

Marta Korendo

Uniwersytet Pedagogiczny
im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie
ORCID: 0000-0003-1088-8675

Diagnoza dymensjonalna zespołu Aspergera

1. Wstęp

Na problem diagnozy zespołu Aspergera (dalej ZA) należy spojrzeć z dwóch perspektyw: kategoryjnego widzenia różnic między ZA a autyzmem, co wyraźnie utrwały m.in. takie klasyfikacje, jak DSM¹ i ICD², oraz braku u diagnostów wystarczającej wiedzy, a także doświadczenia, by zrozumieć i zaakceptować silne wewnętrzne zróżnicowanie obrazu zjawiska.

Kategoryjne podejście do diagnozy zaburzeń ma swoje źródła zarówno w czynnikach kulturowych, jak i w historii rozwoju psychologii i medycyny. Wyrosło ono na fundamentach filozofii greckiej, w tym myśli samego Arystotelesa, który kategoryzację rozumiał jako proces dokonywany na podstawie listy cech koniecznych i wystarczających, zaś kategorie jako zbiory o ostrych, nieprzekraczalnych granicach. Koncepcja ta ukształtowała myślenie, na którym zbudowana została diagnostyka medycyny zachodniej – analityczna i typologiczna, a następnie psychologiczna. Podstawę realizowanego w DSM zamyśłu stworzył Emil Kraepelin, niemiecki psychiatra [Trull i in. 2005], którego teorie nozologiczne zakładały, że w kontekście chorób psychicznych możemy mówić o wyraźnej granicy pomiędzy normą a dysfunkcją. W nawiązaniu do powyższego sądu DSM definiuje zaburzenia osobowości w kategoryjnym, hierarchicznym systemie taksonomicznym. „Autyzm i inne zaburzenia rozwojowe do dziś diagnozuje się za pomocą niezręcznego systemu profilowania

1 DSM – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (klasyfikacja zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego).
2 ICD – *International Classification of Diseases* (Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób).

zachowania, proponowanego w Podręczniku Diagnostyki i Statystyki Zaburzeń Psychicznych, w skrócie DSM” [Grandin, Panek 2016: 6].

Najnowsze jego wydanie, DSM-5, wprowadziło element diagnostyki jakościowej, zalecając każde z zaburzeń oceniać według skali lekkie – umiarkowane – głębokie [Morisson 2016]. Nie zmieniło to jednak zasadniczo sposobu rozumienia i charakterystyki zjawisk.

Efektom taksonomicznej bezradności jest włączenie zespołu Aspergera, podobnie zresztą jak np. zespołu Retta, do jednej kategorii nazwanej „zaburzenia ze spektrum autyzmu”. Ani rozwiązanie wprowadzone w roku 2013 przez DSM-5, ani nowe (2022 rok) wydanie ICD-11 nie proponują rozwiązań przystających do obserwowanych zjawisk i wychodzących naprzeciw potrzebom diagnostów. Szczególne wątpliwości budzi podział zaburzeń autystycznych uwzględniający ocenę rozwoju intelektualnego oraz językowego, pozwalający na łączenie w tej samej grupie diagnostycznej dzieci z autyzmem i z zespołem Aspergera. Proponowany w ICD-11 podział wygląda następująco:

- 6A02 Zaburzenia ze spektrum autyzmu
- 6A02.0 Zaburzenie ze spektrum autyzmu bez upośledzenia rozwoju intelektualnego i z łagodnym upośledzeniem lub bez upośledzenia funkcjonalnego języka
- 6A02.1 Zaburzenie ze spektrum autyzmu z upośledzeniem rozwoju intelektualnego i z łagodnym upośledzeniem lub bez upośledzenia funkcjonalnego języka
- 6A02.2 Zaburzenie ze spektrum autyzmu bez upośledzenia rozwoju intelektualnego i z upośledzonym językiem funkcjonalnym
- 6A02.3 Zaburzenie ze spektrum autyzmu z upośledzeniem rozwoju intelektualnego i z upośledzonym językiem funkcjonalnym
- 6A02.4 Zaburzenie ze spektrum autyzmu bez upośledzenia rozwoju intelektualnego i z brakiem języka funkcjonalnego
- 6A02.5 Zaburzenie ze spektrum autyzmu z upośledzeniem rozwoju intelektualnego i z brakiem języka funkcjonalnego
- 6A02.6 Inne zaburzenia ze spektrum autyzmu
- 6A02.7 Zaburzenie ze spektrum autyzmu, nieokreślone [ICD-11 2018]

Skuteczne stosowanie proponowanej kwalifikacji uniemożliwia brak narzędzi diagnostycznych, które w rzetelny i pewny sposób pozwoliłyby badać rozwój poznawczy dzieci autystycznych.

2. Reguły diagnozy dymensionalnej

Dymensionalne myślenie o diagnozie [Cieszyńska-Rożek, Korendo 2021] wyrosło na bazie wieloletnich doświadczeń terapeutycznych i diagnostycznych. Liczba zdiagnozowanych dzieci z różnymi zaburzeniami rozwoju pozwala na uchwycenie nie tylko wspólnych cech kategorii, ale przede wszystkim zróżnicowanego stopnia nasilenia obserwowanych zjawisk oraz na zrozumienie znaczenia wpływu innych czynników zmieniających tych zjawisk charakterystykę.

Diagnoza dymensionalna pozwala spojrzeć na rozwój i funkcjonowanie dziecka z trzech perspektyw:

- a) linearnej, rozwojowej, poziomej – odniesienie do modeli rozwojowych, w których wyznaczanie oczekiwanego wieku pojawienia się danych umiejętności opiera się na wartości najczęściej występującej w próbie, tj. dominancie;
- b) pionowej, wertykalnej – ocena głębokości zaburzenia według umownej skali lekkie – znaczne – głębokie;
- c) kołowej – wyznaczającej powiązania między obserwowanymi zjawiskami mające wpływ na ostateczny obraz kliniczny dziecka.

Należy zatem podkreślić szczególnie:

Celem diagnozy jest nie tylko jednoznaczna klasyfikacja dysfunkcji, ale przede wszystkim dokładna ocena poziomu rozwoju funkcji poznawczych i trudności, które pojawiają się w tym rozwoju. Diagnoza dymensionalna pozwala na ujęcie w ocenie zarówno typu zaburzenia, jak i jego głębokości oraz relacji z innymi normatywnymi i nienormatywnymi czynnikami. [Cieszyńska-Rożek, Korendo 2021: 12–13]

Dymensionalne, tj. wielowymiarowe podejście do diagnozowania pozwala na równorzędne traktowanie przypadków prototypowych i nieprototypowych, co znacząco przyczynia się do zwiększenia wykrywalności deficytów oraz wyższej skuteczności terapii.

3. Wewnętrzne zróżnicowanie obrazu klinicznego zespołu Aspergera

ZA jest jednym z najsilniej wewnętrznie zróżnicowanych zaburzeń rozwoju. Postrzeganie tego zjawiska jest odmienne w różnych w kontekstach kulturowych – w Stanach Zjednoczonych jest ono traktowane jako rodzaj talentu, dar, w Europie zaś – jako zaburzenie, dysfunkcja. ZA niewątpliwie cechuje określony typ umysłowości, wynikający ze strukturalnych i funkcjonalnych zmian mózgu u osób z owym syndromem. Nie wszystkie związane z nim zagadki neurobiologiczne zostały odkryte w badaniach, ale prowadzone różnymi

metodami eksperymenty – np. fMRI, MRI lub (Q)EEG – pozwalają rozwijać wiedzę o mózgu osób dotkniętych ZA. Badania przeprowadzone przez Franka Duffy'ego udowodniły m.in., że dzieci z tym syndromem wykazują odmienne wzorce połączeń mózgowych niż dzieci z autyzmem [Duffy i in. 2013]. Inne obserwacje potwierdziły z kolei u dzieci z ZA znaczące zaburzenie układu dopaminergicznego, zaburzenia funkcjonalne w płatach czołowym i skroniowym oraz w układzie limbicznym, ciele migdałowatym i hipokampie [Faridi i in. 2017].

Wyniki licznych badań potwierdzone są obserwacjami klinicznymi. Odmierna konfiguracja przyczyn neurobiologicznych generuje zróżnicowane obrazy osób z syndromem Aspergera, oznaczające indywidualną występowalność cech, a także dany stopień ich nasilenia. „Autyzm³, depresja i inne zaburzenia mieszczą się na kontinuum od normalności do anormalności. Zbyt silne natężenie powoduje głębokie upośledzenie”, ale posiadanie ich „w niewielkim stopniu może być korzystne” [Grandin, Panek 2016: 6].



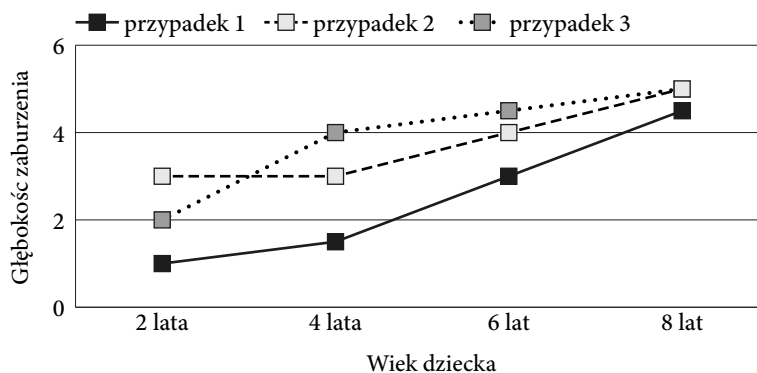
Ryc. 1. Kontinuum norma – zespół Aspergera

Źródło: opracowanie własne.

Niezdiagnozowane zaburzenie rozwija się w czasie razem z dzieckiem. Postępowanie zaburzenia w czasie oznacza jego pogłębianie, nasilanie się deficytów, pojawianie się nowych zachowań niepożądanych. W przypadku ZA nie jesteśmy w stanie wyznaczyć przebiegu czasowego. Oznacza to, że dzieci, które na wczesnych etapach rozwoju (np. ok. dwunastego miesiąca życia) mają lekkie nasilenie danych cech, mogą znacząco powiększyć swoje deficyty i w wieku przykładowo pięciu lat wykazywać głębokie zaburzenia, ale istnieje też możliwość, że stopień ich nasilenia pozostanie na podobnym poziomie. Przebieg rozwoju ZA może mieć charakter płynny, wznoszący lub skokowy, tj. ze znacznym pogorszeniem funkcjonowania w krótkim czasie. W niektórych przypadkach trudności mogą ujawnić się lub nasilić po rozpoczęciu przez dziecko edukacji szkolnej ze względu na wzrost oczekiwań społecznych, zwłaszcza w zakresie dostosowania się

3 W literaturze anglojęzycznej, zwłaszcza amerykańskiej, panuje duża niespójność nomenklatury związana z wieloma zmianami w klasyfikacji autyzmu i ZA oraz w postrzeganiu wzajemnych relacji między tymi zjawiskami. Temple Grandin pisze często o sobie jako o osobie z autyzmem, ale wyniki neuroobrazowania jej mózgu prezentowane są w charakterystyce ZA. Autyzm występuje zwykle jako termin nadrzędny stosowany dla wszystkich zaburzeń z tego spektrum.

do obowiązujących reguł. Nie może natomiast być tak, że objawy zaczną występować dopiero w wieku szkolnym – jeśli niepożądane zachowania pojawią się w krótkim czasie, nie mogą zostać potraktowane jako efekt zaburzeń ze spektrum ZA.



Wykres 1. Rozwój zespołu Aspergera w czasie – indywidualne przypadki
Źródło: opracowanie własne.

Deficyty i odmienności rozwojowe charakterystyczne dla ZA można opisać, wyróżniając kilka obszarów. Należą do nich: typ umysłowości warunkujący preferowane zainteresowania i aktywności, rozwój mowy i komunikacji oraz kompetencje społeczne, w tym wyróżniająca się u dzieci z ZA zdolność do zachowań manipulacyjnych. Pewną grupę dzieci będzie więc cechowało silne przywiązanie do danego tematu lub tematów (stałych albo zmieniających się), zwykle powiązane z ich wysokimi możliwościami pamięciowymi, co pozwala im na kumulowanie informacji (o charakterze analitycznym – faktów, nazw czy dat), choć nie zawsze organizowanych w syntetyczną postać wiedzy (nie operują tymi informacjami w sposób twórczy, aktywny, częściej odtwórczy, mechaniczny). Ten typ funkcjonowania poznawczego utrudnia dzieciom z ZA nawiązywanie relacji społecznych – przede wszystkim ze względu na niski stopień elastyczności odnośnie do zachowań i tematów rozmów – pomimo często występującej u nich intencji bycia w grupie rówieśniczej. Specyfika umysłowości i zainteresowań kształtuje także język tych osób, a zwłaszcza zakres ich słownictwa – zauważalne jest nierównomierne rozłożenie ilościowe w różnych polach semantycznych, ale także tendencja do wypowiedzi precyzyjnych, dosłownych przy jednoczesnych trudnościach z rozumieniem metafor i związków frazeologicznych (przypadek A na wykresie 2).

Inna grupa dzieci z ZA nie będzie wyróżniała się wyraźnymi preferencjami tematycznymi albo ich przylepność tematyczna nie będzie rozpoznawana jako

fiksacja. Może mieć to związek z maskowaniem odmienności poznawczych. Takie zachowania pojawiają się zwykle u dziewczynek (silna fascynacja np. końmi jest uzewnętrzniana w sposób podobny do „słabszych” preferencji tematycznych rówieśniczek, tj. poprzez zbieranie naklejek lub kolekcjonowanie figurek z seriali animowanych). W tej grupie mogą wystąpić silne skłonności manipulacyjne, wynikające z dużej potrzeby przejęcia kontroli nad reakcjami osób dorosłych lub zbudowania relacji z rówieśnikami. Manipulacje mogą przybierać formę reakcji emocjonalnych, werbalnych lub agresywnych. Pomimo występowania u dziecka aktywności niepożądanych nie obserwuje się jego izolacji w grupie, przeciwnie – niekiedy jest nawet postrzegane jako lider. Może także występować u niego charakterystyczny typ wypowiedzi, odbieranych jako „dojrzałe”, niekiedy „sztywne”, przypominających oficjalny język osób dorosłych. Ten sposób rozkładu deficytów bardzo charakterystyczny jest dla typu żeńskiego ZA (przypadek B na wykresie 2).

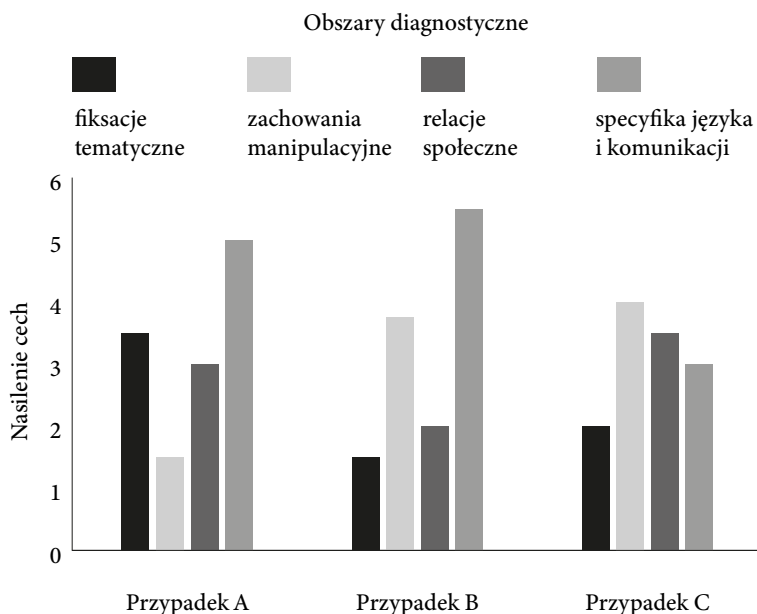
Istnieje także możliwość wystąpienia grupy dzieci z umiarkowanymi lub rozproszonymi zainteresowaniami tematycznymi (nie kumulują one informacji z danego obszaru, chociaż mają swoje schematyczne zabawy i rutynowe aktywności), wykazujących natomiast silne skłonności manipulacyjne, które mają istotny wpływ na relacje społeczne zarówno z osobami dorosłymi, jak i rówieśnikami. Ze względu na brak silnych przyklepności tematycznych w ich słownictwie nie występują duże różnice ilościowe w poszczególnych polach semantycznych, może natomiast ujawnić się tendencja do budowania wypowiedzi na wzór osób dorosłych lub stosowania werbalnych zachowań manipulacyjnych (przykład C na wykresie 2).

Scharakteryzowane powyżej przypadki reprezentują najczęściej występujące typy ZA. Indywidualne różnice mogą jednak stwarzać wiele innych wariantów, na co wpływ mają czynniki zarówno endo-, jak i egzogenne (np. postawy dorosłych wobec reakcji i zachowań dziecka czy specyfika grupy rówieśniczej). Należy jednak podkreślić, że stopień nasilenia ZA zależy od konfiguracji stopnia nasilenia poszczególnych cech diagnostycznych.

Przykładowy rozkład deficytów przedstawia wykres 2.

W ogólnej charakterystyce osób z ZA można wyróżnić trzy główne typy przypadków. Osoby reprezentujące owe typy potrafią znacząco różnić się od siebie, wykazując odmienne deficyty oraz sposoby ich uzewnętrzniania lub maskowania. Do najczęściej występujących typów tego syndromu można zaliczyć⁴:

4 Powyższą typologię opracowano w oparciu o doświadczenia kliniczne oraz badania autorki. Ponad tysiąc przeprowadzonych rozpoznań dzieci z ZA (u pacjentów powyżej drugiego roku życia – z wykorzystaniem testu SON-R) pozwoliło na dostrzeżenie podobieństw i różnic w określonych obszarach diagnostycznych.



Wykres 2. Zróżnicowanie nasilenia cech diagnostycznych dla zespołu Aspergera

Źródło: Cieszyńska-Rożek, Korendo 2021.

- 1) **typ kontrolujący** – dzieci nim dotknięte wykazują bardzo silną potrzebę kontrolowania reakcji i zachowań osób dorosłych i/lub rówieśników. W celu przejęcia kontroli stosują zróżnicowane, personalizowane zachowania manipulacyjne, dostosowywane do reakcji ich adresata (stąd zachowania wobec różnych osób mogą się zmieniać w zależności od oceny ich skuteczności). Osoby z tej grupy cechują najczęściej:
 - a) niska empatia, brak zainteresowania emocjami,
 - b) wysoki poziom zachowań manipulacyjnych,
 - c) przywiązania tematyczne, ale nie fiksacje,
 - d) w badaniu testem SON-R⁵ – często wyższe niż normatywne wyniki w subteście „myślenie przez analogie”,
 - e) brak wyraźnych dla ZA cech języka, czasami rozbudowane słownictwo, „oficjalny” język przypominający mowę osób dorosłych,
 - f) wybiórczy kontakt wzrokowy.

5 Test SON-R – niewerbalny test do badania inteligencji – złożony z sześciu subtestów dotyczących poszczególnych funkcji poznawczych – dzieci w wieku od dwóch do ośmiu lat, którego autorami są: Nan Snijders-Oomen, Peter Tellegen, Marjolijn Winkel, Barbara Wijnberg-Williams oraz Jaap Laros.

- 2) **typ poznawczy** – osoby z tej grupy wyróżniają silniejsze preferencje tematyczne, zdolność do kumulowania informacji, łatwość zapamiętywania faktów, dat i terminów, dostrzeganie błędów na mapach świata lub inne, często spektakularne umiejętności poznawcze. Zwykle koreluje to ze specyficznymi cechami wypowiedzi oraz z trudnościami w nawiązywaniu relacji społecznych, często także z wycofaniem z kontaktów z rówieśnikami. Najczęściej zauważane w tej grupie cechy to:
 - a) zainteresowanie emocjami, czasami przerysowana emocjonalność,
 - b) umiarkowany bądź niski poziom zachowań manipulacyjnych,
 - c) (silne) fiksacje tematyczne,
 - d) działanie zgodnie z rutyną, według schematów,
 - e) rzadki kontakt wzrokowy (niekiedy jego brak),
 - f) w badaniu testem SON-R – niskie wyniki w podteście „myślenie sytuacyjne”,
 - g) charakterystyczny dla osób z ZA język – dosłowne rozumienie wypowiedzi, problemy z rozumieniem przenośni i związków frazeologicznych, narracja dotycząca obszarów zainteresowania albo uporządkowana według skojarzeń.
- 3) **typ żeński** – odmienny sposób uzewnętrzniania się trudności obserwowany w gronie dziewczynek lub kobiet. Problem z charakterystyką tej grupy jest złożony, ponieważ temat niezgodności obrazów klinicznych ZA związanych z płcią jest badawczo nowy i wymaga doprecyzowania wniosków. Należy podkreślić, że różnice te wynikają zasadniczo z przyczyn dwojakiego rodzaju: biologicznych (spowodowane odmiennosćiami biologicznymi, są zbliżone do tych, które obserwujemy między kobietami a mężczyznami w populacji osób bez ZA) oraz społecznych (mających źródło w czynnikach, postawach i stereotypach społecznych, które utrwalają prawo mężczyzny do odmienności, samostanowienia, indywidualizmu i nietypowości, natomiast kobietom narzucają określone role i ich wzorce przy jednoczesnym silnym piętnowaniu indywidualizmu i atypowości). Bardzo częstą postawą wśród kobiet z ZA jest próba asymilacji poprzez nieujawnianie swoich potrzeb i brak sprzeciwu wobec negatywnych ocen, stąd występujący u nich kontrolowany, wyuczony kontakt wzrokowy, zbudowane w ten sposób poczucie winy z powodu nieprzystosowania, a w konsekwencji bardzo wysokie ryzyko rozwoju depresji. Na wczesnych etapach rozwoju w grupie żeńskiej zaobserwować można:
 - a) preferencje tematyczne bliskie zainteresowaniom otoczenia,
 - b) silne manipulacje emocjonalne,

- c) tendencję do kopiowania zachowań bądź wyglądu,
- d) rutyny i schematy (niekiedy subtelne, np.: zawsze ta sama fryzura, zawsze dwie spinki, ten sam temat rysunków),
- e) duży problem z działaniem według reguł.

Dostrzeżenie wewnętrznego zróżnicowania przypadków w populacji osób z ZA umożliwia stawianie skutecznych diagnoz także osobom o nieprototypowym obrazie klinicznym, często mającym postawione błędne rozpoznania zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń osobowości

4. Powiązania zespołu Aspergera z innymi zjawiskami

Zespół Aspergera może współwystępować z innymi zjawiskami (nie tylko z zaburzeniami), które zmieniają jego obraz i przebieg. Pomimo wieloletniego doświadczenia specjalistów w diagnozie i terapii dotkniętych ZA nadal pojawiają się nieoczekiwane przypadki pokazujące możliwe kombinacje współwystępujących problemów i odmienne funkcjonowanie badanych osób. Warto zwrócić uwagę na następujące możliwości:

- a) dzieci znajdujące się na pograniczu normy i zaburzenia, które nie wykazują wszystkich osiowych objawów, a ich najczęściej ujawniającym się deficytem są problemy społeczne. Dzieci te wymagają wsparcia terapeutycznego głównie w grupie osób neurotypowych, ale przede wszystkim – potrzebują wsparcia osób dorosłych. Aby to wsparcie mogło zostać udzielone, rodzice i nauczyciele muszą rozumieć trudności podopiecznego;
- b) dzieci z alalią⁶ i ZA – przeczą one mitowi, że w omawianym syndromie nie obserwujemy opóźnień rozwoju mowy. Jest to grupa dzieci, która wykazuje trudności w budowaniu systemu językowego, chociaż systemowa terapia pozwala im nabyć język i komunikować się werbalnie;
- c) dzieci z afazją⁷ i ZA – nie można wykluczyć współwystępowania tych dwóch zjawisk, zwłaszcza kiedy ZA uwarunkowany jest genetycznie (dziedzicznie), a afazja jest wynikiem uszkodzeń okołoporodowych. Nabywanie systemu językowego przebiega wtedy tak, jak u dzieci z afazją bez ZA;
- d) dzieci z dysleksją i ZA – współwystępowanie obu zaburzeń potwierdzają liczne przypadki uczniów. Zwykle osoby z ZA uczą się czytać bez trudności, czasami nawet wcześniej niż rówieśnicy. Pewna grupa uczniów

6 Alalia rozumiana jest tutaj jako funkcjonalne opóźnienie rozwoju mowy.

7 Przyjętą w obrębie artykułu definicją afazji jest zaburzenie rozwoju mowy o podłożu strukturalnym.

- ma jednak osiowe objawy dysleksji, co znacząco utrudnia im funkcjonowanie w edukacji;
- e) osoby z ZA i zaburzeniami psychicznymi – do najczęściej występującego (zarówno u dzieci, jak i dorosłych) w tym połączeniu problemu psychicznego należy depresja. Może mieć ona charakter pierwotny lub wtórny. Inne obserwowane zaburzenia psychiczne to stany lękowe, kompulsje lub obsesje, psychozy oraz – współwystępująca najrzadziej – schizofrenia;
 - f) dzieci z ZA i zespołem Downa – należy do nich nieliczna jak dotąd grupa zdiagnozowanych dzieci, ponieważ połączenie tych zaburzeń jest najczęściej obserwowane w przypadku ZA uwarunkowanego genetycznie. W tych przypadkach nasileniu ulegają zwykle zachowania niepożądane;
 - g) dwujęzyczne dzieci z ZA – dwu- i wielojęzyczność nie ma żadnego formalnego związku z rozwojem ZA, ale wyszczególnienie tego połączenia jest ważne, ponieważ sytuacja dwujęzyczności znacząco opóźnia czas diagnozy zaburzenia, będąc często argumentem używanym w celu wytłumaczenia deficytów;
 - h) ZA a autyzm – relacja tych zaburzeń nie stanowi kontinuum. Mają one wspólny zakres objawów i przyczyn, ale także znacząco różnią się od siebie, co należy uwzględnić podczas diagnoz różnicowych.



Ryc. 2. Zależności między zespołem Aspergera a innymi normatywnymi i nienormatywnymi zjawiskami⁸

Źródło: opracowanie własne na podstawie Cieszyńska-Rożek, Korendo 2021; Korendo 2013.

8 W porównaniu do wcześniejszych wersji grafika została uzupełniona i rozbudowana o dwa elementy pokazujące zależności pomiędzy ZA a innymi zjawiskami – zaburzeniami psychicznymi i zespołem Downa.

5. Podsumowanie

Diagnoza dymensjonalna pokazuje zarówno przebieg, jak i obraz kliniczny opisywanego zaburzenia z różnych perspektyw, podkreślając możliwość wystąpienia wielu jego wariantów i typów. Dzięki temu odchodzi od dychotomicznego podziału na przypadki typowe i atypowe, pozwalając na rozpoczęcie terapii od najwcześniejszych etapów występowania zaburzeń oraz na przygotowanie zakresu pomocy adekwatnego do potrzeb. Podejście dymensjonalne wymaga nie tylko wiedzy o zaburzeniach – przede wszystkim rozwija się bowiem dzięki bogatemu doświadczeniu klinicznemu diagnostów. Umożliwia wielowymiarowe pojmowanie problemów, co oznacza najpełniejsze z możliwych rozumienie diagnozowanego człowieka.

Bibliografia

- Bokus Barbara, Shugar Grace W., red. (2007), *Psychologia języka dziecka*, przeł. Ewa Haman i in., Gdańsk.
- Bishop Dorothy V.M. (2014), *Ten Questions about Terminology for Children with Unexplained Language Problems*, „International Journal of Language & Communication Disorders”, nr 4, s. 381–415.
- Chojnicka Izabela, Płoska Rafał (2012), *Polska wersja wywiadu do diagnozowania autyzmu ADI-R (Autism Diagnostic Interview – Revised)*, „Psychiatria Polska”, nr 2, s. 249–259.
- Cieszyńska Jagoda (2010), *Wczesna diagnoza i terapia zaburzeń autystycznych. Metoda krakowska*, Kraków.
- Cieszyńska-Rożek Jagoda (2013), *Metoda Krakowska wobec zaburzeń rozwoju dzieci. Z perspektywy fenomenologii neurobiologii i językoznawstwa*, Kraków.
- Cieszyńska-Rożek Jagoda, Korendo Marta (2018), *Metoda krakowska – techniki diagnozy, stymulacji i terapii zaburzeń rozwoju dzieci*, w: *Metody terapii logopedycznej*, red. Aneta Domagała, Urszula Mirecka, Lublin, s. 91–120.
- Cieszyńska-Rożek Jagoda, Korendo Marta (2021), *Dymensjonalna diagnoza rozwoju dzieci*, Kraków.
- The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (2013), red. American Psychiatric Association, wyd. 5, Washington.
- Duffy Frank i in. (2013), *The Relationship of Asperger’s Syndrome to Autism. A Preliminary EEG Coherence Study*, „Current Controversions in Psychiatry”, nr 11. DOI: <https://doi.org/10.1186/1741-7015-11-175>.
- Eliot Lise (2010), *Co się tam dzieje? Jak rozwija się mózg i umysł w pierwszych pięciu latach życia*, przeł. Andrzej Jankowski, Warszawa.

- Faridi Farnaz, Khosrowabadi Reza (2017), *Behavioral, Cognitive and Neural Markers of Asperger Syndrome*, „Basic and Clinical Neuroscience”, nr 5, s. 349–360. DOI: <https://doi.org/10.18869/NIRP.BCN.8.5.349>.
- Grandin Temple, Panek Richard (2016), *Mózg autystyczny. Podróż w głąb niezwykłych umysłów*, przeł. Krzysztof Mazurek, Kraków.
- Hauswald Anne i in. (2013), *MEG Premotor Abnormalities in Children with Asperger's Syndrome. Determinants of Social Behavior?*, „Developmental Cognitive Neuroscience”, nr 5, s. 95–105. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.dcn.2013.02.002>.
- Korendo Marta (2013), *Językowa interpretacja świata w wypowiedziach osób z zespołem Aspergera*, Kraków.
- Marrison James (2016), *DSM-5 bez tajemnic. Praktyczny przewodnik dla klinicystów*, przeł. Robert Andruszko, Kraków.
- Niesbett Richard E. (2015), *Geografia myślenia. Dlaczego ludzie Wschodu i Zachodu myślą inaczej?*, przeł. Ewa Wojtych, Sopot.
- Nielsen Jared, i in. (2014), *Abnormal Lateralization of Functional Connectivity Between Language and Default Mode Regions in Autism*, „Molecular Autism”, nr 5.
- Lakoff George, Johnson Mark (2020), *Metafory w naszym życiu*, przeł. Tomasz P. Krzeszowski, Warszawa.
- Orłowska-Popek Zdzisława (2017), *Programowanie języka w terapii logopedycznej na przykładzie rozwoju języka dzieci niesłyszących*, Kraków.
- Paulsen Bruna i in. (2022), *Autism Genes Converge on Asynchronous Development of Shared Neuron Classes*, „Nature”, nr 602. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41586-021-04358-6>.
- Rostowski Jan, Rostowska Teresa (2014), *Rola systemu lustrzanych neuronów w rozwoju języka i komunikacji interpersonalnej*, „Psychologia Rozwojowa”, nr 2, s. 49–65. DOI: <https://doi.org/10.4467/20843879PR.14.011.2289>.
- Spitzer Manfred (2013), *Cyfrowa demencja. W jaki sposób pozbawiamy rozumu siebie i swoje dzieci*, przeł. Andrzej Lipiński, Słupsk.
- Tomasello Michael (2002), *Kulturowe źródła ludzkiego poznawania*, przeł. Joanna Rączaszek, Warszawa.
- Trull Timothy, Durrett Christine (2005), *Categorical and Dimensional Models of Personality Disorder*, „Annual Review of Clinical Psychology”, t. 1, s. 355–380. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144009>.

Marta Korendo

Dimensional Diagnosis of the Asperger Syndrome

Asperger syndrome has been included in the common category of autistic disorders in current medical classifications. In spite of that, there are still some researches allowing

us to see the differences in the structure and functioning of the brains of people with autism and Asperger syndrome. Differentiation at the level of diagnosis is important because of the different educational and therapeutic needs of children with autism and AS. This paper presents the concept of dimensional case assessment of children with Asperger syndrome. The dimensional approach allows for viewing the disorder multidimensionally, taking into account the severity of the phenomenon and in connection with other factors, not only other disorders, which significantly reduces the omission of non-prototypical cases in diagnoses and accelerates the use of therapeutic measures. It is necessary because of the low effectiveness of the diagnostic categorical approach.

KEYWORDS: Asperger syndrome; dimensional diagnosis; developmental diagnosis.

dr hab. prof. UP Marta Korendo – Katedra Logopedii i Zaburzeń Rozwoju, Instytut Filologii Polskiej, Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie; zainteresowania badawcze: zespół Aspergera, autyzm, dysleksja, budowanie systemu językowego u dzieci z zaburzeniami komunikacji językowej, dwujęzyczność.