

Odmienności terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu osób z zespołem Aspergera

Differences of cognitive-behavioural therapy in treatment of Asperger's syndrome

¹ Oddział Psychiatrii Wiekowej SPDSK w Warszawie

² Klinika Psychiatrii Wiekowej WUM. Kierownik Kliniki: prof. dr hab. n. med. Tomasz Wolańczyk

Correspondence to: Dr n. med. Anita Bryńska, ul. Marszałkowska 24, 00-576 Warszawa, tel.: 22 621 16 45, e-mail: abrynska@interia.pl

Source of financing: Department own sources

Streszczenie

Spektrum zaburzeń autystycznych to grupa zaburzeń neurorozwojowych charakteryzujących się deficytami w zakresie funkcjonowania społecznego, komunikacji oraz powtarzalnymi wzorcami zachowań. W obrazie klinicznym zespołu Aspergera, oprócz trudności dotyczących funkcjonowania społecznego, dominują deficyty językowe przede wszystkim w zakresie pragmatyki, czyli używania języka w kontekście społecznym, semantyki, czyli rozpoznawania różnych znaczeń tego samego słowa, oraz prozodii, czyli rytmu, intonacji i modulacji mowy. Zaburzenia funkcji poznawczych leżące u podłoża objawów, zwłaszcza w zakresie „teorii umysłu”, pozwalają łatwiej zrozumieć naturę charakterystycznych trudności i deficytów. Decydują one o specyfice pracy terapeutycznej z pacjentem z zespołem Aspergera, ale również stanowią o jej trudności, choć z drugiej strony będą jednym z głównych celów oddziaływań terapii. Terapia poznawczo-behawioralna ukierunkowana jest na zmianę dysfunkcyjnego sposobu myślenia będącego wynikiem zniekształceń poznawczych, błędnych przekonań lub deficytów poznawczych. W przypadku osób z zespołem Aspergera istnieje konieczność modyfikacji i dostosowania technik terapeutycznych do specyficznego profilu poznawczego tej grupy pacjentów. Podstawowe obszary oddziaływań terapii poznawczo-behawioralnej w zespole Aspergera to deficyty w zakresie relacji społecznych i rozpoznawania emocji oraz ich konsekwencje. Negatywne emocje przeżywane w obliczu braku rozumienia tego, co się dzieje w otoczeniu, i poczucia bycia nierozumianym często manifestują się zachowaniami impulsywnymi i agresywnymi. Na podejmowane decyzje terapeutyczne wpływa również obecność dodatkowych rozpoznań, takich jak zespół nadpobudliwości psychoruchowej, zaburzenia lękowe, zaburzenia depresyjne, zaburzenia zachowania czy też zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne.

Słowa kluczowe: zespół Aspergera, psychoterapia, terapia poznawczo-behawioralna, umiejętności społeczne, edukacja emocjonalna

Summary

Autism spectrum disorder is a group of neurodevelopmental disorders characterized by communication and social impairments, and repetitive patterns of behaviours. In Asperger's syndrome (AS) in addition to difficulties related to social functioning, observed language abnormalities include: pragmatics (the application of language in social context), semantics (the meaning of what is being said) and prosody (rhythm, intonation and modulation of speech). Cognitive dysfunctions underlying the symptoms, especially in the "theory of mind", make it easier to understand the nature of specific problems and deficits. They determine the specificity of therapeutic work with patients with AS, but also exhibit its difficulties, although on the other hand they will constitute one of the main goals of the treatment effects. The cognitive and behavioural therapy is aimed towards the modification of dysfunctional thinking style resulting from cognitive distortions, false beliefs or cognitive deficits. In persons with Asperger's syndrome there is a need for modification and adjustment of therapeutic techniques to the specific cognitive profile of this group of patients. The main scope of CBT intervention in AS includes deficits in social relations, recognizing emotions and their consequences. Negative emotions experienced as a result of the lack of understanding of interactions within the environment and the lack of being understood often manifest themselves in the form of impulsive and aggressive behaviours. Therapeutic decisions are also influenced by the presence of additional diagnoses, such as ADHD, anxiety disorders, depressive disorders, conduct disorders or obsessive-compulsive disorders.

Key words: Asperger's syndrome, psychotherapy, cognitive-behavioural therapy, social skills, emotional education

WPROWADZENIE

Do podstawowych pytań dotyczących prowadzenia psychoterapii wśród osób z zespołem Aspergera (ZA) należy przede wszystkim pytanie o możliwość i sens stosowania takiej metody leczenia oraz pytanie dotyczące konieczności dostosowania technik terapeutycznych do profilu poznawczego tej grupy pacjentów. Odmienność rozumienia i postrzegania sytuacji społecznych, deficyty w zakresie komunikacji werbalnej i niewerbalnej, sztywne i stereotypowe wzorce zachowań to specyficzne problemy, które będą zmieniały i modyfikowały prowadzone leczenie psychoterapeutyczne. Wśród trudności dotyczących funkcjonowania społecznego osób z ZA podkreślane są zwłaszcza: nieumiejętność lub brak potrzeby nawiązywania kontaktu, brak umiejętności interpretacji zachowań innych osób, nieadekwatne zachowania społeczne i reakcje emocjonalne⁽¹⁻⁵⁾. Niewątpliwie odmienna ekspresja własnych emocji i trudności w rozumieniu ekspresji emocjonalnej innych ludzi, brak modulacji zachowania w odpowiedzi na kontekst sytuacyjny, ograniczona zdolność do wzajemności, nieświadomość istnienia niepisanych reguł dotyczących zachowań lub odwrotnie – sztywne ich stosowanie bez uwzględnienia reakcji otoczenia będą czynnikami istotnie wpływającymi także na jakość kontaktu terapeutycznego. Zachowanie pacjenta może być odbierane jako ekscentryczne, dziwaczne, nieadekwatne lub nawet niegrzeczne. Problemem utrudniającym prowadzenie rozmowy, także w gabinecie, może okazać się zbyt słaba intensywność lub brak kontaktu wzrokowego, który jest ważnym elementem podkreślającym znaczenie poszczególnych fragmentów rozmowy oraz odgrywa istotną rolę w procesie interpretowania reakcji i intencji rozmówcy. Deficyty komunikacyjne osób z ZA dotyczą przede wszystkim pragmatyki, czyli używania języka w kontekście społecznym, semantyki, czyli rozpoznawania różnych znaczeń tego samego słowa, oraz prozodii, czyli niezwyklej melodii, intonacji i modulacji mowy^(1,2,5,6). Jak się wydaje, trudności w tym zakresie, a zwłaszcza problemy w dopasowaniu formy wypowiedzi do kontekstu, trudności w stosowaniu mowy potocznej i idiomatycznej, zaburzenia rozumienia różnic w znaczeniu słów, brak rozumienia żartów, przysłów, ironii, literalne rozumienie metafor i mowy jako takiej oraz tendencja do monologowania będą czynnikami najistotniej wpływającymi na przebieg procesu terapeutycznego i nakładającymi na terapeutę konieczność zmodyfikowania własnych sposobów komunikowania się i stylu pracy. Na podejmowane decyzje terapeutyczne będzie również wpływać obecność dodatkowych objawów i rozpoznań, takich jak objawy zespołu nadpobudliwości psychoruchowej (ADHD), zaburzenia lękowe, zaburzenia depresyjne, zaburzenia zachowania czy też zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne^(7,8). Zaburzenia funkcji poznawczych leżące u podłoża objawów pozwalają łatwiej zrozumieć naturę charakterystycznych trudności i deficytów. Objawy kliniczne obserwowane

u osób z ZA są konsekwencją między innymi zaburzeń w zakresie „teorii umysłu” (ToM)^(9,10). Uważa się, że umiejętność odczytywania ludzkich intencji oraz znaczenia mowy jest podstawą komunikacji i możliwości adekwatnego uczestnictwa w naprzemiennych interakcjach społecznych. Deficyty w tym obszarze będą decydowały o specyfice pracy terapeutycznej z pacjentem z ZA i w dużej mierze stanowiły o jej trudności, choć z drugiej strony będą jednym z głównych celów oddziaływań terapii (dążenie do poprawy w zakresie uświadamiania sobie intencji rozmówcy, przewidywania jego zachowań, umiejętności negocjacji, podmiotowego traktowania innych, rozumienia myśli i uczuć innych ludzi, elastyczności myślenia i zachowania). Z kolei zaburzenia funkcji wykonawczych, czyli zdolności umożliwiających niezależne i celowe działanie wyrażające się poprzez planowanie, podejmowanie aktywności ukierunkowanej na cel, odporność na dystraktory, utrzymywanie odpowiedniego poziomu pobudzenia poznawczego i koncentracji na zadaniu, monitorowanie wykonywanych zadań, wykorzystywanie informacji zwrotnych, będą przede wszystkim narzucały na terapeutę konieczność zmodyfikowania sposobu pracy, np. w zakresie czasu trwania sesji terapeutycznych czy też rodzaju i formy proponowanych ćwiczeń. Podobną rolę będą odgrywały deficyty w zakresie centralnej koherencji (zdolność do odczytywania informacji w określonym kontekście, przetwarzania ich jako całości), decydujące w dużej mierze o trudnościach w rozpoznawaniu znaczenia słów w zależności od kontekstu oraz interpretacji bodźców w sztywne i konkretny sposób⁽¹¹⁾.

Terapia poznawczo-behawioralna ukierunkowana jest na zmianę dysfunkcyjnego sposobu myślenia będącego wynikiem zniekształceń poznawczych, błędnych przekonań czy też deficytów poznawczych, które mogą być także konsekwencją braku dojrzałości lub problemów powiązanych ze zmianami w obrębie OUN. Mogłaby być zatem z powodzeniem stosowana w przypadku pacjentów z ZA, u których występują opisane powyżej dysfunkcje. Z drugiej strony powikłania ZA, zazwyczaj rozumiane jako wynik uświadomienia sobie przez pacjenta problemów w zakresie kontaktów społecznych lub będące konsekwencją trudności w zakresie rozpoznawania własnych emocji, mogą być również leczone przy użyciu procedur poznawczo-behawioralnych⁽¹²⁾.

OBSZARY ODDZIAŁYWAŃ TERAPII POZNAWCZO-BEHAWIORALNEJ W ZA

Wśród głównych obszarów oddziaływań terapii poznawczo-behawioralnej w grupach osób z ZA można przede wszystkim wymienić deficyty w zakresie relacji społecznych i rozpoznawania emocji oraz konsekwencje tych deficytów, manifestujące się zachowaniami impulsywnymi, agresywnymi czy też przyjmujące postać zespołów lękowych lub depresyjnych⁽¹²⁻¹⁵⁾.

Ze względu na niskie umiejętności społeczne osób z ZA istnieje konieczność tworzenia procedur ukierunkowanych na ich poprawę. Istniejące programy koncentrują się głównie na zapoznawaniu pacjenta ze strategiami usprawniającymi rozmowę i interakcje społeczne oraz na nauce kompromisu i współpracy^(15,16). Edukacja w zakresie myślenia społecznego obejmuje naukę zasad rządzących relacjami oraz związanych z zawieraniem znajomości i ich podtrzymywaniem, a także poznawanie sposobów rozwiązywania konfliktów. Jednym z takich programów są stworzone przez Gray *social stories*⁽¹⁷⁾. W założeniach mają one rozwijać umiejętność rozumienia i adekwatnego reagowania w określonych sytuacjach. Techniki te polegają głównie na tworzeniu historii opisujących sytuacje społeczne oraz podaniu właściwego sposobu zachowania się w nich. Uczenie się zachowań następuje w wyniku dokładnej analizy poznawczej poszczególnych sytuacji. Istotną rolę w poprawie funkcjonowania społecznego dzieci z ZA może również odgrywać modelowanie prawidłowych sposobów zachowania i reagowania przez rodziców, opiekunów, nauczycieli (np. podczas zabaw), wyjaśnianie reguł i zasad zachowania. Polecanymi technikami są również: stopniowe zachęcanie dziecka do kontaktu z rówieśnikami, stawianie zadań o rosnącym stopniu trudności w zakresie nawiązywania i podtrzymywania kontaktu oraz praca nad pokonywaniem zaistniałych trudności⁽¹⁸⁾. Istnieją również badania potwierdzające skuteczność klasycznego treningu umiejętności społecznych w grupach młodzieży z ZA^(15,16).

Użyteczną metodą pracy, odnoszącą się wprost do charakterystycznych dla ZA deficytów, jest edukacja emocjonalna, zaczerpnięta z klasycznej terapii poznawczo-behawioralnej. Procedura ta jest ukierunkowana na zapoznawanie pacjenta ze źródłami emocji i sposobami ich wyrażania, naukę ich rozpoznawania, poznanie roli emocji w przeżywaniu człowieka, jak również w interakcjach społecznych, poznanie emocji akceptowalnych społecznie⁽¹⁹⁾. W przypadku osób z ZA, zazwyczaj dość dychotomicznie postrzegających i definiujących własne doznania, szczególnie ważne jest uzmysłowienie pacjentowi, że intensywność wyrażania i przeżywania stanów emocjonalnych tworzy pewne indywidualne continuum. Istotnym zatem momentem jest nauka rozpoznawania stopnia nasilenia emocji własnych oraz innych osób, jak również poznanie sygnałów wskazujących na wzrost pobudzenia emocjonalnego (sygnały fizjologiczne, poznawcze, behawioralne). Kolejnym etapem jest ćwiczenie adekwatnych sposobów reagowania na te sygnały, jak również na przeżywane stany emocjonalne. Pomocne jest konstruowanie „przyrządów” i skal do pomiaru emocji (np. „termometr emocji”), w których pacjent przyporządkowuje poszczególnym wartościom liczbowym np. fotografie twarzy wyrażające jeden rodzaj uczuć lub przypisuje zilustrowane, np. fragmentami filmów, wyrażenia, ton głosu czy też mowę ciała. Nauka rozpoznawania poszczególnych emocji i ich ekspresji opiera się w dużej mierze na próbach kojarzenia emocji z prezentowanymi ilu-

stracjami twarzy, nadawaniu własnej twarzy adekwatnego wyrazu, odgrywaniu zachowań przypisanych konkretnym emocjom czy też modelowaniu przez terapeutę ekspresji emocjonalnej^(12,18). Prowadzona jest również nauka kojarzenia wpływu wydarzeń, wypowiedzi, zachowań innych osób na przeżywane stany emocjonalne oraz kojarzenia własnych zachowań z emocjami wywoływanymi u innych osób⁽¹²⁾. Program edukacyjny skupia się zarówno na emocjach negatywnych, jak i pozytywnych. Ważne jest również poznanie specyficznych określeń, których pacjent używa do opisu doświadczanych stanów emocjonalnych, oraz tego, jak interpretuje określenia używane przez inne osoby (np. skrajne wypowiedzi w rodzaju „nienawidzę go” dla wyrażenia umiarkowanego nasilenia emocji) i dążenie do kształtowania bardziej adekwatnej i elastycznej ekspresji emocjonalnej na poziomie werbalnym.

Deficyty poznawcze występujące w ZA powodują kształtowanie się u osób dotkniętych tym zaburzeniem nieprawidłowego obrazu własnego ja. Trudności w zakresie rozumienia mechanizmów własnych zachowań czy też nieadaptacyjne sposoby radzenia sobie z problemami z jednej strony prowadzą do zaniżonej samooceny, obwiniania się za przeżywane niepowodzenia, z drugiej mogą skutkować zniekształconymi przekonaniem na temat wrogich intencji innych ludzi czy też kształtować przekonania wielkościowe. Modyfikacja obrazu własnej osoby jest zatem ważnym obszarem oddziaływań terapeutycznych mających na celu wspieranie pozytywnego i realistycznego obrazu siebie. Istotnym elementem takiego postępowania jest psychoedukacja, dostosowana do wieku i możliwości poznawczych pacjenta, polegająca głównie na przekazywaniu wiedzy na temat zaburzenia, jego objawów i ich podłoża, wynikających z nich trudności, ale także na wskazywaniu na umiejętności i predyspozycje występujące u osób z ZA⁽²⁰⁾. W przypadku dorosłych osób wykorzystywane techniki opierają się na teorii Konstruktu Osobistego Kelly'ego⁽²¹⁾, a ich celem jest poprawa wglądu w rozumienie własnych problemów i ograniczeń, lepsze rozumienie zachowań i motywacji innych ludzi, określenie rodzaju i zakresu koniecznych zmian. W przypadku niskiej samooceny przydatne jest kształtowanie pozytywnej mowy wewnętrznej i samoinstruowania (np. „dobrze sobie radzę”, „potrafię być spokojny”) oraz samowzmocnienia w postaci udzielania sobie pochwał^(12,18).

Innym obszarem interwencji są zachowania impulsywne oraz niekontrolowane wybuchy złości, występujące u osób z ZA najczęściej jako wynik przeżywanej frustracji w obliczu poczucia nieradzenia sobie w sytuacjach społecznych. Celem stosowanych procedur jest uczenie zapobiegania ww. zachowaniom oraz radzenia sobie w sytuacji napadu złości^(12,22). Ważne jest zapoznanie opiekunów z analizą poszczególnych faz „wybuchu”: 1. sygnały zapowiadające wybuch, 2. wybuch, 3. konsekwencje. Techniki ukierunkowane na fazę pierwszą polegają przede wszystkim na ograniczaniu ilości bodźców stymulujących napad zło-

ści i koncentrują się między innymi na opracowaniu schematu codziennych aktywności zapewniających poczucie bezpieczeństwa, przekierowaniu uwagi na zadania mniej stresujące, zauważaniu trudności i sukcesów, udzielaniu wsparcia w obliczu przeżywanego problemu, stwarzaniu możliwości swobodnego wypowiedzenia się na tematy będące źródłem negatywnych emocji, nauce rozpoznawania poprzedzających „wybuch” sygnałów płynących z ciała lub otoczenia, opracowaniu niewerbalnych znaków, którymi pacjent sygnalizuje zbliżający się napad złości. W fazie drugiej nacisk jest kładziony przede wszystkim na zapewnienie bezpieczeństwa zarówno samemu dziecku, jak i osobom z otoczenia. W fazie trzeciej ważne jest omówienie przebiegu zdarzeń w sposób przystępny dla osoby z ZA (która może zaprzeczać faktom), wyciągnięcie zaplanowanych konsekwencji (np. naturalnych – przeproszenie, posprzątanie), co ma uczyć, jakie emocje wzbudza w obserwatorach wybuch, ale także zapobiegać jego wzmacnianiu.

Inna strategia stosowana w zapobieganiu „wybuchom” impulsywnym koncentruje się na analizie sekwencji: zdefiniowanie sytuacji problemowej – rozważenie możliwych rozwiązań – analiza konsekwencji wyboru – wybór rozwiązania – sporządzenie planu wdrożenia rozwiązania – symulacja wykonania (ćwiczenie z odgrywaniem ról). Strategia ta ma pomóc pacjentowi w zrozumieniu własnego wpływu na konkretną sytuację społeczną w zależności od podejmowanych decyzji. Zbliżoną strategią jest metoda „zatrzymaj się – zaobserwuj – zastanów się – działaj”, dzięki której uczy się identyfikowania i opisywania sytuacji, jej szczegółów, przebiegu i miejsca zdarzenia, planowania przebiegu sytuacji, np. sposobów rozpoczynania i kończenia rozmowy, odgrywania ról zgodnie z wymyślonymi strategiami. W pracy nad zachowaniami impulsywnymi podkreślana jest również rola metod zwiększających społeczne rozumienie sytuacji, gdyż uważa się, że deficyty w tym zakresie są jedną z głównych przyczyn zachowań agresywnych u osób z ZA.

Procedurą, która również znajduje zastosowanie w przypadku osób z ZA, jest relaksacja. Dzięki niej pacjenci mogą nauczyć się lepszego panowania nad niepokojem i przeżywanym stresem, zwłaszcza towarzyszącym podejmowanym kontaktom społecznym lub też niezapowiedzianym zmianom w zakresie codziennych aktywności. Z jednej strony pacjent wyposażony jest w umiejętność stosowania tej techniki i wykorzystywania konkretnych sygnałów do jej rozpoczęcia, z drugiej zaś sygnałów przypominających o sytuacji, w której czuł się odprężony⁽²²⁾.

PRZEFORMUŁOWANIE POZNAWCZE U OSÓB Z ZESPOŁEM ASPERGERA

Jak wiadomo, celem przeformułowania poznawczego dokonującego się w trakcie terapii poznawczej jest podważenie dotychczasowego sposobu myślenia i zmiana dys-

funkcjonalnych przekonań dotyczących siebie, innych ludzi oraz świata. Dokonująca się zmiana modyfikuje przeżywane emocje i pozwala na uzyskanie poznawczej kontroli nad nimi. Osoby z ZA ze względu na sztywność i schematyczność myślenia zazwyczaj bezkrytycznie przyjmują błędne założenia dotyczące własnych motywacji, skutków działania oraz intencji, mają trudność w ocenie kontekstu, uwzględnieniu alternatywnych interpretacji wydarzeń, nabieraniu dystansu. Rozważanie dowodów potwierdzających i przeczących zasadności prezentowanych przekonań może pomóc pacjentowi w ustaleniu myśli, wiedzy i intencji innych osób, umożliwić poznanie własnych interpretacji myśli, zachowań i emocji w różnych sytuacjach społecznych oraz nauczyć, jaki wpływ na myśli i emocje miałyby prezentowane zmodyfikowane zachowania. Jak się wydaje, jest to metoda, która ma szansę wpłynąć na zwiększenie wiedzy osób z ZA na temat „stanu umysłu” własnego oraz innych osób. W celu zwiększenia skuteczności oddziaływań zalecane jest wykorzystywanie w przypadku tej grupy pacjentów techniki komiksu⁽¹⁸⁾, polegającej na rysowaniu historyjek obrazkowych i wpisywaniu do „dymków” hipotetycznych wypowiedzi i myśli postaci.

Inną przydatną metodą pracy jest trening reatrybucyjny. Osoby z ZA w sytuacjach konfliktowych zazwyczaj nadmiernie obarczają się odpowiedzialnością za określone zdarzenia lub też przeciwnie – obarczają winą wyłącznie innych i nie biorą pod uwagę własnego udziału. Jest to spowodowane w dużej mierze ukształtowaniem się dysfunkcjonalnych przekonań, głównie w obszarach powiązanych z samooceną: pacjent prezentuje postawę wyższościową, gdzie najczęściej towarzyszącą mu emocją jest złość kierowana na inne osoby, lub też bardzo nisko postrzega swoje kompetencje, co wiąże się z braniem prawie wyłącznie osobistej odpowiedzialności za zaistniałą sytuację. Trening reatrybucyjny obejmuje ustalenie faktycznego przebiegu wydarzeń, wkładu poszczególnych osób oraz określenie, jak pacjent może zmienić swoje spostrzeżenia i przyjętą rolę. Ważne jest także podkreślenie znaczenia informowania o własnych przeżyciach.

PODSUMOWANIE

Zmiana w zakresie kontroli własnych zachowań oraz emocji na poziomie intelektualnym w procesie terapii zwykle nie jest wystarczająca. Szczególnie w przypadku osób z ZA konieczne jest żmudne ćwiczenie zdobytych umiejętności. W tej grupie pacjentów można oczekiwać pojawienia się problemów dotyczących relacji terapeutycznej. Zazwyczaj osoby z ZA potrzebują więcej czasu na dokonanie poznawczego przeformułowania własnych poglądów i interpretacji, wymagają bardzo ustrukturyzowanego podejścia oraz pracy nad ściśle doprecyzowanymi i konkretnymi celami, z krótszymi, ale częstszymi sesjami terapeutycznymi (np. sesje trwające około 15-20 minut). Zalecane jest sporządzanie krótkich notatek podsumowujących poruszane

na sesji zagadnienia, stosowanie jak największej ilości pomocy wizualnych, wielokrotne ćwiczenie nowych umiejętności. Terapeuta powinien utrzymywać regularny kontakt z bliskimi pacjenta w celu monitorowania przebiegu pracy i jej efektów. W końcowym etapie należy dokonać wspólnego podsumowania i oceny efektywności terapii, doprecyzować, w jakich obszarach okazała się ona skuteczna w odniesieniu do konkretnego pacjenta.

PIŚMIENNICTWO: BIBLIOGRAPHY:

1. Firth U.: Social communication and its disorder in autism and Asperger syndrome. *J. Psychopharmacol.* 1996; 10: 48-53.
2. Szatmari P., Bremner R., Nagy J.N.: Asperger syndrome: a review of clinical features. *Can. J. Psychiatry* 1989; 34: 554-560.
3. Wing L.: Manifestations of social problems. W: Schopler E., Mesibov G.B. (red.): *High-Functioning Individuals with Autism*. Plenum Press, New York 1992.
4. Eisenmajer R., Prior M., Leekman S. i wsp.: Comparison of clinical symptoms in autism and Asperger's disorder. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1996; 35: 1523-1531.
5. Gillberg C.: Asperger syndrome in 23 Swedish children. *Dev. Med. Child Neurol.* 1989; 31: 520-531.
6. Tantam D., Holmes D., Cordess C.: Non-verbal expression in autism of Asperger's type. *J. Autism Develop Disorder* 1993; 23: 111-113.
7. Kim J.A., Szatmari P., Bryson S.E. i wsp.: The prevalence of anxiety and mood problems among children with autism and Asperger disorder. *Autism* 2000; 4: 117-132.
8. Ghaziuddin M., Weider-Mikhail E., Ghaziuddin N.: Comorbidity of Asperger syndrome: a preliminary report. *J. Intell. Dis. Research* 1998; 42: 279-283.
9. Baron-Cohen S.: *Mindblindness: An Essay on Autism and Theory of Mind*. MIT Press, Cambridge, MA 1995.
10. Bowler D.M.: "Theory of Mind" in Asperger's syndrome. *J. Child Psychol. Psychiatry* 1992; 33: 877-893.
11. Tantam D.: Psychological disorder in adolescents and adults with Asperger syndrome. *Autism* 2000; 4: 47-62.
12. Hare D.J., Paine C.: Developing cognitive behavioural treatments for people with Asperger's syndrome. *Clinical Psychology Forum* 1997; 110: 5-8.
13. Ozonoff S., Miller J.: Teaching theory of mind: A new approach to social skills training for individuals with autism. *J. Autism Dev. Disord.* 1995; 25: 415-433.
14. Sofronoff K., Attwood T., Hinton S.: A randomized controlled trial of a CBT intervention for anxiety in children with Asperger syndrome. *J. Child Psychol. Psychiatry* 2005; 46: 1152-1160.
15. Mesibov G.B.: Social skills training with verbal autistic adolescents and adults: a program model. *J. Autism Dev. Disord.* 1984; 14: 395-404.
16. Williams T.A.: Social skills group for autistic children. *J. Autism Dev. Disord.* 1989; 19: 143-155.
17. Gray C.: Social stories and comic strip conversations with students with Asperger syndrome and high-functioning autism. W: Schopler E., Mesibov G., Kuncie L.J. (red.): *Asperger's Syndrome or High Functioning Autism?* Plenum Press, New York 1998.
18. Attwood T.: Frameworks for behavioural interventions. W: Klin A., Volkmar F. (red.): *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America. Asperger Syndrome*. Elsevier Science, Philadelphia 2003: 65-86.
19. Silver M., Oakes P.: Evaluation of a new computer intervention to teach people with autism or Asperger syndrome to recognize and predict emotions in others. *Autism* 2001; 5: 299-316.
20. Hare D.J., Jones J., Paine C.: Approaching reality: the use of personal construct assessment in working with people with Asperger Syndrome. *Autism* 1999; 3: 165-176.
21. Kelly G.A.: *The Psychology of Personal Constructs*. Norton Co, New York 1955.
22. Myles B.S.: Behavioral forms of stress management for individuals with Asperger syndrome. *Child Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.* 2003; 12: 123-141.

Informacja dla Autorów!

Chcąc zapewnić naszemu czasopismu „*Psychiatria i Psychologia Kliniczna*” wyższą indeksację MNiSW i Index Copernicus, zwracamy się do Autorów o dopełnienie poniższych warunków podczas przygotowywania pracy do publikacji:

– Praca powinna być poprzedzona streszczeniem zawierającym **od 200 do 250 słów**.

Streszczeniu pracy oryginalnej należy nadać budowę strukturalną:
wstęp, materiał i metoda, wyniki, wnioski.

– Liczba **słów kluczowych** nie może być mniejsza niż 5.
Słowa kluczowe nie powinny być powtórzeniem tytułu.
Najlepiej stosować słowa kluczowe z katalogu MeSH.

– **Praca oryginalna** winna zawierać elementy:
wstęp, materiał i metoda, wyniki, omówienie, wnioski, piśmiennictwo.

– **Piśmiennictwo** należy ułożyć w kolejności cytowania.

Pełny Regulamin ogłaszania prac znajduje się na stronie 6.