

Marta Grzechowiak¹, Janusz Macniak², Janusz Rybakowski¹

Przypadek zespołu Aspergera rozpoznany w wieku dorosłym

A case of Asperger syndrome diagnosed in adult age

¹ Klinika Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Kierownik Kliniki: prof. dr hab. n. med. Janusz Rybakowski

² Prywatna praktyka psychologiczna, Poznań

Correspondence to: Marta Grzechowiak, Klinika Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań, tel.: 061 847 50 87, faks: 061 848 03 92, e-mail: m.grzechowiak@interia.pl

Source of financing: Department own sources

Streszczenie

Pacjent, lat 34, został skierowany do Kliniki Psychiatrii Dorosłych Akademii Medycznej w Poznaniu w celu obserwacji stanu psychicznego. W wieku 6 lat był hospitalizowany z rozpoznaniem depresji reaktywnej. Przez wiele lat był leczony w Poradni Zdrowia Psychicznego, gdzie wysuwano podejrzenie schizofrenii dziecięcej, potem rozpoznano zaburzenia nerwicowe na podłożu zmian mikroorganicznych, następnie neurotyczny rozwój osobowości i związane z tym trudności adaptacyjne zarówno do grupy rówieśniczej, jak i do wymogów szkolnych oraz dysharmonijny rozwój intelektu. Podczas obserwacji na oddziale stwierdzono upośledzenie socjalizacji – nieprawidłowy rozwój interakcji społecznych, trudności w zrozumieniu i stosowaniu reguł interakcji z innymi ludźmi, a także nieprawidłowości w zakresie komunikacji werbalnej i niewerbalnej, wypowiedzi niedostosowane do sytuacji społecznej. Zaobserwowano także wykonywanie czynności rytualnych, jak również upośledzenie sprawności ruchowej i zawężenie zainteresowań. Rozpoznano zespół Aspergera, dzięki czemu pacjent mógł otrzymać status osoby niepełnosprawnej i podjąć odpowiednią pracę.

Słowa kluczowe: zespół Aspergera, autyzm, całościowe zaburzenia rozwojowe, trudności diagnostyczne, komunikacja werbalna i niewerbalna

Summary

Patient aged 34 was referred to the Department of Adult Psychiatry, Poznań University of Medical Sciences, for observation of his psychiatric condition. At the age of 6 he was hospitalized with diagnosis of reactive depression. For many years he has been treated as outpatient with different diagnoses – initially infant schizophrenia was suspected, later the neurotic disorders, connected with microorganic changes, as well as neurotic personality development and difficulties in adaptation to peer group and to school requirements as well as disharmonic intellectual development. When the patient was hospitalized in the ward it was observed: inappropriate development of social interactions, difficulties in understanding and using interaction, rules with other people as well as inappropriate verbal and nonverbal aspects of communication, with expression, irrelevant to the social situation. Ritual actions, backward movements and limited interests were also noticed. The patient was diagnosed with Asperger syndrome. Thanks to that he obtained status of the disabled person and was able to get an appropriate job.

Key words: Asperger syndrome, autism, pervasive developmental disorder, diagnostic difficulties, verbal and nonverbal communication

WSTĘP

Zespół Aspergera (*Asperger syndrome* lub *Asperger's disease*, AS) należy do spektrum całościowych zaburzeń rozwoju. Nazwę zaproponowała w 1981 Lorna Wing⁽¹⁾. Nazwała tak zaburzenie, które sam Hans Asperger⁽²⁾ określał jako „autystyczną psychopatię dzieciństwa”. Asperger wyodrębnił je w oparciu o analizę małej grupy starszych dzieci, które, choć były wychowywane w społecznie stymulujących warunkach, miały problemy w nawiązywaniu relacji społecznych z powodu trudności w odczytywaniu niewerbalnej ekspresji emocji i nieznanomości reguł konwersacji. Jednocześnie przejawiały tendencję do długotrwałego mówienia na temat dziedziny, w której posiadały zaskakująco dużą wiedzę, a która zajmowała większość ich czasu, z uszczerbkiem dla relacji z innymi ludźmi.

Ocena częstości występowania AS w populacji jest trudna ze względu na nieprecyzyjne kryteria jego rozpoznania. Dane z różnych badań podają częstość od 3 do 500 przypadków na 100 000⁽³⁾. Najczęściej przytaczane badania Ehlersa i Gillberga⁽⁴⁾ w Göteborgu wskazują, że 3,6 na 1000 dzieci w wieku 7 do 16 lat spełnia całkowicie kryteria AS, a 7,1 na 1000 spełnia część kryteriów. Z badań wynika, że AS występuje częściej w populacji mężczyzn, np. w cytowanych powyżej badaniach stosunek chłopców do dziewcząt, u których stwierdzono zaburzenie, wynosi 4:1. Wyniki te niektórzy tłumaczą lepszymi, wrodzonymi zdolnościami kobiet do kompensacji deficytów typowych dla AS. W badaniach Ehlersa i Gillberga przy włączeniu przypadków spełniających częściowo kryteria rozpoznania stosunek ten wynosił 2,3:1.

W latach 80. XX wieku badacze i klinicyści niezależnie od siebie próbowali zdefiniować istotę AS i zoperacjonalizować kryteria rozpoznania. Ostatecznie jednak wprowadzono nową jednostkę do klasyfikacji zaburzeń psychicznych ICD-10⁽⁵⁾ w roku 1992 i DSM-IV⁽⁶⁾ w roku 1994. Najczęstsze zastosowanie ma w nich 6 kryteriów zaproponowanych przez Gillberga i wsp.⁽⁷⁾ (1989), jako najbliższych koncepcji Aspergera, takich jak: społeczne uszkodzenie (upośledzenie), wąskie zainteresowania, powtarzające się zachowania, osobliwe cechy mowy i języka, zaburzenia niewerbalnej komunikacji, niezdarność ruchowa.

W klasyfikacji ICD-10 AS jest przypisany do grupy całościowych zaburzeń rozwojowych (jednostki od F84.0 do F84.9). Grupa ta charakteryzuje się występowaniem nieprawidłowych interakcji społecznych, zaburzeniami w komunikacji (werbalnymi i niewerbalnymi aspektami) oraz ograniczonym, nietypowym, stereotypowym repertuarem zachowań i zainteresowań. Zaburzenia te pojawiają się w okresie od niemowlęctwa do 5. r.ż. Często obserwowane są współwystępujące zaburzenia funkcji poznawczych, jednak globalne opóźnienie rozwoju intelektualnego nie jest typowe dla tej grupy i współwystępujące upośledzenie umysłowe rozpoznaje się oddzielnie.

W wielu przypadkach stwierdza się choroby somatyczne (np. zespół kruchego chromosomu X). W ICD-10 zespół Aspergera (obejmujący psychopatię autystyczną i schizoidalne zaburzenie dziecięce) ma kod F84.5.

DSM-IV dla 299.80 – zaburzenia Aspergera (*Asperger's disorder*) – stwierdza się jakościowe uszkodzenie społecznych interakcji (posługiwanie się zachowaniami niewerbalnymi, niepowodzenia w nawiązywaniu relacji społecznych, brak dążenia do dzielenia się z innymi przyjemnościami, zainteresowaniami, osiągnięciami, brak odwzajemnienia społecznego lub emocjonalnego), a także ograniczone, powtarzające się i stereotypowe wzory zachowań, zainteresowań i aktywności. Nie stwierdza się opóźnienia rozwoju mowy lub czynności poznawczych. Zespół Aspergera zwykle rozpoznaje się w okresie dzieciństwa. W niniejszym opracowaniu opisujemy przypadek zespołu Aspergera, w którym ostateczną diagnozę postawiono w trzydziestym czwartym roku życia pacjenta.

OPIS PRZYPADKU

Pacjent M.N. jest dzieckiem z ciąży drugiej. W pierwszym trymestrze ciąży matka przyjmowała antybiotyki z powodu zapalenia zatok, chorowała na odmiedniczkowe zapalenie nerek i niedokrwistość. Poród nastąpił o czasie, odbył się siłami natury, punkcja Apgar wynosiła 10. Po porodzie wystąpiło krwawienie zagrażające życiu matki – prawdopodobnie część łożyska pozostała w jamie macicy. Po urodzeniu pacjent otrzymywał iniekcje preparatów żelaza. Zaczął chodzić około pierwszego roku życia. Mowa pojawiła się wcześniej, jego język od początku był językiem dorosłych, nie było w nim „dziecięcej paplaninki”, brakowało zdrobnień. Lubił analizować język, zastanawiał się nad znaczeniem słów i ich budową, np. „poduszka, bo służy pod uszka”. Rodzice mieli wrażenie, iż wyprzedzał w rozwoju intelektualnym swojego brata, kiedy ten był w jego wieku. W dzieciństwie ssał kciuk, także w nocy, do tego stopnia, że rodzice na noc bandażowali mu rękę. Zawsze pozostawał z boku i choć podejmował próby zabawy z innymi dziećmi, nie był akceptowany, jego zachowanie było sztywne – długo chciał się bawić w jedną zabawę, podczas gdy reszta dzieci już tę zabawę porzucała. Bawił się więc albo sam, albo z bratem i wówczas brat narzucał rodzaj zabawy. Potrafił długo przyglądać się przedmiotom, jego uwagę przykuwały ich szczegóły. Wiele razy chciał na przykład oglądać koło zapasowe do samochodu. Rodzice wyjmowali je dla niego, mimo że zachowanie syna budziło ich zdziwienie. Nigdy nie bawił się w zabawy naśladowujące życie.

Pacjent jako dziecko ładnie rysował. Wygrał konkurs rysunkowy, narysował tłum ludzi. W wieku ośmiu lat kopiował reprodukcję obrazu Matejki, co całkowicie zajmowało w tym czasie jego uwagę. Jako dziecko pisywał książeczki i sam je ilustrował, a także pisał pamiętniki z podróży. Potrafił oddawać się tylko jednej czynności,

dążyć w niej do perfekcji, jednocześnie zaniedbując inne, np. przez jakiś czas popołudniami zajmował się tylko grą w piłkę nożną. W pewnym okresie z kolei codziennie chciał chodzić na dalekie wyprawy i był bardzo niespokojny, kiedy z powodu niesprzyjającej pogody ojciec odmawiał wyjścia na spacer. W innym okresie jeździł z tatą na wycieczki rowerowe, zostawiał rower i biegł na długich dystansach.

Nigdy do nikogo nie zwracał się z problemami. Matka podkreśla, że wszystko trzeba było zgadywać. Nie powiedział, kiedy w szkole kolega nadepnął mu na palec, a fakt, że palec spuchł, wyszedł na jaw, kiedy pacjent nie mógł zapiąć guzików przy ubraniu. Nie informował, kiedy coś go bolało lub dzieci robiły mu złośliwe żarty. W przedszkolu, do którego uczęszczał od 4. do 6. roku życia, był zagubiony i zawsze sam. Onieśmielony podczas przedszkolnych występów, prawie nie zabierał głosu, choć wszystkie wierszyki i piosenki znał na pamięć. W szkole podstawowej pierwszego dnia, podczas uroczystości rozpoczęcia roku szkolnego, dyrektor szkoły zapytał dzieci, czy mają jakieś pytania, pacjent wówczas zgłosił się i zapytał: „A kto tu rządzi? Bo myślałem, że to pan woźny rządzi”. Do czwartej klasy dobrze sobie radził z nauką, potem wymagał niewielkiej pomocy przy odrabianiu lekcji. Bardzo szybko liczył, także w pamięci, szybko zapamiętywał liczby. Pisząc, nie popełniał błędów ortograficznych. Miał ładny charakter pisma do trzeciej klasy, później nie nadążał z notowaniem.

Rodzice wcześniej zauważyli u dziecka trudności w nawiązywaniu kontaktów, ale ich starszy syn również przejawiał takie trudności, dopóki sami nie znaleźli mu kolegi, więc nie przywiązywali do tego wagi. Pacjent w szkole zabiegał o względy innych dzieci, a kiedy one często z niego żartowały, śmiał się z siebie z innymi i ważne było dla niego okazane zainteresowanie. Po zajęciach, gdy brat wracał z pacjentem do domu, ten często zachowywał się niezrozumiale, przykładowo musiał w drodze ze szkoły okrążyć określony samochód, np. żółtą syrenkę. Nie chciał iść dalej, kiedy taką po drodze spotykał. Gdy bratu udawało się go odciągnąć, po kilku metrach wyrwał się, wracał i ją okrążał.

W szkole zawodowej i technikum ogrodniczym średnio radził sobie z przedmiotami zawodowymi, bo nie był sprawny manualnie. Koledzy oszukiwali, nie pracując, a pacjenta wykorzystywali do wykonywania swoich zadań. On nie rozumiał oszukiwania, ale też nigdy na kolegów nie skarżył. Utrzymywał dobry kontakt z członkami przykościelnej grupy oazowej.

Skończył szkołę hotelarstwa i gastronomii, zrobił kurs komputerowy, odbył miesięczną praktykę w warszawskim hotelu, skąd otrzymał bardzo dobrą opinię. Rozpoczął też naukę, żeby zdobyć sprawność opiekuna w domu pomocy społecznej. Najczęściej był zatrudniany na okres próbny, na miesiąc – dwa. Najdłużej, przez rok, pracował w fabryce zniczy i świec, kiedy to miał przyznaną grupę inwalidzką. Jest sprawny i dokładny

w pracy, ale mało samodzielny. Dobrze pracuje, gdy ma jasno określone zadania do wykonania, a nie kiedy sam musi sterować swoją pracą. Odbierany jest przez pracodawców i współpracowników jako powolny, nietypowy i niesamodzielny. Biorąc udział w odchwaszczaniu truskawek, pracował najwolniej ze wszystkich, był przy tym bardzo dokładny i sam usypywał własny stos chwastów, podczas gdy inni rzucali chwasty na wspólną stertę. Odrzucał chwasty rzucone przez innych na swój stos. Opiekował się prywatną posesją, wykonywał sezonowe prace.

Pacjent kilkakrotnie spotkał się z dziewczyną z technikum, ale jej mama przerwała spotkania, bojąc się, by nie stały się zbyt zobowiązujące. Ma jednego kolegę, z którym rzadko się spotyka – grają wówczas w gry komputerowe, rozmawiają. Kontakt z pacjentem jego brat określa jako trochę sztuczny, a rozmowy jako zdawkowe. Twierdzi, że to pacjent dąży do kontaktu z nim. Pacjent bardzo dobrze się czuje w środowisku rodzinnym. W towarzystwie, głównie podczas spotkań rodzinnych, chce brać udział w dyskusjach, długo zastanawia się nad wypowiedzią, a kiedy w końcu zabiera głos, zmienia się już temat rozmowy. Nie wypowiada się podczas wrzawy, czeka na moment ciszy. Chciałby wobec dzieci w rodzinie przyjąć rolę opiekuna, ale łatwo poddaje się dominacji. Woli przebywać w gronie dorosłych.

Pacjent uprawia pływanie, jeździ na rowerze, na nartach. Nie czyta beletrystyki, lubi natomiast książki np. o metalach (potrafił wymieniać gęstości metali; napisał program komputerowy w tym celu). Znał na pamięć także masy planet i ich dokładne odległości.

Ostatnio zajmuje go porównywanie słów w różnych językach. Podczas pobytu na oddziale porównywał język angielski ze szwedzkim. Nie chciał o tym rozmawiać, twierdząc, że chciałby, żeby to zostało jego tajemnicą. Jego pasją jest Szkocja – przetłumaczył książkę o historii Szkocji, porównywał język szkocki z angielskim, notował różnice. Pamięta daty imienin osób z licznej rodziny, zawsze przestrzega, żeby składać im życzenia. Podczas wakacyjnego wyjazdu do Taizé nie nawiązał znajomości z uczestnikami wycieczki. Bywał na obozach rowerowych. Kilka lat należał do Grupy Kręgów Biblijnych – były to spotkania biblijne polegające na analizowaniu fragmentów Pisma Świętego.

Chory jest osobą pedantyczną i dobrze znosi samotność. Gdy rodzice wyjeżdżają, sprząta w domu, robi zakupy, zrywa i zamraża owoce z ogrodu. Celebrytuje święta kościelne. Na przykład w śmigus-dyngus cały dzień był niespokojny, a uspokoił się dopiero, gdy połał wodą ostatnią osobę w rodzinie. Kiedy coś złamie rutynę, pacjent drepcze w miejscu, „zawiesza się” – trzeba nim pokierować (uważa, że w święta śpi się do dziesiątej, więc trudno go było dobudzić na śniadanie wielkanocne). Żarty go nie śmieją – nie zauważa też, gdy ktoś się z niego śmieje. W okresie od 20.06.78 do 31.07.78 r. w wieku 6 lat pacjent przebywał po raz pierwszy w Klinice Psychiatrii

Dzieci i Młodzieży AM w Poznaniu. Rozpoznano u niego depresję reaktywną związaną z wyjazdem ojca za granicę. Pacjent po 4 miesiącach po tym wydarzeniu zaczął rysować go z karabinem, martwego, nie chciał wychodzić z domu, czekał przy telefonie. Z czasem przestał jeść, wstrzymywał mocę i stolec, stał się zahamowany ruchowo. W Klinice, słysząc bajkę o Alicji w Krainie Czarów, pytany, jakiego chciałby syropu czarodziejskiego, odpowiedział: „Takiego, żeby mnie w ogóle nie było”. Wymagał karmienia zgłębnikiem. Rodzice zwrócili po raz pierwszy uwagę lekarzy na zachowania występujące wcześniej i budzące ich obawy. Jak wówczas informowali, ich syn był nadwrażliwy emocjonalnie, nieśmiały, lękliwy, silnie do nich przywiązany, zagubiony w grupie rówieśniczej, czasem agresywny, złośliwy, uparty, niezdiscyplinowany. W wypisie ze szpitala zalecono dalszy kontakt z PZP dla dzieci i młodzieży oraz opiekę psychologa. Pod opieką tą pozostawał w latach 1979-1991. W 1979 roku został przez poradnię wychowawczo-zawodową odroczonego od obowiązku szkolnego. Stwierdzono: „Zahamowanie w rozwoju procesów intelektualnych (...), objawy zaburzeń emocjonalnych ze znaczną przewagą procesów hamowania. Znaczne obniżenie sprawności manualnej w zakresie tempa pracy oraz analizy i syntezy wzrokowej. Znaczne zahamowanie emocjonalne”, a ponadto braki w wiedzy i umiejętnościach wymaganych dla jego wieku. W PZP początkowo prowadzono obserwacje w kierunku schizofrenii dziecięcej, potem rozpoznano zaburzenia nerwicowe na podłożu zmian mikroorganicznych, w końcu neurotyczny rozwój osobowości. W czasie obserwacji i badań, w początkowym okresie (przed pójściem do szkoły) psycholog zwróciła uwagę na trudności w zabawie symbolicznej „opartej na fantazji”. Pacjent wolał zabawy polegające na gromadzeniu, wykazywał przy tym dużą niezgrabność. Poza tym stawał się okresowo ruchowo pobudzony, „przekornie złośliwy” (zarówno w domu, jak i w czasie badań), nie reagował na uwagi psychologa, chętniej odpowiadał prawidłowo na pytania zadawane przez jego ojca niż badającego. Uwagę zwracała słaba ekspresja emocji, brak żywej mimiki, monotony, piskliwy głos i mowa nieco skandowana. W wypowiedziach pojawiały się często tworzone przez niego neologizmy, zadawał nietypowe dla jego wieku pytania: „Co to jest nieskończoność? Co to jest myśl?”. Na zadawane hipotetyczne pytania, „co by było, gdyby...?”, odpowiadał, powtarzając je (echolalia).

W roku 1980 zalecono podjęcie nauki w szkole powszechnej. Stwierdzono postęp w nauce, jednak w dalszym ciągu zauważano: „trudności w przystosowaniu społecznym, skłonność do negatywizmu i złośliwości, lepkość w zainteresowaniach (tj. skłonność do długotrwałego zajmowania się wybraną aktywnością, np. spacerami, podbijaniem w wolnych chwilach przez wiele tygodni piłki)”. Okresowo musiał długo coś trzymać w ręce, trudno mu było siedzieć w jednym miejscu.

Stwierdzono w podsumowaniu „dysharmonię rozwoju, przy względnie dobrze rozwijającej się sferze intelektualnej (w skali Bineta-Termana uzyskał ok. 90 pkt), zaburzenia w sferze emocjonalnej i społecznej oraz ruchowej”. Trudności interpretacyjne sprawiły nietypowe zachowania: echolalia, „lepkość tematyczna”, tworzenie neologizmów.

W 1982 roku matka pacjenta zdecydowała, że nie są już konieczne spotkania u psychologa. Ponownie zgłosiła go do poradni w roku 1987. Powodem były słabe wyniki w nauce. Został powtórnie zbadany. Zwrócono kolejny raz uwagę na „nieadekwatny uśmiech, nierówne tempo pracy, zainteresowanie drugorzędymi szczegółami”. Pacjent chciał zostać pracownikiem MPO, „bo to łatwy zawód”. W PZN, w odpowiedzi na pytania dotyczące konfliktów, antypatii, odpowiadał, że „lubi wszystkich nauczycieli”, nie ma osób, które dokuczalyby mu w klasie, wskazywał na idealne relacje z bratem. W zadaniach sprawdzających wiedzę społeczną udzielał odpowiedzi sugerujących znaczne trudności w rozumieniu intencji i szerszego kontekstu zadawanych pytań. W WAIS uzyskał w skali pełnej 82, w skali słownej 97, w skali bezsłownej 70.

W roku 1989 opisywany chory podjął naukę w zasadniczej szkole ogrodniczej. W wystawionej wówczas przez PZP opinii psychologicznej stwierdzono: „Zaburzenia rozwoju osobowości i z tym związane trudności adaptacyjne zarówno do grupy rówieśniczej, jak i do wymogów szkolnych. Intelpekt dysharmonijny”. Zauważono „wolne tempo procesów psychicznych, łatwe rozpraszanie się uwagi”. II pozostał na tym samym poziomie (=70), profil testu Wechslera dysharmonijny. Stwierdzono zdolność uczenia się i zapamiętywania na poziomie przeciętnym. Bardzo źle radził sobie z przedmiotami zawodowymi, był bardzo powolny i niezgrabny. W teście PZN zdradzał te same problemy, co poprzednio, nie potrafił dostrzec niewyraźnych wprost intencji stojących za pytaniem. Po 2 latach od rozpoczęcia szkoły, na komisji wojskowej zaliczono go do kategorii A3, ze względu na „osobowość nieprawidłową znacznie upośledzającą zdolności adaptacyjne”.

Ponowny kontakt z PZP miał miejsce w roku 1999. Pacjent po ukończeniu szkoły próbował trzykrotnie podejmować pracę, jednak jak stwierdzał, „był zwalniany, bo firma nie miała pieniędzy na utrzymanie pracownika”. Do poradni zgłosił się za namową rodziców, w związku ze staraniami o uzyskanie renty. W badaniu psychologicznym stwierdzono „II w skali pełnej = 93, myślenie na poziomie konkretno-sytuacyjnym, w testach psychoorganicznych – pograniczne normy, w wypowiedziach cechy rezonerstwa”. Po przyznaniu lekkiego stopnia niepełnosprawności na 2 lata, pojawił się w kolejnej PZP z podobnymi oczekiwaniami (dotyczącymi badań w związku ze staraniami się o rentę). W oparciu o dotychczasowe wyniki badań, wywiad od matki pacjenta, obserwację, wysunięto przypuszczenie, że pacjent zdradza objawy

zespołu Aspergera. Został skierowany na obserwację do Kliniki Psychiatrii Dorosłych AM w Poznaniu. Został przyjęty w dniu 20.04.2006 r., nie potrafił określić, dlaczego trafił do szpitala, dlaczego był pod opieką psychologa – nie dostrzegał żadnych problemów w swoim funkcjonowaniu. Chciał być zdiagnozowany, wydawał się być zniecierpliwiony brakiem natychmiastowych badań testami psychologicznymi. Martwił się, że marnuje czas. Podczas rozmowy jego napęd psychoruchowy był wzmożony. Rozglądał się po pomieszczeniu lub nawiązywał zbyt długi kontakt wzrokowy. Odpowiadał w płaszczyźnie pytań, ale udzielenie przez niego odpowiedzi poprzedzone było chwilą ciszy, podczas której kiwał głową. Treści urojeniowych nie wypowiadał, zaburzeniom spostrzegania przeczył. Twierdził, że czuje się dobrze. Podczas pobytu w szpitalu trudno mu było zrozumieć obowiązujące reguły, np. nie wiedział, dlaczego nie może wyjść i wysłać listu od razu po przyjęciu do placówki. Stopniowo przyzwyczajał się do nowych warunków i przyjmował nowe obowiązki. Zamiatał korytarz (z nikim nie chciał się z tym dzielić), pomagał przy roznoszeniu posiłków, sprzątał jadalnię. Sprzedawał dzieła wykonane podczas terapii zajęciowej, udało mu się przez dwie i pół godziny zarobić około 180 złotych. Nie suma była dla niego ważna, ale fakt, że musiał skończyć, nie sprzedał ostatnich 10 słoików. Targował się i po angielsku namawiał do kupna studentów anglojęzycznych.

Pacjent uznał, że na przepustki będzie chodził od soboty po śniadaniu do poniedziałku rano. Na pytanie, czy nie wolałby wyjść już w piątek, odparł: „A pani to by chciała, żeby wszyscy w piątek wychodzili na przepustki?”. Na rozmowę z lekarzem codziennie chodził do ogrodu i zawsze kierował się ku tej samej ławce. Pewnego dnia padał deszcz, został więc zaproszony na rozmowę do jadalni. Szedł niechętnie i nie siadając, zapytał: „A nie idziemy do ogrodu, bo pada, tak?”. Po powrocie z przepustki pacjent został przeniesiony do innej sali. Jednak podczas wizyty lekarskiej najpierw stanął w swojej dawnej sali, a później pojawił się znowu przy łóżku w swojej nowej sali i powiedział: „Ja już właściwie wszystko powiedziałem tam”.

Podczas pobytu na oddziale przez kilka tygodni pacjent przyjmował sertralinę w dawce 50 mg. Nie odczuwał żadnej zmiany swojego samopoczucia, natomiast rodzice zauważyli zmniejszenie niepokoju ruchowego i poprawę codziennego funkcjonowania. Badanie psychologiczne (m.in. WAIS-R, WCST) wykazało deficyty funkcji wykonawczych, wyższe wyniki w skali słownej w stosunku do skali wykonawczej oraz słabsze zdolności psychomotoryczne.

Na konferencji klinicznej prowadzonej przez prof. dr hab. n. med. Janusza Rybakowskiego postawiono u pacjenta rozpoznanie zespołu Aspergera. Pacjent został wypisany z Kliniki w dniu 22.06.06 r. z zaleceniem kontynuacji leczenia w Poradni Zdrowia Psychicznego.

OMÓWIENIE

Powszechnie przyjmuje się za podstawę rozpoznania AS triadę upośledzeń (występującą również w autyzmie): upośledzenie socjalizacji, komunikacji i wyobraźni. Wszystkie te trzy grupy objawów występowały u opisywanego pacjenta:

- Upośledzenie socjalizacji, czyli nieprawidłowy rozwój interakcji społecznych, jest spowodowany trudnościami w uczeniu się, a następnie stosowaniu subtelnych reguł (konwencji) interakcji z innymi ludźmi, jak również w prawidłowym rozumieniu intencji i motywacji zachowań innych, co bywa oceniane jako brak taktu albo naiwność. Pacjent w szkole nie zauważał szyderczego śmiechu rówieśników i śmiał się z siebie razem z nimi. Zadał publicznie dyrektorowi szkoły kłopotliwe pytanie podczas uroczystości rozpoczęcia roku szkolnego, łamiąc społeczne zasady. Nie odczuwa ponadto potrzeby dzielenia się doświadczeniami i informacjami zarówno z dorosłymi, jak i rówieśnikami, co dodatkowo osłabia rozwój więzi z innymi ludźmi – nawet jako dziecko nie mówił rodzicom o opuchniętym palcu, dolegliwościach bólowych, złym samopoczuciu;
- Upośledzenie komunikacji dotyczy nieprawidłowości aspektów werbalnych i niewerbalnych, prozodii mowy oraz stosowania reguł syntaktycznych, semantycznych, pragmatycznych. Osoby z AS cechuje specyficzna prozodia – intonacja, akcentowanie, rytm (np. skandowanie), nieprawidłowe pod względem gramatycznym budowanie zdań, nietrafne używanie słów, neologizmy, wypowiedzi niedostosowane do sytuacji społecznej. Pacjent zwracał się do lekarza po imieniu, niekiedy nawiązuje uporczywy kontakt wzrokowy, a czasami nie patrzy na rozmówcę i rozgląda się, jego napęd jest wzmożony, wykazuje niepokój manipulacyjny. Jego mowa jest monotonna, nie ulega modulacji. Nie reaguje na niewerbalne oznaki zakończenia rozmowy;
- Wąskie zainteresowania – jako dziecko pacjent dokładnie kopiował obraz Matejki, później uczył się gęstości metali z układu okresowego pierwiastków, odległości i mas planet, obecnie zajmuje się porównywaniem słów w różnych językach.

Cechami dodatkowymi są powtarzające się zachowania, np. wykonywanie pewnych rytualnych czynności, a także wykonywanie czynności codziennych w ten sam sposób oraz niezdarność ruchowa. Pacjent jako dziecko musiał okrążyć wybraną markę samochodu w drodze ze szkoły, musiał być czesany grzebieniem przed snem, kultywuje tradycje związane z określonymi świętami, na przykład wszyscy w rodzinie musieli zostać obłani przez niego wodą w śmigus-dyngus, niezależnie od okoliczności w święta wstaje z łóżka później.

Podsumowując, rozpoznanie zespołu Aspergera ustalono u pacjenta w trzydziestym czwartym roku życia. Po-

przednio wysuwano podejrzenie schizofrenii dziecięcej, rozpoznano zaburzenia nerwicowe na podłożu zmian mikroorganicznych, w końcu neurotyczny rozwój osobowości i związane z tym trudności adaptacyjne zarówno do grupy rówieśniczej, jak i do wymogów szkolnych oraz dysharmonijny rozwój intelektu. Pacjent nie potrafił utrzymać dłużej żadnej pracy. Po pobycie w Klinice otrzymał rentę, a komisja do spraw orzekania o niepełnosprawności przyznała mu status osoby niepełnosprawnej, dzięki czemu udało mu się podjąć odpowiednią pracę.

PIŚMIENNICTWO:

BIBLIOGRAPHY:

1. Wing L.: Asperger's syndrome: a clinical account. *Psych. Med.* 1981; 11: 115-130.
2. Asperger H.: *Die Autistischen Psychopathen im Kindesalter*, 1944.
3. Fombonne E., Tidmarsh L.: Epidemiologic data on Asperger disorder. *Child Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.* 2003; 12: 15-21.
4. Ehlers S., Gillberg C.: The epidemiology of Asperger syndrome. A total population study. *Child Psychol. Psychiatr.* 1993; 34: 1327-1350.
5. ICD-10: *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision*.
6. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition, text revision*, American Psychiatric Association. Washington D.C. 1994.
7. Gillberg I.C., Gillberg C.: Asperger syndrome – some epidemiological considerations: a research note. *J. Child Psychol. Psychiatr.* 1989; 30: 631-638.

Szanowni Prenumeratorzy!

Uprzejmie przypominamy, że zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dn. 2 października 2004 roku w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów prenumerata czasopisma „PSYCHIATRIA I PSYCHOLOGIA KLINICZNA” – indeksowanego w Index Copernicus – umożliwi doliczenie 5 punktów edukacyjnych do ewidencji doskonalenia zawodowego.

Podstawą weryfikacji jest dowód opłacenia prenumeraty
lub zaświadczenie wydane przez Wydawcę.