

Elżbieta GŁÓD

ORCID 0009-0007-4864-8024

Uniwersytet Komisji Edukacji Narodowej
w Krakowie

Poznać znaczy zrozumieć Zespół Aspergera*

Abstract: To know is to understand. Asperger's syndrome

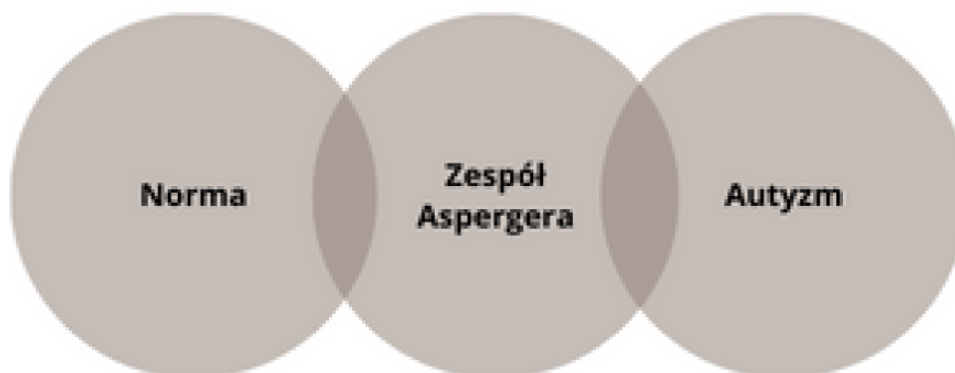
This article deals with the subject of Asperger's syndrome, and more specifically, it focuses on the description of its most important symptoms and diagnostic criteria. It is also an attempt to compare Asperger's syndrome with other disorders, including autism, as it is not uncommon for these two different disorders to be perceived as identical. This is because in the current medical classifications, Asperger's syndrome has been included in the category of autistic disorders. The following publication therefore contains an explanation of the differences in the functioning of people with autism and Asperger's syndrome, which are associated with the need for a new way of diagnosing and treating people affected by the disorder.

Keywords: speech therapy, Asperger's syndrome, autism, diagnosis, therapy

Słowa kluczowe: logopedia, zespół Aspergera, autyzm, diagnoza, terapia

Zespół Aspergera jest zaburzeniem, które nie zostało jeszcze w pełni opisane. Wciąż funkcjonuje przekonanie, iż zespół ten jest tożsamy z zaburzeniami ze spektrum autyzmu oraz że wspólnie stanowią one jedną jednostkę kliniczną. Takie też spojrzenie na sytuację narzucają diagnostom klasyfikacje DSM-V oraz ICD-11. Istnieją też teorie, że zespół Aspergera, jest łagodniejszą formą autyzmu. Warto zastanowić się jednak, czy nie jest nadużyciem mówienie o tych zaburzeniach w powyższy sposób, znacznie upraszczając problematykę z nimi związaną. Najnowsze badania dostarczają wystarczającej wiedzy, która pozwala uznać zespół Aspergera za osobne zaburzenie, przynależące, co prawda, do spek-

* Artykuł na podstawie własnej pracy licencjackiej: E. Głód, *Rozwój mowy dziecka z zespołem Aspergera*, Uniwersytet Pedagogiczny im. KEN, Kraków 2023, promotor: dr Katarzyna Sedivy-Mączka..



Rys. 1. Relacja normy, zespołu Aspergera i autyzmu. Opracowanie własne na podstawie: Cieszyńska-Rożek, Korendo, 2018

trum autystycznego, objawiające się jednak w inny sposób niż autyzmu. Przynależności tej nie należy rozumieć na zasadzie kontinuum cech, a jako występowanie objawów mających wspólne spektrum. Oznacza to, że niektóre zachowania, które dają się zaobserwować w przypadku autyzmu, obserwuje się też podczas diagnozowania osób z zespołem Aspergera i odwrotnie. Zachowana zostaje równocześnie pełna autonomia obu jednostek, co przedstawia poniższy schemat.

„Wspólny zakres cech nie decyduje o tożsamości jakościowej dysfunkcji w obu jednostkach klinicznych, pokazuje jednak, że zarówno autyzm, jak i ZA mają wspólne neurobiologiczne podłoże” (Cieszyńska-Rożek, Korendo, 2018, s. 40). Nie ma też podstaw, by sądzić, że stymulacja bądź jej brak spowodują przemianę jednego zaburzenia w drugie, gdyż nie istnieje kontinuum ZA — autyzm.

By móc lepiej zrozumieć sens zestawiania ze sobą autyzmu i zespołu Aspergera, warto przytoczyć historię diagnozowania obu zaburzeń w ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat. Historia zespołu Aspergera sięga 1938 r. Wtedy właśnie austriacki pediatra H. Asperger opublikował artykuł, w którym opisywał dzieci znajdujące się pod jego opieką. Podopieczni, którym został poświęcony tekst, zmagali się z różnymi trudnościami, np. z:

- nawiązywaniem kontaktów z innymi osobami;
- prowadzeniem rozmowy, gdyż skupiały się niemal wyłącznie na przedmiocie swoich zainteresowań;
- użyciem języka, co objawiało się nietypową prozodią;
- umiejętnościami w zakresie podsystemu gramatycznego i semantycznego w odniesieniu do wieku dziecka;
- rozumieniem emocji własnych i cudzych;

- odczytywaniem gestów i mowy ciała innych osób;
- koordynacją ruchową.

Opisane w artykule cechy po kilkunastu latach zostały uznane za charakterystyczne dla autystycznego zaburzenia osobowości, a dopiero w 1981 r. za typowe dla zespołu Aspergera (Attwood, 2013, s. 14). Wtedy właśnie L. Wing po raz pierwszy użyła w swojej publikacji sformułowania Asperger's Syndrome, zwracając uwagę na to, że zaburzenia te zostały już wcześniej opisane przez Aspergera i należy stworzyć nową kategorię diagnostyczną, która umożliwiłaby stwierdzenie zaburzenia we wczesnym dzieciństwie. Zauważyła, że takie postępowanie po zwala na wprowadzenie do życia dzieci interwencji terapeutycznej na wczesnym etapie, co z kolei prowadzi do znaczącej poprawy funkcjonowania i „przesunięcia na kontinuum autyzmu” (s. 22). Wszystkie te działania nie były jednak dostatecznie zauważalne, by zespół Aspergera mógł być poznany przez szerszą rzeszę odbiorców. Nastąpiło to dopiero w 1994 r. po publikacji L. Kanner'a dotyczącej autyzmu. Wtedy właśnie w klasyfikacji DSM-IV zespół Aspergera zaczął figurować jako oddzielna jednostka kliniczna. Jednak mimo ustanowienia zaburzenia całkowicie autonomicznym, pojawiły się trudności w diagnozowaniu na podstawie kryteriów zawartych w przytoczonej klasyfikacji. Stało się tak dlatego, że lista kryteriów diagnostycznych stworzona była na podstawie zachowań opisanych przez H. Aspergera, a dodatkowo próbowano uwzględnić wyznaczniki niezbędne do diagnozy różnicowej. Szczególnie skupiano się na różnicowaniu zespołu Aspergera od autyzmu (Cieszyńska-Rożek, Korendo, 2011, s. 168). Trudności w określeniu typowych dla zespołu Aspergera objawów, które umożliwiłyby jednoznaczną diagnozę na podstawie opisanych cech i wzorców zachowań, spowodowały, iż zespół ten w 2013 r. został włączony do zaburzeń ze spektrum autyzmu i tak też pozostało do dzisiaj.

Przenikanie się objawów dwóch różnych zaburzeń może znacznie utrudniać postawienie prawidłowej diagnozy, szczególnie w przypadku małych dzieci, u których cechy te często są słabiej zauważalne. Odmienności łatwiej jest dostrzec u starszych dzieci, jednak są one trudniejsze do zniwelowania, gdyż są już mocno utrwalone. Zarówno autyzm, jak i zespół Aspergera mają charakter skalarny, tzn. cechy zaburzeń narastają w czasie. Im wcześniej problem zostanie uchwycony, tym większa szansa na wyciszenie się objawów i poprawę funkcjonowania dziecka. Ogromnym problemem obecnych czasów jest fakt, iż rodzice zwracają się o pomoc zbyt późno. Zdarza się też, że reagują na niepokojące zachowania we właściwym czasie, lecz zostają zapewnieni przez specjalistów, że wszystko jest w porządku, że dziecko jeszcze ma czas na zdobycie pewnych umiejętności. Prawda jest niestety inna. Istnieją pewne ramy czasowe, w których powinny pojawić się umiejętności oczekiwane rozwojowo. Jednym z nich jest np. wskazywanie palcem i pojawienie się wspólnego pola uwagi w 9.

miesiącu życia. Braku takich właśnie kamieni milowych nie można bagatelizować. Diagności powinni bazować na wzorze normatywnego rozwoju, obserwując, jakie zachowania nie pojawiły się w rozwoju dziecka. i na tej podstawie sądzić o nieprawidłowościach.

Powściągliwość w wydawaniu diagnoz w pierwszych latach życia często wynika z niedostatecznej wiedzy na temat różnic pomiędzy zakłóceniem a zaburzeniem rozwoju. J. Cieszyńska i M. Korendo rozwiewają te wątpliwości, zwracając uwagę, że „brak oczekiwanych reakcji oraz reakcje niepełne i wybiórcze należy zaliczyć do zakłóceń rozwoju, bez określania jednostki klinicznej...” (Cieszyńska-Rozeł, Korendo, 2018, M. Korendo, s. 168). Zakłócenie rozwoju nie może być więc traktowane jedynie jako opóźnienie pojawienia się oczekiwanych etapów. Jest to problem o wiele bardziej złożony, gdyż skutkuje brakiem możliwości budowania struktur i funkcji kory mózgowej, co jest niezbędne do dalszego rozwoju. Natomiast zaburzenia rozwoju definiowane są jako „zachowania spoza zachowań normatywnych” (s. 39). Dzięki wiedzy o normatywnym rozwoju dziecka można wychwycić nieprawidłowości rozwoju już w pierwszych miesiącach jego życia. Jeśli więc rodzice obserwują, że rozwój ich dziecka nie przebiega zgodnie z normą i nie osiąga ono pewnych umiejętności we właściwym czasie, powinni udać się do diagnosty. Ten z kolei ma obowiązek sprawdzić, czy dziecko nabyło umiejętności, które w normatywnym rozwoju występują w miesiącu życia, w którym obecnie się znajduje, i postawić odpowiednią diagnozę. Wcześniej przytoczony przykład 9. miesiąca życia nie jest przypadkowy. Od tego momentu pojawia się pole wspólnej uwagi, a sam gest wskazywania palcem jest oznaką pojawienia się intencji komunikacyjnej, gdyż dziecko próbuje w ten niewerbalny jeszcze sposób skierować uwagę opiekunów na pewien element rzeczywistości i tym samym przekazać jakąś wiadomość. Rewolucja 9. miesiąca znacznie ułatwia diagnozę i orzekanie o nieprawidłowościach występujących w rozwoju dziecka, co jednak nie oznacza, że przed 9. miesiącem życia diagnoza ta nie jest możliwa. Już w 2. miesiącu życia pojawiają się umiejętności, których brak powinien być sygnałem do uważniejszego przyglądania się rozwojowi dziecka oraz do jego stymulacji. Opisany sposób diagnozy umożliwia chwycenie nieprawidłowości na wczesnych etapach, co pozwoli na poprawę jakości życia dziecka. Dopóki nie zmieni się myślenie specjalistów zajmujących się pracą z osobami dotkniętymi którymś z tych zaburzeń, dopóty osoby te nie doświadczą należytego wsparcia w postaci terapii dostosowanej do ich indywidualnych potrzeb.

Decyzja o włączeniu zespołu Aspergera do zaburzeń ze spektrum autyzmu bardzo negatywnie wpływa na dzieci zmagające się z tym zaburzeniem, gdyż mogłyby funkcjonować na bardzo wysokim poziomie, co zauważyła już w latach osiemdziesiątych XX w., Lorna Wing, gdyby tylko na czas otrzymały zrozumienie i terapię. Próba opisu kryteriów diagnostycznych, za pomocą których mia-

łyby być diagnozowane dzieci, również nie niesie za sobą pozytywnych skutków. Takie postępowanie prowadzi do sytuacji, w której dzieci ze słabo nasilonymi cechami wychodzą od diagnosty bez pomocy, której przecież tak bardzo potrzebują. Taki sposób postrzegania diagnozy pozwalałby jedynie na wykrycie zaburzeń u dzieci, które prezentują cały przekrój zachowań, a to znacząco wydłużyłoby proces diagnostyczny. Rzadkością jest bowiem, aby osoby z którymkolwiek z zaburzeń odzwierciedlały typowy obraz narzucony przez klasyfikacje DSM czy ICD. J. Cieszyńska proponuje zmianę sposobu diagnozowania zaburzeń ze spektrum autyzmu, postulując, by „odejść od klasycznego poszukiwania triady zaburzeń autystycznych na rzecz oglądania zakłóceń rozwoju i orzekania o zagrożeniu wystąpienia zachowań ze spektrum autystycznym” (Cieszyńska, 2008, s. 100). Powinno się postępować tak w przypadku każdego zaburzenia, którego załączki ujawniają się na wczesnych etapach rozwoju dziecka, zamiast czekać na pojawienie się pełnego spektrum objawów. Również diagnozowanie na podstawie liczby zdobytych przez dziecko punktów (liczby cech pozwalających na stwierdzenie zaburzenia) nie powinno być praktykowane, gdyż znacznie wydłuża uzyskanie diagnozy. Bezpośrednio wiąże się z tym późniejsze rozpoczęcie terapii, która przy prawidłowo funkcjonującym systemie, umożliwiającym wczesne postawienie diagnozy, miałaby charakter wyłącznie stymulacji. Wczesne rozpoczęcie oddziaływań terapeutycznych umożliwia wykorzystanie możliwości mechanizmu terapii neurobiologicznej, który „opiera się na zjawisku neuroplastyczności mózgu, czyli zmianie reprezentacji korowej w wyniku doświadczeń” (Cieszyńska, 2011, s. 160). Ponadto obserwuje się, że wczesna interwencja terapeutyczna pozwala na uzyskanie wymiernych korzyści w postaci polepszenia funkcjonowania dziecka w zakresie wszystkich funkcji poznawczych. Daje ona możliwość uzyskania „trwałych odpowiedzi neuronalnych pod wpływem uczenia się” (tamże). Ponadto nie należy brać pod uwagę jedynie liczby objawów, ale zastosować podejście dymensionalne, które uwzględnia także ich głębokość, co pozwala na dostosowanie sposobu oddziaływań terapeutycznych. Dlatego też tak ważne jest, by na każdego pacjenta spojrzeć w sposób całościowy jako na indywidualną jednostkę, zauważyć nieprawidłowości w jego rozwoju i dostosować indywidualny plan terapii i pomóc mu lepiej zrozumieć siebie, trudności, z którymi boryka się na co dzień, i ułatwić funkcjonowanie.

Diagnoza różnicowa obejmuje kilka sfer, których opis znajduje się poniżej (por. Korendo, 2013, s. 213–222). Należy jednak mieć na względzie, iż charakterystyka poszczególnych zagadnień opiera się na prototypie, a w rzeczywistości każdy przypadek jest inny i należy podejść do niego indywidualnie. Pierwszą płaszczyzną, na której uwidaczniają się różnice pomiędzy autyzmem a ZA, są język i komunikacja. W przypadku autyzmu mamy do czynienia z brakiem intencji komunikacyjnej. Zaburzenie odbiera rozwój mowy, rozpoczynając już

od pierwszych umiejętności komunikacyjnych, takich jak kontakt wzrokowy, pole wspólnej uwagi czy też gest wskazywania palcem. Nierzadko zdarza się, że dzieci sprawiają wrażenie niesłyszących, nieobecnych, gdyż nie reagują na dźwięki. Nieco inaczej kształtuje się sytuacja osób z zespołem Aspergera, ponieważ ich intencja jest wybiórcza — same decydują o tym, kiedy zareagują na nasze działanie i wejdą w interakcję, a kiedy nie. Oba zaburzenia różni także sposób użycia gestu wskazywania palcem. W autyzmie gest ten nie występuje, a w zespole Aspergera ma on charakter nakazu, tzn. najczęściej jest używany do tego, by coś dostać, osiągnąć jakiś cel, a nie, by coś oznajmić, jak w wypadku dzieci rozwijających się normatywnie. Autyzm charakteryzuje się też brakiem rozwoju mowy lub rozwojem mowy nominalnej, tzn. takiej, która występuje w funkcji narzędzia potrzebnego do uzyskania określonego celu. Inaczej jest w zespole Aspergera, w którym rozwój mowy najczęściej jest zaburzony, co przejawia się m.in. brakiem umiejętności prowadzenia dialogu, nadkompetencją językową czy też znaczną przewagą słownictwa należącego do jednego pola semantycznego. Kolejną płaszczyzną, na której ujawniają się różnice pomiędzy autyzmem a ZA, są zachowania manipulacyjne. W autyzmie zachowania te są ograniczone do manipulacji prymarnej (podświadomej), a negatywne reakcje najczęściej przyjmują formę uporczywości, odmowy, agresji bądź autoagresji. U osób z ZA sytuacja jest znacznie bardziej skomplikowana, gdyż manipulacje przybierają rozmaite formy (w przypadku wyższego IQ występują bardziej wyrafinowane formy manipulacji, np. działanie z odroczeniem). Ponadto nie są odbierane informacje o granicy, przez co niejednokrotnie zostaje ona przekroczona — osoby z ZA nie zaprzestają swoich działań, nawet wówczas, kiedy manipulacja zostanie zdemaskowana i zwerbalizowana, dopóki nie osiągną celu. Różnic pomiędzy zaburzeniami można doszukać się również w zakresie zainteresowań danym tematem lub dziedziną. W autyzmie najczęściej występują wysypkowe zdolności — mocno rozbudowane umiejętności dotyczące jednej dziedziny, np. malarstwa. Jeśli pojawiają się fascynacje tematyczne, to najczęściej służą autostymulacji. Zazwyczaj dochodzi do autostymulacyjnego wykorzystywania cyfr lub ich układów przez powtarzanie, zapamiętywanie czy też zapisywanie. Natomiast w ZA występuje silne zainteresowanie jednym obszarem tematycznym (tzw. fiksjacje tematyczne). Zdarzają się też fascynacje językowe, które polegają na dużym zamiłowaniu do faktów, pojęć czy też nazw bez zachowania relacji. Takie zachowania o charakterze „encyklopedycznym” stwarzają pozory wiedzy, lecz nie mają z nią nic wspólnego. Jest to wyłącznie magazynowanie informacji, a nie ich przetwarzanie, analizowanie i wykorzystywanie w codziennym życiu. Różnice dotyczą też relacji społecznych. Osoby autystyczne bez terapii nie odczuwają potrzeby nawiązywania kontaktów zarówno z rówieśnikami, jak i z osobami w młodszym lub starszym wieku. Osoby z ZA — przeciwnie. Mają potrzebę współbycia z innymi, jednak nie potrafią budować relacji, chcą mani-

pulować, tworzyć więzi na własnych zasadach. Mają też dużą trudność nauczenia się kulturowego kodu relacji, ale też sposobu zachowywania się w różnych sytuacjach społecznych, co skutecznie uniemożliwia im tworzenie stałych znajomości. Dużym utrudnieniem w kontaktach z innymi osobami jest postrzeganie świata z własnej perspektywy i nieumiejętność przejścia pola widzenia drugiej osoby. Ostatnią płaszczyzną, na której doszukiwać się można różnic pomiędzy autyzmem a ZA, jest sprawność manualna. Osoby z autyzmem mają zaburzony plan ruchu, przez co zazwyczaj pozostają na niższym poziomie sprawności manualnej. Zaburzony plan ruchu w mniejszym stopniu występuje w przypadku zespołu Aspergera, a obniżona sprawność manualna wynika raczej z niechęci do wykonywania ćwiczeń kształtujących tę sprawność. Brak podejmowania prób malowania i pisanie jest często manipulacyjny.

Kolejnym czynnikiem utrudniającym uzyskanie prawidłowej diagnozy jest występowanie w zachowaniach pacjenta objawów charakterystycznych dla innych zaburzeń. Ich wzajemne przenikanie utrudnia rozpoznanie, które objawy należą do zespołu Aspergera, a które należy przypisać innemu zaburzeniu rozwoju. Zależność między ZA a innymi zjawiskami ujmuje schemat (rys. 2).

Granica pomiędzy zespołem Aspergera a normą jest płynna. O stwierdzeniu lub wykluczeniu zaburzenia decyduje nie tylko liczba cech, ale przede wszystkim ich nasilenie. W sytuacji, w której specyficzne zachowania wpływają na jakość życia i sposób funkcjonowania w zakresie wszystkich funkcji poznawczych, należy w diagnozie ująć cechy należące do zespołu ZA pomimo braku pełnego spektrum objawów. Pozwoli to na zrozumienie trudności, z którymi zmagają się diagnozowana osoba i dostosowania do niej odpowiednich sposobów postępowania. Pierwszym omawianym zjawiskiem jest dwujęzyczność. Może ona utrudniać diagnozę ZA, gdyż niektóre problemy rozwojowe dziecka mogą być błędnie przypisywane dwujęzyczności, podczas gdy ich źródła należy doszukiwać się w zespole Aspergera. Co więcej, nie ma formalnego związku pomiędzy tymi dwoma zaburzeniami. Nie istnieje zależność, która pozwalałaby twierdzić, że dwujęzyczność wywołuje zespół Aspergera lub zwiększa prawdo-



Rys. 2. Relacja pomiędzy zespołem Aspergera a innymi zaburzeniami. Opracowanie własne na podstawie: Cieszyńska-Rożek, Korendo, 2011, s. 207

podobieństwo jego wystąpienia. Diagnoza dwujęzyczności ma jednak wpływ na otrzymanie diagnozy ZA, gdyż powoduje jej wydłużenie. Dzieci bilingwalne są często traktowane „ulgowo” z powodu zmiany środowiska życia. Rodzice dają im czas na przystosowanie się do nowych warunków życia i nie interpretują nieprawidłowości rozwoju mowy jako zaburzenia rozwoju, a jedynie jako brak kompetencji językowych w języku docelowym. W przypadku wątpliwości dotyczących przyczyn występowania problemów językowych należy przyjrzeć się całościowemu funkcjonowaniu dziecka, uwzględniając w szczególności obszary, w których diagnozuje się ZA. Innym zaburzeniem, które może współistnieć z zespołem Aspergera, jest dysleksja. Do odróżnienia tychże zjawisk niezbędna jest całościowa diagnoza, uwzględniająca czas pojawienia się pierwszych niepokojących symptomów. W przypadku ZA objawy można zauważyć w pierwszych latach życia dziecka, w przeciwieństwie do dysleksji, która zazwyczaj zauważana jest dopiero wtedy, gdy dziecko rozpocznie edukację szkolną. Kolejnym zaburzeniem, z którym zespół Aspergera bywa mylony, jest alalia. Dzieje się tak dlatego, że wciąż funkcjonuje błędne przekonanie, iż u dzieci z ZA mowa rozwija się normalnie i na tej też podstawie stawia się niesłuszną diagnozę alalii. Rzadko występuje kompilacja ZA z afazją dziecięcą, jednak zdarzają się też takie przypadki. Do takiej sytuacji może dojść wówczas, gdy zespół Aspergera zostanie odziedziczony, a afazja pojawi się w wyniku uszkodzeń mózgu.

Jak w takim razie rozpoznać zespół Aspergera? Przede wszystkim warto poddać analizie kluczowe dla diagnozy zespołu Aspergera obszary, tj.:

- język i komunikację;
- zachowania społeczne;
- zachowania o charakterze manipulacyjnym;
- fascynacje tematyczne;
- pamięć;
- sprawność motoryczną (szczególnie manualną);
- reakcje sensoryczne.

Rozwój każdej z tych sfer może przebiegać zupełnie inaczej u różnych dzieci z zespołem Aspergera. Jest to bardzo jednostkowa kwestia, która zależy od wielu czynników, m.in. od współistniejących zaburzeń, rodzaju i jakości stymulacji ze środowiska, uwarunkowań biologicznych i indywidualnych możliwości dziecka. Nie da się więc stworzyć zbioru tzw. objawów osiowych, które byłyby uniwersalne i wystarczające do stwierdzenia występowania ZA. Jest to bardzo niebezpieczne podejście, szczególnie w czasach, w których obserwuje się coraz większy przyrost osób zmagających się z tymże zaburzeniem.

Diagnostując dzieci, warto pamiętać, że ZA rozciąga się od normy do głębokiego zaburzenia. Świadomość, iż mamy do czynienia z kontinuum, zmienia postrzeganie kwestii wczesnego postawienia diagnozy, a przede wszystkim rozpoczęcia terapii. Kiedy działania te zostaną podjęte w czasie, gdy nieprawidłowo-

wości występują jeszcze w niewielkim nasileniu, jest duża szansa na wyciszenie objawów. Prawdopodobnie każdy człowiek ma cechy wskazujące na spektrum, a mimo to nie stwierdzamy, że każda osoba ma ZA. Nie jest więc ważna sama liczba cech, ale też ich jakość w odniesieniu do obszarów diagnostycznych: językowego, społecznego, poznawczego i motorycznego.

Objawy zespołu Aspergera najłatwiej zobrazować, odnosząc się kolejno do poszczególnych obszarów diagnostycznych.

Pierwszym jest rozwój języka i komunikacji (Korendo, 2013, s. 78–154). Do niedawna funkcjonował mit, iż w przypadku zespołu Aspergera mowa rozwija się normatywnie. To przekonanie wywodzi się z opisów przytoczonego wcześniej H. Aspergera, który w swojej publikacji skupił się na charakterystyce czwórki dzieci. Było to czterech chłopców, z których najmłodszy miał sześć lat. Na podstawie analizy tych przypadków doszedł do wniosku, że u dzieci z ZA nie zauważa się opóźnień rozwoju mowy. Jednak opis zachowań językowych dzieci, które obserwował pediatra, nie daje podstaw do formułowania takich wniosków. Nie ma bowiem pewności, że na wcześniejszych etapach rozwoju u dzieci nie występowały trudności z rozwojem mowy. Przekonanie o prawidłowym nabywaniu systemu językowego przez dzieci z ZA przez długi czas było podstawą diagnozy różnicowej. Kiedy dziecko wykazywało braki bądź opóźnienia rozwoju, mowy diagnozowano u niego autyzm, a gdy nieprawidłowości te nie były zauważane, stawiano diagnozę zespołu Aspergera. Rozwój języka dzieci z ZA pokazuje, że ten aspekt rozwoju jest bardzo zróżnicowany i indywidualny. Biorąc pod uwagę rozwój języka do 18. miesiąca życia, można wyróżnić kilka ścieżek:

- dzieci normatywnie rozwijające mowę;
- dzieci z opóźnionym rozwojem mowy (w różnym stopniu);
- dzieci zachowujące normę czasową pojawiania się poszczególnych etapów rozwoju języka, ale bez zachowania normy jakościowej, np. wypowiadające wcześniej nietypowe słowa.

Najbardziej specyficzna jest ostatnia z wymienionych. Język na wczesnych etapach rozwoju powinien służyć do wyrażania tego, co bliskie dziecku, do opisywania rzeczywistości, która go otacza. Pierwsze słowa małego człowieka powinny być związane z tym, z czym ma szansę obcować w codziennych sytuacjach, tj. „mama”, „tata”, imię brata czy siostry. Gdy jako pierwsze pojawiają się specyficzne słowa, np. nazwa dinozaura czy też samochodu, należy zwrócić na to uwagę. Świadczy to o silniejszym dostrzeganiu tego fragmentu z rzeczywistości, a to z kolei dowodzi początków kształtowania się specyficznej umysłowości. W rozwoju języka dzieci z ZA częstym zjawiskiem są echolalie, które polegają na powtarzaniu bez rozumienia. Wyróżnia się dwa rodzaje echolalii: natychmiastowa i odroczone. Echolalia natychmiastowa charakteryzuje się powtarzaniem słowa lub frazy bezpośrednio po przedmówcy, natomiast echolalia odroczone polega na powtarzaniu z opóźnieniem. Zapamiętywane i powtarzane

są teksty reklam lub programów telewizyjnych, ale także wypowiedzi zasłyszane od rozmówców. Nierzadko zdarza się także obserwować w mowie osób z ZA autostymulację przez powtarzanie, która cechuje się kilkukrotnym powielaniem tej samej wypowiedzi. Duże zdolności do zapamiętywania tekstów mówionych powodują, że rzeczywiste problemy językowe dzieci są maskowane. Wielokrotnie zdarza się, że dzieci te mają kłopoty z fleksją czy też składnią, jednak nie zostają one zauważone, gdyż na co dzień używają zasłyszanych i odtwarzanych form wypowiedzi, tzw. schematyzmów językowych. Są one trudne do zidentyfikowania, gdyż w przeciwieństwie do echolalii używane są adekwatnie do kontekstu. Nie są to jednak samodzielnie budowane przez dziecko wypowiedzi, a jedynie schematycznie odtwarzane teksty, które wcześniej miało okazję słyszeć. Zdarza się, że w sytuacjach, które często się powtarzają, dziecko odpowiada niezgodnie z prawdą, gdyż nie formułuje odpowiedzi na pytanie samodzielnie, a jedynie wybiera ze zbioru znanych mu odpowiedzi tę, która pasuje do sytuacji. Przykładowo: na pytanie: „Co jadłeś/aś na obiad?” możemy usłyszeć odpowiedź: „Ziemniaki, kotleta i buraczki”, pomimo że w rzeczywistości tego dnia na obiad była zupa ogórkowa. Z tego też powodu bardzo ważne jest sprawdzanie poziomu rozumienia dziecka i umiejętności formułowania odpowiedzi na pytania. Do tego celu należy jednak użyć pytań, co do których mamy pewność, że dziecko nie miało z nimi nigdy styczności i nie przywoła z pamięci schematycznej odpowiedzi. Natomiast w sytuacji, w której mamy możliwość sprawdzenia prawdziwości odpowiedzi, należy skonfrontować dziecko z sytuacją i zadać pytanie ponownie. W zespole Aspergera sporym mankamentem są trudności w linearnym porządkowaniu wypowiedzi, przez co bardzo często tracą one sens. Dzieje się tak dlatego, że często są zbudowane przez sieć skojarzeń, przez co mogą się wydawać kompletnie niezrozumiałe i nie na temat. Kolejną komplikacją, która bezpośrednio łączy się z linearnym porządkowaniem, są kłopoty z porządkowaniem czasowym oraz dostrzeganiem i rozumieniem relacji przyczynowo-skutkowych. Brak rozumienia wpływu czasu, jego linearności wiąże się z silnym przywiązaniem do tego, co dzieje się w danym momencie. Występuje duża trudność z rozumieniem sformułowań takich, jak: „zrobimy to później”, „jutro jedziesz do babci”, „wieczorem przeczytamy książkę”, a bez tych umiejętności nie jest możliwe dostrzeganie relacji mających miejsce w rzeczywistości. U dzieci z ZA obserwuje się silne skupienie na konkretnym wycinku rzeczywistości. Szczególnie uwidacznia się to w sytuacjach, kiedy dziecko zostaje postawione przed zadaniem, w którym musi opisać historyjkę na podstawie obrazków. Zazwyczaj percepcja dziecka skupia się wówczas na jednym fragmencie obrazu — spojrzenie jest analityczne, polega na opisywaniu poszczególnych elementów. Nie ma spostrzegania obrazu jako całości, na którego podstawie można wnioskować o wydarzeniach. Każdy obrazek stanowi osobną część, której dziecko z ZA nie potrafi połączyć z innymi, by wspólnie zaczęły stanowić ca-

łość tematyczną. Wynikiem tego jest tworzenie narracji, bez uwzględniania w niej relacji. Zostają opisane wyłącznie poszczególne elementy obrazków, ale dziecko nie zauważa prawidłowości, które je łączą. Niezdolność do zauważania zależności w otaczającym świecie może być przyczyną pominięcia etapu zadawania pytania „dlaczego?”. Normatywnie pytanie to w dużej częstotliwości pojawia się w czwartym roku życia dziecka. L. Kleszcz pisze:

Pytanie rodzi się ze zdziwienia. Dziwić się znaczy dostrzegać. Pytamy, a więc kwestionujemy, zaczynamy się przyglądać temu, co dotychczas było wtopione w tło, to, co tkwiło w cieniu, zostaje oświetlone, co było oczywiste, staje się przedmiotem namysłu (Kleszcz, 1999, s. 362).

Nie ma więc wątpliwości, że zadawanie pytań jest naturalną potrzebą każdego dziecka, które podąża normatywną ścieżką rozwojową. U dzieci z zespołem Aspergera często etap ten zostaje pominięty. Nie są w stanie zauważać relacji występujących w świecie, gdyż nie potrafią spojrzeć na niego w sposób holistyczny. Dzięki sposobom opisu obrazków zauważyć można sposób funkcjonowania mechanizmów poznawczych, ponieważ zachowania językowe są ich najlepszym odzwierciedleniem. Na ich podstawie można wnioskować o znacznej przewadze analizy nad syntezą. Dodatkowo język osób z ZA obfituje w specyficzne słownictwo, często bardzo specjalistyczne. Jest ono związane z nadmiernymi fascynacjami danym obszarem tematycznym i rozwojem słownictwa z tego zakresu. Prowadzi to do nierównomiernego rozwoju leksyki, gdyż pola semantyczne, które wiążą się ze specyficznymi zainteresowaniami, są znacznie bardziej rozwinięte od pozostałych. Zdarzają się sytuacje, gdy dziecku brakuje słów z zakresu podstawowego, które są potrzebne do opisywania codziennych sytuacji, podczas gdy inne pole semantyczne rozwinięte jest nadmiernie. Nierzadko zdarzają się sytuacje, w których osoba z ZA dosłownie rozumie wypowiedzi innych, nie potrafiąc jednocześnie posługiwać się znaczeniami przenośnymi i związkami frazeologicznymi. Kłopotliwe okazują się również żarty, których osoby te często nie są w stanie zrozumieć. Istnieje także grupa dzieci, która swoimi kompetencjami językowymi znacznie wykracza poza normę rozwojową danego wieku. Dzieci te często mają problem z dopasowaniem się do grupy, gdyż ich wypowiedzi mają wyniosły, poważny charakter, przez co nie są rozumiane przez rówieśników. Posługują się bardzo skomplikowanym, wyszukany słownictwem, które w codziennych konwersacjach nie występuje. To szczególnie niebezpieczne zjawisko, gdyż taki sposób prowadzenia narracji powoduje duże trudności z odnalezieniem się w grupie rówieśniczej. Takie dzieci nierzadko określane są mianem „małych dorosłych”, gdyż sposób, w jaki werbalizują swoje myśli, przypomina raczej wypowiedzi charakterystyczne dla osób starszych. Nic więc dziwnego, że odstają od grupy, ponieważ jej członkowie zwyczajnie nie rozumieją ich sposobu przekazu. Problemy językowe, z którymi borykają się osoby z ZA, prowadzą do następujących skutków:

- brak rozumienia poleceń;
- brak rozumienia reguł formułowanych językowo;
- trudności ze zrozumieniem i akceptowaniem norm społecznych;
- trudności z funkcjonowaniem w grupie rówieśniczej;
- problemy z rozumieniem emocji;
- wtórne obniżenie możliwości poznawczych.

Bardzo charakterystyczne dla zespołu Aspergera są fiksacje tematyczne (Korrendo, 2013, s. 187–199), które stanowią kolejny obszar diagnostyczny. Fiksacja jest ograniczeniem poznawczym, czymś, co zajmuje umysł. Nie skutkuje ona wiedzą, którą można by wykorzystać w przyszłości, gdyż najczęściej informacje te są zapominane, a w momencie, w którym występuje, znacznie ogranicza rozwój. Powoduje skupienie percepcji na wybranym fragmencie rzeczywistości, bez zwracania uwagi na pozostałe aspekty otaczającego świata. Gdy osoby z zespołem Aspergera zainteresują się jakimś tematem, poszukują informacji z nim związanych w różnych źródłach. Niejednokrotnie wygląda to tak, że fiksacja na danym obszarze tematycznym pochłania większość ich czasu, gdyż pogłębianie wiedzy na ten temat, opowiadanie o nim i poszukiwanie czegoś, co jest z nim związane w codziennych sytuacjach, wypełnia dużą część ich życia. Zdarza się, że zachowują się one tak, jakby w rzeczywistym świecie szukały wyłącznie przedmiotu swojej fiksacji i np. podczas podróży samochodem skupiają się wyłącznie na zauważonych w trakcie pokonywania trasy autobusach. Zdarzają się sytuacje, w których te specyficzne umiejętności językowe znajdują podziw, szczególnie u dorosłych członków rodziny. Dzieci te są postrzegane jako wybitne, ponadprzeciętnie inteligentne czy też mające wiedzę na niemalże każdy temat. Badania jednak dowodzą, że większość dzieci z ZA charakteryzuje się przeciętną inteligencją (s. 75–76). Recytowane przez dziecko definicje czy też nazwy wymarłych dinozaurów powodują dumę dziadków a nierzadko samych rodziców, nieświadomych jeszcze problemu. Dzieci te są wychwalane i w wielu przypadkach uważane za najmądrzejsze i najgrzeczniejsze. Rodzice często słyszą komentarze: „Ale macie szczęście”; „Też chciał(a)bym mieć takie dziecko”; „Ależ on(a) jest mądry/a”. Takie zachowania usypiają czujność rodziców i prowadzą do przekonania, że nie ma powodu do zmartwień. Często niezauważone pozostają rozmaite odchylenia od normy, np. w nawiązywaniu kontaktów z rówieśnikami i spędzaniu większości czasu w towarzystwie dorosłych czy też specyficzny rozwój systemu językowego, który bogaty jest w słowa mające charakter encyklopedyczny. Wbrew pozorowi radości z nadzwyczajnej wiedzy dziecka, sytuacja ta niesie za sobą wiele niebezpieczeństw dla rozwoju i funkcjonowania dziecka. Nie powinno się bowiem uznawać za normę sytuację, w której czterolatnie dziecko zna wszystkie stolice i nazwy państw, a zapytany o to, co robił dziś w przedszkolu, staje jakby zamurowany i nie potrafi udzielić odpowiedzi. Zazwyczaj problem zostaje zauważony w momencie pójścia do szkoły, kiedy

uwidaczniają się trudności w kontaktach z rówieśnikami i odnalezieniem się w grupie. Dopiero wtedy rodzice decydują się na podjęcie odpowiednich kroków, lecz w wielu przypadkach postawienie diagnozy w tym czasie nie da już tak dobrych rezultatów, jak w przypadku dzieci młodszych.

Relacje społeczne (s. 201–205) to kolejny przedmiot analizy podczas diagnozowania zespołu Aspergera. Ich jakość zależy od wieku osób, z którymi dziecko z ZA wchodzi w relację. Nie ma jednego wzorca nawiązywania relacji, gdyż u każdej osoby z zespołem Aspergera wygląda to inaczej i ma indywidualny charakter. Przykładowo część dzieci nawiązuje partnerskie relacje z dorosłymi, woli spędzać czas z nimi niż z dziećmi i lepiej odnajduje się w środowisku osób starszych. Często problemy z tym związane zostają zauważone dopiero w momencie rozpoczęcia edukacji szkolnej, kiedy dziecko nie potrafi odnaleźć się w grupie rówieśniczej. Usprawiedliwieniem dla tych zachowań niejednokrotnie bywają stwierdzenia: „On(a) jest zbyt mądry/a na towarzystwo dzieci w swoim wieku, dlatego spędza czas z dorosłymi”; „Dzieci w jej/jego wieku mają mniej zasób słownictwa, więc nie ma o czym z nimi rozmawiać”; „Dziecko dotychczas nie miało kontaktu z dziećmi, dlatego nie potrafi z nimi współpracować”. Nie są to jednak argumenty, które mogłyby usprawiedliwiać ten stan rzeczy. Dziecko nazywane jest przedszkolakiem nie tylko dlatego, że w tym wieku jest gotowe na rozpoczęcie swojej drogi w systemie edukacji. Jest określane tak również dlatego, że w tym wieku staje się gotowe do nawiązywania relacji społecznych z rówieśnikami. Wytłumaczenie, że dziecko wcześniej nie obcowało z innymi dziećmi, jest nieuzasadnione, gdyż nawet jeśli nie ma ono bezpośrednich kontaktów z innymi dziećmi, to bez wątpienia spotyka je podczas wyjść z opiekunami do sklepu czy na plac zabaw. Natomiast rodzice, którzy uważają, że ich dziecko jest zbyt mądre na zabawę z dziećmi w swoim wieku, dlatego wybiera kontakty z osobami starszymi, również nie mają racji. Dla dziecka z zespołem Aspergera taka relacja jest po prostu łatwiejsza i mniej wymagająca. Dlatego bardzo ostrożnie należy traktować taki sposób argumentacji rodziców. Są też dzieci, które nie mają dobrych relacji z dorosłymi, gdyż nie potrafią zaakceptować reguł, które dorośli im narzucają. W zespole Aspergera najczęstsze są dwie reakcje na reguły: nadmierne przywiązanie do reguł i brak ich akceptacji. To drugie, jeśli występuje, szczególnie utrudniają nawiązywanie bliskich stosunków z dorosłymi. Najważniejsze w diagnozie są jednak relacje z równolatkami, czyli dziećmi w tym samym wieku. Z równolatką bowiem trzeba umieć się dogadać i współgrać, by zaplanować wspólne działania. Do starszego dziecka można się „doczepić”, nad młodszym można dominować i kontrolować jego działania, a z osobą w tym samym wieku dziecko żyje na równych zasadach i musi ustalić wspólny plan działania. I to właśnie często stanowi kłopot dla dzieci z ZA. Nie potrafią one budować takich relacji i dogadać się z dziećmi, za którymi nie mogą podążać lub którymi nie mogą sterować. Dlatego właśnie na-

leży obserwować, jak wygląda sposób nawiązywania relacji z równolatkami i czy dziecko potrafi dopasować się do otoczenia.

Wielu informacji dostarcza również obserwacja sprawności manualnej dziecka (s. 168–180). Dzieci z ZA często okazują duże niezadowolenie, gdy zostają poproszone o wykonanie ćwiczeń angażujących motorykę małą, szczególnie grafomotorykę. Co ciekawe, równocześnie zdarza się, że te same dzieci potrafią konstruować piękne budowle, malować pełne szczegółów obrazy, jednak poproszone o napisanie czegoś lub wykonanie celowego ruchu na kartce, np. połączenia dwóch kropek, nie podejmują próby wykonania zadania. W niektórych przypadkach może to być związane z brakiem akceptacji reguł, gdyż dziecko wykonuje zadanie, kiedy ma na to ochotę, a nie wtedy, gdy zostaje o to poproszone. Bywa, że dzieci te mają zaburzony plan ruchu, ale nie można uznać, że tak właśnie jest, gdy wykonują piękne figurki z modeliny lub rysują obrazki uwzględniające najdrobniejszy szczegół (na co pozwala ich analityczny umysł i fotograficzna pamięć), a nie wykonują jedynie zadań narzuconych przez osobę dorosłą. Wtedy należy uznać, że nierysowanie bądź też niepisanie wynika z manipulacji i niechęci, niekoniecznie z nieumiejętności wykonania zadania. Osoby z ZA objęte odpowiednim programem terapii, który będzie ukierunkowany m.in. na uzyskanie celowego, zaplanowanego ruchu, mogą nauczyć się bardzo dobrze pisać i rysować.

Dodatkowym obszarem diagnostycznym, któremu warto się przyjrzeć, są zachowania manipulacyjne (s. 205–209). Są to działania nastawione na cel, a dokładniej — na chęć wpłynięcia na reakcję bądź też zachowania drugiej osoby. Mogą przybierać rozmaite formy, lecz do najważniejszych zalicza się manipulacje:

- zachowaniowe — dziecko swoim zachowaniem próbuje wpłynąć na reakcję drugiej osoby;

- werbalne — dziecko za pomocą języka próbuje wpłynąć na reakcję drugiej osoby;

- nasilone w czasie — dziecko przez dłuższy okres czasu próbuje wpłynąć na reakcję drugiej osoby, nasilając stopniowo częstotliwość lub intensywność swoich działań;

- szantaż emocjonalny — ten sposób manipulacji stosowany jest najczęściej w stosunku do opiekunów i może przybierać zarówno formę emocji pozytywnych, jak i negatywnych. W przypadku emocji pozytywnych dziecko próbuje wpłynąć na reakcję drugiej osoby przez wywołanie u niej przyjaznych odczuć, negatywne emocje przejawiają się natomiast okazywaniem złości / nienawiści / niezadowolenia, a ich celem jest wyrządzenie przykrości drugiej osobie z nadzieją na uzyskanie czegoś;

- strategiczna bezradność — dziecko swoją postawą próbuje zasugerować nieumiejętność lub też niechęć do wykonania określonej czynności, celowo przerywa jej realizację czy też obniża jakość wykonania;

— agresja — dziecko przez agresywne zachowania próbuje wpłynąć na reakcję drugiej osoby;

— działanie z odroczeniem — dziecko planuje swoje działanie i wdraża je w życie w sytuacji, w której jest największe prawdopodobieństwo jego skuteczności (Cieszyńska-Rożek, M. Korendo, 2011, s. 173).

Manipulacje powinno się zauważyć i celowymi działaniami eliminować u małego, najlepiej dwu-, trzyletniego dziecka. Im dziecko jest starsze, tym trudniej jest zniwelować takie zachowania, gdyż dziecko jest znacznie bardziej świadome i zdeterminowane, by osiągnąć swój cel.

Ponadto warto zaobserwować również reakcję dziecka na zmiany. Często osoby z zespołem Aspergera preferują schematyczne, zaplanowane działania, a każda zmiana planu jest dla nich barierą nie do pokonania. Przywiązanie do planowania i braku zmienności planu niesie ze sobą bardzo niebezpieczne skutki, gdyż dziecko, przyzwyczajone do życia według określonych schematów, nie potrafi funkcjonować w zmieniającym się wciąż świecie. Każda zmiana jest dla niego ogromnym przeżyciem, którego nie potrafi zaakceptować. Skutkuje to trudnościami lub brakiem odnalezienia się w sytuacji, którą stawia przed dzieckiem rzeczywistość, ale także przywiązaniem do pewnych przedmiotów, bez których dziecko nie jest w stanie w danym momencie funkcjonować.

Analiza zachowań pojawiających się we wszystkich wymienionych obszarach funkcjonowania dziecka dostarcza wiedzy wystarczającej do stwierdzenia lub wykluczenia zespołu Aspergera. Należy jednak pamiętać, że jest to zaburzenie niezwykle zróżnicowane i u każdego dziecka zachowania te mogą przybierać różny charakter, a także występować w różnym nasileniu. Dlatego nie należy brać pod uwagę jedynie wymiaru ilościowego, ale także jakościowy i dymensjonalny, by móc określić, które zachowania występują w stopniu lekkim, a które w stopniu znacznym i głębokim; to z kolei pozwoli na podjęcie odpowiednich działań terapeutycznych.

Jak już wspomniano, zespół Aspergera jest niezwykle zróżnicowanym i wciąż jeszcze nie w pełni rozpoznanym zaburzeniem, dlatego warto poszukiwać odpowiedzi na stale rodzące się pytania, by móc realnie pomóc osobom zmagającym się z trudnościami wynikającymi z jego specyfiki. Natomiast wiedza, do której udało się dotychczas dotrzeć, powinna być bazą, na której powinno zostać oparte postępowanie zarówno diagnostyczne, jak i terapeutyczne.

Bibliografia

- Attwood, T. (2013). *Zespół Aspergera. Kompletny przewodnik*. Przeł. A. Sawicka-Chrapkowicz. Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Cieszyńska, J. (2008). *Standard postępowania logopedycznego w przypadku autyzmu wczesnodziecięcego*. „Logopedia”, 37, s. 99–105.
- Cieszyńska, J. (2011). *Wczesna diagnoza i terapia zaburzeń autystycznych. Metoda Krakowska*. Kraków: Omega Stage Systems.
- Cieszyńska-Rożek, J., Korendo, M. (2011). *Dymensjonalna diagnoza rozwoju dziecka*. Kraków: Centrum Metody Krakowskiej.
- Cieszyńska-Rożek, J., Korendo, M. (2018). *Zespół Aspergera—wczesne symptomy zaburzenia w sferze społecznej, językowej, motorycznej i poznawczej*. „Poradnik Językowy”, 2018, s. 38–48.
- Głód, E. (2023). *Rozwój mowy dziecka z zespołem Aspergera*. [Praca licencjacka obroniona na Uniwersytecie Pedagogicznym im. KEN w Krakowie pod kier. dr K. Sedivy-Mączki].
- Kleszcz, L. (1999). *Rozum, rozumienie, rozmowa*. W: B. Trojanowska (red.), *Rzeczywistość języka*. „Filozofia”, 36, s. 361–372.
- Korendo, M. (2013). *Językowa interpretacja świata w wypowiedziach osób z zespołem Aspergera*. Kraków: Omega Stage Systems.