

Lucyna Bobkowicz-Lewartowska

Zespół Aspergera i Zespół Nadpobudliwości Psychoruchowej : współwystępowanie zaburzeń w kontekście trudności diagnostycznych

Przegląd Naukowo-Metodyczny. Edukacja dla Bezpieczeństwa nr 4, 243-251

2013

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.

ZESPÓŁ ASPERGERA I ZESPÓŁ NADPOBUDLIWOŚCI PSYCHORUCHOWEJ – WSPÓŁWYSTĘPOWANIE ZABURZEŃ W KONTEKŚCIE TRUDNOŚCI DIAGNOSTYCZNYCH

Wprowadzenie

W 1944 roku Hans Asperger,¹ wiedeński psychiatra, opublikował artykuł zatytułowany *Die autistischen psychopathen in Kindesalter*, w którym opisał chłopców z zaburzonymi relacjami społecznymi. Jego uwagę zwrócił przede wszystkim brak w tej grupie kontaktu wzrokowego, uboga ekspresja mimiczna i gestykulacja a także występowanie wielu stereotypowych ruchów. Przedstawione przez niego osoby wykazywały izolowane obszary zainteresowań (np. rozkładem jazdy) i dobrą pamięć. Posługiwały się językiem, który nie służył do komunikacji, w którym zaburzona była intonacja. Asperger² był pod wrażeniem umiejętności intelektualnych tych osób, które dotyczyły bardzo wąskich obszarów. Z drugiej zaś strony badacz ten zauważył u tych dzieci trudności z utrzymaniem uwagi na lekcji oraz specyficzne problemy w uczeniu się. Osoby te również często wymagały matczynej pomocy w samodzielnej organizacji czynności. Ponadto charakteryzowała je niezdarność w poruszaniu się i koordynacji oraz wrażliwość na szczególne dźwięki, zapachy, struktury i dotyk. Cechowało je ponadto egocentryczne zaabsorbowanie tematem, który je całkowicie pochłaniał.

Już po śmierci Aspergera w 1980 roku po raz pierwszy użyto terminu „zespół Aspergera”. Dokonała tego Lorna Wing,³ która uznała że diagnozy autyzmu nie da się zastosować wobec wszystkich dzieci przejawiających specyficzne problemy w relacjach interpersonalnych. W 1993 roku zespół Aspergera został uwzględniony w klasyfikacji Światowej Organizacji Zdrowia ICD-10⁴ a w 1994 roku w klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (APA).⁵ W wydanej w Polsce DSM-TR (APA)⁶ zostały wyszczególnione następujące kryteria diagnostyczne zespołu Aspergera: 1). Jakościowe upośledzenie interakcji społecznych, 2). Ograniczone, powtarzające się i stereotypowe wzorce zachowania, zainteresowań i działań, 3). Zakłócenia są przyczyną istotnego klinicznie upośledzenia funkcjonowania, 4). Nie występuje istotnie klinicznie opóźnienie w rozwoju języka, 5). Nie występuje istotne klinicznie opóźnienie rozwoju poznawczego ani rozwoju odpowiednich do wieku umiejętności samoobsługowych, zachowań adaptacyjnych (z wyjątkiem interakcji społecznych) i zainteresowania otoczeniem w dzieciństwie, 6). Niespełnione są kryteria innego całościowego zaburzenia rozwojowego ani schizofrenii.

¹ H. Asperger, *Die autistischen psychopathen in Kindesalter*, „Archiv fur Psychiatrie und Nervenkrankheiten”. 1944, 117

² Ibidem

³ L. Wing, *Asperger's syndrome: A clinical account*, „Psychological Medicine”. 1981, 11

⁴ World Health Organization (WHO): *The ICD10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva, 1993

⁵ American Psychiatric Association (APA); *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington D.C., 1994

⁶ American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (wyd. 4 poprawione). Washington D.C. 2000

Jak donosi wielu autorów⁷ średni wiek, w którym dokonuje się diagnozy zespołu Aspergera to okres 8-11 lat. Jednakże już wcześniej, szczególnie rodzice mogą już obserwować niepokojące objawy. Należą do nich unikanie zabaw z rówieśnikami a także przejawy naiwności społecznej, natrętne lub dominujące zachowania. Obserwowalna jest także u tych dzieci niezdarność i problemy z koordynacją. Przejawia się to kłopotami w zawiązywaniu sznurowadeł, trudnościami w opanowaniu jazdy na rowerze, grze w piłkę czy w pisaniu. Dziecko może także poruszać się nienaturalnie podczas chodzenia czy biegania.⁸

Przyczyny zespołu Aspergera są związane z dysfunkcją specyficznych struktur i systemów mózgowych. Dzięki metodom neuroobrazowania funkcjonowania mózgu oraz testom neuropsychologicznym ustalona w przypadku tego zespołu specyficzne działanie „mózgu społecznego”, w którego skład wchodzi: kora przyśrodkowa przedczołowa, oczodołowe obszary płatów czołowych, bruzda skroniowa górna, kora skroniowa dolna oraz biegun skroniowy płatów skroniowych. Wskazuje się również na nieprawidłowe funkcjonowanie ciała migdałowatego, jąder podstawy oraz mózdzku a także wadliwe działanie układu dopaminowego i prawej półkuli mózgowej.⁹

Prawdopodobnie określone obszary mózgu rozwinęły się nieprawidłowo gdyż zadziałały czynniki natury genetycznej Już Hans Asperger¹⁰ zwrócił uwagę, że u rodziców (zwłaszcza ojców) jego małych pacjentów występowały cechy tego zaburzenia. Szacuje się według ścisłych kryteriów zespołu Aspergera, że 20% ojców oraz 5% matek cierpi na to zaburzenie. Zastosowanie szerszych kryteriów zespołu Aspergera ukazuje, że ponad dwie trzecie dzieci z zespołem Aspergera ma kogoś o podobnym profilu umiejętności (dotyczy to krewnych drugiego i trzeciego stopnia).¹¹

Stosunkowo nowe są doniesienia na temat makrocefalii (nietypowo dużej głowy i mózgu) u osób z zespołem Aspergera. Badanie wskazuje, że u co najmniej jednej czwartej osób w tej grupie mózg i głowa rosły szybciej w pierwszych miesiącach życia niż u rówieśników. Jedną grupę stanowią dzieci z zespołem Aspergera, które już w momencie urodzenia miały duży obwód głowy a drugą dzieci z zespołem Aspergera, u których nastąpił szybki przyrost wielkości mózgu we wczesnym niemowlęctwie. Przyrost ten nie dotyczy płatów potylicznych i po pewnym czasie zwalnia co powoduje brak różnic około piątego roku życia pomiędzy dziećmi z zespołem Aspergera a rówieśnikami.¹²

Przyjmując, że zespół Aspergera należy do spektrum autyzmu, można odnieść przyczyny autyzmu do etiologii zespołu Aspergera. Na uwagę w tym obszarze zwracają doniesienia dotyczące okresu prenatalnego. Wysunięto tutaj hipotezę stresu prenatalnego, który powoduje nieprawidłowości w budowie mózgu przed 30-32 tygodniem ciąży. Miało by to być spowodowane dużym stresem matek dzieci autystycznych podczas ciąży. Stres ten miałby częstszy u tych matek niż u matek dzieci z zespołem Downa oraz matek dzieci prawidłowo rozwijających się. Zaobserwowano również, że im wyższy był poziom testosteronu w życiu

⁷ T. Attwood, *Zespół Aspergera. Kompletny przewodnik*. Gdańsk 2013, s. 22

⁸ Ibidem, s. 23-25

⁹ Ibidem, s. 361-362

¹⁰ Ibidem, s. 362

¹¹ Ibidem

¹² Ibidem, s. 363

plodowym, tym gorsz było później funkcjonowanie tych dzieci w relacjach społecznych.¹³

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej (*attention deficit / hyperactivity disorder*, ADHD) należy do najpowszechniej występujących zaburzeń rozwoju u dzieci w wieku szkolnym. Również jest to zaburzenie, które stosunkowo wcześniej jest diagnozowane (pomiędzy 6 a 9 rokiem życia). Termin ADHD jest dobrze znany, ale jak podkreśla Lipowska¹⁴ często nadużywany. Szczególnie newralgicznym okresem dla trafności diagnozy ADHD jest rozpoczęcie nauki przez dziecko w szkole podstawowej. Wiele dzieci ma wtedy duże trudności z przestrzeganiem reguł, usiedzeniem spokojnie w ławce przez całą lekcję. Nauczyciele, którzy w takich przypadkach nie mają zbyt wiele cierpliwości do dziecka i nie podejmują wysiłku by mogło się ono zaaklimatyzować, nadają dziecku etykietkę nadpobudliwego. Pomaga to nauczycielowi zdejść odpowiedzialność za zachowanie ucznia, który jest "zaburzony".¹⁵

Termin nadpobudliwość psychoruchowa został w Polsce wprowadzony i spopularyzowany przez Hannę Nartowską.¹⁶ W popularnym dotychczas w Polsce DSM-IV-TR (APA)¹⁷ wymienia się takie osiowe objawy ADHD, jak nieuwaga oraz nadaktywność i impulsywność. Równoległe do klasyfikacji, zaproponowanej przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne, stosuje się w Polsce klasyfikację Światowej Organizacji Zdrowia. W obowiązującej klasyfikacji ICD-10 (WHO)¹⁸ występuje nazwa „zespół hiperkinetyczny” (HKD-skrót rzadko używany) i podobnie, jak w systemie DSM, akcentuje, że kłopoty z koncentracją uwagi, nadruchliwością i impulsywnością utrudniają funkcjonowanie dziecka.

Nadruchliwość, czyli nadmierna aktywność ruchowa dziecka (w porównaniu z dziećmi na tym samym poziomie rozwoju), jest pierwszym dostrzegalnym objawem ADHD w rozwoju dziecka. W późniejszych stadiach rozwoju psychoruchowego widoczne są takie objawy, jak: niemożność usiedzenia, nerwowe ruchy kończyn, nadmierne rozbieganie lub wtrącanie się, przesadna hałaśliwość, niemożność odpoczynku. Zdaniem Lipowskiej¹⁹ w okresie przedszkolnym i wczesnoszkolnym zauważane są przez otoczenie zachowania impulsywne, które wynikają z deficytów hamowania reakcji. Dzieci z ADHD reagują często w sposób natychmiastowy, automatyczny i nieadekwatny. Dzieci te udzielają odpowiedzi zanim pytanie zostanie dokończony, nie potrafią czekać w kolejce, wtrącają się do rozmów, przeszkadzają innym, są nadmiernie gadatliwe. Impulsywność związana jest z konfliktowością dzieci z ADHD, które łatwo się obrażają, są drażliwe i trudno przystosowują się do nowych sytuacji. Występuje u nich natychmiastowa reakcja motoryczna i emocjonalna na bodźce pod wpływem których się znajdują, nawet jeżeli nie jest to stosowne w danej chwili. Bania przedszkolaków przeprowadzone

¹³ E. Pisula, *Autyzm. Przyczyny, symptomy, terapia*. Gdańsk 2010, s. 28-33

¹⁴ M. Lipowska, *Dysleksja i ADHD. Współwystępujące zaburzenia rozwoju. Neuropsychologiczna analiza deficytów pamięci*. Warszawa 2011, s. 49

¹⁵ M. Lipowska, *Nadpobudliwość w oczach nauczycieli-temperament czy zaburzenie*. (w:) Wojciszke, Płopa (red.), *Osobowość a procesy psychiczne i zachowanie*. Kraków 2003, s. 405-421

¹⁶ M. Lipowska, *Dysleksja i ADHD. Współwystępujące...*, op. cit., s. 48

¹⁷ American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (wyd. 4 poprawione). Washington D.C. 2000

¹⁸ World Health Organization (WHO): *The ICD10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva 1993

¹⁹ M. Lipowska, D. Dykańska-Bieck, *Czy impulsywność w ADHD ma komponenty temperamentalne?* „Psychiatria i Psychologia Kliniczna”, 2010, 10(3)

przez Hinshaw i Melnick²⁰ dowiodły, że ADHD u dzieci cztero – i sześciolletnich najbardziej zaburza nie ich rozwój poznawczy, ale ich relacje z rówieśnikami. Dzieci z ADHD nie uczą się negocjacji w grupie, ustępstw, przestrzegania reguł zabawy, zasady wzajemności w kontaktach. Skutkuje to faktem, że około połowa nadpobudliwych dzieci z ADHD w wieku szkolnym ma złe lub relacje z rówieśnikami lub jest odrzucana przez grupę rówieśniczą.²¹ Omawiając objawy ADHD w wieku przedszkolnym Kołakowski i in.²² Przytacza badania, które mówią o tym że objawy nadpobudliwości u przedszkolaków mogą stanowić niespecyficzne objawy poprzedzające inne zaburzenia charakterystyczne dla dzieci w starszym wieku i dorosłych. Należą do nich: choroba afektywna dwubiegunowa, schizofrenia, zespół tików ruchowych i głosowych, zaburzenia lękowe.

Kiedy dziecko z ADHD rozpoczyna naukę szkolną pierwszoplanowe stają się jego deficyty związane koncentracją uwagi. U tych dzieci trwałość uwagi jest niewielka, a przerzutność nadmierna, co powoduje obniżenie zdolności do koncentracji uwagi na jednym zjawisku przez dłuższy czas. W szkole i podczas odrabiania zajęć dziecko nie zwraca uwagi na szczegóły (popelnia „głupie” błędy), unika wytrwałego wysiłku umysłowego, często gubi przedmioty, zapomina, nie stosuje się do instrukcji. Te problemy powodują, że nadpobudliwy uczeń nie korzysta w pełni z lekcji, ma coraz większe zaległości w nauce co może prowadzić do wycofywania się z aktywności szkolnej i pojawienia się zachowań opozycyjno-buntowniczych.²³ Trudną sytuację w szkole tych dzieci wzmacnia fakt współwystępowania z ADHD trudności w uczeniu się (dysleksji, dysortografii, dysgrafii i dyskalkulii). Szacuje się, że rozpowszechnienie występowania specyficznych trudności w uczeniu się u dzieci nadpobudliwych jest większe niż u ich rówieśników i wynosi 8-39% (dysleksja) i 12-26% (dysgrafia). Badacze akcentują też, że pisanie „jak kura pazurem” i ogólna niechęć do pisania są cechami charakterystycznymi dla większości dzieci z ADHD.²⁴ W sferze społecznej zauważalna jest u dzieci z ADHD mała liczba ich serdecznych przyjaciół lub ich brak.²⁵ Związane jest to prawdopodobnie z mimowolnym sprawianiem przykrości innym przez te dzieci, ich chęcią do ciągłego kierowania grupą, przeszkadzaniem, niemożnością zaczekania na swoją kolej.

Szukając podłoża genetycznego ADHD badacze zwracają uwagę nie na poszukiwanie „genu ADHD” ale układu wielu genów, które modyfikują w nieznaczny sposób pracę mózgu.²⁶ Największa ilość badań w przypadku tego zaburzenia dotyczy mutacji genów odpowiedzialnych za gospodarkę dopaminową. W mózgu istnieje co najmniej pięć różnych rodzajów dopaminy i pięć jej receptorów (D1-D5), które są kodowane przez inne geny. Szczególne znaczenie wydaje się mieć DRD4, który jako zmutowany gen został znaleziony u 30%

²⁰ S. Hinshaw, S. Melnick, *Peer relationships in boys with attention-deficit hyperactivity disorder with and without comorbid aggression*, „Development and psychopathology”, 1995, 7

²¹ A. Kołakowski, T. Wolańczyk, A. Pisula, *ADHD – zespół nadpobudliwości psychoruchowej. Przewodnik dla rodziców i wychowawców*. Gdańsk 2007, s. 53

²² Ibidem, s. 51

²³ Ibidem, s. 54

²⁴ Ibidem

²⁵ C. Cunningham, *Family functioning, time allocation and parental depression in the families of normal and ADDH children*. „Journal of Clinical Child Psychology”. 1988, 17

²⁶ M. Lipowska, *Dysleksja i ADHD. Współwystępujące...*, op. cit., s. 58

zdrowych osób i aż u 50-60% osób z ADHD.²⁷ Dopamina jest neuroprzekaźnikiem, który odpowiada za regulację funkcji ruchowych, procesy motywacyjne, uczenie się, zapamiętywanie, kontrolę czynności emocjonalnych i zachowania nagradzające. Sagvolden, Johansen, Aase i Russell²⁸ zaproponowali Dynamiczny Neurorozwojowy Model ADHD, który ukazuje związek podtypów ADHD z nieprawidłowym wydzielaniem dopaminy na różnych poziomach układu nerwowego. Niska aktywność dopaminy w układzie limbicznym powoduje zakłócenia wrażliwości na wzmocnienia i nieprawidłowe wygaszanie wcześniej karanych zachowań, co może powodować wzrost nadruchliwości w sytuacjach nowych, impulsywność, nieuwagę oraz problemy z hamowaniem reakcji. Na poziomie korowym nieprawidłowości w poziomie dopaminy wywołują zaburzenia koncentracji uwagi, trudności z procesem planowania i zakłócenia funkcji wykonawczych. Natomiast niski poziom dopaminy w prążkowie odpowiedzialny jest za słabą kontrolę funkcji motorycznych, zaburzenia pamięci i uczenie się.

Dzięki metodom neuroobrazowania struktury i czynności mózgu coraz więcej wiemy o właściwościach budowy mózgowia i jego funkcjonowaniu u osób z ADHD. Oceniając ogólną wielkość mózgu, stwierdzono jego zmniejszenie wraz z mózdzkiem o 3-4%.²⁹ Uwaga badaczy szczególnie jest skupiona na budowie mózdzku w ADHD, którego funkcjonowanie związane jest z poziomem funkcji wykonawczych, szybkością i efektywnością funkcji ruchowych. Metody neuroobrazowania pozwoliły również na stwierdzenie, że metabolizm glukozy jest u mężczyzn z ADHD o 6%, a u nadpobudliwych kobiet o 12% niższy niż w porównawczej grupie kontrolnej.³⁰ W tym nurcie badań zwrócono również uwagę na obniżoną aktywność płątów skroniowych, które są związane z procesami uwagi i odpowiadają za funkcje językowe.³¹

W obszarze nauk medycznych dosyć często spotyka się współwystępowanie chorób somatycznych. W przypadku zaburzeń psychicznych ich współwystępowanie budzi więcej kontrowersji z powodu opisowego, teoretycznego i niehierarchicznego podejścia do problemów zdrowia psychicznego. Z powodu niepewnej i często nieustalonej etiologii oraz patogenезy zaburzeń psychicznych a także ich polietiologii uważa się, że nie można mówić o rzeczywistym współistnieniu chorób, ale tylko o koncepcji, która pozwala na pełniejszy opis problemów natury psychicznej, dotyczących człowieka w konkretnym okresie.³² Jak podaje Attwood³³ zespół Aspergera może nawet współwystępować nawet z trzema innymi zaburzeniami, o różnym stopniu nasilenia. Mogą to być: zespół nadpobudliwości psychoruchowej, zespół Tourette'a oraz zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne.

²⁷ J. Biederman, T. Spencer, T. Wilens, S. Faraone, *Overview and neurobiology of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*, "Journal of Clinical Psychiatry", 2002, s. 63

²⁸ T. Sagvolden, E. Johansen, H. Aase, V. Russell, *A dynamic developmental theory of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) predominantly hyperactive/impulsive and combined subtype*, "The Behavioral and Brain Sciences", 2005, 28(3)

²⁹ F. Castellanos, *Proceed, with caution: SPECT cerebral blood flow studies of children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder*. "Journal of Nuclear Medicine". 2002, s. 43

³⁰ Ibidem

³¹ K. Rubia, A. Smith, M. Brammer, E. Taylor, *Temporal lobe dysfunction in medication-naïve boys with attention-deficit/hyperactivity disorder during attention allocation and its relation to response variability*, "Biological Psychiatry", 2007, 62(9)

³² C. Caron, M. Rutter, *Comorbidity in child psychopathology: Concepts, issues and research strategies*, "Journal of Child Psychology and Psychiatry", 1988, 32

³³ T. Attwood, *Zespół Aspergera...*, op. cit., s. 28

Poniżej chciałabym przedstawić przypadek dziewczynki, u której zdiagnozowano w wieku 11 lat zespół Aspergera z cechami nadpobudliwości psychoruchowej. Wczesny rozwój dziewczynki (Kamili) nie budził zastrzeżeń. W wieku 12 miesięcy zaczęła samodzielnie chodzić, pierwsze słowa pojawiły się w 10 miesiącu życia a pierwsze zdania w wieku 16 miesięcy. Kamila w dzieciństwie dużo chorowała, od 6 miesiąca życia przyjmowała leki przeciwuczuleniowe a potem okresowo leki przeciwastmatyczne. Kolejne pobyty w miejscowościach sanatoryjnych przyniosły złagodzenie objawów chorobowych. Dziewczynka zaczęła uczęszczać do przedszkola w wieku dwu i pół lat do kameralnego przedszkola. Chodziła tam chętnie i miała tam jedną przyjaciółkę. W okresie przeprowadzki do nowego domu rodzice zaobserwowali u córki bardzo dużą fascynację grzybami. Dziewczynka bardzo szybko opanowała wszystkie nazwy grzybów w atlasie i codziennie do niego zaglądała. Rodzice nie widzieli w tym nic niepokojącego tym bardziej, że najlepsza koleżanka Kamili w tym samym okresie (wieku czterech i pół lat) przechodziła fascynację ptakami. Pół roku później wychowawczyni w grupie zwróciła uwagę matce, że Kamila nie reaguje na polecenia kierowane do grupy a tylko na komunikaty indywidualne w kontakcie twarzą w twarz. Zasugerowała aby zbadać słuch dziewczynki. Wykonane badanie wskazało, że słuch Kamili pozostaje w normie. Kiedy dziewczynka miała 5 i pół lat kardiolog zwrócił uwagę na jej cechy nadpobudliwości psychoruchowej. U matki również w tym czasie narastało zmęczenie takimi zachowaniami dziewczynki jak nadmierna płaczliwość, złość i ruchliwość. W wieku 6 lat dziewczynkę zbadał psychiatra. Zalecone przez niego badanie EEG wskazało na cechy niedojrzałości układu nerwowego oraz nieprawidłowe wyładowania w jednym z pól. Dziewczynka przeszła kilkumiesięczną kurację lekiem Tegretol a końcowa diagnoza brzmiała-cechy nadpobudliwości psychoruchowej. Naukę w zerówce Kamila rozpoczęła w kameralnej szkole (taka była sugestia wychowawcy w przedszkolu). W klasie zerowej uwagę wychowawcy zwrócił brak wykształconej u Kamili umiejętności biegania (dziadek dziewczynki jej późniejszy styl biegania określał – „jakby każda część ciała biegła w inną stronę”). Przeprowadzony w klasie zerowej Test Ryzyka Dysleksji autorstwa Marty Bogdanowicz wskazał u Kamili pogranicze ryzyka dysleksji. W pierwszej klasie Kamila uczęszczała na zajęcia logopedyczne oraz terapię pedagogiczną. W drugiej klasie dziewczynka czytała sylabami, utrzymywało się pismo zwierciadlane i miała problemy z koncentracją uwagi. Skierowano ją na badania do poradni Psychologiczno-Pedagogicznej. Tam oceniono, iż jej sprawność intelektualna kształtuje się na poziomie wyższym niż przeciętna a rozwój poznawczy przebiega nieharmonijnie, z przewagą sfery werbalnej nad sferą praktyczną. Podczas badania zaobserwowano u dziewczynki niepokój psychoruchowy, problemy z koncentracją uwagi oraz nadaktywność werbalną i impulsywność. Dziewczynka w trzeciej i czwartej klasie uczęszczała na zajęcia terapeutyczne oraz dodatkowe, takie m.in., jak jazda konna, tenis. W klasie miała jedną serdeczną przyjaciółkę. Jednakże ze strony innych dzieci była często narażona na żarty i szyderstwa. Wychowawca ocenił ją jako pogodną, miłą i kulturalną uczennicę, stojącą w cieniu swoich rówieśników i będącą od nich mniej dojrzałą emocjonalnie. Zwracał uwagę na występujące u Kamili problemy z koncentracją uwagi, co powodowało między innymi nie zapisywanie pracy domowej. W piątej klasie dziewczynka przeszła ponowne badania w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej. Tam stwierdzono, iż sprawność intelektualna kształtuje się w granicach normy. Zauważono tendencję

do działań pochopnych oraz objawy niepokoju psychoruchowego. Z powodu bardzo poważnych problemów z koncentracją uwagi zasugerowano matce konsultację psychiatryczną. Badania w Poradni wskazały ponadto na prawidłowe funkcjonowanie analizatora słuchowego i wzrokowego oraz odpowiednią do wieku technikę czytania. W trakcie kilku wizyt psychiatra dziecięcy postawił u Kamili diagnozę zespołu Aspergera z cechami nadpobudliwości psychoruchowej. Dziewczynka zaczęła uczęszczać na grupowe zajęcia terapeutyczne, gdzie po dłuższej obserwacji terapeuta wykluczył u niej zespół Aspergera. Takiego zdania jest również mama dziewczynki oraz jej znajomi, którzy podobnie jak ona dysponują gruntowną wiedzą psychologiczno-pedagogiczną.

Osoby z zespołem Aspergera mówią pozornie normalnie, monologują zamiast prowadzić rozmowę oraz nie rozumieją żartów i przenośni. U Kamili terapeuta zaobserwował bardzo duże poczucie humoru, co podsunęło mu myśl, że zespół Aspergera w jej przypadku będzie chyba błędną diagnozą. Jak podaje Attwood³⁴ dzieci z zespołem Aspergera charakteryzują się prawidłową artykulacją a nawet jej nadmierną precyzją. Taka sytuacja nie wystąpiła w przypadku Kamili, bowiem do dnia dzisiejszego dziewczynka uczęszcza na zajęcia logopedyczne z powodu przetrwałej wady wymowy (mimo wielu lat systematycznych oddziaływań w tym zakresie). Jak podają Czaplewska i Kaczorowska-Bray³⁵ wiele dzieci z ADHD ma kłopoty z artykulacją, które mogą polegać na długo trwających substytucjach, kontaminacjach lub też upraszczaniu grup spółgłoskowych. Osoby z ADHD mają także problemy ze stworzeniem samej sytuacji komunikacyjnej ponieważ ich zaburzenia koncentracji uwagi utrudniają nawiązanie i utrzymanie, tak istotnego dla porozumienia z drugim człowiekiem, kontaktu wzrokowego.³⁶ Obok mowy kolejną objawów zespołu Aspergera są zaburzenia kontaktów społecznych, przejawiających się brakiem kontaktu wzrokowego, brakiem chęci do dzielenia się spostrzeżeniami z innymi ludźmi unikaniem lub brakiem potrzeby kontaktów z otoczeniem. Rozpatrując ta grupę objawów pod kątem prezentowanych postaw u Kamili to należy tutaj podkreślić bardzo duże jej dążenie do kontaktów towarzyskich i nawiązywania nowych znajomości. Dziewczynka ma jedną przyjaciółkę w klasie w tym samym co ona wieku oraz dwie młodsze koleżanki z sąsiedztwa. Kamila zawsze jednak preferowała zabawy z młodszymi dziećmi, może dlatego, że przez rówieśników była często odrzucana. Badania Lipowskiej³⁷ ukazują zwiększoną potrzebę kontaktów społecznych u dzieci nadpobudliwych psychoruchowo, uwarunkowaną temperamentalnie. Jednakże zmniejszona zdolność do przestrzegania zasad w grupie, impulsywne, nieprzemysłane wypowiedzi powodują często, że dzieci z ADHD są społecznie izolowane i czują się samotne. Ocenia się, że przynajmniej 50% dzieci z ADHD w wieku szkolnym ma złe lub szczątkowe relacje z rówieśnikami lub jest odrzucana przez grupę rówieśników.³⁸ Utrzymywanie kontaktów interepersonalnych przez dzieci z ADHD jest również utrudnione przez gorszą, niż w grupie rówieśniczej, rozpoznawanie

³⁴ T. Attwood, *Zespół Aspergera...*, op. cit., s. 226-227

³⁵ E. Czaplewska, K. Kaczorowska-Bray, *Zaburzenia mowy u dzieci z ADD i ADHD*. (w:) Pilecka W., Ozga A., Kurtek P. (red.), *Dziecko ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w ekosystemie*. Kielce 2005, s. 212

³⁶ Ibidem, s. 214

³⁷ M. Lipowska, *Nadpobudliwość w oczach nauczycieli...*, op. cit., s. 417-418

³⁸ A. Kołakowski, T. Wolańczyk, A. Pisula, *ADHD...*, op. cit., s. 53

wyrazu emocjonalnego twarzy.³⁹ Również dzieci z zespołem Aspergera mogą nawiązywać przyjaźnie, wybierając młodsze od siebie dzieci lub osoby dorosłe. To sprawia, że trudniej jest rozpoznać kryterium diagnozy zespołu Aspergera, czyli brak umiejętności nawiązywania relacji z rówieśnikami. Attwood⁴⁰ przypuszcza, że w przypadku dziewcząt jest to raczej różnica jakościowa, a nie całkowity jej brak. Problem z rozumieniem sytuacji społecznych może pojawić się, kiedy przyjaciółka i mentorka opuści szkołę. Rodzice dzieci z zespołem Aspergera często się skarżą, że ich dzieci nie okazują im uczuć, nie przytulają się. W przypadku Kamili sytuacja jest wręcz przeciwna – dziewczynka bardzo lubi i często przytula się mamy, mówi o swych uczuciach, do niedawna dedykowała jej także swoje prace plastyczne. Ta serdeczność w kontaktach interpersonalnych, towarzyskość, specyficzne problemy z mową, bardzo duże poczucie humoru dziewczynki, a także brak stereotypowych zainteresowań, na tym etapie rozwoju zdają się podważać diagnozę o zespole Aspergera z cechami nadpobudliwości psychoruchowej ale raczej wskazywać tylko na zespół nadpobudliwości psychoruchowej. Przypadek Kamili ukazuje trudności diagnostyczne w przypadku zespołu Aspergera z cechami nadpobudliwości psychoruchowej. Ukazuje on też wagę diagnozy uczestniczącej w procesie diagnostycznym, który w opisanym przypadku pozwolił na zweryfikowanie pierwotnej diagnozy, postawionej przez psychiatrę.

Streszczenie

W artykule przedstawione zostały osiowe kryteria diagnostyczne i przejawy zespołu nadpobudliwości psychoruchowej (ADHD) oraz syndromu Aspergera. Zaprezentowano również etiologię i patomechanizm tych zaburzeń. Następnie ukazano przypadek 12-letniej dziewczynki, u której rozpoznano zespół Aspergera z cechami nadpobudliwości psychoruchowej. Przedstawiono wczesny rozwój dziewczynki i jej obecne funkcjonowanie w kontekście diagnozy różnicowej. Zaakcentowano wagę diagnozy, która uczestniczy w procesie terapeutycznym.

Summary

In the article was presented axial diagnostic criteria and symptoms of attention deficit hiperactivity disorder (ADHD) and Asperger's syndrome. In this article were demonstrated also etiology and pathomechanism this disorders. Next was shown case of 12-yers old girl, at which was diagnosed ADHD and Asperger's syndrome. Her early development and her current functioning was presented in context of differentia diagnosis. It was accented a significance of diagnosis which is participating in therapeutical process.

Bibliografia

1. American Psychiatric Association (APA), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (wyd. 4). Washington 1994
2. American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (wyd. 4 poprawione). Washington 2000
3. Asperger H., *Die autistischen psychopathen in Kindesalter*. (w:) Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 1944, 117
4. Attwood T., *Zespół Aspergera. Kompletny przewodnik*. Gdańsk 2013

³⁹ E. Czaplewska, M. Lipowska, *Perception of facially and vocally expressed emotions in children with ADHD*, "Acta Neuropsychologica". 2008, (6), 4

⁴⁰ T. Attwood, *Zespół Aspergera...*, op. cit., s. 58

5. Biederman J., Spencer T., Wilens T., Faraone S., *Overview and neurobiology of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*, "Journal of Clinical Psychiatry". 2002,63
6. Caron C., Rutter M., *Comorbidity in child psychopathology: Concepts, issues and research strategies*, "Journal of Child Psychology and Psychiatry". 1988,32
7. Castellanos F., *Proceed, with caution: SPECT cerebral blood flow studies of children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder*. "Journal of Nuclear Medicine". 2002,43
8. Cunningham C., *Family functioning, time allocation and parental depression in the families of normal and ADDH children*, "Journal of Clinical Child Psychology" 1988,17
9. Czaplewska E., Kaczorowska-Bray K., *Zaburzenia mowy u dzieci z ADD i ADHD*. (w:) Pilecka W., Ozga A., Kurtek P. (red.), *Dziecko ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w ekosystemie*. Kielce 2005
10. Czaplewska E., Lipowska M., *Perception of facially and vocally expressed emotions in children with ADHD*, "Acta Neuropsychologica". 2008,6(4)
11. Hinshaw S, Melnick S., *Peer relationships in boys with attention-deficit hyperactivity disorder with and without comorbid aggression*, "Development and psychopathology", 1995,7
12. Kołakowski A., Wolańczyk T., Pisula A., *ADHD – zespół nadpobudliwości psychoruchowe. Przewodnik dla rodziców i wychowawców*. Gdańsk 2007
13. Lipowska M., *Nadpobudliwość w oczach nauczycieli-temperament czy zaburzenie*, Wojciszke, Plopa (red.), *Osobowość a procesy psychiczne i zachowanie*. Kraków,2003
14. Lipowska M., *Dysleksja i ADHD. Współwystępujące zaburzenia rozwoju. Neuropsychologiczna analiza deficytów pamięci*. Warszawa 2011
15. Lipowska M., Dykalska-Bieck D., *Czy impulsywność w ADHD ma komponenty temperamentalne?* "Psychiatria i Psychologia Kliniczna", 2010,10(3)
16. Rubia K., Smith A., Brammer M., Taylor, E., *Temporal lobe dysfunction in medication-naïve boys with attention-deficit/hyperactivity disorder during attention allocation and its relation to response variability*. "Biological Psychiatry". 2007,62(9)
17. Sagvolden T., Johansen E., Aase H., Russell V., *A dynamic developmental theory of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) predominantly hyperactive/impulsive and combined subtypes*, "The Behavioral and Brain Sciences", 2005,28(3)
18. Wing L., *Asperger's syndrome: A clinical account*, "Psychological Medicine", 1981,11
19. World Health Organization (WHO1993). *The ICD10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: Authors