opisując tą cechę pisze o tym, że „zdolność do nowatorskiego spojrzenia na język jest jednym z urokliwych i prawdziwie twórczych aspektów zespołu Aspergera”.³⁴

Osoby z ZA mówią same do siebie. Pomaga im to nie czuć się samotnie. Usta dorosłych z opisywanym zaburzeniem poruszają się równolegle do ich myśli.

W swoich autobiografiach osoby ze spektrum zaburzeń autystycznych wspominają o tym jak trudno było im skoncentrować uwagę na głosie jednej osoby gdy mówiły jednocześnie inne osoby. Miały również trudności w zrozumieniu tego co słyszały.³⁵

³³ P. Szatmari, op. cit. ss. 136 – 137.

³⁴ T. Atwood, op. cit., s. 73.

³⁵ D. Williams, *Nikt nigdzie – niezwykła autobiografia autystycznej dziewczyny*, Warszawa 2005, s. 61.

Niektóre dzieci z zespołem Aspergera mówią bardzo dużo. Dziecko takie lubi pokazywać swoją elokwencję, swoją wiedzę. Inne dzieci są natomiast bardzo często milczące. Spowodowane to jest, jak się wydaje, lękiem, który im towarzyszy.

4.3. Pasje i czynności rutynowe

Zainteresowania i czynności rutynowe mają swoje odzwierciedlenie w niektórych zestawach kryteriów diagnostycznych. Według Gillbergów kryteria odnoszące się do zainteresowań to:

- wykluczenie innych zainteresowań,
- skupianie się na tym co powtarzalne,
- większe wykorzystanie pamięci niż rozumienia.

Kryterium odnoszące się do powtarzania czynności rutynowych, które angażują:

- siebie w różnych sytuacjach życiowych,
- innych ludzi.

Większość osób z zespołem Aspergera ma bardzo dobrą pamięć i rozwija szczególne zainteresowania. Pasje osób z ZA są jakościowo i ilościowo inne od pasji zdrowych ludzi. Agnieszka Rynkiewicz pisze, że zainteresowania te skupiają się w przeważającym stopniu na przedmiotach a nie ludziach. Mogą to być zainteresowania wąską dziedziną wiedzy. Małe dzieci mogą kolekcjonować zabawki. Pasją może być również uprawianie dyscypliny sportowej (takiej, która nie wymaga pracy w zespole np. golf, kolarstwo, bieganie czy pływanie). Zainteresowania te mogą być tak intensywne, że wypełniają niemal cały wolny czas. Może negatywnie wpływać na funkcjonowanie tej osoby w środowisku i pełnienie przez nią określonych ról społecznych.³⁶ „W naszej pracy w poradnictwie specjalistycznym widzimy często, że wybiórcze zainteresowania, które cechują te dzieci, są trwałe. U niektórych z nich dziedzina zainteresowań ulega zmianie, np. od węży do funkcji elektryczności w różnych rodzajach maszyn. Bardzo często osoby z zespołem Aspergera doskonale radzą sobie z komputerami, gdyż przewidywalność i logiczna budowa systemów komputerowych odpowiada ich sposobowi myślenia. Zdarza się jednak również i tak, że dzieci te nie mają żadnych szczególnych zainteresowań.”³⁷ Młodsze dzieci mogą interesować

³⁶ D. Rynkiewicz, *Zespół Aspergera. Inny mózg...*, op. cit., s. 53.

³⁷ W. Wacla, op. cit., s. 104.

się udawaniem różnych zwierząt albo udawaniem innych ludzi. W wieku młodzieńczym może pojawić się fascynacja drugą osobą.

Zainteresowania osób z ZA polegają na kolekcjonowaniu przedmiotów bądź informacji. Są one realizowane w samotności, wypełniają niemal cały wolny czas, są bardzo częstym tematem rozmów. Te często wąskie zainteresowania są źródłem przyjemności. Angażowanie się w jakieś konkretne działanie jest sposobem na relaks. Badania wykazały, że im większy był poziom stresu tym intensywniejsze, bardziej pochłaniające zainteresowania.³⁸ Dobra znajomość jakiejś dziedziny wiedzy pomaga tym osobom w prowadzeniu rozmów, dzięki tej wiedzy mogą wykazać się inteligencją.

Niekontrolowany dostęp do pasji i wydawanie na nią pieniędzy może doprowadzić do kłopotów finansowych. Gdy pasja jest niebezpieczna lub jest niezgodna z prawem należy pomóc osobie z ZA w znalezieniu innego, bardziej bezpiecznego zainteresowania.

Takie szczególne pasje, a także niezachwiana determinacja, wytrwałość i skrupulatność mogą przyczynić się do tego, że osoba z zespołem Aspergera lub z wysokofunkcjonującym autyzmem może osiągnąć życiowy sukces. Przykładem takiej osoby jest Temple Grandin. Spotkała ona na swojej drodze ludzi, którzy widząc jej bardzo dziwną pasję (pochylnie dla trzody chlewnej) zachęcili ją aby pogłębiała i rozszerzała swoją wiedzę z tej dziedziny. Temple Grandin jest obecnie jednym z wiodących ekspertów w dziedzinie zwierząt hodowlanych.³⁹ Uta Frith pisze, że „dobre przystosowanie osób z zespołem Aspergera w wieku dorosłym jest możliwe, przynajmniej powierzchownie, a niektóre z nich odnoszą wyjątkowe sukcesy.”⁴⁰

Za Agnieszką Rynkiewicz⁴¹ przytoczę tu nazwiska wybitnych osób z ZA lub wysokofunkcjonującym autyzmem, które wymienia Michael Fitzgerald, ekspert w dziedzinie zaburzeń ze spektrum autystycznego:

- pisarze: Hans Christian Andersen, George Orwell, Jonathan Swift, Herman Melville, William Butler Yeats, Bruce Chatwin, Arthur Conan Doyle, Lewis Carroll;
- filozofowie: Spinoza, Immanuel Kant, Simone Weil, A. J. Ayer;
- muzycy: Wolfgang Amadeusz Mozart, Ludwig van Beethoven, Erik Satie, Glenn Gould;
- malarze: Vincent van Gogh, Jack B. Yeats, L. L. Lowry, Andy Warhol.

Utalentowane osoby z ZA są bardzo często ekscentryczni, wyróżniający się, a jednocześnie samotni. Kiriana Cowansage, 24-letnia wybitnie uzdolniona dziewczyna, u której w wieku

³⁸ T. Atwood, op. cit., s. 83.

³⁹ T. Grandin, *Byłam dzieckiem autystycznym*, Warszawa 1995, s. 5.

⁴⁰ U. Frith, *Autyzm i zespół Aspergera*, op. cit., s. 11.

⁴¹ A. Rynkiewicz, *Zespół Aspergera...*, op. cit., s.66.

dojrzewania zdiagnozowano zespół Aspergera stwierdza: „Najlepiej się czuję gdy jestem sama. Nie czuję się samotna, a kiedy to się zdarza, nie jest to jakiś ogólny stan samotności, a tęsknota za kimś konkretnym [...] Nie bawi mnie to, co bawi innych. Dla mnie najciekawsza jest praca. Przyjemnością jest na przykład przeczytanie podręcznika.”⁴² Często są to osoby nieśmiałe. Mogą odznaczać się słabym zdrowiem. Wybitnie zdolne osoby z opisywanym zaburzeniem potrafią maskować swoją inność. Twórczo pasjonują się nauką, przeprowadzają różne eksperymenty.

To co cechuje zdolne osoby z zespołem Aspergera to bardzo dobra wyobraźnia przestrzenna, zdolności manualne, zainteresowania matematyczne.

Trzeba tu wspomnieć o kryterium diagnostycznym ZA, które dotyczy czynności rutynowych. Czynności te angażują samego chorego albo także inne osoby. Są one sposobem na to aby życie tych osób stało się bardziej przewidywalne. Chaos i niepewność powodują wysoki poziom lęku u osób z zespołem Aspergera i wysokofunkcjonującym autyzmem. Czynności rutynowe pozwalają go redukować.

Dzieci te są niechętnie zmianom, odporne na wywieraną presję. Dążą do niezmienności dlatego ich zachowanie często wydaje się dziwaczne. Dziecko za wszelką cenę chce realizować swoje przyzwyczajenia i upodobania np.: je tylko to co lubi, w określony sposób ustawia swoje zabawki na półce, ubiera się w to co mu odpowiada, codziennie ubiera się w te same rzeczy. Takie zachowanie utrudnia spontaniczny udział w zabawach i różnych zajęciach.

4.4. Motoryka

Niesprawność motoryczna nie jest cechą typową dla zespołu Aspergera jednak badania wykazują, że od 50 do 90% osób z tym schorzeniem ma zaburzoną koordynację ruchową. Opóźniony jest rozwój takich umiejętności jak siadanie, raczkowanie, chodzenie. Później można zaobserwować trudności w złapaniu i rzucaniu piłką, problemy z umiejętnością wiązania sznurowadeł. Charakterystyczna jest dziwaczność chodu, brak ruchów naprzemiennych przy chodzeniu. W szkole mogą pojawić się problemy z pismem, dziecko nieprawidłowo trzyma narzędzie do rysowania i pisanie. Brakuje mu umiejętności sportowych. Dziecko ma problemy z równowagą. Ma tendencję do wykonywania szybkich ruchów, przyspieszania tempa pracy. Tony Atwood opisuje jeszcze jedną cechę osób z ZA,

⁴² A. Czapczyńska, *Dziewczynka z chłopięcym umysłem*, opracowanie na podstawie: Carlin Flora, *The Girl with a Boy's Brain*, „Psychology Today Magazine”, Nov/Dec 2006, „Remedium” luty 2006, s. 30 - 31.

a mianowicie trudności w synchronizowaniu własnych rytmicznych ruchów z rytmem innych.⁴³

Obserwacje kliniczne ukazują, że osoby ze spektrum autyzmu, nie mając pewności co do właściwej postawy w określonej sytuacji, naśladują ruchy innych. Ruchy te wydają się wtedy sztuczne, nienaturalne.

Chorzy z zespołem Aspergera mogą mieć objawy zespołu Tourette'a. Istnieją trzy kategorie objawów tego zespołu: motoryczne (mruganie, drganie rąk i nóg, różne grymasy twarzy), głosowe (chrząkanie, pociąganie nosem, zgrzytanie zębami, nietypowy krzyk, palilalia, echolalia) oraz objawy behawioralne (natręctwa, obsesje, przeklinanie).

Może też wystąpić katatonia czyli nagłe zatrzymanie jakiegoś ruchu.

„W swoim bogatym doświadczeniu klinicznym autor spotkał wielu młodych ludzi z zespołem Aspergera, którzy ujawniali deteriorację funkcji ruchowych podobną do objawów charakterystycznych dla choroby Parkinsona. Należy jednak podkreślić, że to niezwykle rzadkie zjawisko”.⁴⁴

Osoby ze spektrum autyzmu mogą mieć nieprawidłowości w strukturze mózdzku odpowiedzialnego za ruch, napięcie mięśniowe, równowagi, postawy ciała.

4.5. Zaburzenia funkcji poznawczych

Funkcje poznawcze to pamięć, myślenie, uczenie się i wyobraźnia.

Dzieci z zespołem Aspergera mają uszkodzoną zdolność „czytania umysłu”.⁴⁵ Osoby z ZA mają problemy ze zrozumieniem myśli i uczuć innych. Nawet gdy tą wiedzę zdobędą nie potrafią jej w praktyce wykorzystać. W testach wypadają bardzo nierówno. Mają często fotograficzną pamięć. Myślenie jest mało elastyczne, nie potrafią wymyśleć alternatywnego rozwiązania. Nie potrafią uczyć się na błędach, zastosować swojej wiedzy w innej sytuacji. Niektóre dzieci bardzo wczesnie zaczęły czytać, ale bez zrozumienia. Wiele dzieci jest zafascynowanych liczbami, szybko opanowały sztukę liczenia. Dzieci z ZA mogą być bardzo wrażliwe na krytykę, mają bardzo wysokie wymagania, dążą do perfekcji. Często cechuje ich brak motywacji do zajmowania się, uczenia się tego co nie leży w kręgu ich zainteresowań.

⁴³ T. Atwood, op. cit., s. 95.

⁴⁴ Ibidem, s. 97.

⁴⁵ U. Frith, *Autyzm i zespół Aspergera*, op. cit., s. 28.

Zabawy dzieci z opisywanym zaburzeniem są często samotne, brakuje w nich inwencji twórczej. Dzieci te udają przedmioty. Starsze dzieci z ZA tworzą sobie własny wyobraźniowy świat.

Jednostki ze spektrum zaburzeń autystycznych mają w przeważającym stopniu wizualny typ myślenia, myślą obrazami. Taki sposób myślenia jest niedoceniany w szkole. Choć, jak wspomniałam wcześniej, może mieć to wpływ na sukces w nauce bądź sztuce. Temple Grandin tak opisuje tę cechę: „Moje myśli biegną od realistycznych jak na filmie, bardzo konkretnych obrazów do uogólnień i pojęć. Na przykład pojęcie psa jest w moim umyśle nierozzerwalnie związane z każdym psem, jakiego w życiu spotkałam. To tak jakbym miała w głowie ich ilustrowany katalog, który wciąż się rozrasta w miarę jak wzbogacam moją myślową wideotekę o nowe przykłady”.⁴⁶

4.6. Wrażliwość sensoryczna

Dzieci z zespołem Aspergera tak jak dzieci z autyzmem mogą być nadwrażliwe na niektóre dźwięki, dotyk, bodźce smakowe, światło, kolory czy też zapachy. Jednocześnie obserwuje się zmniejszoną reakcję na ból i temperaturę.⁴⁷ Osobom z ZA przeszkadzają takie bodźce dźwiękowe jak:

- nieoczekiwane, nagłe dźwięki,
- dźwięki o wysokiej częstotliwości,
- niejednorodne, powodujące dezorientację np. w sklepach, spotkaniach towarzyskich.

Stopień wrażliwości na bodźce może się zmieniać. Jednego dnia dźwięki wydają się być nie do zniesienia innego mniej intensywnie.

Duża wrażliwość na dźwięki podnosi poziom lęku, uniemożliwia koncentrację, a nawet wykonywanie niektórych działań, uczestniczenie w spotkaniach towarzyskich.

Często występuje zbyt duża wrażliwość na dotyk. Osoby ze spektrum autyzmu odbierają niektóre gesty i formy dotyku jako przytłaczające i wyzwalają u nich lęk albo ból. „Poszczególne sfery ciała mogą być bardziej wrażliwe, szczególnie zaś skóra głowy, górna część ramion i dłonie. Dziecko może zareagować paniką u fryzjera lub w czasie mycia czy

⁴⁶ K. Milewska, *Mam na imię Aspie*, „Charaktery”, listopad 2007, s. 66.

⁴⁷ T. Atwood, op. cit., s. 112.

czesania włosów. Może też nie znosić określonych materiałów, jak farby do malowania czy plastelina. Może się pojawić niechęć do pewnych ubrań.”⁴⁸

Dzieci mogą być bardzo kapryśne przy jedzeniu. Spowodowane to może być nadwrażliwością na niektóre smaki i określoną konsystencję pokarmów.

Trzeba wspomnieć o wrażliwości na światło i kolory. Ten typ nadwrażliwości występuje rzadziej. Dzieci mogą reagować zbyt silnie na jasne światło, mają silną percepcję kolorów. Ta umiejętność zauważania barw ujawnia się w pięknych pracach malarskich osób z zespołem Aspergera czy autyzmem.

Zbyt mała wrażliwość na ból i temperaturę może zagrażać zdrowiu, a nawet życiu osób z zespołem Aspergera. Brak reakcji powoduje, że niektóre osoby nie unikają niebezpiecznych sytuacji. Bardzo trudno jest zaobserwować u takiego dziecka niektóre stany chorobowe jak np. zapalenie wyrostka robaczkowego.

Bardzo rzadko występuje zjawisko synestezji. „Człowiek doświadcza jakiegoś doznania w jednym systemie sensorycznym a jako rezultat odbiera sensacje z innej modalności. Najbardziej powszechny objaw to widzenie kolorów po usłyszeniu określonego dźwięku. Jest to czasem nazywane kolorowym słuchem.”⁴⁹ Dźwiękom może towarzyszyć nie tylko kolory ale wrażenia ruchu, zapachu, smaku, konsystencji.

⁴⁸ Ibidem, s. 117.

⁴⁹ Ibidem, s. 121.

5. Terapia

Istnieje wiele form terapii osób ze spektrum autystycznego. Warunkami skutecznej terapii jest wczesna, trafna diagnoza, ścisła współpraca z rodziną dziecka, dostosowanie form terapii do indywidualnych potrzeb chorego. Procedury terapeutyczne są stosowane długotrwale. Ze względu na charakter zaburzenia nie ma jednej, uniwersalnej metody leczenia tych dzieci.⁵⁰ Metody i techniki dostosowuje się indywidualnie, w zależności od rodzaju i stopnia zaburzenia danej funkcji.

Wszelkie próby pomocy osobom z ZA powinny być nastawione przede wszystkim na rozwój umiejętności społecznych i komunikacyjnych. W procesie terapii na uwagę zasługuje przede wszystkim prowadzenie psychoedukacji, uświadomienie opiekunom i wychowawcom i innym dzieciom w jego otoczeniu problemów związanych z funkcjonowaniem dziecka. Ważne jest dostosowanie metod nauczania do możliwości dziecka. Należy rozwijać kompetencje społeczne poprzez angażowanie w różnego rodzaju zajęcia. Dla dziecka z zespołem Aspergera pomocna jest osoba wspierająca, asystent na terenie szkoły.⁵¹ Bardzo duże znaczenie ma uczestnictwo w grupowym treningu umiejętności społecznych. Stosowane są opowiadania społeczne.⁵² Skuteczne jest prowadzenie terapii społeczno – behawioralnej także w przypadku leczenia wtórnych zaburzeń jak zespołów depresyjnych, lękowych.⁵³ Wymienię również inne terapie i metody stosowane w leczeniu osób z zespołem Aspergera.⁵⁴

- Artterapia
- Balneoterapia
- Biofeedback
- Dieta
- Dogoterapia
- Farmakoterapia
- Fitoterapia
- Frostig
- Hipoterapia

⁵⁰ I. Gelleta-Mac, *Zaburzenia u dzieci w wieku przedszkolnym. Autyzm. Zespół Aspergera*, „Wychowanie w przedszkolu” 2009 nr 5, ss. 16 -19.

⁵¹ W. Waclaw, op. cit., s. 116.

⁵² Ibidem, s. 110.

⁵³ L. A. Wilkinson, *Kiedy Asperger dorasta razem z nami*, „Charaktery” grudzień 2008, s. 72 – 76.

⁵⁴ Lista umieszczona na stronie internetowej Stowarzyszenia Pomocy Dzieciom z Ukrytymi Niepełnosprawnościami im. Hansa Aspergera <<http://www.aim.dmkproject.net/spdzun/index.php>>

- Krioterapia
- Masaże
- Metoda Carol Sutton
- Metoda Felicji Affolter
- Metoda Kinezjologii Edukacyjnej Dennisona
- Metoda Knill'a
- Metoda Opcji
- Metoda ruchu rozwijającego Weroniki Sherborne
- Muzykoterapia
- Niedyrektywne formy terapii
- Osteopatia
- Plany aktywności
- Sala doświadczania świata
- Terapie ruchowe
- TEACCH
- Terapie szumów usznych i nadwrażliwości słuchowej
- Terapia Holding
- Terapia integracji sensorycznej
- Terapia komunikacyjna
- Terapia zajęciowa
- Trening słuchowy Tomatisa
- Trening zastępowania agresji
- Zmodyfikowana metoda dobrego startu.

Funkcjonowanie osób z zespołem Aspergera zależy głównie od poziomu umiejętności społecznych. Niewiele osób zdolnych jest do stworzenia związków partnerskich, a jeśli już tak jest niemal całą odpowiedzialność za kontakty społeczne przejmuje partner. Według badań 50% dorosłych wycofuje się kontaktów społecznych. Około 20% osób uczestniczy aktywnie w życiu i dzięki swoim zainteresowaniom może osiągnąć sukces w wybranej dziedzinie nauki czy sztuki.⁵⁵ Niewielka grupa osób charakteryzuje się bierną postawą wobec innych, nie interesują się kontaktami z ludźmi ale też nie odrzucają innych. Osoby z opisywanym zaburzeniem postrzegane są często w środowisku jako frustrujące i nudne.

⁵⁵J. Komender, op. cit., ss. 68 – 69.

Charakteryzuje ich roszczeniowa postawa. Często są nieustępliwe, sztywne w swoich poglądach. Mają tendencję do dziwnych wypowiedzi, nieadekwatnych do sytuacji zachowań.

Podsumowanie

Zespół Aspergera należy do spektrum zaburzeń autystycznych. Jest całościowym zaburzeniem rozwoju. Często opisywany jest jako łagodna postać autyzmu. Osoby z ZA mają uszkodzone niektóre struktury mózgu. Główne objawy to zaburzenia kontaktów z innymi, trudności w sferze poznawczej, akceptowaniu zmian, specyficzna mowa, zaburzenia sensoryczne, problemy z koordynacją ruchową, szczególne zainteresowania, schematyczne zachowania. To wszystko poważnie utrudnia funkcjonowanie osoby w społeczeństwie.

Nazwa tego zaburzenia pochodzi od nazwiska szwajcarskiego pediatry, Hansa Aspergera, który jako pierwszy, w roku 1944 opisał charakterystyczne cechy zaobserwowane u swoich pacjentów.

Zaburzenie to najczęściej diagnozowane jest około 9 – 11 roku życia. Diagnoza autyzmu dokonywana jest średnio u dzieci w wieku 5 lat. Symptomy zaburzeń zachowania w przypadku zespołu Aspergera zauważane są przez rodziców i otoczenie w 3 r. ż. U takiego dziecka niepokojącym objawem może być brak kontaktu wzrokowego, nieadekwatne odpowiedzi, echolalia, brak umiejętności zabawy symbolicznej. Zaobserwować można również u niektórych dzieci pewną niezgrabność ruchową. Charakterystyczne są schematyczne zachowania i zainteresowania oraz zaburzenia integracji sensorycznej. Dziecko takie wczesnie zaczyna się interesować cyframi, literami. Im wcześniej będzie postawiona diagnoza i zastosowana terapia tym większa szansa, że dziecko to będzie mogło lepiej funkcjonować.

Zespół Aspergera jest w dalszym ciągu nie do końca poznany. Ciągłe trwają badania nad przyczynami tego zaburzenia. Naukowcy wciąż zadają sobie pytanie jakie struktury mózgu odpowiedzialne są za zaburzenia określane mianem spektrum zaburzeń autystycznych. Badany jest kod genetyczny chorych.

Należy mieć nadzieję, że badania posłużą do wynalezienia skutecznej formy leczenia i terapii osób dotkniętych autyzmem i zespołem Aspergera.

Bibliografia

1. Atwood T., *Zespół Aspergera*, Wyd. 1, Poznań, Zysk i S-ka Wydawnictwo 2006, ISBN 83-7298-991-5.
2. Czapczyńska A., *Dziewczynka z chłopięcym umysłem*, opracowanie na podstawie: Flora C., *The Girl with a Boy's Brain*, „Psychology Today Magazine”, Nov/Dec 2006, „Remedium” luty 2006, s. 30 - 31.
3. Frith U.(red.), *Autyzm i zespół Aspergera*, Wyd. 1, Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2005, ISBN 83-200-3093-5.
4. Gałkowski T., Kiwerski J. (red.), *Encyklopedyczny słownik rehabilitacji*, Wyd. 1, Warszawa, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich 1986.
5. Gelleta-Mac I., *Zaburzenia u dzieci w wieku przedszkolnym. Autyzm. Zespół Aspergera*, „Wychowanie w przedszkolu” 2009 nr 5, ss. 16 -19.
6. Grandin T., Margaret M. Scariano, *Byłam dzieckiem autystycznym*, Wyd. 1, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN 1995, ISBN 83-01-11560-2.
7. Komender J., Jagielska G., Bryńska A., *Autyzm i zespół Aspergera*, Wyd. 1, Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2009, ISBN 978-83-200-3812-5.
8. Kruk-Lasocka J. K., *Pedagogika dzieci z autyzmem i zespołami psychozo podobnymi, w: Pedagogika specjalna*, pod red. Dykcika W., Wyd. 1, Poznań, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza 1997, ISBN 83-232-0854-9.
9. Maciarz A., Biadasiewicz M., *Dziecko autystyczne z zespołem Aspergera*, Wyd. 2, Kraków, Oficyna Wydawnicza Impuls 2005, ISBN 83-7308-518-1.
10. Milewska K., *Mam na imię Aspie*, „Charaktery”, listopad 2007, s. 66.
11. Pisula E., *Małe dziecko z autyzmem*, Wyd. 1, Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne 2005, ISBN 83-89574-87-X.
12. Rynkiewicz A., *Zespół Aspergera. Inny mózg, inny umysł*, Wyd. 1, Gdańsk, Wydawnictwo Harmonia 2009, ISBN 978-83-7134-348-3.
13. Rynkiewicz A., *Zespół Aspergera i wysokofunkcjonujący autyzm. Inny mózg. Inny umysł*, „Edukacja i dialog” 2009 nr 6, s. 20-25.
14. Sillamy N., *Słownik psychologii*, Wyd. 1, dodruk, Katowice, Wydawnictwo Książnica 1994, ISBN 83-7132-124-4.

15. Szatmari P., *Uwięziony umysł*, Wyd. 1, Kraków Wydawnictwo Znak 2007, ISBN 978-83-240-0787-5.
16. Waclaw W., Aldenrud U., Ilstedt S., *Dzieci z autyzmem i zespołem Aspergera: praktyczne doświadczenia z codziennej pracy*, Wyd. 1, Katowice, Śląsk Wydawnictwo Naukowe 2000, ISBN 83-7164-247-4.
17. Wilkinson L A., *Kiedy Asperger dorasta razem z nami*, „Charaktery” grudzień 2008, s. 72 – 76.
18. Williams D., *Nikt nigdzie – niezwykła autobiografia autystycznej dziewczyny*, Wyd. 1, Warszawa, Wydawnictwo Fraszka Edukacyjna 2005, ISBN 83-88839-67-5.
19. *Zespół Aspergera w okresie dojrzewania: wzloty i upadki i cała reszta*, pod red. Holliday Willey L., Wyd. 1, Warszawa, Wydawnictwo Fraszka Edukacyjna: Fundacja Sinapsis 2006, ISBN 83-88839-38-1, 83-88839-38-2.
20. Strona internetowa Stowarzyszenia Pomocy Dzieciom z Ukrytymi Niepełnosprawnościami im. Hansa Aspergera:
<http://www.aim.dmkproject.net/spdzun/index.php>.