

Jagoda Cieszyńska-Rożek, Marta Korendo

(Uniwersytet Pedagogiczny, Kraków,

e-mail: jadviga.cieszynska-rozek@up.krakow.pl; marta.korendo@up.krakow.pl)

ZESPÓŁ ASPERGERA – WCZESNE SYMPTOMY ZABURZENIA W SFERZE SPOŁECZNEJ, JĘZYKOWEJ, MOTORYCZNEJ I POZNAWCZEJ

WPROWADZENIE

Zespół Aspergera (ZA) został wpisany na listę *Diagnostycznego i statystycznego podręcznika zaburzeń psychicznych* (DSM – *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*) w 1994 r. i od tego czasu funkcjonuje jako odrębna jednostka kliniczna. Sytuacja skomplikowała się w 2013 r., kiedy opublikowana została kolejna edycja DSM-5, w której ZA stracił diagnostyczną autonomię i został włączony do spektrum zaburzeń autystycznych. Jako oddzielna jednostka nozologiczna funkcjonuje jeszcze według ICD-10. Unifikowanie zespołu Aspergera z innymi zaburzeniami o spektrum autystycznym prowadzi do niekorzystnych dla diagnozowanych dzieci rozwiązań terapeutycznych i edukacyjnych. Trudności związane z diagnozą różnicową oraz dyskusje dotyczące relacji autyzmu i zespołu Aspergera przyniosły w efekcie rozwiązanie najmniej korzystne z punktu widzenia osób cierpiących na oba zaburzenia.

1. PRZYCZYNY WĄTPLIWOŚCI DIAGNOSTYCZNYCH

Zakłócenia i zaburzenia rozwoju

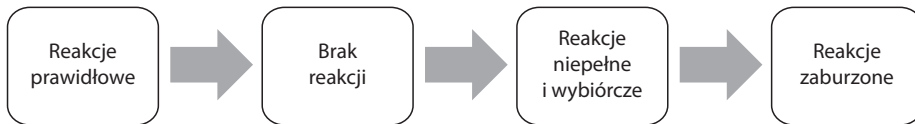
Wartość rozpoznania nieprawidłowości rozwoju w okresie niemowlęcym i w pierwszym etapie wieku poniemowłęczego potwierdzają wyniki badań neurobiologicznych i kliniczne doświadczenia powrotu na prawidłową ścieżkę rozwoju dzieci, które objęto stymulacją.

Niechęć do wczesnego formułowania diagnozy wynika z braku rozumienia różnic między zakłóceniem rozwoju a jego zaburzeniem. Obserwując reakcje dziecka, należy uwzględnić najmniejsze odstępstwa od przyjętego w psychologii rozwojowej wzorca, aby podjęte działania współbrzmiały z neurobiologicznymi etapami kształtowania się umiejętności dziecka.

Brak oczekiwanych reakcji oraz reakcje niepełne i wybiórcze należy zaliczyć do *zakłóceń rozwoju*, bez określania jednostki klinicznej, ale

z dobitnie wyrażoną koniecznością podjęcia oddziaływań stymulujących. *Zakłócenie rozwoju* nie jest jedynie opóźnieniem pojawienia się oczekiwanych etapów, lecz także brakiem możliwości budowania struktur i funkcji kory, będących podstawą dalszego rozwoju.

Rys. 1. Spektrum wczesnych objawów odstępstw od rozwoju neurotypowego.



O ile niewystąpienie normatywnie pojawiających się umiejętności może być konsekwencją wcześniactwa, małej masy urodzeniowej, dłuższej hospitalizacji, bodźców generowanych przez zaawansowane technologie, o tyle reakcje wybiórcze należy uznać za niepokojący objaw, sygnalizujący możliwość pojawienia się zaburzonych reakcji. Takie podejście diagnostyczne proponuje neuropsychologia, podkreślając wagę dostrzegania nawet najmniejszych objawów odstępstw od rozwoju neurotypowego.

W ujęciu mikrogenetycznym objaw to fragment czegoś nieoczekiwanego (czyli odbiegającego od normy) w zachowaniu, które pod innymi względami przebiega normalnie [Pachalska i in. 2014a, 152].

Koncepcja mikrogenetyczna J. Browna umożliwiła natychmiastowe zaliczenie objawu do zachowań spoza normy, co otwiera drogę do natychmiastowego podjęcia intensywnych działań stymulujących [Pachalska, MacQueen 2005]. U niemowląt przejawiających zachowania ze spektrum autyzmu lub zespołu Aspergera (np. brak kontaktu wzrokowego, uśmiechu społecznego) pozostałe funkcje (motoryka) rozwijają się zgodnie z wzorcem właściwym dla wieku, co generuje zaniechania terapeutyczne. Dzieci w wieku poniemowlęcym, osiągające normatywne etapy rozwoju dużej motoryki, diagnozowane są przez pediatrów jako zdrowe, mimo braku komunikacji i zabawy na poziomie niższym niż wiek. Ingerencja w proces kształtowania się połączeń neuronalnych w korze mózgowej musi nastąpić w momencie, gdy nie doszło jeszcze do ukształtowania i utrwalenia się nieprawidłowych wzorców zachowań. Optymalne efekty przynosi dostarczanie bodźców dotyczących sfery największej sensytywności (wrażliwości).

Zaburzenia rozwoju są określane jako zachowania spoza zachowań normatywnych. Im starsze dziecko, tym trudniej niwelować nieprawidłowe reakcje, które blokują dalszy rozwój i kształtują wadliwe sposoby odbioru i przetwarzania informacji płynących z otoczenia.

Teoria mikrogenetyczna otworzyła także drogę do tworzenia typologii dymensjonalnych, biorących pod uwagę stopień nasycenia określonym wymiarem. Określenie poziomu odstępstw od normy jest od wielu lat stosowane w diagnostyce psychologicznej, co pozwala określić poziomy edukacji dla dzieci ze zmniejszoną w różnym stopniu sprawnością intelektualną.

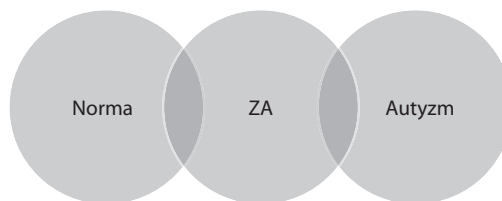
Podjęcie dymensjonalne (uwzględniające stopień zaburzeń) pozwala wyznaczyć jakość i poziom intensywności stymulacji w zależności od głębokości objawów. Nieprawidłowe reakcje mogą znajdować się na poziomie lekkim, znacznym lub głębokim. W procesie oddziaływania terapeutycznego bierze się pod uwagę głębokość zaburzeń. Nie chodzi tu jednak o ilościowe ograniczenia, dotyczące ćwiczeń, ale o jakościowe przystosowanie zadań.

Przyczyny trudności w rozpoznaniu zespołu Aspergera

Zespół Aspergera z jednej strony stanowi stosunkowo nowe zjawisko na mapie diagnostycznych i terapeutycznych wyzwań, z drugiej jednak – przez ponad 20 ostatnich lat specjaliści mieli okazję poznawać osoby z syndromem Aspergera oraz specyfikę ich funkcjonowania. Daje to prawo, a nawet nakłada obowiązek, zweryfikowania istniejącego podejścia diagnostycznego, do niedawna opartego na dokonaniach samego Hansa Aspergera.

Zespół Aspergera należy do spektrum autystycznego, ale nie na zasadzie kontinuum cech, lecz istnienia wspólnego zakresu objawów, ujawniających się w obu zaburzeniach, przy zachowaniu autonomicznych obszarów. Ten wspólny zakres cech nie decyduje o tożsamości jakościowej dysfunkcji w obu jednostkach klinicznych, pokazuje jednak, że zarówno autyzm, jak i ZA mają wspólne neurobiologiczne podłoże.

Rys. 2. Relacja: norma–zespół Aspergera–autyzm.



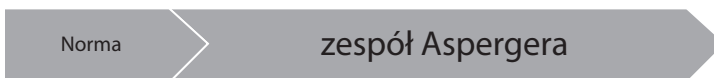
Aby zrozumieć istotę komplikacji diagnozy zespołu Aspergera oraz konieczność odróżniania go od autyzmu, należy uchwycić właściwie relacje między wymienionymi zaburzeniami, a dodatkowo jeszcze – zachowaniami normatywnymi. Nie ma dowodów potwierdzających istnienie kontinuum ZA–autyzm, praktyka terapeutyczna wyraźnie przeczy tej

tezie. Dzieci z rozpoznaniem autyzmem, nawet jeśli robią bardzo duże postępy w terapii, nigdy nie osiągają poziomu i jakości funkcjonowania dzieci z ZA. Mogą przesunąć się na osi natężenia deficytów ku autyzmowi wysokofunkcjonującemu, ale zmiana klasyfikacji zaburzenia na syndrom Aspergera nie następuje.

Istnienie kontinuum obserwować można w relacji normy i ZA. Pojedyncze zachowania, zwykle o niewielkim nasileniu, występują u wielu (a można nawet u większości) osób, co nie jest wystarczające do zaliczenia ich do diagnostycznego spektrum. Sytuację komplikuje dodatkowo narastający problem wtórnych zachowań należących do obszaru syndromu Aspergera, pojawiających się u dzieci i młodzieży w wyniku przede wszystkim przestymulowania zaawansowanymi technologiami i braku normatywnych wzorców relacji społecznych na wczesnych etapach rozwoju.

Dla kogoś, kto społeczne kompetencje nabył w tradycyjny sposób (offline, twarzą w twarz) korzystanie z wirtualnych sieci społecznościowych nie stanowi żadnego zagrożenia. (...) Kto zaś nie miał okazji do naturalnego rozwinięcia zachowań społecznych i jako dziecko lub młodociany większość kontaktów z rówieśnikami utrzymuje za pomocą internetu (...) najprawdopodobniej rozwinie zachowania odbiegające od norm [Spitzer 2013, 111].

Rys. 3. Relacja między zachowaniami normatywnymi a zespołem Aspergera.



Zachowania i reakcje ze spektrum ZA, wywołane prymarnymi i wtórnymi czynnikami, są często nieodróżnialne diagnostycznie, a różnicę stanowi głębokość utrwalenia. Obserwuje się zatem u dzieci zaburzenia kontaktu wzrokowego, obniżenie poziomu współbrzmienia emocjonalnego, wybiórczą intencję komunikacji, przewagę nakazu nad orzekaniem wyrażanego gestem wskazywania palcem, trudności z rozumieniem i respektowaniem norm społecznych, nasilone niekiedy w grupie rówieśniczej.

Kwestia ustalenia kryteriów diagnostycznych jest w wypadku zespołu Aspergera niezwykle trudna ze względu na konieczność uwzględnienia dwóch wymiarów – ilościowego i jakościowego w odniesieniu do czterech obszarów funkcjonowania: językowego, społecznego, poznawczego i motorycznego. Cechy diagnostyczne obserwowane są na różnych etapach rozwoju dziecka, ponieważ:

uszkodzenie niedojrzałej okolicy mózgu nie zawsze ujawnia się w bardzo wczesnym okresie. Zazwyczaj deficyty występują dopiero wówczas, gdy dziecko staje przed zadaniami, które są typowe dla określonego wieku rozwojowego [Pačalska, Kaczmarek, Kropotov 2014, 90].

Dotychczasowe próby opracowania ilościowych narzędzi diagnostycznych okazywały się za każdym razem nieskuteczne. Nie można bowiem wyznaczyć arbitralnie wyraźnej granicy między normą a zespołem Aspergera. Poziom diagnostyczny zaburzenia jest uwarunkowany nie tylko liczbą cech, ale także poziomem ich natężenia. Diagnoza pozostaje zatem zawsze kwestią indywidualnej oceny całościowego funkcjonowania badanej osoby.

Rys. 4. Obszary diagnostyczne zespołu Aspergera.



2. CHARAKTERYSTYKA OBSZARÓW DIAGNOSTYCZNYCH ZESPOŁU ASPERGERA

Diagnostując zespół Aspergera, należy uwzględniać wiele możliwych objawów pojawiających się nierównocześnie w różnych obszarach funkcjonowania dziecka. Wynikają one z wielu uwarunkowań neurobiologicznych, stanowią zawsze indywidualną konfigurację w wypadku konkretnej osoby, powodując duże zróżnicowanie jakościowe deficytów diagnozowanych u dzieci / osób z zespołem Aspergera. Jak podkreśla M. Pąchalska:

dla lepszego zrozumienia istoty objawu konieczne jest zrozumienie istoty działania mózgu, jak również działania umysłu i ich wzajemnych powiązań [Pąchalska, Kaczmarek, Kropotov 2014, 52].

Wyniki prowadzonych badań wskazują m.in. na występujące u osób z zespołem Aspergera dysfunkcje neuronów zwierciadlanych, ciała migdałowatego i płatów czołowych. Stopień i zasięg tych uszkodzeń nie jest jednakowy u wszystkich badanych, stąd wynikają różnice w nasileniu objawów w poszczególnych obszarach diagnostycznych.

2.1. Rozwój społeczny

Kompetencje społeczne kształtują się przez całe życie człowieka dzięki doświadczeniom w relacjach indywidualnych i grupowych. Pierwsze kontakty w diadzie z osobą dorosłą regulowane są wrodzonymi mechanizmami rozwojowymi, do których zaliczyć należy umiejętność i potrzebę nawiązywania kontaktu wzrokowego, skupiania wzroku na twarzy osoby dorosłej oraz pobierania informacji z ludzkiej twarzy, dotyczących zarówno ruchów artykulacyjnych, jak i emocji. Doświadczenia nabyte w diadzie z osobą dorosłą dziecko doskonali i rozwija podczas kontaktów z rówieśnikami.

Objawy wczesne:

- brak prawidłowego kontaktu wzrokowego;
- brak zwierciadlanych reakcji mimicznych;
- wybiórczość / znaczące zmniejszenie częstotliwości występowania uśmiechu społecznego;
- brak gestu wskazywania palcem / znacząca przewaga nakazu nad orzekaniem podczas wykonywania gestu wskazywania palcem;
- brak / wybiórczość pola wspólnej uwagi;
- brak współbrzmienia emocjonalnego;
- zachowania manipulacyjne.

Objawy występujące po 24. miesiącu życia:

- wybiórcze pole wspólnej uwagi z osobami dorosłymi i rówieśnikami;
- brak współbrzmienia emocjonalnego z rówieśnikami;
- nieumiejętność zauważania, rozumienia i stosowania norm społecznych, zwłaszcza wyrażanych językowo;
- nadmierne przywiązanie do reguł (sztywność stosowania);
- brak rozumienia i respektowania hierarchii społecznej;
- nasilające się zachowania manipulacyjne;
- nieumiejętność funkcjonowania w grupie rówieśniczej, stosowania zasad / wypełniania poleceń obowiązujących wszystkich członków grupy;
- problemy z rywalizacją;
- trudności z rozumieniem / respektowaniem systemu nagród i kar;
- nieumiejętność przyjmowania ról w zabawie;
- niechęć do kulturowych form zachowań społecznych, np. witania się, żegnania, dziękowania, przepraszenia.

Dzieci z ZA nie nawiązują prawidłowych relacji z rówieśnikami oraz osobami dorosłymi, ale w tej populacji różnorodność trudności jest duża. Najwyraźniejszy obraz diagnostyczny dają kontakty z równolatkami – stanowią one bowiem największe wyzwanie społeczne dla dzieci z ZA, ponieważ obowiązują je dokładnie te same reguły i prawa, co często nie jest akceptowane przez osoby z syndromem.

Obserwowane w zespole Aspergera zachowania manipulacyjne są silnie zróżnicowane i zależne od poziomu inteligencji, płci oraz doświadczeń dziecka. Im wyższy wskaźnik inteligencji, tym bardziej wyrafinowane sposoby pozyskania kontroli nad reakcjami rodzica, terapeuty lub nauczyciela. Opisywanych zachowań nie należy mylić z innymi formami protestu, obserwowanymi także w pozostałych typach zaburzeń autystycznych, takimi jak płacz, odmowa wykonania zadania, czasami agresja lub autoagresja. Wszystkie te formy są próbą osiągnięcia celu, jakim zwykle jest zaprzestanie ćwiczeń lub otrzymanie upragnionej rzeczy. Jednak zachowania dzieci z ZA służą dodatkowo przejściu kontroli nad reakcjami dorosłych. Niekiedy manipulacje są na tyle skuteczne, że życie w rodzinie toczy się według zasad dziecka.

2.2. Rozwój języka i komunikacji

Przez wiele lat, głównie z powodu zapisu w ICD-10 oraz pierwszej wersji DSM-IV, rozpowszechniane było nieuzasadnione przekonanie, że u dzieci z zespołem Aspergera nie występują opóźnienia rozwoju mowy i budowania systemu językowego. Tymczasem w grupie dzieci z ZA wyróżnić można trzy typy:

- a) dzieci, u których rozwija się mowa zgodnie z ilościowymi, jakościowymi i czasowymi normami, czyli dzieci wypowiadające prymarne słowa nie później niż w 12.–13. miesiącu życia;
- b) dzieci z opóźnionym rozwojem mowy, zwykle zachowujące wybiórczą intencję komunikacji realizowaną poprzez pojedyncze gesty, zachowania znaczące;
- c) dzieci, u których rozwija się mowa bez zachowania norm jakościowych – dzieci wypowiadające pierwsze słowa spoza zbioru leksemów prymarnych. Często są to nazwy urządzeń, maszyn, pojazdów, np. *komputer, traktor, kable*.

Objawy wczesne:

- brak wsłuchiwanie się w mowę;
- echolalie;
- brak / znaczące osłabienie gaworzenia i gaworzenia samonaśladowczego;
- brak komunikacyjnych zachowań w zabawie – naprzemienności dawania i brania; przywoływania głosem uwagi opiekunów;
- wybiórcze reakcje na imię;
- jakościowe zmiany w pojawianiu się pierwszych słów – brak leksemów prymarnych *mama, tata, daj*, pojawianie się słów z innych pól semantycznych, np. nazw sprzętów elektronicznych.

Objawy występujące po 24. miesiącu życia:

- opóźniony rozwój mowy;
- możliwość wystąpienia trudności systemowych – problemy z fleksją i składnią;

- nasilająca się nadkompetencja językowa – język oficjalny, nierównomierny rozwój słownictwa w poszczególnych polach semantycznych;
- schematyzmy językowe – globalnie zapamiętywane i stosowane wypowiedzi, czasami w formie cytatów;
- brak etapu pytań „dlaczego?” i trudności z rozumieniem pytań;
- zaburzenia linearności wypowiedzi – konstruowanie narracji poprzez sieć subiektywnych skojarzeń;
- brak umiejętności prowadzenia dialogu;
- mechaniczne powtarzanie tekstów z książek, filmów, wypowiedzi dorosłych niesłużące do komunikacji;
- tendencje do monologizowania bez zachowania kontroli reakcji odbiorcy;
- dosłowne rozumienie wypowiedzi; trudności z rozumieniem metafor, frazeologizmów, żartów, ironii itp.

Schematyczne użycie języka ujawnia się najczęściej w postaci automatycznych zachowań językowych w określonych sytuacjach, np. podczas odpowiedzi na często zadawane, powtarzane pytania typu: *Co jadłeś na śniadanie?*, *Z kim bawiłeś się w przedszkolu?*, *Czym do mnie przyjechałeś?* Bardzo często ten typ odpowiedzi przypomina zachowania typu bodziec–reakcja, kiedy na dźwięk określonego słowa, czasami frazy, dziecko uruchamia określoną konstrukcję, nie zawsze rozumiejąc, co mówi, a przede wszystkim nie odnosząc tego do przeżytych doświadczeń. Stąd bez względu na fakty, np. niezależnie od rzeczywistych zachowań, na pytanie *Czym bawiłeś się w przedszkolu?* odpowiada np. *klockami*.

Innym typem zachowań schematycznych jest cytowanie całych fragmentów dialogów z bajek, filmów, reklam. Zaawansowane technologie są wyjątkowo często źródłem przywoływanych tekstów. Dzieci z ZA niezwykle szybko i chętnie uczą się z telewizji lub programów komputerowych. Zapamiętywanie nierozzerwalnych całości nie sprzyja jednak budowaniu systemu językowego i nawiązywaniu satysfakcjonującej komunikacji z rówieśnikami.

Dużym problemem dzieci z ZA jest wykazywana nadkompetencja językowa, czyli poziom wypowiedzi nieadekwatny do wieku, typowy dla języka osób dorosłych. Nadkompetencja, podobnie jak brak kompetencji językowych i komunikacyjnych, jest przyczyną niepowodzeń społecznych dzieci z syndromem Aspergera.

2.3. Rozwój poznawczy

Zmiany neurobiologiczne, zarówno strukturalne, jak i funkcjonalne, obserwowane w mózgach osób z zespołem Aspergera, przyczyniają się do powstania specyficznego typu umysłowości. Wynikają z tego w sposób oczywisty określone zmiany w procesach poznawczych, objawiające się czasami jako niedostateczne umiejętności w porównaniu z normą wie-

kową (np. dostrzegania i rozumienia relacji), a niekiedy jako sprawności wyższe od normatywnych (np. analityczne, dostrzegania szczegółów, detali).

Objawy wczesne:

- trudności z adekwatnym użyciem narzędzi po 12. miesiącu życia;
- silna preferencja określonych zabawek / przedmiotów, np. balonów;
- silna fiksacja percepcji na wybranych fragmentach rzeczywistości, np. wiatrakach, lampach;
- przewaga spostrzegania analitycznego – skupianie się na szczegółach, brak prawidłowej syntezy informacji.

Objawy występujące po 24. miesiącu życia:

- zaburzona analiza i synteza wzrokowa – trudności z linearnym porządkowaniem materiału atematycznego, np. klocków i/lub dokonywaniem syntezy obrazu, np. układaniem całości z części;
- problemy z abstrahowaniem reguł z użycia, utrzymywaniem reguły podczas wykonywania zadania typu podział klocków według jednej cechy, np. koloru;
- trudności z dokonywaniem kategoryzacji tematycznej, abstrahowaniem reguł językowych, np. *tu misie, tu auta*;
- niespecyficzna percepcja słuchowa – koncentracja na dźwiękach otoczenia, brak prawidłowych reakcji na język, czasami tendencja do koncentrowania się na brzmieniu słowa, a nie na znaczeniu;
- fiksacje tematyczne, kumulowanie informacji z wąskiego zakresu tematycznego, wybiórczość percepcyjna;
- nadwrażliwości lub niewrażliwości sensoryczne;
- problemy z myśleniem przyczynowo-skutkowym;
- trudności z dostrzeganiem i rozumieniem relacji, np. gradualnych, czasowych, przestrzennych, także społecznych;
- trudności z podejmowaniem zabawy tematycznej i symbolicznej;
- nieumiejętność przyjmowania perspektywy myślowej innych osób;
- bardzo dobra pamięć symultaniczna, globalna, zarówno wzrokowa, jak i słuchowa;
- wysokie umiejętności zapamiętywania i przetwarzania informacji przestrzennych.

Jedną z charakterystycznych cech osób z zespołem Aspergera jest duża podatność na tematyczne fascynacje. Zakres tematyki jest różny, choć powtarzalny w wielu wypadkach. Najczęściej osoby z opisywanym syndromem mają zainteresowania o charakterze encyklopedycznym, faktograficznym. Frekwencyjnie najczęstsze są zainteresowania geograficzne, komunikacyjne, biologiczne, techniczne, astronomiczne. Fascynacje te najczęściej mają charakter językowy – dzieci zapamiętują niezliczone fakty dotyczące wyszczególnionej dziedziny, uczą się nazw,

oznaczeń, symboli, odpowiedników nazw w innych językach, np. po łacinie. Należy jednak z całą stanowczością podkreślić, że zainteresowania te mają najczęściej charakter schematyczny, stereotypowy i nie należy utożsamiać ich ze zdobywaną przez dziecko wiedzą, rozumianą jako sieć informacji powiązanych relacjami umożliwiającymi wykorzystanie inne niż tylko do odtwórczego recytowania.

2.4. Rozwój motoryczny

Obserwacja rozwoju motorycznego, wbrew zapisom w ciągle obowiązującym ICD-10, nie może znacząco wspomóc diagnozy syndromu Aspergera, z wyjątkiem charakterystyki poziomu sprawności manualnych, ze szczególnym uwzględnieniem umiejętności grafomotorycznych.

Objawy wczesne:

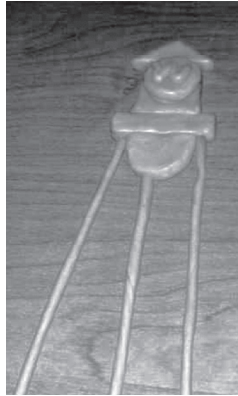
U dzieci z zespołem Aspergera mogą wystąpić nieprawidłowości / zaburzenia rozwoju motorycznego, jednak nie są to objawy diagnostyczne dla ZA i są zazwyczaj skutkiem współtowarzyszących problemów. Nie istnieją badania stwierdzające występowanie dysfunkcji o podłożu mózdkowym, tak jak w wypadku autyzmu. Dlatego nie ma także potwierdzonych i jednoznacznych wyznaczników nieprawidłowości wczesnych etapów rozwoju motorycznego – zarówno małej, jak i dużej motoryki.

Objawy występujące po 24. miesiącu życia:

Diagnostycznym objawem ZA jest osłabienie sprawności grafomotorycznej oraz przedłużający się proces formowania dominacji stronnej. Ten problem nie zawsze jest wynikiem zmniejszonej sprawności manualnej. Czynnikiem wpływającym na niechęć do posługiwania się narzędziami do pisania i rysowania może być kilka. U pewnej grupy dzieci z ZA obserwujemy trudności z koordynacją wzrokowo-ruchową oraz sprawnością manualną, spowodowaną niekiedy przedłużającym się procesem kształtowania dominacji ręki. Dzieci te podejmują zadania manualne, ale rysowanie i pisanie należą do najmniej akceptowalnych. Dzieci z ZA często rysują, powtarzając małe elementy, rozmieszczając je na całej kartce. Są to zwykle schematycznie przedstawione auta, rakiety, samoloty, rycerze i żołnierze (jako głowonogi). O potencjalnej sprawności manualnej niektórych osób z ZA może świadczyć natomiast duża precyzja podczas lepienia figurek z plasteliny lub budowania konstrukcji z drobnych elementów, kiedy nie muszą planować ruchów i mogą działać oburęcznie. Często obserwowane są także kłopoty z rysowaniem postaci ludzkiej.

Najbardziej zatem diagnostyczne są trudności grafomotoryczne, objawiające się niskim poziomem rysunków i graficznej jakości pisma, ale dużym potencjałem do wyćwiczenia tej sprawności.

Rys. 5. Postać z bajki ulepiona przez pięcioletniego chłopca z ZA.



Źródło: zbiory własne.

3. PODSUMOWANIE

Rosnące doświadczenie diagnostyczne i terapeutyczne oraz rozwijająca się wiedza neurobiologiczna pozwalają na dostrzeganie braków w rozwoju oraz zachowań ze spektrum ZA u coraz młodszych dzieci. Stawianie wczesnych diagnoz stwarza warunki bardzo skutecznej terapii, pozwalającej wykorzystać mechanizmy plastyczności mózgu na etapach tworzenia się określonych sprawności, w okresach wrażliwości, a nie dopiero po ujawnieniu nieprawidłowości, jako kompensacji. Ważne, aby diagności zaakceptowali dużą różnorodność cech i ich nasilenia u poszczególnych osób – zależy to zarówno od wieku badanego, jak i od głębokości zaburzenia. Wczesna wykrywalność zespołu Aspergera przyczyni się znacząco do nabywania w przebiegu terapii prawidłowych kompetencji w wyróżnionych obszarach diagnostycznych: językowym, społecznym, poznawczym i motorycznym.

Bibliografia

- J. Cieszyńska, 2011, *Wczesna diagnoza i terapia zaburzeń autystycznych. Metoda krakowska*, Kraków.
- J. Cieszyńska, 2013, *Metoda krakowska wobec zaburzeń rozwoju dzieci. Z perspektywy fenomenologii, neurobiologii i językoznawstwa*, Kraków.
- J. Cieszyńska, M. Korendo, 2007, *Wczesna interwencja terapeutyczna*, Kraków.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*, 2013, American Psychiatric Associations.
- D. Draaisma, 2009, *Rozstrojone umysły*, Warszawa.

- E. Fombonne, 2005, *Epidemiology of autistic disorder and other pervasive developmental disorders*, „Journal of Autism and Developmental Disorders” 29, s. 113–119.
- B.J. Freeman, P. Cronin, P. Candela, 2002, *Asperger syndrome or autistic disorder? The diagnostics dilemma*, „Focus Autism and Other Developmental Disabilities” t. 17, nr 3, s. 145–151.
- M.S. Gazzaniga, 2013, *Kto tu rządzi – ja czy mój mózg? Neuronauka a istnienie wolnej woli*, Sopot.
- A. Herzyk, 2005, *Wprowadzenie do neuropsychologii klinicznej*, Warszawa.
- M. Korendo, 2009, *Problemy rozwojowe osób z zespołem Aspergera jako wynik deficytów językowych*, „Biuletyn Logopedyczny”, Lublin.
- M. Korendo, 2010, *Zespół Aspergera – neuropsychologiczne przyczyny zaburzeń językowych* [w:] I. Nowakowska-Kempna, D. Pluta-Wojciechowska (red.), *Studia z neurologopedii*, Kraków.
- M. Korendo, 2010, *Zaburzenia lewopółkulowe u dzieci z zespołem Aspergera* [w:] M. Michalik, A. Siudak (red.), *Zagadnienia mowy i myślenia*, t. I, Kraków.
- M. Korendo, 2013, *Językowa interpretacja świata w wypowiedziach osób z zespołem Aspergera*, Kraków.
- S.D. Mayes, S.L. Calhoun, 2001, *Non-Significance of early speech delay in children with autism and normal intelligence and implications for DSM-IV Asperger’s disorder*, *Autism*, „The International Journal of Research and Practice” vol. 5, nr 1, s. 81–94.
- M. Pąchalska, B.D. MacQueen, 2005, *Microgenetic theory. A new paradigm for contemporary neuropsychology and neurolinguistics*, „Acta Neuropsychologica” 3(3), s. 89–106.
- M. Pąchalska, B.L.J. Kaczmarek, J.D. Kropotow, 2014a, *Neuropsychologia kliniczna. Od teorii do praktyki*, Warszawa.
- M. Pąchalska, 2014b, *The symptom and its significance in neuropsychology*, „Acta Neuropsychologica” 1(1), s. 1–11.
- E. Pisula, 2012, *Od badań mózgu do praktyki psychologicznej. Autyzm*, Sopot.
- J. Rostowski, T. Rostowska, 2014, *Rola systemów lustrzanych neuronów w rozwoju języka i komunikacji interpersonalnej* [w:] *Psychologia rozwojowa*, t. 19, nr 2, s. 49–65.
- K. Rymarczyk, 2014, *Neurofizjologiczne uwarunkowania rozwoju dziecka – wpływ doświadczenia na rozwój układu nerwowego* [w:] R. Piotrowicz (red.), *Interdyscyplinarne uwarunkowania rozwoju małego dziecka. Wybrane zagadnienia*, Warszawa, s. 80–109.
- M. Spitzer, 2008, *Jak uczy się mózg?*, Warszawa.
- M. Spitzer, 2013, *Cyfrowa demencja*, Sopot.
- M. Tomasello, 2002, *Kulturowe źródła ludzkiego poznawania*, Warszawa.

Asperger Syndrome – early symptoms of the disorder in social, linguistic, motor and cognitive spheres

Summary

The diagnosis of Asperger Syndrome has caused many problems for diagnosticians and therapists since the establishment of this nosological unit. Many concepts of rules and criteria for assessing the functioning of people with AS have been born. The increase in the number of cases of children with Asperger Syndrome indicates the need to create effective ways of making early diagnoses, which can become the basis for building effective therapy programmes.

The authors point to the necessity to observe early stages of children's development and to notice the symptoms of the disorder. This is often possible for children aged under 24 months. After the child reaches the age of two, the symptoms become very evident, especially in the areas of language and communication, social development, cognitive and manual development.

Adj. Monika Czarnecka