

Czy na pewno zespół Aspergera? – opis przypadku

Asperger syndrome – yes or not? Case report

Agata Orzechowska*, Monika Talarowska*, Antoni Florkowski, Krzysztof Zboralski,
Joanna Mossakowska-Wójcik, Piotr Gałdecki

*autorki w równym stopniu uczestniczyły w powstawaniu pracy

Klinika Psychiatrii Dorosłych, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Neuropsychiatria i Neuropsychologia 2011; 6, 1: 43–49

Adres do korespondencji:

dr n. med. Agata Orzechowska
Klinika Psychiatrii Dorosłych
Uniwersytet Medyczny w Łodzi
ul. Aleksandrowska 159, 91-229 Łódź
tel. +48 42 652 12 89, faks +48 42 640 50 58
e-mail: agata.orzechowska@wp.pl

Streszczenie

Zespół Aspergera charakteryzuje się upośledzeniem dwustronnej komunikacji słownej i pozasłownej, niechęcią do zaakceptowania zmian, brakiem giętkości myślenia oraz bardzo szczególnymi, ograniczonymi zainteresowaniami. Część autorów uznaje zespół Aspergera za łagodniejszą formę autyzmu, nie traktując go jako odrębnej jednostki nozologicznej. U osób z zespołem Aspergera występują typowe dla autyzmu odchylenia i deficyty w kontaktach i umiejętnościach społecznych oraz powtarzające się lub uporczywe zachowania. Celem pracy jest wykazanie trudności związanych z różnicowaniem zespołu Aspergera od innych jednostek chorobowych oraz przedstawienie zastosowania baterii testów do badania funkcji językowych i komunikacyjnych prawej półkuli mózgu autorstwa Karen L. Bryan w adaptacji E. Łojek (*The Right Hemisphere Language Battery – RHLB-PL*) w procesie diagnozowania pacjentów z podejrzeniem tego syndromu.

Słowa kluczowe: zespół Aspergera, autyzm, fobia społeczna, funkcje językowe i społeczne.

Wstęp

Zespół Aspergera (*Asperger syndrome – AS*) ujawnia się najpóźniej spośród wszystkich uogólnionych zaburzeń rozwojowych. Diagnozowany jest zazwyczaj w okresie przedszkolnym, a w niektórych przypadkach nawet później. Rozpowszechnienie tego zaburzenia w populacji ogólnej szacowane jest na około 0,1–0,26%. Podobnie jak autyzm, AS częściej rozpoznawany jest wśród mężczyzn. W literaturze przytoczone są przykłady diagnostyki przeprowadzanej w dzieciństwie – podaje się, że na czterech chłopców z AS przypada jedna dziewczynka (Attwood 2007).

Abstract

Asperger syndrome is characterized by impairment of bilateral communication, verbal and nonverbal communication, reluctance to accept change, lack of flexibility of thinking and very specific, limited interests. Some authors recognize Asperger syndrome as a lesser form of autism, treating it not as a separate entity and Statistical Manual. In people with Asperger syndrome there are features typical of autism such as deviations and deficits in contacts and social skills, and repetitive or persistent behaviour. To indicate difficulties associated with the differentiation of Asperger syndrome from other diseases, and make use of the *Right Hemisphere Language Battery* by Karen L. Bryan (*RHLB-PL*) in the diagnosis of patients suspected of having this syndrome.

Key words: Asperger syndrome, autism, social phobia, linguistic and social skills.

Zgodnie z kryteriami diagnostycznymi zawartymi w ICD-10 (*International Classification of Diseases*) (1998) oraz DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) (Seligman i wsp. 2003), podstawowym objawem AS jest upośledzenie kontaktów społecznych, któremu zwykle towarzyszą stereotypowe wzorce zachowania oraz znaczne ograniczenie zainteresowań. Większość osób cierpiących na AS w relacjach interpersonalnych nie nawiązuje i nie utrzymuje kontaktu wzrokowego, a ekspresja ich mimiki jest znacznie zubożona. Postawa, gesty i ruchy ciała sprawiają wrażenie mechanicznych. Chorzy mają ograniczone kontakty

interpersonalne, nie są zdolni do nawiązywania typowych dla poziomu rozwoju relacji rówieśniczych, nie wykazują zainteresowania czynnościami reaktywnymi i poczucia humoru (Seligman i wsp. 2003).

Pomimo że AS po raz pierwszy został opisany w latach 40. XX w., aż do lat 90. diagnozowany był bardzo rzadko. Wynikało to z trudności z ustaleniem kryteriów rozpoznania tego zaburzenia oraz problemów związanych z niemożnością odróżnienia go od autyzmu. Do tej pory, pomimo wzrostu wiedzy na temat objawów i charakterystyki przebiegu, można obserwować kłopoty z rozpoznawaniem AS, zwłaszcza wśród dzieci w wieku 3–5 lat. Wskazuje to na silną potrzebę ustalenia kryteriów diagnozy, z uwzględnieniem specyfiki zaburzeń językowych (Firth 2008). Trudności diagnostyczne w przypadku AS mogą wynikać z braku właściwych narzędzi do diagnozy oraz mało precyzyjnej typologii deficytów rozwojowych specyficznych dla tej choroby. Niektórzy autorzy uznają AS za łagodniejszą formę autyzmu, nie traktując go jako odrębnej jednostki nozologicznej. Istniejące do tej pory klasyfikacje, powstające przede wszystkim w krajach anglojęzycznych, dotyczą symptomów obserwowanych u dzieci starszych (zwykle 7-letnich). Brakuje wyczerpujących danych na temat przebiegu tego zaburzenia w grupie dzieci młodszych. Konieczne jest jak najszybsze ich opracowanie, aby stało się możliwe skrócenie czasu postawienia diagnozy, w którym pacjent pozbawiony jest odpowiednich oddziaływań terapeutycznych (Firth 2005).

Celem pracy jest wykazanie trudności związanych z różnicowaniem zespołu Aspergera od innych jednostek chorobowych oraz przedstawienie zastosowania baterii testów do badania funkcji językowych i komunikacyjnych prawej półkuli mózgu autorstwa Karen L. Bryan w adaptacji E. Łojek (*The Right Hemisphere Language Battery – RHLB-PL*) (Łojek 2007; Bryan 2007) w procesie diagnozowania pacjentów z podejrzeniem AS.

Opis przypadku

Pacjent 25-letni, kawaler, bezdzietny, wykształcenie wyższe – licencjat, bezrobotny, bez inwalidztwa, mieszka z rodzicami i starszym rodzeństwem. Relacje rodzinne określa jako zgodne. Hospitalizowany psychiatrycznie po raz pierwszy. Od sierpnia 2009 r. u leczony psychiatrycznie ambulatoryjnie. Skierowany do szpitala z powodu upośledzenia funkcji spo-

łecznych i emocjonalnych, deficytu w kontaktach z otoczeniem, nasilonego lęku w sytuacjach społecznych. Przy przyjęciu na oddział pacjent zorientowany auto- i alopsychicznie prawidłowo, świadomość jasna, spokojny, w postawie widoczne napięcie emocjonalne i dyskomfort, z cechami spowolnienia psychoruchowego, afekt słabo modulowany. Na pytania odpowiadał logicznie, w sposób zdawkowy. Mowa powolna i niewyraźna, nie utrzymywał kontaktu wzrokowego. Brak spontaniczności w zachowaniu, bardzo uboga ekspresja emocjonalna. Przeczył halucynacjom, nie wypowiadał urojeń, nie ujawniał myśli i tendencji suicydalnych. Mężczyzna urodzony z prawidłowej ciąży i porodu. Jako dziecko był nieśmiały i wycofany, jak podaje, „rówieśnicy często mu dokuczali”. Poza szkołą nie utrzymywał żadnych relacji z kolegami i koleżankami. Uczył się dobrze, klas nie powtarzał. W trakcie studiów często poprawiał egzaminy. Twierdził, że naukę odkładał na ostatnią chwilę, sprawiała mu ona trudności. Do momentu hospitalizacji pracował dorywczo przez kilka miesięcy. Zdaniem pacjenta jego nieśmiałość w kontaktach z innymi stała się dla niego poważnym problemem pod koniec szkoły podstawowej. Przyznał, że przeszkadza mu jego zachowanie. Nie utrzymuje relacji z nikim spoza rodziny. Całe dni spędza w domu, nigdzie nie wychodzi. Matka pacjenta mówiła, że syn od dziecka był nieśmiały i małomówny, w szkole podstawowej był szykanowany i poniżany przez kolegów. Twierdziła, że nie chce wychodzić z domu, że boi się ludzi, nie dba o siebie, o swój wygląd.

W trakcie hospitalizacji chory większość czasu spędzał w swojej sali, nie podejmował relacji interpersonalnych z innymi pacjentami. Wynik badania EEG wykonanego podczas pobytu na oddziale: zapis w granicach normy; tomografia komputerowa głowy wykonana w trakcie pobytu na oddziale: mózgowie oraz struktury dolnego dołu czaszki bez zmian ogniskowych, bez cech świeżego krwawienia wewnątrzczaszkowego, układ komorowy symetryczny. W diagnostyce różnicowej brano pod uwagę zespół Aspergera, fobię społeczną oraz zaburzenia osobowości. Na podstawie zgromadzonych informacji nie stwierdzono w zachowaniu pacjenta dostatecznej ilości danych, aby potwierdzić diagnozę AS. Po włączeniu leczenia risperidone (Rispolept, 1 mg) oraz sertralina (Asentra, 100 mg) zauważalna była nieznaczna poprawa w zakresie funkcjonowania społecznego. Pacjent został wypisany z oddziału z rozpoznaniem: osobowość schizoidalna, fobia społeczna. Wypisa-

ny w nastroju obojętnym, z dystansem w relacjach interpersonalnych, bez czynnych objawów wytwórczych, bez myśli suicydalnych, z zaleceniami dalszej opieki psychoterapeutycznej.

Pacjent w trakcie badania psychologicznego był spokojny, w postawie widoczne napięcie emocjonalne i dyskomfort spowodowany rozmową. Nie nawiązywał kontaktu wzrokowego. Na pytania odpowiadał logicznie, w sposób zdawkowy. Mówił powoli i niewyraźnie. Nastrój obniżony, brak spontaniczności w zachowaniu, uboga ekspresja emocjonalna. Poniżej przedstawiono wyniki otrzymane przez badanego w przeprowadzonych testach:

1. **Kwestionariusz MMPI S.R. Hathaway i J.C. Mc Kinleya** (minnesocki wielowymiarowy inwentarz osobowości, *Minnesota Multiphasic Personality Inventory*): wskaźnik Gougha (F-K) = -9, kod profilu wg Welsha: 70" 23/841-65/:9, FKL, do najwyższych skal należą: *Psychastenia* (7) i *Intrwersja społeczna* (0).
2. **Skala inteligencji D. Wechslera dla dorosłych. Wersja zrewidowana [WAIS-R (PL), Wechsler Adult Intelligence Scale – Revised]**: iloraz inteligencji w skali pełnej (II) – 103, w skali słownej: II – 116, w skali bezsłownej: II – 86.
3. **Wzrokowo-motoryczny test Gestalt L. Bender**: wynik surowy (WS) = 48.
4. **Test A. Bentona (*Benton Visual Retention Test – BVRT*)**: wynik przeliczony: 0, +2.
Wyniki dwóch powyższych testów pozwalają wyciągnąć wniosek o braku cech o charakterze organicznym w ośrodkowym układzie nerwowym pacjenta.
5. **Krzywa uczenia się 10 słów**: 6, 6, 7, 7, 8, 10, 8, 8, 8, 8 słów; reprodukcja po 30-minutowej przerwie – 7 słów.
6. **Próba fluencji werbalnej (*Verbal Fluency Test*)**: zwierzęta – 15 słów, przedmioty ostre – 10 słów, litera „k” – 12 słów.
7. **Test łączenia punktów Reitana A i B (*Trail Making Test A&B*)**: część A – 24 sekundy, część B – 60 sekund.
8. **Test Stroopa (*Stroop Color-Word Interference Test*)**: RCNb (*reading color name in black*) – 27 sekund, NCWd (*naming color of word-different*) – 47 sekund, 0 błędów.
9. Wyniki uzyskane przez badanego w kolejnych skalach testu RHLB-PL przedstawiono w tabelach 1. i 2.

Omówienie

Zgodnie z kryteriami diagnostycznymi DSM-IV oraz ICD-10, do typowych objawów

AS należy upośledzenie korzystania z zachowań niewerbalnych (mimika twarzy, postawa ciała, gestykulacja) regulujących kontakty społeczne oraz brak spontanicznego dążenia do dzielenia zainteresowań, osiągnięć i przeżywanych emocji z innymi ludźmi. Teorią, która wyjaśnia związek funkcjonowania emocjonalnego z zaburzeniami funkcjonowania społecznego, jest tzw. teoria umysłu (*mind theory*) (Pisula 2001). Termin ten został wprowadzony przez D. Premacka i G. Woodruffa i oznacza zdolność do przypisywania sobie i innym ludziom odmiennych stanów psychicznych w celu przewidywania i wyjaśniania działań. Odbywa się to na podstawie obserwacji zachowania innych, przekazywanych przez nich komunikatów werbalnych i niewerbalnych oraz oceny własnego stanu umysłu. W przypadku deficytu zgodnie z teorią umysłu mamy do czynienia z brakiem zdolności do dostrzegania punktu widzenia innej osoby, przewidywania nie tylko przeżywanych przez nią emocji, ale również planowanych i podejmowanych przez nią działań. Obserwacje pacjentów z objawami z kręgu zaburzeń autystycznych wskazują, że ich styl funkcjonowania może być spowodowany deficytem zdolności do rozpoznawania tego, co myślą i czują inni (Baron-Cohen i wsp. 1985; Baron-Cohen i wsp. 1996; Bowler i wsp. 1998). Deficyt ten sprawia również, że pacjenci nie rozumieją żartów, metafor, przenośni, przysłów (Baron-Cohen i wsp. 1997). Osoby te wiele sytuacji społecznych odczytują jednak prawidłowo, np. rozumieją, że osoba X nie przestaje istnieć, gdy tracą ją z pola widzenia (Sigman i wsp. 1989), potrafią rozpoznać siebie i odróżnić od innych (Spiker i wsp. 1984), a także rozpoznają istotne cechy ludzi (wiek, płeć) (Baron-Cohen 1991). Poniżej przedstawiono listę trudności związanych z teorią umysłu, typowych dla zaburzeń z kręgu autyzmu, co w opisanym przypadku należy odnosić do AS:

1. Nie radzą sobie z zadaniami opartymi na zasadzie „widzieć znaczy wiedzieć”.
2. Nie potrafią prawidłowo określić stanów umysłu: myśleć, wiedzieć, wyobrażać sobie.
3. Nie potrafią bawić się z udawaniem.
4. Nie identyfikują oczu człowieka jako źródła informacji na temat przeżywanych przez niego emocji czy jego stanu umysłu (np. zamyślenia).
5. Nie rozumieją intencjonalności działań (nie odróżniają zachowań celowych od przypadkowych).
6. Nie rozumieją, że ktoś może ich oszukać i nie potrafią manipulować innymi.

Tabela 1. Wyniki skal podstawowych baterii RHLB-PL u badanego pacjenta

Nazwa testu	Wynik surowy	Wynik przeliczony (steny)
Test wnioskowania Wymaga zrozumienia czytanych fragmentów oraz wyciągnięcia logicznych wniosków na podstawie informacji ukrytych w tekście, skonfrontowanych z własną wiedzą ogólną.	14	7
Test leksykalno-semantyczny Wymaga rozumienia usłyszanych słów oraz wskazywania graficznych desygnatów tych słów. W wykonywanie zadania obok wiedzy leksykalno-semantycznej na temat słów zaangażowany jest słuch fonematyczny oraz analiza wzrokowo-przestrzenna.	12	6
Test humoru Pomiar zdolności rozumienia złożonego materiału językowego oraz umiejętności uchwycenia humoru ukrytego w tekście. Ocenia naturalne dla danej osoby zachowanie w danym kontekście sytuacyjnym.	10	10
Test komentarzy Ocenia zachowanie osoby badanej pod względem spontanicznego czynienia uwag i komentarzy.	0	10
Test metafor rysunkowych Wymaga wykazania się rozumieniem powszechnie znanych metafor. Pomiar zdolności rozumowania abstrakcyjnego opartego na wzrokowo-przestrzennej analizie informacji.	10	10
Test metafor pisanych Rozumienie powszechnie znanych metafor. Ocenia zdolność myślenia abstrakcyjnego opartego na przetwarzaniu złożonego materiału językowego.	10	10
Test wyjaśnień metafor rysunkowych Wymaga zdolności rozumienia metafor oraz słownego wyrażania ich znaczenia przy korzystaniu z własnej wiedzy.	8	5
Test wyjaśnień metafor pisanych Wymaga zdolności rozumienia metafor oraz słownego wyrażania ich znaczenia przy korzystaniu z własnej wiedzy.	8	6
Test prozodii emocjonalnej Ocenia zdolność rozumienia intonacji emocjonalnej (radość, smutek, złość), z jaką wypowiedzane są bezsensowne zdania.	12	6
Test prozodii językowej Ocenia zdolność rozumienia trybu (pytanie, twierdzenie, rozkaz), w jakim wypowiedziano bezsensowne zdanie.	10	5
Analiza dyskursu Ocenia zdolność do interakcji z innymi, konwersacji.	26	2
Wynik ogólny	77	7

W 10-punktowej skali stenowej wyniki: 1–2 = bardzo niskie, 3–4 = niskie, 5–6 = średnie, 7–8 = wysokie, 9–10 = bardzo wysokie.

Tabela 2. Wyniki czynnikowe baterii RHLB-PL u badanego pacjenta

Nazwa testu	Wynik surowy	Wynik przeliczony (steny)
Czynnik językowy Przetwarzanie semantyczne, rozumienie relacji znaczeniowych pomiędzy słowami i zdaniami.	25	6
Czynnik poznawczy Integracja napływających informacji.	18	7
Czynnik percepcyjno-logiczny Przebieg analizy wzrokowo-przestrzennej.	16	7
Czynnik społeczno-emocjonalny Ocena zachowania w sytuacjach społecznych i stopnia rozumienia komunikatów o znaczeniu emocjonalnym.	8	4
Czynnik samokontroli Zdolność samokontroli dotyczącej zachowania.	10	10

W 10-punktowej skali stenowej wyniki: 1–2 = bardzo niskie, 3–4 = niskie, 5–6 = średnie, 7–8 = wysokie, 9–10 = bardzo wysokie.

7. Nie rozumieją ironii, metafor. Dostępny jest dla nich jedynie dosłowny przekaz (Pisula 2001).

W opisanym przypadku wywiad od pacjenta i jego rodziny oraz obserwowany stan psychiczny nie potwierdziły zgodnych z teorią umysł trudności w zakresie komunikacji społecznej.

Konsekwencją zaburzeń w obszarze teorii umysłu są trudności w komunikacji społecznej. Zgodnie z teorią relewancji D. Sperbera i D. Wilson (Frith 2005) podstawowym warunkiem skutecznej komunikacji interpersonalnej jest zdolność wywnioskowania intencji rozmówcy. Jeśli takie wnioskowanie nie następuje automatycznie, komunikacja międzyludzka staje się mocno utrudniona, a czasami wręcz niemożliwa.

Baron-Cohen i wsp. (1995) wykazali, że większość pacjentów z tej grupy nie potrafi korzystać z przekazu niewerbalnego wysyłanego za pomocą ruchów oczu (oczy nie są dla nich źródłem informacji o stanie umysłu partnera interakcji). Nie mają oni jednak trudności ze wskazaniem twarzy osoby, która na nie patrzy. Zdaniem Tardif i wsp. (2007) dzieci z rozpoznaniem ze spektrum autyzmu osiągają słabsze rezultaty w zadaniach zawierających pierwiastek emocjonalny w porównaniu z zadaniami bez komponenty emocjonalnej. Według Huberta i wsp. (2007) osoby autystyczne nie są w stanie odczytywać ogółu przekazu pozawerbalnego, a nie tylko komunikatów przekazywanych za pośrednictwem wzroku. W kolejnych pracach Baron-Cohen i wsp. (1997) wysunęli hipotezę, że odczytywanie kierunku spojrzenia osoby mówiącej odgrywa istotną rolę w nabywaniu nowych słów przez dzieci (rodzice, mówiąc do swoich dzieci, często nie wskazują obiektu, o którym mówią, a jedynie kierują na niego swoje spojrzenie).

Dla pacjentów z zaburzeniami ze spektrum autyzmu typowe jest również osłabienie pamięci operacyjnej i funkcji wykonawczych (Pisula 2001). U tych osób stwierdzono zaburzenia w tworzeniu planów działania oraz w ich zmienianiu zależnie od wymagań sytuacji. Osłabienie pamięci operacyjnej w tej grupie pacjentów dotyczy zarówno pamięci werbalnej, jak i wzrokowo-przestrzennej. Deficyty te mogą wyjaśniać sztywność w zachowaniu i myśleniu oraz upodobanie do ustrukturalizowanych przestrzeni i znanych miejsc, osób czy sytuacji. Wielu autorów wskazuje także na związek pamięci operacyjnej i funkcji wykonawczych ze sprawnością językową oraz podejmowaniem właściwych zachowań w sytuacjach społecznych (Hala i wsp. 2005; Lopez i wsp. 2005; Steele i wsp. 2007).

Coraz bogatsze doświadczenia diagnostyczne i terapeutyczne pozwalają stwierdzić, iż deficyty rozwoju języka mogą stanowić jedno z podstawowych kryteriów diagnostycznych omawianego zaburzenia (Kruk-Lasocka 2003). U większości dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu posługiwanie się mową nie służy porozumiewaniu się (np. wielokrotne powtarzanie kilku usłyszanych słów – tzw. echolalia). Inaczej jest wśród dzieci zdrowych, gdzie naśladowanie wypowiedzi dorosłych służy ćwiczeniom artykułowanej mowy (Ingersoll i wsp. 2007). Z nieprawidłowościami w rozwoju mowy u większości dzieci autystycznych idą w parze zaburzenia w zakresie komunikacji i umiejętności społecznych (Constantino i wsp. 2007; Saulnier i wsp. 2007; Hansen i wsp. 2008).

Dzieci z AS mają duże problemy z przystosowaniem się do funkcjonowania w grupie oraz dostosowaniem swojego zachowania do potrzeb sytuacji społecznej. Ma to bezpośredni związek z językowym rozumieniem i przyswajaniem reguł społecznych. Ponadto wynika to z trudności w werbalnym kierowaniu zachowaniem dziecka. Rozwój mowy u dzieci z AS ma określoną specyfikę. Do wyróżniających elementów można zaliczyć szybkie i sprawne nabywanie rzeczowników konkretnych w mianowniku, pozwalające osiągnąć w rozwoju etap tzw. etykietowania rzeczywistości (Cieszyńska i Korendo 2007). Problem rozwoju języka zaczyna być widoczny dopiero podczas badania językowych mechanizmów lewopółkulowych. Należy do nich m.in. umiejętność budowania poprawnych zdań z zachowaniem schematu składniowego, ale bez posługiwania się schematem znaczeniowym, silna schematyzacja odpowiedzi na powtarzające się pytania, zaburzenia sekwencyjności mowy, kłopoty z rozumieniem i wyrażaniem relacji, brak spójności w wypowiedziach (Cieszyńska i Korendo 2007).

Wyniki uzyskane przez omawianego pacjenta w przeprowadzonych testach nie potwierdzają opisanych powyżej właściwości funkcjonowania, typowych dla chorych z AS. Badany nie przejawiał istotnego klinicznie opóźnienia w zakresie komunikacji werbalnej i czynności poznawczych. Wykluczono również warunek rozpoznania AS związany z jakościowymi nieprawidłowościami w zakresie interakcji społecznych zgodnie z kryteriami autyzmu. Testy oceniające efektywność pamięci operacyjnej i funkcji wykonawczych mężczyzna wykonał poprawnie (test kreślenia drogi, test Stroopa). Dość dobre wyniki uzyskał także w próbie płynności słownej (w części literowej i katego-

rialnej). Wynik ogólny w teście RHLB-PL (WS = 77) zdaniem autorki podręcznika (Łojek 2007) wskazuje na brak specyficznych dysfunkcji językowych powiązanych z prawą półkulą mózgu. Również większość skal w teście RHLB-PL odpowiada wynikom w granicach normy. Dotyczy to zarówno skal, które mogą być wykorzystywane w ocenie sprawności językowych (test wnioskowania, test leksykalno-semantyczny), jak i testów sprawdzających zdolność rozumienia metafor i humoru oraz testu prozodii emocjonalnej i prozodii językowej. Otrzymane rezultaty wskazują na brak deficytów w zakresie ocenianych sprawności. Niski wynik pacjent uzyskał jedynie w teście poddającym ocenie zdolność prowadzenia dyskursu, czyli sprawność konwersacji. Rezultat ten wpłynął również na obniżenie wyniku końcowego w zakresie czynnika społeczno-emocjonalnego. Zdaniem autorów, skala ta (przy wynikach przeciętnych i wysokich w pozostałych) nie przemawia jednak za rozpoznaniem AS, a raczej za diagnozą cech osobowości schizoidalnej i fobii społecznej. Deficyt w tej sferze może być bowiem wynikiem zarówno nasilonego lęku w kontaktach społecznych, cech nieprawidłowo ukształtowanej osobowości, jak i patologicznych wzorców zachowań w sytuacjach społecznych będących wynikiem procesów uczenia się. Rodzina pacjenta nie zgłosiła nieprawidłowości w przebiegu rozwoju komunikacji u pacjenta. Jako główny powód leczenia psychiatrycznego podano nieśmiałość, wycofanie i postawę lękową w relacjach interpersonalnych. Objawy te, zarówno zdaniem pacjenta, jak i członków jego najbliższej rodziny, były obecne od wczesnych lat dzieciństwa i uległy nasileniu pod koniec szkoły podstawowej. Ponadto w zachowaniu ujawniła się skłonność do wybuchowości i agresji wobec najbliższego otoczenia przy próbie ingerencji w sposób zachowania pacjenta i propozycji jego zmiany.

Podobnie jak w przypadku fobii społecznej, badany przejawiał obawy przed oceną innych ludzi, szczególnie poza kręgiem najbliższej rodziny, co prowadziło do unikania sytuacji społecznych. Również diagnoza osobowości schizoidalnej odzwierciedliła skłonność badanego do wycofywania się z kontaktów emocjonalnych i społecznych, tendencję do fantazjowania, działania w samotności i introspekcji, ograniczenie zdolności do wyrażania uczuć i odczuwania przyjemności. Za postawieniem wspomnianych rozpoznań przemawia również krytycyzm badanego wobec prezentowanych objawów. Pacjent

potwierdza odczuwany dyskomfort w sytuacjach społecznych, obawę przed negatywną oceną ze strony innych, niską samoocenę, a także potrzebę nawiązywania satysfakcjonujących kontaktów społecznych. Wprost formułuje także chęć zmiany swojego postępowania.

Podsumowanie

Autorzy są świadomi niejednoznaczności diagnostycznych opisywanego przypadku. W celu pogłębienia diagnostyki przeprowadzono dodatkową konsultację z psychologiem klinicznym dzieci i młodzieży, z wieloletnim doświadczeniem zawodowym w pracy z osobami z rozpoznaniem zaburzeń z kręgu autyzmu. Zespół Aspergera został ponownie wykluczony.

Rodzaj głównych zaburzeń obserwowanych u osób z AS wyznacza kierunek i metody terapii. Wskazanie na językowy charakter problemów wymaga sięgnięcia po procedury usprawniające funkcjonowanie językowe osób oraz pozwalające oddziaływać słowem na struktury poznawcze, emocjonalne i społeczne (Cieszyńska i Korendo 2007). W prezentowanym przypadku poza oddziaływaniami farmakologicznymi wskazane są również oddziaływania psychoterapeutyczne i psychoedukacyjne. Najlepszym rozwiązaniem wydają się oddziaływania w nurcie szkoły behawioralno-poznawczej oraz treningi umiejętności społecznych.

W pracy została również zaprezentowana bateria testów do badania funkcji językowych i komunikacyjnych prawej półkuli mózgu. Na przedstawionym przykładzie można stwierdzić, że jest ona czułym narzędziem diagnostycznym, pozwalającym na szczegółową ocenę funkcjonowania pacjenta w przypadkach budzących wątpliwości.

Wnioski

1. Rozpoznanie zespołu Aspergera u osoby dorosłej wymaga pogłębionej diagnostyki, w tym psychologicznej.
2. Bateria testów do badania funkcji językowych i komunikacyjnych prawej półkuli mózgu może być pomocnym narzędziem diagnostycznym w przypadkach budzących wątpliwości.

Piśmiennictwo

1. Attwood T. Complete guide to Asperger's syndrome. Jessica Kingsley Publishers, London 2007.
2. Hansen RL, Ozonoff S, Krakowiak P, et al. Regression in autism: prevalence and associated factors in the CHARGE Study. *Ambul Pediatr* 2008; 8: 25-31.

3. Baron-Cohen S, Baldwin DA, Crowson M. Do children with autism use speaker's direction of gaze strategy to crack the code of language? *Child Dev* 1997; 68: 48-57.
4. Baron-Cohen S, Campbell R, Karmiloff-Smith A, et al. Are children with autism blind to the mentalistic significance of the eyes? *Br J Dev Psychol* 1995; 13: 379-398.
5. Baron-Cohen S, Cox A, Baird G, et al. Psychological markers in the detection of autism in infancy in large population. *Br J Psychiatry* 1996; 68: 158-163.
6. Baron-Cohen S, Leslie AM, Frith U. Does the autistic child have a "theory of mind"? *Cognition* 1985; 21: 37-46.
7. Baron-Cohen S. The theory of mind deficit in autism: how specific is it? *Br J Dev Psychol* 1991; 9: 301-314.
8. Bowler D, Strom E. Elicitation of first-order "theory of mind" in children with autism. *Autism* 1998; 2: 33-44.
9. Bryan KL. Bateria do oceny funkcji językowych prawej półkuli mózgu. Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa 2007.
10. Cieszyńska J, Korendo M. Wczesna interwencja terapeutyczna. Wydawnictwo Edukacyjne, Kraków 2007.
11. Constantino JN, Yang D, Gray TL, et al. Clarifying the associations between language and social development in autism: a study of non-native phoneme recognition. *J Autism Dev Disord* 2007; 37: 1256-1263.
12. Frith U. Autyzm i zespół Aspergera. PZWL, Warszawa 2005.
13. Frith U. Autyzm. Wyjaśnienie tajemnicy. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2008.
14. Hala S, Rasmussen C, Henderson AM. Three types of source monitoring by children with and without autism: the role of executive function. *J Autism Dev Disord* 2005; 35: 75-89.
15. Hubert B, Wicker B, Moore DG, et al. Brief report: recognition of emotional and non-emotional biological motion in individuals with autistic spectrum disorders. *J Autism Dev Disord* 2007; 37: 1386-1392.
16. Ingersoll B, Lewis E, Kroman E. Teaching the imitation and spontaneous use of descriptive gestures in young children with autism using a naturalistic behavioral intervention. *J Autism Dev Disord* 2007; 37: 1446-1456.
17. Klasyfikacja Zaburzeń Psychiczych i Zaburzeń Zachowania ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków-Warszawa 1998.
18. Kruk-Lasocka J. Autyzm czy nie autyzm. Problemy diagnozy i terapii pedagogicznej małych dzieci. Dolnośląska Szkoła Wyższa Edukacji, Wrocław 1999.
19. Lopez BR, Lincoln AJ, Ozonoff S, Lai Z. Examining the relationship between executive functions and restricted, repetitive symptoms of autistic disorder. *J Autism Dev Disord* 2005; 35: 445-460.
20. Łojek E. Bateria Testów do Oceny Funkcji Językowych i Komunikacyjnych Prawej Półkuli Mózgu (RHLP-PL). Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa 2007.
21. Pisula E. Autyzm u dzieci. Diagnoza, klasyfikacja, etiologia. PWN, Warszawa 2001.
22. Saulnier CA, Klin A. Brief report: social and communication abilities and disabilities in higher functioning individuals with autism and Asperger syndrome. *J Autism Dev Disord* 2007; 37: 788-793.
23. Seligman ME, Wlaker EF, Rosenhan DL. Psychopatologia. Wydawnictwo Zys i S-ka, Poznań 2003.
24. Sigman M, Mundy P. Social attachments in autistic children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989; 28: 74-81.
25. Spiker D, Ricks M. Visual self-recognition in autistic children: developmental relationships. *Child Dev* 1984; 55: 214-225.