

Artur Mrozek

Zespół Aspergera : diagnoza, która prawdopodobnie zniknie z klasyfikacji chorób

Problemy Edukacji, Rehabilitacji i Socjalizacji Osób Niepełnosprawnych 18/1,
159-170

2014

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Artur Mrozek

Specjalista psychiatrii dzieci i młodzieży
Barn och Ungdomspsykiatri Hudiksvall Sjukhuset Sveden

Zespół Aspergera – diagnoza, która prawdopodobnie zniknie z klasyfikacji chorób

Streszczenie

Autism Spectrum Disorders (ASD) to według projektu DSM-5 nazwa określająca wysoko funkcjonalny autyzm, zespół Aspergera oraz PDD (Pervasive Developmental Disorders). ASD występuje u ok. 0,9% dzieci w wieku szkolnym, choć odsetek ten jest prawdopodobnie wyższy. Dotyczy on częściej chłopców. Dziecko z tym zespołem zwykle jest bardzo spokojne, nie ma problemów edukacyjnych do wieku ok. 10 lat. W okresie nastoletnim zaczynają występować problemy w funkcjonowaniu społecznym. Słaba zdolność do wyrażania emocji, werbalizacji uczuć, lęk, izolacja prowadzą do wtórnych zaburzeń, zwykle zauważalnych jednak zbyt późno. Zaburzenie to, jeśli nie jest zdiagnozowane, może prowadzić do rozwoju depresji, zaburzeń zachowania, odmowy chodzenia do szkoły, zaburzeń osobowości, a w skrajnych przypadkach prób samobójczych. ASD może występować jednocześnie z innymi zaburzeniami, jak ADHD, dysleksja, tiki nerwowe itp. W niektórych zespołach o podłożu genetycznym może występować nawet u co dziesiątego dziecka.

Słowa kluczowe: ASD, zaburzenia o spektrum autystycznym, zespół Aspergera, autyzm, zaburzenia mowy u dzieci, zaburzenia snu u dzieci, problemy szkolne

Asperger syndrome – a diagnosis which will probably disappear from the classification of diseases

Summary

Autism Spectrum Disorders (ASD) is a name designed by the DSM-5, to describe highly functional autism, Asperger syndrome and PDD (Pervasive Developmental Disorders). ASD occurs in about 0.9% of school-age children, the percentage is probably higher, more common in boys. A child with this syndrome is usually very quiet, there are no problems of education up to the

age of about 10. During their teens, they start to have problems in social functioning. Poor ability to express emotions, verbalize feelings, anxiety, isolation lead to secondary disturbances, usually noticeable when it is too late. If the disorder is not diagnosed, it will lead to the development of depression, behaviour disorders, refusal to go to school, personality disorders and, in extreme cases, suicide attempts. ASD may occur simultaneously with other disorders like ADHD, dyslexia, tics, etc. ASD may occur even in one out of ten children in some genetic syndromes

Keywords: ASD, Autism Spectrum Disorders, Asperger Syndrome, Autism, Speech disorders in children, Sleep disorders in children, School problems.

Wprowadzenie

W pracy z dziećmi występuje szczególny rodzaj stresu, związany często z bezsilnością, poczuciem bezradności, przemęczeniem. Dotyczy to szczególnie sytuacji, kiedy coś jest niezrozumiałe, trudne, nieprzewidywalne. Człowiek reaguje silnymi emocjami na sytuacje, których nie rozumie, nie wie, jak powinien postępować. Typowy przykład to egzamin lub rozmowa kwalifikacyjna. Nie znamy pytań, nie jesteśmy pewni własnej wiedzy, a jednocześnie zdajemy sobie sprawę, że niepomyślny wynik może mieć negatywny wpływ na wiele aspektów życia. Każda lekcja w szkole to nie tylko stres dla ucznia, który może nie odrobił lekcji, nie przeczytał lektury, to także stres dla nauczyciela. Zrozumienie i wiedza pozwalają łatwiej przewidywać, dostosowywać i zapobiegać określonym problemom.

Tytuł może przewrotnie sugerować, że oto wynaleziono lekarstwo, które uleczy wszystkie osoby cierpiące na zespół Aspergera, albo że ta jednostka chorobowa była tylko wymysłem Hansa Aspergera, który opisał pierwszy przypadek tej choroby w 1944 roku (H. Asperger, 1944).

Zespół Aspergera nie jest ani wymysłem autora, ani też nie uzyskano leku poprawiającego funkcjonowanie dzieci z tym rozpoznaniem. Zespół zostanie włączony do grupy zaburzeń określanych Autism Spectrum Disorders, ASD. Skrót ten w najbliższym czasie pojawi w literaturze medycznej, a z czasem i psychologicznej czy pedagogicznej, szczególnie anglojęzycznej. Po raz pierwszy pojawił się w projekcie DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition). Jest to nowa klasyfikacja chorób, która obowiązuje w USA od maja 2014 roku (M. Jansson). Jakie nazewnictwo będzie obowiązywać w nowej klasyfikacji ICD-11 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, czyli europejskiego odpowiednika DSM), która prawdopodobnie zacznie obowiązywać w 2015 roku, tego nie wiadomo. Obecnie można przyjąć, że pod pojęciem ASD rozumiemy zaburzenia o spektrum autystycznym.

Czym był/jest zespół Aspergera?

Aby lepiej zrozumieć, czym jest ASD, wypada pobieżnie wymienić zasadnicze objawy, jakie występują u dzieci z autyzmem (dawne określenie autyzmu to zespół Kanner). Pierwszy przypadek dziecka autystycznego opisał Leo Kanner w 1943 roku (L. Kanner, 1943).

Dziecko autystyczne wykazuje głęboki niedobór kontaktu emocjonalnego z innymi ludźmi, obsesyjnie i sztywno postępuje według określonych schematów, fascynuje się obiektami, przedmiotami mechanicznymi. Bardzo przywiązuje się do przedmiotów, które często kolekcjonuje lub demontuje celem poznania mechanizmu ich działania (nie jest to jednak bezmyślne zniszczenie zabawki lub przedmiotu). Wyraźnie zaburzony jest rozwój mowy, może występować zupełny mutyzm lub posługiwanie się własnym językiem, rozumiałym jedynie dla matki lub najbliższego otoczenia.

Obok tych podstawowych cech Kanner dodatkowo opisał inne zachowania lub zaburzenia, których współwystępowanie jest częste, jednak nie jest konieczne. Chodzi o ubogą mimikę lub zaburzoną niewerbalną komunikację, np: wyrażanie uczuć gestem, czymś, co określa się jako „mowa ciała”. Występują natomiast stereotypie ruchowe, np: bieganie w kółko, poruszanie (trzepotanie) dłońmi, kołysanie się itp. Dziecko z autyzmem nieadekwatnie reaguje na bodźce zewnętrzne, szczególnie słuchowe, głośny hałas może powodować silny lek (atak paniki). Dzieci te mają czasem wyjątkową zdolność naśladowania, czasem mogą wykonywać bardzo skomplikowane sekwencje zachowań (powtórzenie długiego dialogu usłyszanego w TV lub w dyskusji dorosłych), jednak bez zrozumienia jego sensu i znaczenia. Zachowania destrukcyjne, agresywne/impulsywne występują prawie zawsze, szczególnie jeśli ktoś próbuje ingerować w obszar, który dziecko autystyczne uważa za swoją własność, np: pokój zabaw, ułożenie zabawek, ubiór. Wszelkich zmian należy dokonywać stopniowo, odpowiednio wcześniej, wyjaśniając dziecku ich przyczyny. Jednocześnie starych przedmiotów, zabawek, ubrań nie wolno wyrzucać, bowiem dziecko autystyczne czuje się spokojniejsze, jeśli wie, że może odtworzyć swoje otoczenie, powrócić do starych zabawek, starego porządku.

Dzieci z typowym autyzmem z powodu upośledzenia umysłowego zwykle są uczniami szkół specjalnych lub są objęte nauczaniem indywidualnym. Pedagog znający diagnozę i posiadający doświadczenie w pracy z takimi dziećmi poradzi sobie bez problemu. Natomiast pedagog pracujący w klasie z trzydziściorcem dzieci, gdzie choć jedno z nich przejawia cechy ASD, ma zdecydowanie trudniejsze zadanie.

W chwili obecnej, jak podaje Nora Choque-Olsson i in., zaznacza się pogląd, że autyzm może mieć różne stopnie nasilenia: od skrajnej postaci, gdzie objawy występują już w pierwszych miesiącach życia i postawienie diagnozy nie stanowi problemu, do autyzmu wysoko funkcjonalnego, gdzie objawy są mało

nasilone (N. Choque-Olsson, 2012). Postawienie diagnozy nie jest łatwe, dziecko nie spełnia bowiem kryteriów wymaganych w klasyfikacjach ICD czy DSM.

Dla takich właśnie przypadków w nowej klasyfikacji DSM przewidziane jest określenie ASD. W skład tej diagnozy wchodzi: wysoko funkcjonalny autyzm, zespół Aspergera oraz PDD (Pervasive Developmental Disorders). Według danych opublikowanych przez Catherine E. Rice występowanie ASD ocenia się na 0,9%, czyli prawdopodobieństwo spotkania takiego dziecka nie jest wysokie (Rice, 2006). Jednak, jak podaje Jakob Asberg pracujący z dziećmi wykazującymi zaburzenia mowy, odsetek ten jest zdecydowanie wyższy (J. Asberg i in., 2010).

Co powinno wzbudzić podejrzenie ASD?

Wywiad ciążyowo-porodowy zwykle jest bez patologii. Dziecko z ASD opanowuje umiejętność chodzenia nieco później, zwykle około 14–16 miesiąca (jednak nie wymaga rehabilitacji). Podobnie mowa rozwija się nieco później, zasób słownictwa jest ubogi, mowa może być słabo modulowana, jednak dziecko nie popełnia błędów gramatycznych (takich jak niewłaściwe użycie zaimków osobowych, typowe dla autyzmu). Jeśli dziecko ma wiele zabawek, często się nimi nie bawi, raczej układa/segreguje je w określony sposób, otoczenie (rodzic) może jednak odczytać to jako zabawę. Wieczorem, przed snem dziecko często poświęca dużo czasu na sprzątanie zabawek, z czego rodzice są zwykle zadowoleni, bo ich dziecko bez specjalnej zachęty robi po sobie porządek. Jedno z dzieci zapytane, dlaczego wszystkie książki i zeszyty muszą być równo ułożone na półkach, odpowiedziało: „jeśli nie będą dobrze ułożone i pozamykane, to nie będą mogły oddychać”. Dla tego dziecka zeszyty i książki były istotami żywymi. Czasem porządkowanie jest do tego stopnia pedantyczne, że pojawia się podejrzenie zespołu natręctw i tego typu rozpoznanie może zostać błędnie postawione. Jak zauważa Christopher Gillberg (1991), w szkole dzieci z ASD są zwykle grzeczne i spokojne, nie zabierają głosu, kiedy nie są pytane, a zadania domowe są zawsze odrobione. Po lekcjach natychmiast wracają do domów, nie grają w piłkę z kolegami itp. Kolegów zwykle mają mało i są to najczęściej osoby o podobnych problemach (ASD), bowiem łączą ich wspólne zainteresowania. Ataki agresji są wyjątkowo rzadkie, jednak mogą występować. Stephen Stahl (2008) zaleca nawet leczenie farmakologiczne w takich wypadkach.

Jak widać z przedstawionego opisu, jest mało prawdopodobne, aby nauczyciel czy rodzic szukał pomocy psychologa czy lekarza, mając tak grzeczne dziecko. To, co czasem może nieco dziwić i być niezrozumiałe, to na przykład pewne problemy dotyczące nawyków kulinarnych. Dzieci te odmawiają jedzenia potraw o mieszanej konsystencji, zwykle dotyczy to niektórych zup,

sałatek. Jedzenie na talerzu powinno być równo ułożone, choć dziecko samo może je następnie wymieszać. Potrawy zwykle muszą być albo bardzo gorące, albo zimne. Ich smak zwykle musi być wyrazisty, ostry (nadużywanie przypraw w dużych ilościach jest dość typowe). Dzieci te lubią również posiłki z fast foodów. Zmuszenie dziecka do jedzenia rzeczy, których nie lubi lub nie spełniają jego wymagań, może prowadzić do odmowy, ucieczki od stołu lub nawet agresji. Podobnie jest z ubraniami. Dziecko z ASD zwykle nie przywiązuje większej uwagi do wyglądu, ubiera się w to, co rodzic przygotuje, jednak ubranie nie może być sztywne. Stąd też dzieci te zazwyczaj nie chcą chodzić w dżinsach. Inna jest wrażliwość na temperaturę. Dziecko z ASD może ubierać się nieadekwatnie do pogody, zarówno zbyt ciepło, jak i zbyt lekko. Podobnie jest z kąpielą. Zazwyczaj jest ona albo bardzo gorąca, albo skrajnie zimna, co jest często dziwne i niezrozumiałe dla otoczenia (rodziców). Dbanie o higienę także może stanowić problem, gdyż i tu zazwyczaj dominują skrajności: albo dziecko jest starannie uczesane i pedantycznie czyste, albo skrajnie nie przywiązuje do tego wagi. Jeśli chodzi o dziewczynki z ASD, mogą one czasem nieświadomie prowokować seksualnie, zakładając sukienki mini, ma to jednak często związek z fascynacją postaciami z japońskich bajek/komiksów określanych jako manga. Dbanie o atrakcyjność fizyczną dla płci przeciwnej zwykle nie jest istotne.

Bardzo interesującą anomalią jest czucie bólu. Próg ten zwykle jest bardzo wysoki, szczególnie jeśli dzieci same się skaleczą, niezależnie od tego, czy zrobią to świadomie czy nieświadomie. Na skaleczenia i urazy zadane przez otoczenie, czyli będące poza ich kontrolą, mogą reagować bardzo emocjonalnie, czasem histerycznie. Podobnie reagują na hałas, najczęściej jest to silny lęk, ale całkiem dobrze znoszą hałas, jaki same wytworzyły, ten, nad którym mają kontrolę.

Dzieci z ASD zwykle mają bardzo wysoki wskaźnik IQ, jednak jeśli dokładniej przyjrzeć się badaniu psychologicznemu, okaże się, że występują obszary, gdzie inteligencja jest wyraźnie poniżej normy. Wynik uśredniony daje zazwyczaj rezultat IQ 110–130.

W artykule wielokrotnie pojawiają się określenia: „często”, „zwykle”, „czasem”. Powodem jest to, że wymienione objawy są często bardzo subtelnie wyrażane i nie stanowią większego problemu dla opiekuna. Zdarza się też, że w rodzinie jest kilkoro dzieci, z których jedno ma ADHD, inne astmę czy padaczkę, a jeszcze inne problemy z dysleksją czy zaburzenia lękowe i/lub zespół natręctw. Wtedy rodzice z pewnością nie będą szukać pomocy dla grzecznego i spokojnego dziecka. Podobnie zareaguje nauczyciel mający 25–30 dzieci w klasie, gdzie 2–4 ma cechy nadruchości i deficyt uwagi, inne zaburzenia opozycyjno-buntownicze, lękowe, a jeszcze inne funkcjonują na pograniczu normy intelektualnej. Najczęściej nauczyciel poinformuje rodzica na wywiadówce o wzorowym zachowaniu, doskonałych wynikach w nauce. Sytuacja ta zacznie jednak ulegać pewnej zmianie u dzieci nastoletnich.

Jakie zmiany w zachowaniu występują u dziecka z ASD około 10. roku życia?

Dziecko od 10. roku życia przestaje być nazywane dzieckiem, a staje się nastolatkiem. Czy chodzi tylko o nową nazwę, czy o coś więcej? Zdecydowanie o coś więcej. W tym okresie rodzice lub opiekunowie tracą stopniowo dotychczasową stuprocentową kontrolę nad podopiecznym i zaczynają się pojawiać coraz większe przestrzenie czasu i aktywności, nad którymi opiekun/rodzic nie panuje. Nastolatkowie tworzą/organizują się w mniej lub bardziej wyraziste podgrupy, formuje się coś, co czasem określa się „drugim życiem, drugim obiegiem”. O przynależności do grupy decyduje wiele czynników: posiadanie odpowiedniego telefonu, granie w określoną grę komputerową, często ubiór itp. W szkole lub subkulturze młodzieżowej powoduje to, że nastolatki z ASD wyraźnie różnią się od reszty. Są samotnikami, którzy nie uczestniczą w życiu klasy/grupy, nie spotykają się z kolegami po lekcjach i stronią od wszystkich wspólnych imprez (kino, ognisko itp.). Niegrają w gry zespołowe, a jeśli interesuje ich sport, są to dyscypliny indywidualne.

Zdolności do kompensowania wysokim ilorazem inteligencji ewentualnych problemów szkolnych oraz jednoczesna fascynacja określonymi wąskimi dziedzinami umożliwiały dobre funkcjonowanie w klasach 1–3, ale w klasach wyższych przestają być wystarczające. Może to prowadzić do zaniedbywania obowiązków szkolnych. Innym zachowaniem (zwykle odczytywanym przez kolegów jako aspołeczne) jest sztywne trzymanie się określonych schematów i zasad. Nastolatek z ASD może przypomnieć w obecności całej klasy, że nauczycielka zapomniała o zapowiadanej klasówce albo że kolega nie odrobił zadania lub je odpisał. Takie zachowanie zostanie „skorygowane” po lekcjach przez rówieśników, jednak nie zmieni to sposobu myślenia osoby z ASD. Pogłębi jedynie izolację i pogorszy stosunek otoczenia. Nastolatek będzie uznawany za dziwaka, może wystąpić psychiczne i fizyczne znęcanie się, mobbing. Cały czas trzeba mieć na uwadze, że mówimy o dziecku, które ma spore problemy w okazywaniu i werbalizacji uczuć. Ten człowiek z nikim nie rozmawia o tym, co go spotyka w szkole, jak reagują na niego koleżanki/koledzy, co zaczyna mieć duże znaczenie, kiedy mowa o czternasto-, szesnastolatku. W tym wieku trzeba przynależać do grupy, mieć zainteresowania, zwracać uwagę na ubiór itp. Zachowania impulsywne, wybuchowe połączone z silną agresją, w tym auto-agresją, stają się zdecydowanie częstsze w tym wieku. Jak zauważa S. Stahl, leczenie farmakologiczne tych dzieci budzi spore kontrowersje. Leki, zdaniem tego autora, stanowią „chemiczny kaftan bezpieczeństwa”, który pomaga do-
rażnie opanować niebezpieczne zachowanie, jednak nie leczy przyczyny choroby, ta bowiem jest nieznana (S. Stahl, 2008). Zwykle rodzice/opiekunowie są też przeciwni stosowaniu farmakoterapii.

W dalszej części przedstawiono skrócony opis dwóch przypadków dzieci z ASD; więcej opisów znajdzie czytelnik w opracowaniu Ch. Gillberga (1991).

Przypadek pierwszy

Dziewczynka, lat 14, IQ 120 (WISC). Cięża, poród bez powikłań, jako niemowlę i dziecko była zawsze bardzo spokojna, grzeczna. W wieku lat 2 stwierdzono, że mowa jest nieco opóźniona (nie wykonano jednak żadnych testów). W wieku lat 7 rozwój mowy był prawidłowy. Jako dziecko bawiła się tylko jedną lalką, ignorując inne zabawki. Rodzice musieli jednak zakupić wiele ubrań dla tej jednej lalki. Dziewczynka miała koleżanki, jednak nie poświęcała im zbyt wiele czasu. Jeśli się czymś interesowała, porzucała inne formy aktywności, było to zdaniem rodziców wręcz fanatyczne zainteresowanie. Przykładowo w początkowym okresie szkolnym kolekcjonowała papierowe torebki. Nagle porzuciła to zainteresowanie i zaczęła się interesować zwierzętami, po czym nagle przestała się nimi interesować. Mowa pomimo prawidłowego zasobu słów była słabo modulowana. W pierwszych latach nauki używała tylko jednego zestawu ubrań do szkoły (matka prała ubrania w nocy, aby rano były czyste). Inne ubrania mogły być używane tylko w niedzielę i w dni wolne od nauki. W wieku lat 14, kiedy rozpoczęło się dojrzewanie płciowe, jej relacje z rówieśnikami uległy poprawie. Rodzina wykazywała obciążenie genetyczne autyzmem oraz ASD zarówno po stronie ojca, jak i matki.

Przypadek drugi

Mężczyzna, lat 18, urodził się jako najstarsze dziecko w rodzinie. Jego IQ 118 (IQ werbalne 130). Młodszy brat wykazywał cechy upośledzenia umysłowego lekkiego stopnia, najmłodsza siostra rozwijała się prawidłowo. Dziadek pacjenta po stronie ojca wykazywał cechy ASD, jednak rozpoznania nie postawiono (nie spełniał wystarczającej ilości kryteriów wymaganych do postawienia rozpoznania). Matka dziecka zgłosiła się do psychiatry, kiedy pacjent był dzieckiem siedmioletnim, choć z racji pracy z dziećmi już wcześniej stwierdziła, że jej dziecko jest jakieś inne. Jako trzylatek był w stanie parodiować aktorów czy prezenterów telewizyjnych, powtarzał ich wypowiedzi, jednak nigdy nie improwizował ani nie zmieniał nic w powtarzanej frazie. Już jako dwulatek był bardzo pedantyczny, do śniadania zasiadał zawsze dokładnie w tym samym miejscu, był ubrany zawsze w te same czerwone rajstopy. Jako czterolatek zainteresował się samolotami i lotnictwem, po 3 latach nagle zmienił zainteresowania i zaczął się interesować kolejnictwem, aby i to zainteresowanie porzucić nagle po kilku latach i zająć się aktorstwem (fascynacja teatrem). Zdaniem matki, jeśli coś go zainteresowało, porzucał wszystkie inne aktywności. Jako siedmiolatek był dzieckiem ekscentrycznym, mającym problemy z werbalnym kontaktem z rówieśnikami, mowa była monotonna, schematyczna, wypowiedzi czasem naiwne. Kiedy zainteresował

się aktorstwem, mowa stała się bardzo pedantyczna i formalna. W szkole podstawowej (publicznej) nie miał przyjaciół. Wracał do domu i cały czas przesiadywał w swoim pokoju, jedyny kontakt z otoczeniem to uczestnictwo w zajęciach koła teatralnego. Kiedy miał lat 15, jego matka zmarła z powodu nowotworu. Po jej śmierci w ogóle nie okazywał smutku. Na pytanie, jak sobie radzi emocjonalnie po utracie tak bliskiej osoby, odpowiedział: „Och, ze mną wszystko jest w porządku, rozumiesz, mam zespół Aspergera, co czyni mnie mniej podatnym na traumatyczne wydarzenia, jak utrata osoby kochanej”.

Przedstawione przypadki są w zasadzie wzorcowe i nie sprawiają problemów w kwestii diagnozy, szczególnie jeśli mamy do czynienia z dzieckiem czternastoletnim lub wręcz osobą dorosłą, jak w drugim opisie. Jednak na co dzień nie spotykamy się z dzieckiem, które ma wykonane badanie IQ, rodzice chcą rozmawiać na temat problemów, jakie sprawia ich pociecha. Zwykle szukają oni winnych, którzy nie dopilnowali albo nie poinformowali ich wcześniej, że „inni mu dokuczają”.

Otoczenie (opiekunowie, nauczyciele) reagują, kiedy nastolatek z ASD staje się ofiarą przemocy, odmawia chodzenia do szkoły lub ma inne mało charakterystyczne objawy. Jak podaje Hiie Allik i in. (2008), 44–83% dzieci z ASD ma zaburzenia snu. W efekcie opiekun będzie szukał pomocy z powodu bezsenności, nastolatek otrzyma rozpoznanie zaburzeń snu w okresie dziecięcym, może nawet zostaną mu przepisane jakieś leki. Zaburzenia snu będą jednak tylko wtórnym objawem stresu związanego ze spotkaniem z klasą, gdzie uchodzi za donosiciela. Roberto Canitano i in. opisują zespół Tourette’a (zespół tików ruchowych i wokalnych, występujący zwykle u chłopców), który współwystępuje z ASD w 25–60% (R. Canitano, 2007). Mohammad Ghaziuddin i in. zauważają, że 37% nastolatków z ASD leczonych jest z rozpoznaniem depresji, która także jest wtórnym problemem, jaki nie wystąpiłby, gdyby odpowiednio wcześniej rozpoznano ASD i zastosowano odpowiednie postępowanie (M. Ghaziuddin, J. Greden, 1998). Jego zdaniem to właśnie depresja często jest pierwszym rozpoznaniem, jakie nastolatek otrzymuje; dotyczy to 37% pacjentów. Do tego dochodzą zaburzenia koncentracji i uwagi (ADHD); w takim przypadku wcale nie musimy widzieć dziecka spokojnego i cichego, ale dziecko nadruchliwe, które w rzeczywistości ma dwie diagnozy, jednak zaburzenia koncentracji „maskują” drugi problem.

Na to wszystko mogą się nakładać problemy związane z chorobami somatycznymi, astmą, padaczką, cukrzycą, niedoczynnością tarczycy i wieloma innymi. Objawy mogą być dodatkowo zniekształcone przez czynniki środowiskowe, jak sytuacja rodzinna, ekonomiczna, przemoc w domu, alkoholizm itp.

Przedstawione czynniki środowiskowe stanowią materiał na odrębny artykuł, poniżej postaram się jedynie zasygnalizować, jaki może być stosunek opiekuna do dziecka lub z jaką reakcją może się spotkać psycholog czy pedagog starający się pomóc dziecku. Przykładowo rozwiedzeni rodzice lub rodzice pozostający w związku nieformalnym „rozgrywają” dzieckiem problemy we wzajemnych relacjach. Nierzadko spotyka się stwierdzenia: „matka robi z dziecka wariata, sama powinna się leczyć”, „ten łobuz jest taki jak jego ojciec, nie ma sensu zajmować się tym dzieckiem”.

Praktyczne wskazówki dotyczące „wychwycenia” dziecka z ASD w klasie, a tym samym zapobieganie późniejszym problemom w pracy nauczyciela

Nauczyciel w klasach 1–3 powinien zwrócić uwagę na dzieci wyjątkowo grzeczne, pilne, lękliwe, wrażliwe i zdolne. Nie oznacza to bynajmniej, że wszystkie takie dzieci mają zespół ASD, ale spokojne dzieci stanowią grupę ryzyka. Jak już wspomniałem, występowanie ASD ocenia się na 0,9% (Rice, 2006). Jak zauważa J. Asberg i in. badający zaburzenia mowy u dzieci, z danych statystycznych uzyskanych w Szwecji na ośmiu chłopców z ASD przypada tylko jedna dziewczynka z tą diagnozą (J. Asberg i in, 2010). Jednak według tego autora proporcje są zupełnie inne, mianowicie na 1,5 przypadku zdiagnozowanego ASD u chłopców przypada jedna dziewczynka. Jak widać, prawdopodobieństwo spotkania dziecka z ASD w klasie 20-, 30-osobowej jest znikome, jednak jeśli w szkole jest 300 dzieci, to istnieje prawdopodobieństwo, że co najmniej u trojga występuje ten zespół. Stąd też warto zwrócić uwagę na „idealne dzieci”, które czasem mają poważne problemy, nawet jeśli tego nie eksponują.

Powyższy opis jest bardzo skrótowy, jednak opisywanie wszystkich objawów stanowi materiał na odrębny artykuł. Każde dziecko/nastolatek wykazuje bardzo indywidualny obraz kliniczny, który ujawnia się w różnym wieku i bywa zniekształcony innymi często współwystępującymi zaburzeniami.

Czy pozostawienie dziecka z ASD samemu sobie może stanowić jakiś problem dla szkoły, otoczenia, pedagoga?

To, że dziecko z ASD nie ujawnia uczuć, jest spokojne i lękliwe, nie oznacza, że jest pozbawione uczuć i emocji.

W dalszej części znajdują się opisy dość drastycznych zachowań uczniów, pochodzące z Internetu. Daleki jestem od postawienia diagnozy ASD w obu

przedstawionych przypadkach, jednak opisy powinny zmusić czytelnika do pewnej refleksji.

Przypadek pierwszy

Adam Lanza, syn nauczycielki, zamordował w szkole w Connecticut 20 uczniów. Była to klasa „zerowa”, w której uczyły się pięciolatki. W sumie napastnik zastrzelił 27 osób. Wcześniej zamordował swoją matkę. „W ciągu ostatnich lat nie miałem z nim bliskich kontaktów” – miał zapewnić podczas przesłuchania brat sprawcy. Sąsiedzi opisywali Adama Lanę jako dziwnego i przejawiającego objawy choroby psychicznej – poinformował ABC News. Serwis doniósł także, że starszy brat zbrojcy zeznał policji, iż był on autystykiem lub cierpiał na zespół Aspergera oraz zaburzenia osobowości (*Strzelanina w szkole podstawowej w Connecticut*, 2012).

Przypadek drugi

Dwaj nastoletni uczniowie Columbine High School, Harris i Klebold, weszli na jej teren, strzelając z broni palnej. Zamordowali 12 rówieśników i jednego nauczyciela, raniąc przy tym 24 inne osoby. Sprawcy popełnili samobójstwo, zanim do budynku wkroczyła policja. Według relacji rodziców jednego z nastolatków syn był „nieśmiały i cichy”, nigdy nie wykazywał agresywnych skłonności i nie fascynował się bronią. Interesował się głównie komputerami i chciał studiować informatykę na Uniwersytecie Arizony. Obaj byli bardzo dobrymi uczniami. Harris osiągał doskonałe wyniki w nauce, a Klebold w szkole podstawowej został nawet objęty programem dla wyjątkowo uzdolnionych dzieci. Jeden ze sprawców, fascynujący się grami komputerowymi, w swym pamiętniku zapisał:

Moim celem jest zniszczenie wszystkiego, co się da, więc nie mogę kierować się uczuciem litości, sympatii ani niczym takim, więc zmuszę się do uwierzenia, że każdy jest po prostu kolejnym potworem z Dooma, jak FH lub FS lub demony, czyli albo ja, albo oni. Muszę wyłączyć swoje uczucia (*Masakra w Columbine High School*, 2006).

Powyższe opisy, jak wcześniej zaznaczyłem, nie stanowią podstaw do postawienia diagnozy ASD u sprawców tych przestępstw, choć mogą zwrócić uwagę na wyjaśnienie niektórych niezrozumiałych dla ogółu, „dziwnych zachowań”.

ASD to nie tylko diagnoza, która musi się wiązać z problemami w społecznym funkcjonowaniu, ale może stanowić o nadzwyczajnych zdolnościach osób dotkniętych tym zaburzeniem. Pamiętajmy, że osoby te mają wysoki iloraz inteligencji, poświęcają się określonej dziedzinie wiedzy, ich umysł potrafi wychwycić i zapamiętać/skojarzyć nieistotne z punktu widzenia innych osób szczegóły. Z analizy życiorysów i zachowań wynika, że Hans Christian

Andersen, Michał Anioł, Wolfgang Amadeusz Mozart, Thomas Edison, Thomas Jefferson i Alfred Hitchcock mogli cierpieć na ASD.

Jak można wyjaśnić naukowo/psychologicznie problem ASD?

Współcześnie istnieje kilka teorii, które próbują wyjaśnić chorobę. Jest to bardzo obszerny materiał, dlatego skupię się tylko na teorii Jamiego Kleinmana i Paula L. Marciano, znanej jako *Theory of mind* (ToM) (J. Kleinman i in., 2001). Jest to teoria psychologiczna zakładająca, że osoby z ASD mają w jakiś sposób upośledzoną zdolność koherencji centralnej. Każdy z nas w każdej sekundzie bombardowany jest licznymi informacjami, impulsami, jednak analizuje i łączy tylko wybrane w danej chwili z punktu widzenia danej jednostki, ważne informacje; inne zostają pominięte. Osoba z ASD ma słabo wykształconą zdolność „filtracji” informacji/impulsów, tym samym skupia się na nieistotnych dla ogółu szczegółach, które w przypadku sprawnie funkcjonującej centralnej spójności układu nerwowego dawno zostałyby pominięte. Umysł osoby z ASD wykonuje bardzo wiele złożonych operacji, próbując zebrać i usystematyzować liczne informacje. W efekcie dziecko z ASD jest spokojne, wokół dzieje się tak dużo, że nie nadąża ono z analizą danych i reagowaniem na nie. Ilość danych, jakie otrzymuje w szkole/z otoczenia, zmusza je do ponownego przemyślenia, dopytania, doczytania. Powoduje to brak czasu dla kolegów czy na gry (szczególnie zespołowe), bo to kolejne „gigantyczne” ilości informacji. W miarę dorastania dostrzega jednak, że otoczenie z jednej strony dostarcza wiele informacji, z drugiej jednak strony są to informacje wzajemnie sprzeczne. Przykład: nie wolno odpisywać lekcji, ale inni odpisują i dobrze na tym wychodzą. Nie wolno się spóźniać, ale nawet nauczyciel trochę się spóźnia na lekcję itp. Zachowania takie wywołują wtórne zaburzenia, jak wspomniane wyżej problemy ze snem, depresja, zachowania agresywne.

ASD prawdopodobnie występuje o wiele częściej u dzieci i osób dorosłych z zaburzeniami genetycznymi. Według Freda R. Volkmar cechy autystyczne lub nawet pełnoobjawowy autyzm występuje u około 10% dzieci z następującymi diagnozami: zespół Angelmana, zespół Downa, zespół łamliwego chromosomu X, zespół Willsona. Poza tym w neurofibromatozie czy w jednostce chorobowej określanej jako Catch 22 (F.R. Volkmar, R. Paul, A. Klin, D.J. Cohen, 2005).

Istnieje także wiele teorii/hipotez sformułowanych przez badaczy szukających podłoża ASD w zaburzeniach procesów neurorozwojowych. Opierając się na podsumowaniu tych teorii przez S. Stahla, problem może dotyczyć neurogenezy, selekcji neuronalnej, migracji komórek nerwowych do strefy korowej, różnicowania i mielinizacji oraz synapsogenezy. Powyższe zaburzenia

występują w okresie prenatalnym, szczególnie trudnym do prowadzenia badań klinicznych. Ten sam autor zauważa jednak, że jest wiele innych czynników mających wpływ na potencjalny rozwój ASD. Chodzi o zaburzenia syntezy monoamin, ich transportu i destrukcji, nie do końca jasna jest rola komórek glejowych, infekcji wirusowych, niedoborów witaminowych i wielu innych czynników, których znaczenie stanowi podłoże do dalszych badań.

Bibliografia

- Allik H., Larsson H.J., Smedje H. (2006), *Sleep patients in school-age children with Asperger syndrome or high functioning autism: a flow-up study*, „Journal of Autism and Developmental Disorders”, vol.36, is. 5.
- Asberg J., Kopp S., Berg-Kelly K., Gillberg C. (2010), *Reading comprehension, word decoding and spelling in girls with autism spectrum disorders (ASD) or attention deficit/hyperactivity disorders (AD/HD) performance and predictors*, „International Journal of Language & Communication Disorders”, vol. 45, is. 1.
- Asperger H. (1944), *Die Autistischen Psychopaten im Kindesalter*, „Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten”, vol. 117, is. 1.
- Canitano R., Vivanti G. (2007), *Tics and Tourette syndrome in autism spectrum disorders*. *Autism*, vol. 11, is. 1.
- Choque-Olsson N. (2012), *Riktlijer till stod for bedomning och behandling 2012*, wyd. *Barn och ungdomspsykiatri, Stockholms lans landsting*.
- Ghaziuddin M., Greden J. (1998), *Depression in children with autism/pervasive developmental disorders: a case-control family history study*, „Journal of Autism and Developmental Disorders”, vol. 28, no. 2.
- Gillberg C. (1991), *Clinical and Neurobiological aspects of Asperger syndrom in six family studies*, [in:] Uta Frith (ed), *Autism and Asperger syndrome*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Jansson M., *DSM-5*, <http://www.autism.se/content1.asp?nodeid=97090> (data dostępu: 26.12.2013).
- Kanner L. (1943), *Autistic disturbances of affective contact*, „Nervous Child”, vol. 2.
- Kleinman J., Marciano P. L., Ault R.L. (2001), *Advanced Theory of Mind in high functioning adults with autism*, „Journal of Autism and Developmental Disorders”, vol.31, no1.
- Masakra w Columbine High School* (2006), http://pl.wikipedia.org/wiki/Masakra_w_Columbine_High_School (data dostępu: 14.12.2013).
- C.E. Rice et al. *Evaluating Changes in the Prevalence of the Autism Spectrum Disorders (ASDs)* (2006) Public Health Reviews, Vol. 34, is 2.
- Stahl S. (2008), *Stahl's Essential Psychopharmacology. Neuroscientific Basis and Practical Applications*, vol 1–2, Cambridge University Press, Cambridge.
- Strzelanina w szkole podstawowej w Connecticut* (2012), http://wiadomosci.gazeta.pl/wiadomosci/1,114881,13054703,Strzelanina_w_szkole_podstawowej_w_Connecticut__Sa.html (data dostępu: 14.12.2013).
- Volkmar F.R., Paul R., Klin A., Cohen D.J. (eds.) (2005), *Handbook of autism and pervasive development disorders*, vol. 1, John Wiley & Sons, Canada.