

Wyższej Szkoły Humanistyczno-Przyrodniczej Studium Generale  
Sandomiriense

PEDAGOGIKA

(red.) Adam Erechemla

**Bożena Krupa, Krystyna Lesiczka, Wiesława Telka**

**WSHP w Sandomierzu (ss 31-59)**

**Dziecko z zespołem Aspergera (ASD) – problemy i możliwości wsparcia**

A child with Asperger Syndrome (ASD) – problems and support possibilities

**Zespół Aspergera – ujęcie definicyjne, etiologia, kryteria diagnostyczne**

Publikacja w 1944r. pracy doktorskiej wiedeńskiego psychiatry Hansa Aspergera, w której przedstawiono wyniki diagnozy klinicznej czterech chłopców rozwijających się w nietypowy sposób stanowi podwaliny poszukiwań naukowych w obrębie jednostki dzisiaj określanej jako spektrum zaburzeń autystycznych, a przez Aspergera nazwanej autystyczną psychopatią<sup>1</sup>.

Początkowo, a właściwie przez ponad trzydzieści lat ani w Europie, ani w Stanach Zjednoczonych praca Aspergera nie wzbudziła zainteresowania, mimo kontynuacji polegającej na licznych obserwacjach, podejmowanych próbach terapeutycznych i publikacjach doniesień z badań prowadzonych przez Aspergera.

Być może do tak nikłego zainteresowania pracami Aspergera i zepchnięcia w cień jego osiągnięć przyczyniły się uznawane powszechnie, a prowadzone w tym samym czasie badania Leo Kanner. L. Kanner wyodrębnił z grupy wcześniej rozpoznawanych dziecięcych zaburzeń psychicznych (psychozy dziecięce, niedorozwój umysłowy), nową jednostkę chorobową, i określił

<sup>1</sup> Zob. C.H. Delacato, Dziwne, niepojęte. Autystyczne dziecko. Warszawa 1995, Fundacja „Synapsis”

ją mianem „autyzmu wczesnodziecięcego” (ang. early infantile autism).<sup>2</sup> (Samo pojęcie „autyzm” stworzył szwajcarski psychiatra Eugen Bleuler na początku XX w. wywodząc je z języka greckiego od słowa „autos”, co znaczy „sami”, „własne ja” i tym terminem nazwał osoby wycofane z życia społecznego, z ubogim wyrażaniem emocji)<sup>3</sup>.

Dopiero pod koniec lat osiemdziesiątych, po przetłumaczeniu na język angielski naukowcy zaczęli coraz częściej analizować wyniki badań Aspergera i poszerzać krąg poszukiwań badawczych<sup>4</sup>.

W 1981r. (rok po śmierci Aspergera) po raz pierwszy pojawia się termin „Asperger’s Syndrom.” Autorka artykułu – Lorna Wing, na podstawie badań dzieci zauważyła, że niektóre z nich miały klasyczne objawy autyzmu we wczesnym dzieciństwie, ale cechowały je dość dobry rozwój mowy i procesy poznawcze przy jednoczesnych znacznych trudnościach w motorycznym i społecznym rozwoju. Uznała zatem, że te specyficzne objawy są zbieżne z kliniczną postacią syndromu wcześniej opisanego przez Hansa Aspergera. Za charakterystyczne objawy syndromu (nazwanego przez nią syndromem Aspergera) uznała:

- brak stanowczości,
- naiwność, nieodpowiednie, jednostronne zachowanie się,
- brak lub małą zdolność do nawiązywania przyjaźni,
- pedantyczną mowę, z powtórzeniami,
- ubogą niewerbalną komunikację,
- intensywną koncentrację na danych przedmiotach,
- niezdarność i zaburzoną koordynację ruchów oraz nierówną asymetryczną postawę<sup>5</sup>.

Zespół (syndrom) Aspergera został uznany jako subgrupa w obrębie autyzmu, która posiada własne kryteria diagnostyczne. Wydzielenie z autyzmu syndromu Aspergera było spowodowane różnicą polegającą na możliwości komunikowania się i postępach w rozwoju umysłowym. Ponadto stwierdzono, że zaburzenie jest bardziej powszechne niż klasyczny autyzm i może występować u dzieci, u których nie zdiagnozowano autyzmu<sup>6</sup>.

Uta Frith, która zajmuje się badaniami nad autyzmem i zespołem Aspergera podaje, że są to „dwa warianty tego samego w gruncie rzeczy zaburzenia rozwojowego, przy czym, autyzm stanowiłby jego dotkliwszą formę”<sup>7</sup>.

---

2 Kanner L. Autistic disturbances of affective contact. „Acta Paedopsychiatrica”. 35 (4),1968, s. 100-136

3 A. Kozdroń, Zespół Aspergera. Zrozumieć, aby pomóc, s.13

4 Zob. T. Attwood, Zespół Aspergera, Wyd. Zysk i S-ka, Poznań 2006

5 T. Attwood, *Zespół Aspergera*, Wyd. Zysk i S-ka, Poznań 2006, s. 15.

6Zob. A. Maciarz, M. Biadasiewicz, *Dziecko autystyczne z zespołem Aspergera*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków, 2005

7 U. Frith, *Autyzm. Wyjaśnienie tajemnicy*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk, 2008, s.32

Zespół Aspergera (wraz z innymi zaburzeniami ze spektrum autyzmu) jest zaliczany do zaburzeń neurorozwojowych o skomplikowanej i wieloczynnikowej etiologii. Nie ma ustalonej konkretnej przyczyny powstawania zaburzeń, ale są pewne przypuszczenia co do czynników je powodujących. Jedyne co jest z pewnością ustalone to to, że nie są nimi błędy wychowawcze rodziców, oziębłość uczuciowa matki, trauma fizyczna, ale czynniki genetyczne (na zwracał uwagę już Hans Asperger), neurorozwojowe, a także biologiczne i środowiskowe wzajemnie na siebie oddziałujące. (min.; badania Lorny Wing wskazują na występowanie czynników przed-, około- i poporodowe, które mogły doprowadzić do zaburzeń funkcjonowania mózgu)

Dzięki technice neuroobrazowania stwierdzono, że zespół Aspergera związany jest z dysfunkcją specyficznych struktur i systemów mózgowych, na które nie mają wpływu rodzice w czasie rozwoju dziecka. Wyniki badań neurologicznych funkcjonowania mózgu są zgodne z charakterystycznym dla zespołu Aspergera psychologicznym profilem społecznego myślenia, komunikacji, poznania i empatii, dzięki czemu wiemy, które struktury mózgowe działają w inny sposób<sup>8</sup>.

A. Rynkiewicz pisze, że istnieją niepodważalne dowody na to, że zaburzenia ze spektrum autyzmu są zaburzeniami rozwojowymi mózgu i mają związek z nieprawidłowym funkcjonowaniem takich obszarów mózgu jak:

- ciało migdałowe (odpowiada za kontrolowanie i generowanie emocji oraz za rozpoznawanie emocji u innych ludzi),
- hipokamp (bierze udział w procesie kodowania w czasie przenoszenia informacji z pamięci krótkotrwałej do pamięci trwałej, odpowiada za pamięć),
- mózdzek (napiecie mięśni, utrzymanie prawidłowej postawy ciała, równowagi, warunkuje wykonywanie ruchów precyzyjnych);
- płaty czołowe (odpowiadające za ruch, pamięć wyuczonych działań ruchowych np. wyraz twarzy, schematy zachowań; warunkują ruch gałek ocznych zależnych od woli, odpowiadają za inicjowanie oraz planowanie działań, myślenie przyczynowo - skutkowe, analizę i kontrolę stanów emocjonalnych, mowę, ekspresję językową, podejmowanie decyzji, pamięć roboczą, kontrolowanie sekwencji zdarzeń;
- płaty skroniowe (odpowiadają za słuch i rozumienie mowy, za prozodię, gramatykę, rozpoznawanie obiektów, zapachów)<sup>9</sup>

Obecne poglądy niektórych naukowców (np.: P. Lemer, B. Rimland) opierają się na teorii związanej z nagromadzeniem toksyn w organizmie (np. rtęci), nietolerancjach pokarmowych,

---

8 Zob. T. Attwood, *Zespół Aspergera*, Wyd. Zysk i S-ka, Poznań 2006

9 A. Rynkiewicz, *Zespół Aspergera. Inny mózg, inny umysł*, Wyd. 1, Gdańsk, Wydawnictwo Harmonia 2009, s. 44

niedostatecznym odżywianiu, przewlekłych infekcjach i szukają przyczyn autyzmu w „całkowitych przeciążeniach całego organizmu”, w związku z szeregiem czynników zewnętrznych, działających na niedojrzały organizm noworodka, czy niemowlę.

Według P. Lemer oraz B. Romland czynnikami powodującymi pojawienie się zaburzeń ze spektrum autyzmu w podejściu biomedycznym jest min.:

- uraz okołoporodowy,
- nieodwracalne infekcje ucha, zatok, lub zakażenia paciorkowcami,
- chroniczne gorączki o nieznannej przyczynie,
- trudności z oddychaniem,
- silne lub przedłużone reakcje poszczepienne,
- zakażenie drożdżakowi,
- pogorszenie poziomu funkcjonowania po spożyciu ulepszaczy żywności, wrażliwość na środki chemiczne.

Jako, że mechanizm powstawania Zespołu Aspergera nie został jednoznacznie określony (choć wiadomo, że istotą tych zaburzeń są dysfunkcje mózgowie) głównym nurtem poszukiwań są teorie biologiczne (przyczyny genetyczne, uszkodzenie układu nerwowego, urazy okołoporodowe) i poznawcze. Naukowcy są zgodni co do tego, że w wielu przypadkach z uwagi na pewne predyspozycje genetyczne – czynniki środowiskowe aktywują zachowania autystyczne. Przypuszcza się, iż dalsze badania pozwolą wyodrębnić podgrupy osób z ASD ze wspólnymi ścieżkami patogenezy.

**Tabela.1 Czynniki etiologiczne ADS**

<b>genetyczne</b>	<b>biologiczne</b>	<b>środowiskowe (prenatalne i okołoporodowe)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- zgodnie ze ścisłymi kryteriami ZA 20% ojców i 5% matek dzieci z ZA ma również zespół Aspergera;</li> <li>- przy szerszych kryteriach niemal połowa z bliskiej rodziny (I stopień pokrewieństwa);</li> <li>- 2/3 krewnych (II i III stopień pokrewieństwa) ma podobny profil umiejętności</li> <li>- mówi się o „fenotypie autyzmu” – nie występuje dziedziczenie samego zaburzenia, ale pewnych predyspozycji</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- dysfunkcja mózgu społecznego” potwierdzona badaniami neuroobrazowania funkcji mózgu i testami neuropsychologicznymi;</li> <li>- „mózg społeczny” obejmuje obszary kory czołowej i skroniowej;</li> <li>- możliwe dysfunkcje ciała migdałowatego, jądra podstawy i mózdzku; najnowsze badania wskazują na ich słabą łączność;</li> <li>- inne badania mówią o dysfunkcji kory w prawej półkuli mózgu;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- niska waga urodzeniowa,</li> <li>- ciąża niedonoszona lub przenoszona</li> <li>- zażywanie leków przez matkę w czasie ciąży,</li> <li>- krwawienia</li> <li>- cukrzyca ciążowa, poród pośladowy z użyciem narzędzi,</li> <li>- poród wywołany,</li> <li>- pierwsze cesarskie cięcie,</li> <li>- zaawansowany wiek matki lub ojca,</li> <li>- kolejność urodzeń (ciąża pierwsza, trzecia lub późniejsza)</li> </ul>

do określonej dynamiki rozwoju mózgu	- jeszcze inne o nieprawidłowościach w układzie dopaminowym	
--------------------------------------	---	--

*Źródło: opracowanie własne na podstawie E. Pisula Autyzm. Od badań mózgu do praktyki psychologicznej, GWP, Sopot 2012*

Hans Asperger szczegółowo dokonał opisu obserwacji dzieci, ale nie przedstawił jasnych kryteriów diagnostycznych zaburzeń. Dopiero wnioski Lorny Wing zainteresowały psychologów oraz psychiatrów i w 1988 roku na konferencji w Londynie zaczęto badać obszar spektrum autystycznego. Rezultatem dyskusji było opublikowanie w 1989 roku pierwszych kryteriów diagnostycznych, które zostały poprawione i uzupełnione przez Christophera Gillberga w 1991r. Wielu lekarzy i psychologów w swojej praktyce stosuje je jako kryteria pierwszego wyboru.

Zespół Aspergera w praktyce klinicznej jest rozpoznawany kiedy kryterium upośledzenia społecznego towarzyszą co najmniej cztery z pięciu innych kryteriów.

### **Kryteria diagnostyczne zespołu Aspergera według Christophera Gillberga:**

*Ciężkie upośledzenie wzajemnych interakcji społecznych (przynajmniej dwa z następujących):*

- niezdolność do interakcji z rówieśnikami;
- brak chęci nawiązywania interakcji z rówieśnikami;
- brak rozumienia sygnałów społecznych;
- niewłaściwe społecznie i emocjonalnie zachowania.

*Całkowicie pochłaniające wąskie zainteresowania (przynajmniej jedno z następujących):*

- wykluczenie innych działań;
- powtarzające się zaangażowanie w daną aktywność;
- więcej odtwarzania niż działań celowych.

*Narzucanie codziennych zajęć i zainteresowań (przynajmniej jedno z następujących):*

- sobie, w różnych aspektach życia;
- innym;

*Zaburzenia mowy i języka (przynajmniej trzy z następujących):*

- opóźniony rozwój;
- powierzchownie doskonały, ekspresyjny język;
- formalny, pedantyczny język;
- dziwna prozodia, osobliwe cechy głosu;
- upośledzenie rozumienia, obejmujące błędną interpretację znaczeń dosłownych i ukrytych.

*Zaburzenia komunikacji niewerbalnej (przynajmniej jedno z następujących):*

- ograniczona gestykulacja;
- niezdarna lub niezręczna mowa ciała;
- ograniczona mimika twarzy; niewłaściwa ekspresja;
- osobliwe, chłodne spojrzenie.

*Niezdarność ruchowa:*

- słabe wykonywanie zadań w czasie badań neurorozwojowych<sup>10</sup>

Obecnie diagnostykę w kierunku zespołu Aspergera dokonuje się na podstawie 4 wiodących

<sup>10</sup> T. Attwood, *Zespół Aspergera. Kompletny przewodnik*

klasyfikacji, wpisanych do oficjalnego systemu klasyfikacji według:

- (Przedstawionej wyżej klasyfikacji) Christophera Gillberga z 1989 roku, szwedzkiego pioniera w dziedzinie badań nad genetyką autyzmu.
- Petera Szatmari z 1994 przy współpracy z Johnem Brenner i Petera Nagy - wypracowano kryteria diagnostyczne obejmujące 4 aspekty wyróżniające osobę z zespołem Aspergera, klasyfikacja ta nie spełnia kryteriów DSM-IV dla dzieci z autyzmem
- WHO – Światowej Organizacji Zdrowia z 1993 r. oznaczone symbolem ICD-10, od 2016r. ICD-11
- Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, oznaczone symbolem DSM-V-TR z 18 maja 2013 roku

Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization) w roku 1993 opublikowała Międzynarodową Statystyczną Klasyfikację Chorób i Problemów Zdrowotnych – **ICD-10**, która definiuje *zespół Aspergera jako zaburzenie o niepewnej wartości nozologicznej, charakteryzujące się tymi samymi nieprawidłowościami w zakresie interakcji społecznych, jak autyzm, oraz ograniczonym, stereotypowym repertuarem zainteresowań i aktywności* oraz cztery specyficzne zaburzenia:

Według **klasyfikacji ICD-10** (obowiązującej w Polsce od 1996 r.) kryteria zespołu Aspergera (F 84.5) to:

a) brak stwierdzonego opóźnienia w rozwoju mowy i funkcji poznawczych:

- wymawianie pojedynczych słów przed ukończeniem 2. roku życia, komunikacja przy użyciu zdań przed ukończeniem 3. roku życia;
- istnienie umiejętności praktycznych, zachowań adaptacyjnych oraz zainteresowania otoczeniem odpowiadające normom rozwojowym w pierwszych latach życia;
- szczególne umiejętności – przeważnie związane z nadmiernym zafascynowaniem jakimś tematem (kryterium niekonieczne do postawienia diagnozy);

b) przynajmniej 2 z poniższych trudności w relacjach społecznych:

- zaburzony kontakt wzrokowy, mimika, postawa ciała lub gestykulacja;
- trudności we właściwych relacjach z rówieśnikami;
- brak empatii – dziwaczne (nieadekwatne) reakcje na sytuacje społeczne, często słaba integracja zachowań społecznych, emocjonalnych, umiejętności komunikacji; brak potrzeby zabawy z innymi, posiadania wspólnych zainteresowań lub osiągnięć;

c) chociaż 1 z poniższych zachowań:

- stereotypowe i ściśle zainteresowania, powtarzanie rytuałów i niepraktycznych czynności;
- powtarzające się ruchy (na przykład trzepotanie lub kręcenie rękami lub palcami, ruchy

całego ciała);

- zafascynowanie częściami przedmiotów lub elementami materiałów (kolor, faktura, dźwięk);

d) wykluczenie innych zaburzeń rozwojowych, schizofrenii prostej, zaburzenia schizotypowego, obsesyjno-kompulsywnego, anankastycznego zaburzenia osobowości czy reaktywnego utrudnienia nawiązywania relacji społecznych w dzieciństwie lub nadmiernej łatwości w nawiązywaniu tych kontaktów.<sup>11</sup>

W kolejnych wersjach klasyfikacji tj. DSM-V (od maja 2013 r.) oraz ICD-11 (ICD-10 obowiązywała do 2015 r.). zrezygnowano z terminu „całościowe zaburzenia rozwoju”. Zastąpiono trzy jednostki chorobowe: zaburzenia autystyczne, zespół Aspergera i PDD-NOS jedną jednostką – **spektrum zaburzeń autystycznych (ASD)**. Grupa ta zatem została podzielona ze względu na natężenie symptomów. (Stopnie nasilenia ASD: L1 – wymaga wsparcia – problemy dotyczą głównie relacji społecznych, L2 – wymaga znaczącego wsparcia – problemy z komunikacji z ludźmi, L3 – wymaga bardzo znaczącego wsparcia – niezdolny do komunikacji werbalnej i pozawerbalnej – przyp. autora). Stosowana będzie nazwa: autyzm (subkliniczny) lekkiego lub łagodnego stopnia, z opisem występujących u dziecka cech, np. dobrze rozwinięta mowa, szeroka wiedza ogólna, specyficzne, specjalistyczne zainteresowania.

Spektrum zaburzeń autystycznych obejmować będzie dwa zamiast jak do tej pory trzy obszary:

a) *deficyty społeczno/komunikacyjne*

b) *uporczywe zainteresowania i powtarzalne zachowania* (usunięty zostanie obszar związany z zaburzeniami języka i komunikacji gdyż nie jest on charakterystyczny wyłącznie dla zaburzeń należących do spektrum autyzmu i nakłada się z trudnościami o charakterze wyłącznie językowym. Część osób z autyzmem (autyzm wysokofunkcjonujący i zespół Aspergera) nie doświadcza większych trudności w tym zakresie.

**Zaburzenia ze spektrum autyzmu<sup>12</sup> według klasyfikacji DSM V.** (istnieją cztery kryteria diagnozy: A, B, C i D) - Kryteria diagnostyczne 299.00 (F84.0)

A. Trwałe deficyty w komunikacji i interakcji społecznej, obecne w wielu kontekstach i sytuacjach, przejawiające się obecnie lub w przeszłości, w następujących obszarach:

1. *Deficyty w społeczno - emocjonalnej wzajemności* (począwszy od nieprawidłowego podejścia społecznego i nieprowadzenia dwustronnej konwersacji, poprzez zmniejszenie

---

11 A. Kozdroń, Zespół Aspergera. *Zrozumieć, aby pomóc*, s. 15-16

12 K. Grzywacz (tłumaczenie) Na podstawie Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition DSM V, American Psychiatric Association, Washington 2013

dzielenia się zainteresowaniami, emocjami lub afektem, do nieumiejętności nawiązywania i reagowania na interakcje społeczne.

2. *Deficyty w niewerbalnych zachowaniach komunikacyjnych wykorzystywanych do interakcji społecznych* (począwszy od słabo zintegrowanej komunikacji werbalnej i niewerbalnej, poprzez nieprawidłowości w kontakcie wzrokowym, języku ciała oraz deficyty w rozumieniu i stosowaniu komunikacji niewerbalnej, do całkowitego braku mimiki i komunikacji niewerbalnej).
3. *Deficyty w rozwoju, utrzymaniu i rozumieniu relacji, odpowiednio do poziomu rozwoju* (począwszy od trudności w regulowaniu zachowań dostosowanych do różnych kontekstów społecznych, poprzez trudności w dzieleniu zabawy wyobraźniowej i nawiązywaniu przyjaźni, do braku zainteresowania ludźmi. Nasilenie zaburzeń jest oparte na komunikacji społecznej i ograniczone powtarzającymi się wzorcami zachowań (tabela 2)

B. Ograniczone, powtarzające się wzorce zachowań, zainteresowań i aktywności, przejawiające się w co najmniej dwóch z poniższych zachowań, obecnie lub w przeszłości:

1. *Stereotypowa lub powtarzalna mowa, stereotypowe ruchy lub stereotypowe posługiwanie się przedmiotami* (proste stereotypie motoryczne, powtarzalne używanie przedmiotów, echolalia, idiosynkratyczne wykorzystywanie słów i wyrażeń).
2. *Nadmierne wykorzystanie rutyny, zrytualizowane wzory zachowań werbalnych lub niewerbalnych lub nadmierny opór wobec zmian* (skrajny stres, zdenerwowanie w reakcji na małe zmiany, rytuały ruchowe, sztywne wzorce myślenia, nacisk na tę samą trasę lub identyczne jedzenie każdego dnia)
3. *Bardzo ograniczone, utrwalone zainteresowania, które są nieprawidłowe w intensywności lub przedmiocie uwagi* (silne przywiązanie do lub zainteresowanie niezwykleymi obiektami, zbyt ograniczone lub perseweracyjne zainteresowania).
4. *Hiper lub hiporeaktywność na bodźce zmysłowe lub nietypowe zainteresowania sensorycznych aspektów otoczenia* (widoczna obojętność na ból/temperaturę, negatywna odpowiedź na konkretne dźwięki i tekstury, nadmierne wacanie lub dotykanie przedmiotów, fascynacja światłem lub ruchem. Nasilenie zaburzeń jest oparte na komunikacji społecznej i ograniczone powtarzającymi się wzorcami zachowań (tabela 2).

C. Objawy muszą występować we wczesnym okresie rozwojowym (ale ich obecność nie może być oceniana zbyt wcześnie – przed okresem rozwojowym, w którym są społecznie wymagane. Objawy mogą być maskowane przez uczenie strategii w późniejszym okresie życia).

D. Objawy powodują klinicznie istotne upośledzenie w życiu społecznym, zawodowym lub w innych ważnych obszarach bieżącego funkcjonowania.

E. Zaburzenia nie można wytłumaczyć niepełnosprawnością intelektualną (zaburzenia



rozwoju intelektualnego) lub globalnym opóźnieniem rozwoju. (Niepełnosprawność intelektualna i zaburzenia ze spektrum autyzmu często współwystępują. Do diagnozy współwystępowania powyższych komunikacja społeczna powinna być poniżej oczekiwanego ogólnego poziomu rozwoju.

Oprócz zmian w kryteriach diagnostycznych dotyczących zaburzeń ze spektrum autyzmu, zmianom w DSM-5 uległy także wystandaryzowane, interaktywne narzędzia diagnostyczne z tzw. „złotego standardu” do diagnozy szeroko pojętego autyzmu<sup>13</sup>.

**Tabela 2 Nasilenie objawów ze spektrum autyzmu**

<b>Poziomy</b>	<b>Komunikacja społeczna</b>	<b>Ograniczone i powtarzające się zachowania</b>
<i>Poziom 3</i> osoby wymagające bardzo dużego wsparcia	Poważne deficyty w zakresie umiejętności komunikowania się w sposób werbalny lub niewerbalny, powodujące poważne osłabienie funkcjonowania; bardzo ograniczone inicjowanie interakcji społecznych i minimalna reakcja na społeczne zabiegi ze strony innych osób	Nadmierne zajmowanie się czymś; utrwalone i/lub powtarzające się zachowania, w widoczny sposób zakłócające funkcjonowanie we wszystkich sferach; wyraźny stres/ zdenerwowanie w przypadku przerwania rytuałów lub rutynowych czynności; bardzo trudno jest zmienić kierunek ustalonego zainteresowania lub bardzo szybki powrót do niego
<i>Poziom 2</i> osoby wymagające znacznego wsparcia	Zaznaczające się deficyty w zakresie umiejętności komunikowania się w sposób werbalny lub niewerbalny; społeczne trudności są wyraźne nawet przy wsparciu w konkretnych sytuacjach; ograniczone inicjowanie interakcji społecznych i zredukowana lub anormalna reakcja na społeczne zabiegi ze strony innych	Rytuały i powtarzające się zachowania (RPZ) i/lub mocne zaabsorbowanie lub zainteresowania o charakterze fiksacji - pojawiają się dostatecznie często, aby być wyraźnymi dla przypadkowego obserwatora i zakłócają funkcjonowanie w wielu dziedzinach; widoczny jest stres / zdenerwowanie lub frustracja w odpowiedzi na przerwanie RPZ; trudno jest zmienić kierunek uwagi dziecko z zainteresowania, które się utrwaliło, na jakieś inne
<i>Poziom 1</i> osoby wymagające wsparcia	Bez wsparcia sytuacyjnego, deficyty w komunikacji społecznej powodują zauważalne osłabienie funkcjonowania; trudności z rozpoczynaniem interakcji społecznych; czytelne przykłady atypowych lub nieskutecznych reakcji na społeczne zabiegi innych; może pojawić się zmniejszone zainteresowanie społecznymi interakcjami.	Rytuały i powtarzające się zachowania (RPZ) istotnie zakłócają funkcjonowanie w jednym lub większej liczbie dziedzin; dziecko broni się przed podejmowanymi przez innych próbami przerwania jego RPZ lub skierowania jego uwagi na inny obszar lub obiekt zainteresowania, niż te, na których się zafiksowało

13 Więcej odnośnie DSM - V Rynkiewicz A., Kulik M. *Wystandaryzowane, interaktywne narzędzia do diagnozy zaburzeń ze spektrum autyzmu a nowe kryteria diagnostyczne DSM-5*. Psychiatria, 2013, 10(2): 41-48.

Źródło: K. Grzywacz [http://www.pozaschematami.pl/assets/pliki/Autism\\_Spectrum\\_Disorder\\_DSM\\_V\\_rew2.pdf](http://www.pozaschematami.pl/assets/pliki/Autism_Spectrum_Disorder_DSM_V_rew2.pdf) (dostęp 11.01.2016)

Jedną z technik diagnostycznych pomocną w opisie i klasyfikacji zespołu jest Australijska Skala dla Zespołu Aspergera która służy do określenia cech społecznych i emocjonalnych, umiejętności komunikacyjnych i poznawczych oraz szczególnych zainteresowań, zdolności ruchowych i innych. Pozwala dokonać analizy nasilenia wybranych cech, a dzięki przedstawionym przykładom umożliwia określenie w sześciostopniowej skali częstości ich występowania (od „rzadko” do „często”), co wynika jednak z subiektywnego odczucia badającego.

### **Obraz kliniczny dziecka z zespołem Aspergera**

W wielu publikacjach przedstawione są osiowe objawy charakterystyczne dla zespołu Aspergera i na ogół sprowadzają się do sfery kontaktów społecznych, komunikacji, zachowań i zainteresowań, jak również nadwrażliwości sensorycznej na różnego rodzaju bodźce. Nieprawidłowości te dotyczą wszystkich obszarów życia, choć ich nasilenie może być różne. Syndrom Aspergera jest nie jest diagnozowany tak wcześnie jak autyzm (zazwyczaj dopiero w okresie rocznego obowiązkowego przygotowania do nauki szkolnej lub na etapie nauczania zintegrowanego) co powoduje że objawy występujące we wczesnym dzieciństwie nie dają jednorodnego obrazu i mogą być traktowane jako symptomy innego zaburzenia np.: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD/ADD), zespołu Tourette’a, dysleksji, dyspraksji itp.

Profil osobowości dziecka z zespołem Aspergera jest bardzo zróżnicowany. Część dzieci unika kontaktów z rówieśnikami, ma trudności z rozwinięciem umiejętności potrzebnych do nawiązywania i podtrzymania kontaktu, przyjaźni; tworzy powierzchowne związki z jedną lub kilkoma osobami z otoczenia, nie postrzega siebie jako członka pewnej społeczności. W miarę przechodzenia do starszych klas i szkoły średniej rosną kłopoty w zakresie kontaktów społecznych i przystosowania się do grupy rówieśniczej.

Wiele dzieci nie potrafi odczytywać mowy ciała otaczających ich ludzi, zaczynać rozmowy lub jej kontynuować. Dzieci nie są zwykle w stanie rozpoznać subtelnych zmian w tonie głosu, przez co nie rozumieją żartów i biorą wszystkie komentarze na poważnie. Typowe jest używanie formalnego stylu mówienia, unikanie kontaktu wzrokowego lub wpatrywanie się w innych. Zainteresowania dotyczą zazwyczaj tylko jednego lub kilku tematów, które dogłębnie poznają.

Większość objawów zespołu Aspergera utrzymuje się nawet w okresie dorastania. Mimo iż nastolatki mogą zacząć naukę brakujących im umiejętności społecznych, komunikacja i odczytywanie zachowania innych osób może nadal stanowić problem. Dorastające dzieci z zespołem Aspergera chcą zwykle nawiązywać przyjaźnie, ale mogą czuć nieśmiałość i brak

pewności siebie w kontaktach z rówieśnikami, dopasowanie się do kolegów jest dla nich frustrujące i męczące, co sprawia iż często wycofują się i izolują, a niekiedy doświadczają depresji i zaburzeń lękowych. Są zazwyczaj autsajderami, samotnikami, zawsze z boku<sup>14</sup>

Generalnie literatura przedmiotu wskazuje na ogólne zaburzenia rozwoju społecznego jako manifestację kilku charakterystycznych objawów:

- *Trudności w inicjowaniu i podejmowaniu udanych interakcji rówieśniczych* (nieumiejętność nawiązywania znajomości, inicjowania rozmowy, trudności z przestrzeganiem dystansu fizycznego, nadmierny infantylizm, trudności z rozpoznawaniem zarówno swoich, jak i cudzych stanów emocjonalnych, brak zdolności, do uczuciowego utożsamiania się z inną osobą, Skoncentrowanie się na własnym świecie, na swoich zainteresowaniach)
- *Problematyczne zachowania związane z agresją wobec innych i/lub siebie.* (manifestacje pewnych cech nadpobudliwości, impulsywności, często obniżony nastrój, frustracja, gniew – co powoduje pojawianie się zachowań agresywnych oraz autoagresywnych).
- *Zaburzenia lękowe o charakterze fobii społecznej.*(niechęć lub wycofanie się z publicznego wypowiedania się, pisania w obecności innych, uczestniczenia w spotkaniach towarzyskich bądź skorzystania z telefonu, komunikacji miejskiej, mogą współwystępować objawy somatyczne typu: przyspieszone bicie serca, pocenie się, bóle głowy, szum w uszach, mało wyraźna mowa itp.).
- *Niekontrolowane, specyficzne zachowania i współruchy.* („dziwne zachowania” np. ruchy rąk i nóg, mimiczne czy złożone manieryzmy ruchowe całego ciała, nadrucliwość lub zaburzenia kompulsywne powiązane z wysokim lękiem).
- *Stosunkowo specyficzny wygląd zewnętrzny.* (np.: ekscentryczny ubiór, trudności z utrzymywaniem higieny osobistej)<sup>15</sup>

Formalne badania umiejętności komunikacyjnych małego dziecka może wykazać zarówno opóźnienie rozwoju mowy, jak i specyficzne cechy, które nie są typowe dla żadnego etapu jej rozwoju, a więc opóźnienie językowe i zakłócenie wzorca umiejętności językowych przypominające zaburzenie semantyczno-pragmatyczne (*semantic pragmatic language disorder - SPLD*). Dzieci z SPLD posiadają stosunkowo dobre umiejętności językowe w zakresie gramatyki, słownictwa i fonologii, z trudem jednak posługują się językiem w kontekście społecznym. Ich problem dotyczy więc sztuki konwersacji i pragmatycznych aspektów języka.<sup>16</sup> Granice diagnostyczne między zespołem Aspergera a specyficznymi zaburzeniami językowymi w rodzaju SPLD nie są wyraźnie zaznaczone. [...] Opóźnienie w rozwoju mowy receptywnej u małych dzieci

---

14 J. Świąćicka, *Uczeń z zespołem Aspergera*, Impuls, Kraków 2010, s. 12

15 J. Świąćicka, *Uczeń z zespołem Aspergera*, Impuls, Kraków 2010, s. 23-25

16 F. Affolter, *Spostrzeganie, rzeczywistość, język*, Warszawa 1997, s. 43.

często bywa łączone z problemami z socjalizacją.<sup>17</sup> Dziecko, które ma trudności z rozumieniem mowy i z tym, by samo było rozumiane, w sytuacjach społecznych może stawać się niespokojne i wycofane. Przyczyną wycofania społecznego jest więc wówczas raczej upośledzenie językowe, a nie upośledzenie myślenia społecznego charakterystycznego dla zespołu Aspergera.

Niesprawność motoryczna nie jest cechą typową dla zespołu Aspergera jednak badania wykazują, że od 50 do 90% osób ma zaburzoną koordynację ruchową. Opóźniony może być rozwój takich umiejętności jak siadanie, rączkowanie, chodzenie. Później można zaobserwować trudności w złapaniu i rzucaniu piłką, problemy z umiejętnością wiązania sznurowadeł. Charakterystyczny jest brak ruchów naprzemiennych przy chodzeniu. W szkole mogą pojawić się problemy z pismem, dziecko nieprawidłowo trzyma narzędzie do rysowania i pisania. Brakuje mu umiejętności sportowych. Dziecko ma problemy z równowagą. Ma tendencję do wykonywania szybkich ruchów, przyspieszania tempa pracy. Przy zdenerwowaniu dochodzi do drżenia ciała lub całkowitego bezruchu. Wykazuje skłonność do stereotypii ruchowych (autostymulacji).

Dzieci z zespołem Aspergera mają nietypowe ukierunkowanie umiejętności poznawczych, myślenia i uczenia się. Diagnoza nie opisuje dokładnie umiejętności poznawczych dziecka. Źródłem informacji mogą stać się standardowe testy inteligencji. Zawierają one co najmniej dziesięć podskal, które mierzą zakres umiejętności intelektualnych. Różnice w profilu umiejętności poznawczych dzieci z zespołem Aspergera pierwsza zauważyła Elizabeth Wurst, która współpracowała z Hansem Aspergerem. Oboje zwrócili uwagę na wyższy iloraz inteligencji werbalnej niż niewerbalnej. Tę rozbieżność potwierdzają współczesne badania naukowców. Niektóre z badań nie wykazały przewagi inteligencji werbalnej nad niewerbalną, a jedno z nich sugeruje, że różnice w IQ werbalnym i niewerbalnym niwelują się w miarę dorastania. Podskale mierzące myślenie wzrokowe (inteligencję niewerbalną) wykazują wysokie wyniki w teście. W testach, które wymagają umysłowej manipulacji informacjami, albo w zadaniach, które są podatne na rozproszenie bądź, na których tempo wykonania może wpłynąć ich dokładność, dzieci z zespołem Aspergera osiągają słabsze wyniki. Dzieci te mogą mieć również problemy w testach wymagających myślenia sekwencyjnego jak na przykład porządkowanie. Iloraz inteligencji może sugerować, że dziecko posiada wystarczające możliwości, aby dobrze przyswajać wiedzę, jednak niektóre z nich mają nietypowy profil umiejętności uczenia się i ich wyniki są słabsze od oczekiwań, co sugeruje, że dzieci z zespołem Aspergera mają problem z uwagą oraz funkcjami wykonawczymi. Badania wykazały, że znaczna większość dzieci wskazuje na dodatkową diagnozę zespołu deficytu uwagi – szczególnie dotyczy to przenoszenia uwagi z jednej czynności na drugą (ponieważ nie potrafi przekierować myślenia na nowe działanie, dopóki poprzednia czynność nie

---

17 T. Gałkowski, J. Kossewska, *Autyzm wyzwaniem naszych czasów*, Kraków 2000, s. 20-21.

zostanie dokończona) oraz mniejszej pojemności pamięci roboczej (zdolność do utrzymywania informacji w stanie bezpośredniej dostępności podczas rozwiązywania problemu). Rozwinięta jest długotrwała<sup>18</sup>.

U ucznia ze zdiagnozowanym ZA nie diagnozuje się dysleksji. Trudności z czytaniem i pisanem wynikają ze struktury samego zaburzenia, które ma podłoże neurologiczne. Zaburzenia percepcyjno-motoryczne u dzieci z ZA często przyjmują formę podobną do dysleksji. Na języku polskim i językach obcych będą to błędy ortograficzne (pomimo znajomości reguł) i trudności w czytaniu. Z kolei niezgrabność motoryczna przekłada się między innymi na niewyraźne pismo. Dużą trudność może sprawiać dziecku nauka dwóch języków jednocześnie. Matematyka jest również obszarem, gdzie mogą pojawić się problemy.

A. Rynkiewicz w swojej książce *Zespół Aspergera - Inny mózg. Inny umysł* pisze, że na lekcjach matematyki wśród uczniów z zespołem Aspergera można wyodrębnić trzy różne grupy:

- a. osoby mające talent do widzenia przestrzennego;
- b. osoby, które nie posiadają tego talentu, ale nie mają problemów ze zrozumieniem zawiłych wzorów czy abstrakcyjnych pojęć matematycznych;
- c. osoby, dla których matematyka to zupełnie niezrozumiałe i tajemnicze znaki<sup>19</sup>

Dla dzieci z pierwszej grupy właśnie matematyka jest tym szczególnym zainteresowaniem, nauka przedmiotów ścisłych przychodzi im z łatwością. Podobnie z drugą grupą - tam, gdzie potrzeba logiki i faktów, uczeń poradzi sobie świetnie.

Ostatnia grupa to właśnie uczniowie z zaburzeniami percepcyjno-motorycznymi. Liczą na konkretach (palcach, patyczkach), rysują kreski na kartce, aby sobie pomóc w liczeniu nawet najprostszych działań. Podobnie z geometrią - pojawić się tu mogą trudności w odwzorowywaniu figur. W tym wypadku istotna jest praca z dzieckiem, taka sama jak w przypadku dyskalkulii.<sup>20</sup>

Kolejnym trudnym przedmiotem dla tej grupy dzieci z ZA może być geografia. Czytanie mapy, orientacja w przestrzeni, rozróżnianie stron świata jest często olbrzymią przeszkodą w nauce.<sup>21</sup>

Zaburzona motoryka nie tylko warunkuje brzydki charakter pisma, może utrudnić pracę na zajęciach plastyczno-technicznych gdzie ważna jest precyzja ruchów, rysowanie, wycinanie, odwzorowywanie.<sup>22</sup> Wrodzone hiperwyprosty w stawach kolanowych i łokciowych mają wpływ na mobilność stawów, co wpływa na możliwości manualne dziecka. Następstwem tego jest niższa

---

18 T. Attwood, *Zespół Aspergera. Kompletny przewodnik*

19 A. Rynkiewicz, *Zespół Aspergera – Inny mózg. Inny umysł*. Wyd. Harmonia, Gdańsk 2009 s. 73.

20 H. Olechnowicz, *Wokół autyzmu. Fakty, skojarzenia, refleksje*, Warszawa 2003, s. 130.

21 P. Szatmari, *Uwięziony umysł*, Kraków 2007, s. 113.

22 E. Pisula, *Autyzm u dzieci. Diagnoza, klasyfikacja, etiologia*, Warszawa 2000, s. 38.

jakość rysunków, wycinanek i innych prac manualnych. Często dzieci unikają wykonywania tego typu zadań.

Dziecko z zespołem Aspergera, podobnie jak większość dzieci autystycznych, cierpi na szereg zaburzeń sensorycznych (nadwrażliwość słuchowa, dotykowa, smakowa, wzrokowa). Szacuje się, że około 40% dzieci autystycznych ma jakiś rodzaj odchylenia w sferze wrażliwości sensorycznej.<sup>23</sup> Zaburzenia integracji sensomotorycznej przejawiają się w różnych aspektach. Obniżone napięcie mięśniowe powoduje większą męczliwość i zmniejszoną sprawność w czasie aktywności. Konsekwencją tego są również problemy np.: w zakresie samoobsługi. Wraz z zaburzeniami ruchowymi idzie w parze gorsza organizacja wrażeń sensorycznych, co ma wpływ na ogólne funkcjonowanie dzieci i ich odbiór świata. W tym przypadku dysfunkcje są bardzo zindywidualizowane. Zaburzenia percepcji dotykowej sprawiają, że kontakt fizyczny jest dla dziecka nieprzyjemny. Mogą pojawić się silne reakcje: uciekanie od kontaktów, chowanie głowy w ramiona, kulenie się w sobie, wycofanie, czasem może pojawić się agresja w stosunku do innych osób. Często u dzieci z zespołem Aspergera występuje nadwrażliwość na tkaniny. Zakładane dziecku ubrania: wełniane czapki, szaliki czy zbyt wąskie i obcisłe rzeczy, mogą powodować niekontrolowane wybuchy emocji, swędzenie, drapanie, narzekanie. Jest to konsekwencją przeciążenia sensorycznego spowodowane intensywną stymulacją dotykową. Zaburzona percepcja dotykowa jest przyczyną unikania przez te dzieci wykonywania prac plastycznych, które mogą pobudzić im ubranie: lepienie z plasteliny, malowanie farbami, mazakami, wyklejanie kolorowym papierem lub bibułą, rysowanie kredą<sup>24</sup>.

Nadwrażliwość dotykowa jest przyczyną słabszych zdolności poznawczych, co ogranicza chęć dziecka do poznawania otoczenia w zakresie inteligencji sensomotorycznej. Unikanie bodźców dotykowych przez dziecko powoduje często nieprawidłowe ukształtowanie mapy ciała, co wiąże się z trudnościami orientacji w schemacie ciała, z ustaleniem stron ciała i tym samym w orientacji przestrzennej i kierunkowości.

Wśród dzieci z zespołem Aspergera obserwuje się nadwrażliwość w innych kanałach sensorycznych, węchową i smakową. Podobnie jak u dzieci z autyzmem we wczesnym dzieciństwie może pojawić się wybiórcza dieta. Dzieci preferują tylko niektóre potrawy, wprowadzanie innych jest niezmiernie trudne. Określenie ograniczeń w diecie nie jest łatwe, ponieważ nie wiadomo czy wynikają one z wrażliwości węchowej, smakowej czy dotykowej.

---

23 T. Attwood, *Zespół Aspergera*, Wyd. Zysk i S-ka, Poznań 2006, s. 25.

24 U. Fith, *Autyzm – wyjaśnienie tajemnicy*, Wyd. GWP, Gdańsk 2008 s. 81.

W kategoriach nadwrażliwości na bodźce znajdują się również reakcje na bodźce wizualne. W wyniku przeciążenia nimi dziecko może być marudne, skarżyć się na ból głowy, zgłaszać nudności lub zawroty głowy<sup>25</sup>.

Często wśród tych dzieci obserwowana jest również nadwrażliwość na dźwięki, która może utrudniać im codzienne funkcjonowanie. Nadwrażliwość ta może się wiązać z gorszą koncentracją uwagi. Obserwacje kliniczne pokazują, że dla osób autystycznych istnieją trzy rodzaje hałasu:

- a) nagle, nieoczekiwane dźwięki - szczekanie psa, dzwonek telefonu, „klikanie” długopisem;
- b) dźwięki o wysokiej częstotliwości - sprzęty elektroniczne;
- c) dezorientujące, niejednorodne odgłosy - na przykład te na spotkaniach wielu ludzi<sup>26</sup>.

Uczniowi z ZA dźwięk dzwonka może sprawić wręcz fizyczny ból. Różne natężenia dźwięków są dla niego szczególnie nieprzyjemne, mogą dezorganizować jego pracę, a nawet wywoływać lęk. Dziecko nie zawsze będzie potrafiło powiedzieć, z czego wynika jego reakcja, a często jest ona gwałtowna<sup>27</sup>.

Istnieją dwie teorie wyjaśniające funkcjonowanie poznawcze i społeczne dzieci i osób z autyzmem oraz zespołem Aspergera. Jedną z nich jest koncepcja deficytu teorii umysłu, drugą - koncepcja braków w zakresie tak zwanej centralnej koherencji. Deficyt teorii umysłu sygnalizuje defekt mechanizmu poznawczego, czyli brak zdolności do rozpoznawania u ludzi stanów umysłowych w celu wyjaśnienia i przewidywania ich zachowania<sup>28</sup>. Konsekwencją deficytu teorii umysłu oraz słabej centralnej koherencji są głównie trudności w zakresie społecznego funkcjonowania, między innymi zaburzenia komunikacji, słaba zdolność wczuwania się w stany innych osób czy osłabiona zdolność przestrzegania konwenansu społecznego.

Reasumując wszelkie próby pomocy osobom z ZA powinny być nastawione przede wszystkim na rozwój umiejętności społecznych i komunikacyjnych. W procesie terapii na uwagę zasługuje także prowadzenie psychoedukacji, uświadomienie opiekunom i wychowawcom i innym dzieciom w jego otoczeniu problemów związanych z funkcjonowaniem dziecka.

## **Znaczenie wczesnego rozpoznania ZA i wybrane formy terapii**

---

25 M. Charbicka, *Dziecko z zespołem Aspergera*, Difin, Warszawa, 2015

26 T. Attwood, *Zespół Aspergera*, Wyd. Zysk i S-ka, Poznań 2006, s. 25

27 A. Maciarz, M. Biadasiewicz, *Dziecko autystyczne z zespołem Aspergera*, Kraków 2000, s. 71.

28 R. Stefańska-Klar, *Charakterystyka zespołu Aspergera na tle innych zaburzeń autystycznego spektrum*. Psychologia i rzeczywistość. Gdańsk 2002, s. 38.

W przypadku spektrum autyzmu ważne jest postawienie diagnozy w jak najwcześniejszym okresie rozwoju, co umożliwia rozpoczęcie intensywnej, wielokierunkowej terapii (dzięki tzw. plastyczności mózgu) i stwarza warunki do znacznej poprawy funkcjonowania dziecka. Wczesne postawienie diagnozy nie jest jednak łatwe. Wciąż trwają prace nad stworzeniem procedur oceny diagnostycznej, którą można będzie zastosować u małych dzieci. Wielu klinicystów uważa, że „diagnozę o dość wysokim stopniu pewności można postawić dziecku powyżej piątego roku życia, a w przypadku przedszkolaków jest to trudniejsze ze względu na naturalne zróżnicowanie umiejętności w tej grupie wiekowej oraz tendencję niektórych dzieci do opóźnienia w rozwoju umiejętności społecznych, językowych i poznawczych”<sup>29</sup>.

Dziecko z zespołem Aspergera jak najwcześniej powinno zostać objęte kompleksową terapią, dobraną do indywidualnych potrzeb dziecka. Poniżej zostaną zaprezentowane przykładowe formy terapii.

*Terapia behawioralna* oparta na teorii uczenia się - jest terapią kompleksową i dotyczy wszystkich sfer rozwoju dziecka. - Podstawowe cele terapii, to uczenie zachowań pożądanых poprzez ich wzmacnianie oraz wprowadzanie jasnych zasad i reguł postępowania oraz eliminowanie zachowań niepożądanych (agresja, autoagresja, niereagowanie na swoje imię, brak reakcji na polecenia, nieumiejętność sygnalizowania potrzeb fizjologicznych, krzyku, oporu przed wykonywaniem wszelkich czynności) utrzymywanie wypracowanych efektów terapii (generalizowanie). Terapię behawioralną rozpoczyna się od nauki podstawowych umiejętności, czyli prawidłowej komunikacji (np.: zachowania kontaktu wzrokowego), czynności samoobsługowych, (np. prawidłowego jedzenia), wykonywania prostych poleceń słownych, wskazywania i przynoszenia konkretnych przedmiotów. ABA (Applied Behavior Analysis) uznawana jest za jedną z najskuteczniejszych form terapii w przypadku małych dzieci. Terapia behawioralna opiera się na kilku podstawowych zasadach (małych kroków, stopniowania trudności, stosowania wzmocnień), których przestrzeganie gwarantuje osiągnięcie sukcesu w pracy z dzieckiem.

*CBT (terapia poznawczo-behawioralna)* - w wersji dostosowanej do profilu poznawczego osób z zespołem Aspergera. Program terapii kładzie nacisk na deficyty poznawcze rozumiane w kategoriach dojrzałości, złożoności i sprawności myślenia oraz na zniekształcenia poznawcze rozumiane w kategoriach dysfunkcjonalnego myślenia i nieprawidłowych założeń. Terapia składa się z kilku elementów; 1) ocena charakteru i nasilenia zaburzenia nastroju za pomocą skal samoopisowych i wywiadu klinicznego, 2) edukacja emocjonalna - omówienie związku pomiędzy poznawaniem, emocjami a zachowaniem oraz indywidualnych sposobów konceptualizacji emocji i

---

29 T Attwood, *Zespół Aspergera. Kompletny przewodnik*, s.63



interpretacji różnych sytuacji, a także odpowiednie ćwiczenia, 3) restrukturyzacja poznawcza - panowanie nad stresem i programy relaksacji (wspieranie reakcji przeciwstawnych złości czy lękowi), autorefleksja (rozpoznawanie swoich stanów wewnętrznych, analiza swoich myśli, tworzenie nowego obrazu Ja) i rozkład zajęć służących ćwiczeniu nowych umiejętności poznawczych.

*Zmodyfikowana Metoda Dobrego Startu (MDS)* – autorstwa M. Bogdanowicz. Metoda Dobrego Startu, zaadaptowana do potrzeb dzieci autystycznych jest modyfikacją francuskiej metody „Bon départ”. Jest to rodzaj terapii psychomotorycznej. Głównym celem jest usprawnianie i harmonizowanie współdziałania motoryki i psychiki poprzez korekcję i kompensację zaburzonych funkcji. Zajęcia w Metodzie Dobrego Startu przebiegają zawsze według stałego schematu: 1) zajęcia wprowadzające (ćwiczenia orientacyjno- porządkowe, nauka piosenki, zabawa w „zagadki językowe”, 2) zajęcia właściwe: a) ćwiczenia ruchowe, b) ćwiczenia ruchowo- słuchowe, c) ćwiczenia ruchowo- słuchowe- wzrokowe, 3) zajęcia końcowe. MDS może być stosowana w odniesieniu do dzieci o prawidłowym rozwoju psychomotorycznym w celu aktywizacji rozwoju, jak również i do dzieci o rozwoju zaburzonym w celu usprawniania nieprawidłowo rozwijających się funkcji. Ma zatem zastosowanie w profilaktyce i edukacji, a także rehabilitacji. Do oceny postępów służy Skala Obserwacji Zachowania.

*Metoda Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne (MMR)* - celem metody jest wspieranie rozwoju dziecka poprzez wielozmysłową stymulację psychomotoryczną i społeczną, a także pomoc w terapii zaburzeń rozwoju. Bazuje się tu na ruchu, który wpływa głównie na świadomość własnego ciała i przestrzeni, działania w tej przestrzeni, a także dzielenie jej z innymi ludźmi, nawiązywanie z nimi bliskiego kontaktu. Często początki terapii tą metodą są trudne dla dziecka, zwłaszcza kontakt z innymi, ale z czasem przyzwyczajają się ono i współdziała z terapeutą i pozostałymi uczestnikami. Metoda W. Sherborne zalecana jest dzieciom o zaburzonym schemacie ciała.

W 1994 roku Krajowe Towarzystwo Autyzmu zaliczyło terapię MRR do alternatywnych metod wspierania rozwoju dzieci autystycznych. Badania J. Błeszyńskiego (2001-2003) pozwoliły stwierdzić, że terapia MRR najbardziej efektywnie wpływa na rozwój sfery poznawczej i społecznej osób z autyzmem, ma pozytywny wpływ na rozwój ruchowy i emocjonalny, a także pomaga w nawiązywaniu kontaktów społecznych.

Dzięki indywidualnemu podejściu, metoda Ruchu Rozwijającego, pozwala na przejście kolejnych etapów rozwojowych oraz faz socjalizacji – od egocentryzmu do otwarcia się na środowisko. Każde dziecko biorące udział w zajęciach wykonuje odpowiednie ćwiczenia. Poniżej przedstawiono sześć przykładów:

1. wycucie przestrzeni wokół własnego ciała – poznanie i doskonalenie ruchów własnego ciała (partii ciała, prędkości oraz otwartości);
2. wycucie przestrzeni własnego ciała w otaczającym środowisku – ćwiczenia związane ze świadomością przestrzennej budowy własnego ciała i odniesienia położenia w przestrzeni;
3. świadomość aktywności i szybkości ruchu poszczególnych części ciała – wykonywanie ruchów o różnym nasileniu pod względem siły, szybkości, zwinności, co pozwala na poczucie własnego ciała;
4. doskonalenie płynności ruchu – opracowywanie układów ruchów w formie zabawy;
5. współdziałanie z partnerem, a następnie z grupą – wspólne wykonywanie układów ruchowych, ze zwróceniem uwagi na kierunek i szybkość reakcji;
6. użycie własnego ciała jako narzędzia – korzystanie z gestów.

Terapia tą metodą zalecana jest dzieciom z autyzmem i zaburzeniami pokrewnymi w pierwszym etapie podejmowanych działań terapeutycznych<sup>30</sup>.

*Biofeedback EEG* jest formą neurorehabilitacji, łączącą w sobie elementy psycho- i neurofizjoterapii. Przy użyciu dwóch zestawów komputerowych współpracujących ze sobą, jest obrazowana i modulowana czynność bioelektryczna mózgu. Metoda EEG Biofeedback jest nieinwazyjną metodą wykorzystującą zdolność mózgu do bioregulacji i samoczenia się w celu poprawy jego funkcji. Trenujący poprzez grę komputerową lub film otrzymuje informację zwrotną o aktualnym stanie umysłu i stara się „wejść” w stan pożądany. Wejście i utrzymanie stanu pożądanego przez kilka bądź kilkanaście sekund jest nagradzane. Dzięki plastyczności mózgu, tworzą się nowe połączenia nerwowe ( synapsy ) oraz uaktywniają się komórki nerwowe odpowiedzialne za pożądany stan aktywności mózgu.<sup>31</sup>

*Arteterapia* - polega na wykorzystaniu różnych środków artystycznych w celu ułatwienia ekspresji. Wywołuje pozytywne emocje, wyzwala aktywność twórczą, wyrównuje braki i ograniczenia psychofizyczne oraz obniża napięcie i pomaga nazwać problem

*Trening uwagi słuchowej Tomatisa* - poprawia zaburzoną uwagę słuchową, wspomaga koncentrację, jest istotny w przypadku trudności natury logopedycznej, ma na celu wyćwiczenie zdolności słuchania w sposób efektywny i zorganizowany<sup>32</sup>.

*Hipo- i dogoterapia* - metoda wspomagająca, która ma wpływy na rozwój emocji i społeczne funkcjonowanie dziecka; kontakt ze zwierzęciem wycisza i uspokaja, uczy dbania o potrzeby innych. Terapia polega na podejmowaniu działań służących poprawie funkcjonowania dziecka w sferach fizycznej, emocjonalnej, poznawczej i społecznej. Jej najistotniejszym

---

30 J. Błęszyński i inni, J. Błęszyński, *Terapie wspomagające rozwój osób z autyzmem*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków, 2004

31 Więcej: [http://www.poradnikautystyczny.pl/post/terapie/eeg\\_biofeedback](http://www.poradnikautystyczny.pl/post/terapie/eeg_biofeedback) (dostęp 31.01.2016)

32 E. Pisula, *Autyzm u dzieci. Diagnoza, klasyfikacja, etiologia*, Warszawa 2000, s. 38.

elementem jest specjalnie przygotowany, przeszkolony, łagodny koń/pies, który stanowi integralną część procesu terapeutycznego.

*Terapia mowy* - ma przede wszystkim na celu rozwijanie u dziecka z ZA: umiejętności receptywnych (rozumienia mowy) na poziomie werbalnym (słownym) i niewerbalnym (mowy ciała, gestykulacji, mimiki, kontaktu wzrokowego), ekspresji mowy (uzewnętrzniania przeżyć, emocji) za pośrednictwem odpowiedniej intonacji i słownictwa, umiejętności nawiązywania i podtrzymywania kontaktu z drugą osobą.

*Terapia integracji sensorycznej (SI)* autor: A. Jean Ayres – przeznaczona głównie dla dzieci z problemami z odbiorem oraz przetwarzaniem bodźców zmysłowych. Jest to proces neurologiczny organizujący wrażenia płynące z ciała i środowiska w taki sposób, by mogły być użyte do celowego działania. Podczas zajęć terapeuta dostarcza dziecku kontrolowanej ilości wrażeń zmysłowych z różnych modalności - z systemu przedsionkowego, proprioceptywnego, dotykowego, wzrokowego, węchowego oraz słuchowego. Zadania są tak skonstruowane, że znajdują się w najbliższej sferze rozwoju dziecka, to znaczy nie są one ani zbyt łatwe ani zbyt trudne. Terapia SI ma za zadanie dostarczanie dziecku nie tylko poprawiających działanie jego systemu nerwowego wrażeń, ale również ma być elementem budującym poczucie sprawstwa oraz poczucie własnej wartości.

*Trening umiejętności społecznych* - terapia obejmuje: kompetencje społeczne i komunikacyjne, emocje, umiejętności poznawcze, poczucie tożsamości i własnej wartości, a także samoocenę. Zazwyczaj program zajęć terapeutycznych przewiduje naukę dziesięciu podstawowych umiejętności: zawierania znajomości, słuchania, pytania, odmawiania, inicjowania rozmowy, dyskusowania, reagowania na krytykę, jej wyrażania, radzenia sobie z uczuciami: ich rozróżniania, a także mówienia komplementów. Przy planowaniu pracy z dzieckiem należy uwzględnić deficyty związane z syndromem oraz wiek rozwojowy i normy zachowań odpowiednie do wieku. Ciągła konfrontacja z otoczeniem pozwala kształtować obraz świata. Stworzenie maluchowi warunków sprzyjających interakcjom z rówieśnikami pozwoli na zdobywanie doświadczeń społecznych<sup>33</sup>.

*Muzykoterapia* - zajęcia muzykoterapeutyczne mają na celu korekcję zaburzonych funkcji, usunięcie napięć psychofizycznych i dostarczanie doświadczeń społecznych. Odpowiedni dobór ćwiczeń ruchowych z podkładem muzycznym stymuluje świadomość własnego ciała, a następnie przez kształtowanie wrażeń kinestetycznych koryguje elementy koordynacji wzrokowo-ruchowo-słuchowej. Do ćwiczeń rytmicznych z dziećmi można wykorzystywać różnego rodzaju pomoce, na przykład piłki, szarfy, obręcze itp. Do rozwoju koordynacji małych grup mięśniowych mogą posłużyć instrumenty perkusyjne, które dostarczają wrażeń dotykowych, wzrokowych, ćwiczą orientację przestrzenną, budzą zainteresowanie dźwiękiem. Muzykoterapia prowadzona z dziećmi

---

33 A. Kozdroń, *Zespół Aspergera, zrozumieć aby pomóc*.

ma najczęściej formę aktywną, co jest uzasadnione właściwościami psychofizycznymi dziecka. Ekspresja muzyczna poprzez ruch, gest, śpiew jest dziecku bardzo bliska, ponieważ stanowi naturalny element jego aktywności. Efektem jest poprawa samopoczucia, usunięcie lęku, odreagowanie napięcia, a także poprawa relacji z innymi dziećmi.<sup>34</sup>

*Zabawa* - prawidłowo rozwijające się dziecko podczas spontanicznej zabawy nabywa wiedzy i umiejętności, wchodzi w interakcję z innymi dziećmi i dorosłymi. W terapii zabawa w formie aktywności, która dobrana jest do wieku rozwojowego pełni rolę pobudzającą mechanizmy rozwoju. Jej zadaniem jest doskonalenie szczegółowych kompetencji oraz stymulowanie trzech podstawowych mechanizmów społeczno-poznawczych: dzielenie pola uwagi, uczestniczenie w interakcjach społecznych oraz wymiana ról, umiejętność odczytywania intencji oraz naśladowania czynności i gestów. Dzięki treningowi zabawy dziecko uczy się współpracować, ma również okazję poznać zabawy charakterystyczne dla rówieśników, co ułatwia kontakty z innymi dziećmi w grupie<sup>35</sup>.

Form terapii wspomagających jest wiele, ale wybór zależy od specyfiki samego dziecka oraz deficytów i zaburzonych funkcji, a także od poziomu funkcjonowania dziecka w grupie i kontaktu z otoczeniem, od jego zainteresowań i preferencji. Najważniejszym wydaje się iż wybrana forma terapii realizowana musi być konsekwentnie przez całe otoczenie dziecka, a jej efektem powinny być postępy w rozwoju sfer zaburzonych. Terapia musi uwzględniać wszystkie potrzeby dziecka oraz traktować je jako osobę o określonych właściwościach i różnych potrzebach, w tym bardzo ważnych emocjonalnych<sup>36</sup>.

## **Organizacja pracy przedszkolnej z dzieckiem z zespołem Aspergera**

Uczeń ze spektrum zaburzeń autystycznych na mocy decyzji Zespołu orzekającego, działającego w publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej, może uzyskać orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego. W takim orzeczeniu zawarta jest diagnoza wraz z informacjami o możliwościach i potencjale rozwojowym, zalecenia i uzasadnienie. Mogą być także dołączone diagnozy innych specjalistów: diagnoza funkcjonalna pedagoga specjalnego, diagnoza logopedyczna, diagnoza procesów integracji sensorycznej. Dziecko z może również otrzymać także opinię poradni w sprawach, związanych z jego kształceniem wychowaniem i opieką.

---

34 E. Żarowska-Seta, R. Seta i inni, J. Bleszyński, *Terapie wspomagające rozwój osób z autyzmem*.

35 A. Szczypczyk i inni, Joanna Kossewska, *Kompleksowe wspomaganie rozwoju uczniów z autyzmem i zaburzeniami pokrewnymi*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków, 2009

36 E. Pisula, *Autyzm, przyczyny, symptomy, terapia....*

W orzeczeniu z poradni psychologiczno-pedagogicznej wskazane są warunki realizacji potrzeb edukacyjnych, formy stymulacji, rewalidacji, terapii, usprawniania, rozwijania możliwości i mocnych stron dziecka oraz inne formy pomocy psychologiczno-pedagogicznej, a także najkorzystniejsze dla niego formy kształcenia specjalnego (w tym rodzaj placówki edukacyjnej).

Wobec dzieci ze spektrum zaburzeń autystycznych, przedszkole (poza funkcjami opiekuńczymi, wychowawczymi i edukacyjnymi) powinno również spełniać funkcje terapeutyczne, rehabilitacyjne i profilaktyczne. Powinno zapewnić dzieciom wielospecjalistyczną opiekę, co umożliwi im prawidłową diagnozę oraz zapewnić właściwe działania terapeutyczne, których celem będzie wspieranie rozwoju dziecka, korygowanie, kompensacja i usprawnianie zaburzeń i deficytów rozwojowych, a co za tym idzie w dalszej perspektywie wyrównywanie szans edukacyjnych. Dlatego też niezbędne wydaje się zapewnienie dzieciom ze spektrum autyzmu specjalistycznych zajęć terapeutycznych – zarówno indywidualnych jak i grupowych, które będą miały na celu wspieranie ich rozwoju szczególnie w zakresie zaburzonych funkcji wymienionych w triadzie zaburzeń autystycznych: komunikacji, interakcji społecznych, braku elastyczności w zachowaniu i myśleniu<sup>37</sup>.

Realizacja treści podstawy programowej powinna przebiegać na podstawie indywidualnego programu edukacyjno - terapeutycznego (IPET) uwzględniającego wspólne, skoordynowane działania nauczycieli i innych specjalistów pracujących z dzieckiem, np.: pedagoga specjalnego, logopedy, terapeuty integracji sensorycznej. Podstawę do opracowania indywidualnego programu edukacyjno-terapeutycznego stanowi wielospecjalistyczna ocena funkcjonowania każdego ucznia, służąca jednocześnie ocenie postępu edukacyjnego ucznia przez systematyczne ponawianie badań i porównywanie ich rezultatów

W przypadku dzieci ze spektrum autyzmu na tym etapie edukacji przedszkolnej szczególną uwagę należy zwrócić na:

- trening interpersonalny w małej grupie, np. dwójka dzieci;
- umożliwienie im, poza kontaktem z całą grupą rówieśników, kontaktu terapeutycznego jeden na jeden z dorosłym terapeutą lub wolontariuszem; w zależności od możliwości, potrzeb i sposobu funkcjonowania dziecka (liczba godzin spędzanych w przedszkolu w kontakcie jeden na jeden będzie różna);
- zapewnienie im bezpieczeństwa w najbliższym otoczeniu, zarówno podczas zajęć w grupie, jak i zajęć indywidualnych;

---

37 Tamże, s. 40.

- przystosowania pomieszczeń, w których dziecko przebywa, do jego możliwości i potrzeb sensorycznych (oświetlenie, ograniczenie liczby bodźców itp. – w porozumieniu z terapeutą integracji sensorycznej)<sup>38</sup>.

W ramach pracy grupy przedszkolnej przygotowuje się dzieci do integracji. Sukces w grupie zdrowych rówieśników może odnieść tylko dziecko odpowiednio przygotowane. Musi ono się nauczyć umiejętności składających się na kompetencję społeczną, tak aby nie odróżniało się od innych dzieci. Dlatego należy nauczyć je:

- zabawy przez naśladowanie rówieśników,
- rozumienia zamiarów innych ludzi,
- inicjowania i podtrzymywania kontaktów z rówieśnikami,
- odczytywania komunikatów niewerbalnych, czytania emocji,
- adekwatnych zachowań,
- wykonywania poleceń, instrukcji nauczyciela kierowanych do całej grupy,
- wyboru aktywności w czasie wolnym i samodzielnego wykorzystania tego czasu.

Optymalnym, a zarazem wymagającym ogromnego nakładu pracy celem jest uzyskanie przez dziecko pełnej niezależności – czyli pobyt w grupie bez osoby dorosłej<sup>39</sup>. Koniecznym jest zatem przygotowanie etapowego planu włączania dziecka do grupy.

Zadania jakie są obowiązkiem prowadzącego grupę wychowawcy skupione są zasadniczo na trzech obszarach:

- *zadania edukacyjne* (zapoznanie z treścią orzeczenia, opiniami i inną dostępną dokumentacją w celu opracowania i koordynowania IPET)
- *zadania integrujące, społeczne* (budowanie integracji, życzliwej atmosfery, uwrażliwianie grupy na potrzeby innych, motywowanie i wspieranie ucznia z zespołem Aspergera w integracji z grupą przedszkolną/zespołem klasowym)
- *zadania wychowawcze* (podnoszenie samooceny dziecka, w celu zwiększenia poczucia jego własnej wartości, efektywności pracy i możliwości osiągania sukcesów, włączanie do pracy metod aktywizujących, rozwiązywanie konfliktów, tworzenie konstruktywnego wsparcia dla rodziców dziecka z zespołem Aspergera)

W procesie nauczania na każdym etapie należy dostosować wymagania, metody i formy pracy do indywidualnych potrzeb dziecka, specyfiki funkcjonowania, tempa pracy oraz wykorzystywać mocne strony ucznia, a także stosować procesy korygowania, kompensowania i usprawniania zaburzeń i deficytów rozwojowych dzieci, które będą sprzyjać wyrównywaniu ich szans edukacyjnych. Ważne jest także podjęcie działań edukacyjno-terapeutycznych, które pozwolą

---

38 A. Lemańska, *Model pracy z uczniem z autyzmem* [w:] Podniesienie efektywności kształcenia uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Materiały dla nauczycieli, MEN, 2010, s 224-225

39 E. Pisula, *Autyzm u dzieci. Diagnoza, klasyfikacja, etiologia*, Warszawa 2000, s. 41.

dziecku radzić sobie z własną niepełnosprawnością przez kształtowanie adekwatnej samooceny oraz budowanie pomyślnych relacji z rówieśnikami.

Przedszkole powinno zapewnić optymalne warunki rozwoju każdego dziecka.

Dlatego też dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi powinny być objęte zajęciami specjalistycznymi, zarówno indywidualnymi, jak i grupowymi z zakresu między innymi: wspierania komunikacji i rozwoju społeczno-emocjonalnego, wspomaganie rozwoju poznawczego i motorycznego.

Przedszkole jest także miejscem umożliwiającym organizację wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka (jeśli dziecko posiada opinię o potrzebie tego wspomaganie). Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka (WWRD) oraz rodziny w realizacji procesu terapeutycznego stwarza szanse rozwojowe, umożliwiające osiągnięcie określonych dojrzałości fizycznych, poznawczych, emocjonalno-społecznych. Podjęcie działań stymulujących dziecko we wczesnym etapie jego rozwoju ma bezpośredni wpływ na osiągnięcie większej niezależności, samodzielności i lepszej jakości życia w okresie dorosłości.

Celem oddziaływań jest jak najwcześniejsze wykrycie i zlikwidowanie bądź korygowanie zaobserwowanych u dziecka nieprawidłowości w rozwoju oraz odpowiednie dobranie ćwiczeń do jego indywidualnych potrzeb; zapobieganie nieprawidłowościom rozwojowym, które można określić w trakcie diagnozy funkcjonowania dziecka i warunków, w jakich się ono rozwija; ustalenie wieloprofilowego programu usprawniania dziecka z wielorakimi zaburzeniami; wczesna - kompleksowa profilaktyka niepełnosprawności, przygotowanie i pomoc rodzinom w rehabilitowaniu dziecka w domu oraz świadomym, prawidłowym pielęgnowaniu dziecka (profilaktyka); kształtowanie pozytywnych relacji rodzic- profesjonalista.

Wczesne wspomaganie rozwoju spełnia funkcję: informacyjną, diagnostyczną, stymulującą i wspierającą i ma za zadanie nie tylko poprawić aktualny stan funkcjonowania dziecka, ale często także zapobiegać jego pogorszeniu się<sup>40</sup>.

Dzieci posiadające orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego mogą być objęte wychowaniem przedszkolnym do końca roku szkolnego, w roku kalendarzowym, w którym dziecko kończy 8 lat. O zakwalifikowaniu dziecka do danej grupy przedszkolnej powinien decydować głównie poziom jego funkcjonowania psychofizycznego i społecznego, a nie wiek.

Realizacja treści podstawy programowej w przedszkolu/szkole powinna przebiegać w oparciu o indywidualny program edukacyjny uwzględniający wspólne, skoordynowane i kompleksowe działania nauczycieli i specjalistów pracujących z dzieckiem, które pozwolą

---

40 R. Piotrowicz, *Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka – kompleksowe wsparcie terapeutyczne dziecka i rodziny. Diagnoza a program*, ORE, <https://www.ore.edu.pl/programy-i-projekty-69647/wczesne-wspomaganie-rozwoju-dziecka/materialy-do-pobrania> (dostęp 10.01.2016)

wzmocnić rozwój dziecka, zwiększyć zakres jego wiedzy i umiejętności oraz umożliwić utrwalenie nabytych wiadomości, które stanowią podstawę kształcenia na kolejnych etapach edukacyjnych.

Szczegółowe wytyczne w zakresie organizowania kształcenia specjalnego w przedszkolach, szkołach i placówkach ogólnodostępnych, integracyjnych i specjalnych określają akty prawne:

- Ustawa o Systemie Oświaty. Ustawa z dnia 20 lutego 2015 r. o zmianie ustawy o systemie oświaty oraz niektórych innych ustaw. Dz.U. 2015 poz. 357 (Dz.U. 2015 poz. 357)
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 24 lipca 2015 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym (Dz. U. 2015 poz. 1113)
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 kwietnia 2013 r. w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz.U. 2013 poz. 532)
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 11 października 2013r. w sprawie organizowania wczesnego wspomaganie rozwoju dzieci (Dz. U. 2013r. Poz.1257).

#### **Literatura**

- Affolter F., *Spostrzeganie, rzeczywistość, język*, Warszawa 1997.
- Attwood T, Zespół Aspergera. *Kompletny przewodnik*, Wyd. Harmonia, Gdańsk, 2013.
- Attwood T., *Zespół Aspergera*, Wyd. Zysk i S-ka, Poznań 2006.
- Błęszyński J., *Terapie wspomagające rozwój osób z autyzmem*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków, 2004.
- Charbicka M., *Dziecko z zespołem Aspergera*, Difin, Warszawa, 2015.
- Delacato C.H, *Dziwne, niepojęte. Autystyczne dziecko*, Fundacja „Synapsis”. Warszawa 1995.
- Frith U., *Autyzm. Wyjaśnienie tajemnicy*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2008.
- Gałkowski T, Kossewska J., *Autyzm wyzwaniem naszych czasów*, Kraków 2000.
- Grzywacz K. (tłumaczenie fragmentu) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition DSM V*, American Psychiatric Assotiation, Washington 2013
- Kanner L. *Autistic disturbances of affective contact*. „Acta Paedopsychiatria”. 35 (4),1968.
- Kozdroń A., *Zespół Aspergera. Zrozumieć, aby pomóc*, Difin, 2015.
- Lemańska A., *Model pracy z uczniem z autyzmem* [w:] Podniesienie efektywności kształcenia uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Materiały dla nauczycieli, MEN, 2010,
- Maciarz A., Biadasiewicz M., *Dziecko autystyczne z zespołem Aspergera*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków, 2005.
- Olechnowicz H., *Wokół autyzmu. Fakty, skojarzenia, refleksje*, Warszawa 2003.
- Piotrowicz R., *Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka – kompleksowe wsparcie terapeutyczne dziecka i rodziny. Diagnoza a program*, ORE, 2010
- Pisula E., *Autyzm u dzieci. Diagnoza, klasyfikacja, etiologia*, Warszawa 2000.
- Rynkiewicz A., *Zespół Aspergera. Inny mózg, inny umysł*, Wyd. 1, Wyd. Harmonia Gdańsk, 2009.
- Rynkiewicz A., Kulik M. *Wystandardyzowane, interaktywne narzędzia do diagnozy zaburzeń ze spektrum autyzmu a nowe kryteria diagnostyczne DSM-5*. *Psychiatria*, 2013, 10(2): 41-48.
- Stefańska-Klar R., *Charakterystyka zespołu Aspergera na tle innych zaburzeń autystycznego spektrum*. *Psychologia i rzeczywistość*. Gdańsk 2002.
- Szatmari P., *Uwięziony umysł*, Kraków 2007.



Szczypczyk A., Kossewska J., *Kompleksowe wspomaganie rozwoju uczniów z autyzmem i zaburzeniami pokrewnymi*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków, 2009.  
Święcicka J., *Uczeń z zespołem Aspergera*, Impuls, Kraków 2010  
[http://www.poradnikautystyczny.pl/post/terapie/eeg\\_biofeedback](http://www.poradnikautystyczny.pl/post/terapie/eeg_biofeedback)  
<https://www.ore.edu.pl/programy-i-projekty-69647/wczesne-wspomaganie-rozwoju-dziecka>