

Mateusz Warchał

ZABURZENIA PROZODII U DZIECKA OBSERWOWANEGO W KIERUNKU ZESPOŁU ASPERGERA – STUDIUM PRZYPADKU

WPROWADZENIE

Zespół Aspergera jest częstym przedmiotem dyskusji w środowisku diagnostów i terapeutów ze względu na różnorodność opinii specjalistów, które dotyczą nie tylko etiologii zaburzenia, metod diagnozy i oddziaływań terapeutycznych, lecz także samej kwalifikacji medycznej. Rzadko się bowiem zdarza, aby jednostka chorobowa została poddana ponownej kodyfikacji statystycznej oznaczającej powrót do norm wcześniejszych. Od początku 2013 r. trwają prace nad zmianą zasad diagnozowania zaburzeń autystycznych; w związku z tym wiodącą klasyfikacją w diagnozowaniu zespołu Aspergera ma być klasyfikacja Światowej Organizacji Zdrowia. Z kolei Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne wprowadziło w maju 2013 r. kolejną wersję Diagnostycznego Statystycznego Podręcznika Zaburzeń Psychiczych DSM-V¹. W toku prac nad nową klasyfikacją statystyczną chorób i zaburzeń stwierdzono, iż oba zaburzenia wraz z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi generują podobne problemy, mieszczące się w kryteriach diagnostycznych zaburzeń autystycznych, więc ujmowane będą jako ta sama „jednostka chorobowa”. Pomimo braku możliwości formalnego wykorzystywania klasyfikacji DSM-V w polskich warunkach diagnostycznych warto zwrócić uwagę na wspólne z ICD-10² (oraz z przygotowywaną nową rewizją ICD-11) kryteria diagnostyczne,

¹ Zob. *Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5*, American Psychiatric Association 2013.

² Zob. *International Classification of Diseases, 10th edition (ICD-10)*, World Health Organization 2007, <http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online> [dostęp: 25.09.2013].

które zapewnią możliwość całościowej oceny zaburzenia. Kryteria te przedstawiają się następująco:

- upośledzenie wzajemnych interakcji społecznych – przynajmniej dwa z następujących: niezdolność do interakcji z rówieśnikami, brak chęci nawiązywania interakcji z rówieśnikami, brak rozumienia sygnałów społecznych, niewłaściwe społeczne i emocjonalne zachowania;
- całkowite, pochłaniające wąskie zainteresowania – przynajmniej jedno z następujących: wykluczenie innych działań, powtarzające się zaangażowanie w daną aktywność, więcej czynności odtwarzania niż działań celowych;
- narzucanie codziennych zajęć i zainteresowań – narzucanie sobie w różnych aspektach życia lub innym;
- zaburzenia mowy i języka – przynajmniej trzy z następujących: opóźniony rozwój, powierzchownie doskonały, ekspresyjny język, formalny, pedantyczny język, osobliwa prozodia, osobliwe cechy głosu, upośledzenie rozumienia obejmujące błędną interpretację znaczeń dosłownych i metaforycznych;
- zaburzenia komunikacji niewerbalnej – przynajmniej jedno z następujących: ograniczona sugestia, niezdarna lub niezręczna mowa ciała, ograniczona mimika twarzy, niewłaściwa ekspresja, osobliwe spojrzenie;
- niezdarność ruchowa – słabe wykonywanie zadań w trakcie badań i obserwacji neurorozwojowej.

Prezentowane powyżej ujęcie cech typowych dla zespołu Aspergera oznacza faktyczny powrót do pierwotnej kodyfikacji zaburzenia, zgodnej z podziałem Gillberga³. W wymienionych kryteriach rosnące zainteresowanie, szczególnie psycholingwistów i terapeutów mowy, budzą zaburzenia mowy i języka, które przejawiają się głównie w prozodii. Można nawet przyjąć założenie, że przy interferencji wielu objawów charakteryzujących autyzm wysokofunkcjonujący to właśnie prozodia najbardziej wyróżnia zespół Aspergera spośród innych zaburzeń. Nie chodzi wyłącznie o osobliwą naturę wypowiedzi dziecka w zakresie formy i treści, lecz przede wszystkim o utrudnienia w recepcji i terapii mowy przez specjalistów pracujących z dziećmi, tj. psychologów, terapeutów zajęciowych, pedagogów oraz nauczycieli pracujących w warunkach szkolnych, również w formach nauczania indywidualnego. Z kolei korelacja tego deficytu z obniżonym funkcjonowaniem psychospołecznym rodzi spore

³ Zob. I.C. Gillberg, C. Gillberg, *Asperger syndrome – some epidemiological considerations: a research note*, „Journal of Child Psychology and Psychiatry” 1989, no. 30 (4), s. 631–638.

trudności szkolne dziecka. Cechy współtowarzyszącego zaburzeniu objawu w postaci aprozodii zostaną omówione na przykładzie 12-letniego chłopca – obserwowanego w kierunku zespołu Aspergera – pacjenta Dziennego Oddziału Psychiatrycznego dla Dzieci i Młodzieży w Katowicach.

PRZYJĘCIE DO ODDZIAŁU

Chłopiec został przyjęty do Dziennego Oddziału Psychiatrycznego dla Dzieci i Młodzieży w wyniku rekomendacji psychologa, u którego uczestniczył w terapii indywidualnej prowadzonej w warunkach ambulatoryjnych. Rozpoznanie specyficznych zaburzeń emocjonalnych (powód zgłoszenia dziecka do poradni) nastąpiło stosunkowo późno, ze względu na ogólne dobre funkcjonowanie w rodzinie i szkole. Pierwsza wizyta w poradni odbyła się w siódmym roku życia dziecka. W okresie przedszkolnym dziecko nie wykazywało żadnych deficytów rozwojowych. Warto przy tym wskazać, że średni wiek rozpoznawania autyzmu to okres od czwartego do piątego roku życia⁴, ale ze względu na wiele objawów utajonych, które występują w innych postaciach choroby, w tym przedziale wiekowym zaleca się dopiero wzmożoną diagnostykę (wynika to szczególnie z dolnego kryterium wiekowego, w którym można wykonać badanie inteligencji). Terapia polegała głównie na wsparciu w doświadczanych przez dziecko problemach emocjonalnych dotyczących relacji z rówieśnikami, które narastały wraz z wiekiem i zmianami otoczenia rówieśniczego. W wywiadzie anamnestycznym matka dziecka wskazała na trudności w relacjach rówieśniczych w szkole oraz słabą motywację do nauki przy zachowanych dobrych ocenach ze wszystkich przedmiotów. Od szóstego roku życia chłopiec wyraźnie preferował towarzystwo osób starszych, głównie rodziców i starszego o dziesięć lat brata, jego kolegów, a także znajomych rodziców. Ponadto wykazywał nieprzeciętną dojrzałość psychospołeczną w kontaktach z osobami dorosłymi. Po zakończeniu edukacji wczesnoszkolnej dziecko doświadczało zaburzeń psychosomatycznych, głównie w postaci bólów głowy i brzucha, które nie znajdowały uzasadnienia w diagnostyce medycznej. Pojawiły się również stereotypowe zachowania i zainteresowania – głównie archeologią. W siódmym roku życia rozpoczęto u dziecka terapię logopedyczną ze względu na problemy artykulacyjne, w których dopatrywano się przyczyn zaburzonej prozodii. Terapia okazała się skuteczna. Dziecko zaczęło

⁴ Zob. E.B. Caronna, J.M. Milunsky, H. Tager-Flusberg, *Autism spectrum disorders. Clinical and research frontiers*, „Archives of Disease in Childhood” 2008, no. 93, s. 518–523.

mówić wyraźnie, natomiast objawy apnozodii nie ustąpiły. W zakresie diagnozy psychopedagogicznej wykonanej w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w dziewiątym roku życia ustalono, że dziecko charakteryzuje się trudnościami emocjonalnymi, które skutkują również osłabieniem procesów poznawczych, głównie pamięci i uwagi, co rzutuje na jego niską motywację do nauki. W warunkach środowiska szkolnego zdarzają się także epizody zachowań agresywnych – reaktywne na zachowania kolegów. Od początku procesu leczenia – pierwszej wizyty ambulatoryjnej w Poradni Zdrowia Psychicznego w siódmym roku życia – dziecko otrzymało diagnozę oznaczoną symbolem F 92.8, tj. **Inne mieszane zaburzenia zachowania i emocji**, oraz zalecenie obserwacji w kierunku zespołu Aspergera, pomimo braku większości kryterialnych objawów zespołu. W diagnostyce neuroobrazowej – wykonane badania EEG oraz RMI – nie dopatrzo no się objawów patognomicznych.

W badaniu fizykalnym wykonanym przed przyjęciem na oddział chłopiec nie wykazywał somatycznych cech chorobowych; był wydolny oddechowo i krążeniowo, z ujemnymi objawami otrzewnowymi, sprawny ruchowo, wzrokowo i słuchowo. W badaniu psychiatrycznym dziecko nie miało objawów psychotycznych, napęd był w normie, nastrój lekko obniżony, występowała pełna orientacja allo- i autopsychiczna. Ponadto dziecko zaprzeczyło myślom rezygnacyjnym oraz suicydalnym. W zakresie diagnostyki psychologicznej wykonano badanie inteligencji za pomocą testu WISC-R i otrzymano wyniki na wysokim poziomie, tj.

- IQ w skali słownej: 135 pkt.
- IQ w skali bezsłownej: 113 pkt.
- IQ w skali pełnej: 127 pkt.

U badanego pacjenta zauważono, że zdolności werbalne przewyższają zdolności niewerbalne (wzrokowo-przestrzenne). Analiza epikryzy w dostarczonej przez rodziców dokumentacji medycznej, psychologicznej oraz psychopedagogicznej ukierunkowała dalszą potrzebę rozpoznania cech zaburzeń charakterystycznych dla zespołu Aspergera w warunkach pracy diagnostyczno-terapeutycznej prowadzonej w formie grupowej przeznaczonej dla dzieci z różnymi rozpoznaniem. Głównie ze względu na problemy emocjonalne i rówieśnicze oraz zaobserwowaną silną apnozę zalecono diagnostykę i obserwację w Dziennym Oddziale Psychiatrycznym dla Dzieci i Młodzieży. Nie zdecydowano się na włączenie leczenia farmakologicznego do momentu rozpoznania kolejnych trudności w obserwacji psychiatrycznej i psychologicznej w trakcie pracy grupowej w Oddziale. Lekarz psychiatra nie dopatrzył się

także konieczności wystąpienia z wnioskiem o nauczanie indywidualne na prośbę rodziców ze względu na potrzebę uzyskania opinii terapeutów na temat efektów pracy grupowej w warunkach oddziału psychiatrycznego.

DIAGNOZA PROZODII

Warunkami pełnego komunikowania się są nie tylko odpowiedni dobór treści, lecz także sposób ich przekazywania zarówno w płaszczyźnie segmentalnej (odnoszącej się do dźwięków mowy), jak i suprasegmentalnej (realizowanej przez melodię, akcent i rytm wypowiedzi). Właściwe wykorzystanie elementów prozodycznych warunkuje osiągnięcie zamierzonego celu rozmówcy, m.in. poprawne akcentowanie sprzyja zrozumieniu przez odbiorcę sensu wypowiedzi⁵. W praktyce klinicznej obserwuje się, że dzieci z różnymi zaburzeniami są bardzo wrażliwe na elementy prozodyczne, np. cechuje je także aprozodia emocjonalna, czyli zaburzenia gestykulacji i mimiki w postaci niemożności ich użycia albo stosowania ich w ograniczonej formie. Dzieci wówczas nie potrafią przekazać uczuć i emocji ani wyrazić pytań czy stwierdzeń (prozodia lingwistyczna, tzw. właściwa). W zakresie biernego rozumienia elementów prozodycznych nadawcy również mogą występować deficyty, choć nie jest to cecha zawsze współlistniejąca.

Do oceny prozodii występującej u pacjenta zastosowano kwestionariusz przesiewowy, zmodyfikowany na podstawie skali Gillberga. Uzyskano w wywiadzie i obserwacji następujące wyniki:

Tabela 1. Wyniki oceny prozodii u pacjenta – podstawowe objawy

Atypowa mowa, przejawiająca się co najmniej na dwa sposoby spośród sześciu wymienionych poniżej:	
Anomalie w modulacji głosu	x
Mówi zbyt dużo	x
Mówi zbyt mało	
Brak związku z tokiem konwersacji	
Idiosynkratyczne użycie słów	x
Powtarzalne wzorce mowy	x

⁵ Zob. E. Słodownik-Rycaj, *O mowie dziecka. Jak zapobiegać powstawaniu nieprawidłowości w jej rozwoju*, Warszawa 2000.

Trudności z mową, przejawiające się co najmniej na trzy sposoby spośród pięciu wymienionych poniżej:	
Opóźniony rozwój języka	
Pozornie doskonały język ekspresyjny	
Formalność, pedantyzm językowy	
Aprozodia, osobliwy ton	x
Zaburzenie rozumienia, w tym niewłaściwa interpretacja znaczeń dosłownych/implikowanych	x
Trudności w komunikacji niewerbalnej, przejawiające się co najmniej w jeden sposób spośród pięciu wymienionych poniżej:	
Ograniczone stosowanie gestykulacji	x
Niezdarna/niezręczna mowa ciała	x
Ograniczona ekspresja twarzy	x
Nieodpowiednia ekspresja	x
Unikanie kontaktu wzrokowego	
Niezdarność ruchowa potwierdzona słabymi wynikami w badaniu neuro-rozwojowym	

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników przeprowadzonych badań za pomocą kwestionariusza przesiewowego.

POBYT W ODDZIALE – OBSERWACJA I DZIAŁANIA TERAPEUTYCZNE

Dziecko przebywało w oddziale przez okres trzech miesięcy. Spotkania grupy terapeutycznej odbywały się trzy razy w tygodniu, w godzinach popołudniowych. Pacjent w okresie pobytu w oddziale uczęszczał w normalnym trybie do szkoły. Już od samego początku pracy z dzieckiem zaobserwowano trudności w zakresie nawiązywania relacji rówieśniczych – zarówno wśród społeczności terapeutycznej, jak i w odniesieniu do stosowanych form terapii poznawczo-behawioralnej (CBT), która stanowiła podstawę oddziaływań. Poprzez występujące zaburzenia prozodii dziecko było również niezrozumiałe przez innych pacjentów oddziału, co skutkowało czasami odmową mówienia i zachowaniami mutystycznymi. Ponadto zauważono silne przywiązanie do rytuałów i stereotypie oraz uporczywe zainteresowania w formie obsesyjnych wątków, tematów, zainteresowań, głównie archeologicznych (kolekcjonowanie kamieni, bursztynów, muszli, a także figurek dinozaurów). Odnotowano również nadwrażliwość słuchową, niekiedy także wzrokową i zapachową. Zaobserwo-

wano charakterystyczne dla zespołu Aspergera echolalia⁶. Pojawiły się także zaburzenia kompetencji dialogowych i deficyty w mowie biernej w zakresie rozpoznawania sygnałów pozawerbalnych. Sytuacje stresogenne występujące w relacjach w grupie wpływały na nasilenie deficytów w zakresie mowy.

Dodatkowe problemy z komunikacją wynikały z nadmiernej konkretyzacji języka i braku umiejętności dostrzegania podtekstów, ironii, rozpoznawania prawdziwych intencji nadawcy komunikatów. Elementy te zweryfikowano diagnostycznie za pomocą skal MOWA, SŁOWNIK, ZACHOWANIA SPOŁECZNE, będących integralnym elementem Dziecięcej Skali Rozwojowej (DSR)⁷. Dziecko osiągnęło słaby poziom kompetencji w wymienionych zakresach.

Z kolei zaburzenia społeczne stanowią barierę w funkcjonowaniu szkolnym, głównie w grupie rówieśników, co przekłada się również na spadek motywacji do nauki. Usprawnianie funkcji społecznych, poprzez pośrednie usprawnianie komunikacji, stanowiło podstawowy element terapii poznawczo-behawioralnej dziecka. Ponieważ od uczniów wymaga się obecnie rozwijania kompetencji społecznych, a przez to umiejętności efektywnego współdziałania w zespole, podejmowania różnych ról, wspólnego organizowania zadań, uczenia się od innych i dzielenia się swoją wiedzą, to deficyty w tym zakresie oznaczają spore trudności w zakresie dostosowania metod pracy do treści programowych.

W ramach prowadzonej terapii poznawczo-behawioralnej zbudowano wspólnie z dzieckiem i jego rodzicami akceptowany przez strony system motywacji. Wspólnie ustalono listę nagród (wzmocnień pozytywnych), które dziecko otrzymuje, a które należy wycofać z życia codziennego, tak aby mogły być użyte wyłącznie w ramach oddziaływań terapeutycznych. W trzecim tygodniu pobytu w Oddziale nastąpił progres w tym zakresie – po pozytywnych zachowaniach – w rozumieniu dbałości dziecka o kontrolę nad zachowaniami werbalnymi i niewerbalnymi. Otrzymywało ono nagrody w formie określonych aktywności sprawiających mu przyjemność. Nie zdecydowano się na użycie metod paradoksalnych, aby nie wzmacniać specyficznych zainteresowań, choć dziecko samodzielnie wybrało rzadką aktywność sportową (zajęcia z curlingu). Wprowadzono także wtórny system motywacyjny, tzw. system żetonowy,

⁶ Por. J. Świącicka, *Uczeń z zespołem Aspergera. Praktyczne wskazówki dla nauczyciela*, Kraków 2010, s. 11–12.

⁷ Zob. A. Matczak, A. Jaworowska, A. Ciechanowicz, D. Fecenec, J. Stańczak, E. Zalewska, *Dziecięca Skala Rozwojowa DSR*, Warszawa 2007.

który polegał na tym, że za każde wykształcone zachowanie dziecko otrzymywało nagrodę umowną (naklejka na tablicę podzieloną na liczbę dni pobytu w oddziale). Po zbieraniu określonej liczby naklejek (przyznawanych przez terapeutów oraz grupę terapeutyczną) dziecko było oceniane w skali zachowań pojawiających się w danym tygodniu. Pochwały i inne pozytywne wzmocnienia działały na dziecko motywująco; zaobserwowano stopniowe pokonywanie stanów subdepresyjnych, które były obecne na początku pracy terapeutycznej. Wszystkie elementy były poprzedzane ustalaniem wspólnie z grupą terapeutyczną zasad pracy, planu pracy oraz wspólnych oddziaływań terapeutycznych – zaobserwowano wpływ interakcji grupowych na zachowania pacjenta. Zdarzały się stany agresywne (wyłącznie agresja instrumentalna) i irytacja w sytuacji nieadekwatnych zachowań grupy względem pacjenta. Obserwowane regresje były jednak krótkotrwałe. W pracy z dzieckiem wykorzystano także elementy terapii Knillów⁸. Za istotne uznano elementy usprawniające w terapii dzieci nieharmonijnie rozwijających się z trudnościami w nauce. Co ciekawe, w trakcie zajęć muzyczno-ruchowych u dziecka zniknęła, obserwowana przy bazowym poziomie aktywacji, nadwrażliwość sensoryczna na dźwięki.

W pracy terapeutycznej ukierunkowanej bezpośrednio na wzmacnianie poprawnej prozodii językowej zastosowano następujące ćwiczenia:

- inicjację głosu,
- zatrzymanie dźwięku,
- projekcję i kontrolę głośności,
- krótkie słowa i okrzyki,
- inscenizacje dialogów,
- ćwiczenia asertywności,
- pracę nad ekspresją emocji z wykorzystaniem elementów pozawerbalnych,
- ćwiczenia mimiki twarzy,
- trening aktywnego słuchania.

Przełomowym momentem w pracy nad prozodią emocjonalną okazało się skorzystanie z założeń koncepcji *role taking* realizowanej w trakcie zabawy⁹. Definiuje się ją jako decentrację interpersonalną (opozycję egocentryzmu) i umiejętność widzenia sytuacji społecznych z perspektywy różnych osób

⁸ Zob. M. Knill, Ch. Knill, *Programy Aktywności (Świadomość ciała, Dotyk i Komunikacja)*, Warszawa 1995.

⁹ Zob. H. Retter, *Komunikacja codzienna w pedagogice*, przeł. M. Wojdak-Piątkowska, Gdańsk 2005, s. 27.

w niej uczestniczących. Osoby badane mają najpierw opisać scenę, którą widzą z pozycji obserwatora, następnie kolejno z pozycji każdej innej postaci (tzw. wejście w rolę). Opowiadania są oceniane ze względu na zdolność do wchodzenia w rolę (wyobrażanie sobie, co dana osoba robi, myśli, czuje – analiza elementów poznawczo-behawioralnych) przy równoczesnym zachowywaniu spójności wszystkich narracji. Ze względu na bardzo dobre funkcjonowanie psychospołeczne dziecka w relacji z osobami dorosłymi zaproponowano mu w zabawie udział w roli dorosłego. Okazało się, że stopniowe przyjmowanie roli dorosłego (w różnych funkcjach i zadaniach grupowych) powodowało, że pacjent coraz lepiej opanowywał ekspresję i recepcję emocji.

W międzyczasie odbywały się cotygodniowe spotkania z rodzicami dziecka, którzy informowali terapeutów o zaobserwowanym progresie, szczególnie w zakresie nawiązywania relacji rówieśniczych i zamiany specyficznych zainteresowań na aktywność ruchową. Ze względu na rozpoczynający się okres wakacyjny zespół terapeutyczny podjął wspólnie z rodzicami dziecka decyzję o wypisaniu go z oddziału na okres dwóch miesięcy z rekomendacją powrotu do indywidualnych form wsparcia terapeutycznego.

KONKLUZJA

W toku trzymiesięcznej obserwacji dziecka zespół terapeutyczny uznał, że większość z zachowań dziecka, które nie ujawniały się do tej pory w warunkach diagnostyki ambulatoryjnej, spełnia kryteria diagnostyczne charakterystyczne dla zespołu Aspergera. W epikryzie uzasadniono postawienie dziecku rozpoznania końcowego F 84.5. W rekomendacjach terapeutycznych uznano, że w związku z wystarczającym wglądem w problemy natury intrapsychicznej i progresem w zakresie kontroli własnego zachowania i emocji należy podtrzymywać u dziecka w warunkach domowych i szkolnych elementy terapii poznawczo-behawioralnej. Zalecono również kontynuowanie zajęć sportowych i konieczność uczestnictwa w zajęciach arteterapeutycznych i choreoterapeutycznych. Ze względu na kształtowanie się u dziecka postawy bierno-zależnej od osób dorosłych zalecono zwiększenie kontaktów rówieśniczych w warunkach pozaszkolnych. W zakresie edukacyjnym uznano, że należy zwrócić uwagę na indywidualizację procesu kształcenia w tych obszarach, gdzie jest to możliwe, ze względu na wysoki poziom intelektualny dziecka. Obecnie dziecko pozostaje pod opieką psychologa w Poradni Zdrowia Psychicznego i korzysta z form terapii podtrzymującej.

BIBLIOGRAFIA

- Caronna E.B., Milunsky J.M., Tager-Flusberg H., *Autism spectrum disorders. Clinical and research frontiers*, „Archives of Disease in Childhood” 2008, no. 93.
- Gillberg I.C., Gillberg C., *Asperger syndrome – some epidemiological considerations: a research note*, „Journal of Child Psychology and Psychiatry” 1989, no. 30 (4).
- Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5*, American Psychiatric Association 2013.
- International Classification of Diseases. 10th edition (ICD-10)*, World Health Organization 2007, <http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online>.
- Knill M., Knill Ch., *Programy Aktywności (Świadomość ciała, Dotyk i Komunikacja)*, Warszawa 1995.
- Maciarz A., Biadasiewicz M., *Dziecko autystyczne z Zespołem Aspergera. Studium przypadku*, Kraków 2000.
- Matczak A., Jaworowska A., Ciechanowicz A., Fecenec D., Stańczak J., Zalewska E., *Dziecięca Skala Rozwojowa – DSR*, Warszawa 2007.
- Retter H., *Komunikacja codzienna w pedagogice*, Gdańsk 2005.
- Słodownik-Rycaj E., *O mowie dziecka. Jak zapobiegać powstawaniu nieprawidłowości w jej rozwoju*, Warszawa 2000.
- Święcicka J., *Uczeń z zespołem Aspergera. Praktyczne wskazówki dla nauczyciela*, Kraków 2010.

ZABURZENIA PROZODII U DZIECKA OBSERWOWANEGO W KIERUNKU ZESPOŁU ASPERGERA – STUDIUM PRZYPADKU

Streszczenie: Artykuł prezentuje studium przypadku dziecka przejawiającego silne zaburzenia prozodii językowej i emocjonalnej, będącego w trakcie rozpoznawania zespołu Aspergera. Poruszana na tym przykładzie problematyka dotyczy omówienia cech typowych dla zaburzenia, ze szczególnym uwzględnieniem występujących deficytów w zakresie treści i formy językowej – od ich diagnozy po terapię. Omówiono także oddziaływania terapeutyczne, z uwzględnieniem terapii CBT w zakresie współwystępujących objawów. Szczegółowej analizie poddano dane płynące z epikryzy medycznej oraz omówiono rekomendacje dla dalszej pracy terapeutycznej.

Słowa kluczowe: zespół Aspergera, zaburzenia prozodii, terapia poznawczo-behawioralna (CBT)

THE DISORDERS OF PROSODY IN A CHILD OBSERVED BECAUSE OF THE SUSPITION OF ASPERGER SYNDROME – A CASE STUDY

Summary: The paper presents a case study of a child who manifested strong language disorders and emotional prosody during diagnosing of Asperger Syndrome. Analyzing the case, the author of the work tries to discuss the characteristics typical of the disorder, with particular emphasis on deficits occurring in the content and form of the child's language – from their diagnosis to the treatment. Furthermore, the article discusses the impact of therapeutic forms, including the CBT therapy, in terms of co-occurring symptoms, minutely analyzes the data derived from medical epicrisis, and presents recommendations for further therapeutic work.

Keywords: Asperger Syndrome, disorders of prosody, cognitive behavioral therapy (CBT)