

Beck Oliwia, Łakomski Mateusz, Radziwińska Agnieszka, Weber-Rajek Magdalena, Żukow Walery. Zespół Aspergera = Asperger syndrome. *Journal of Education, Health and Sport*. 2016;6(7):652-663. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.151590>  
<http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/3866>  
<https://pbn.nauka.gov.pl/sedno-webapp/works/748229>

The journal has had 7 points in Ministry of Science and Higher Education parametric evaluation. Part B item 755 (23.12.2015).  
755 Journal of Education, Health and Sport eISSN 2391-8306 7

© The Author (s) 2016;

This article is published with open access at Licensee Open Journal Systems of Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz, Poland

Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.

Received: 02.07.2016. Revised 25.07.2016. Accepted: 28.07.2016.

## Zespół Aspergera

### Asperger syndrome

Oliwia Beck<sup>1,2</sup>, Mateusz Łakomski<sup>1</sup>, Agnieszka Radziwińska<sup>3</sup>, Magdalena Weber-Rajek<sup>3</sup>,  
Walery Żukow<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Katedra i Klinika Geriatrii, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

<sup>2</sup>Katedra Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy UMK w Toruniu

<sup>3</sup>Katedra Fizjoterapii, Zakład Podstaw Fizjoterapii, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

<sup>4</sup>Uniwersytet Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz

**Słowa kluczowe: zespół Aspergera**

**Key words: Asperger syndrome**

#### Abstrakt

Zespół Aspergera - jedno z pięciu ogólnych zaburzeń rozwoju charakteryzujące się poważnymi trudnościami w kontaktach społecznych i ograniczonym, stereotypowym, powtarzającym się repertuarem zainteresowań i aktywności. Autyzm różni się przede wszystkim tym, że mowa i zdolności poznawcze, są znacznie nie naruszone. Zespół ten jest często określana jako ciężka niezręczność.

Zespół Aspergera należy do kategorii całościowych zaburzeń rozwoju.

W systemie klasyfikacji – DSM-5 – zespół Aspergera nie występuje, natomiast występuje spektrum zaburzeń autystycznych. Do objawów zespołu Aspergera zalicza się: zaburzenia komunikacji werbalnej i niewerbalnej, egocentryzm, upośledzenie umiejętności społecznych, stereotypowość zachowań, zawężenie zainteresowań, problemy z koordynacją. Manifestacja symptomów zmienia się w ciągu życia.

Postawienie właściwej diagnozy jest trudne, szczególnie u osób dorosłych.

Najczęściej dzieci z zespołem Aspergera nie wymagają leczenia farmakologicznego. Niekiedy zastosowanie leków może być zalecane ze względu na objawy towarzyszące - depresyjne, lękowe, nasilone rytuały, natręctwa. Leki mogą być również stosowane w przypadku nasilonych zaburzeń koncentracji uwagi, impulsywności i nadmiernej ruchliwości, agresji. Sposób dawkowania zwykle nie wymaga ich podawania na terenie szkoły.

## **Abstract**

Zespół Aspergera - jedno z pięciu ogólnych zaburzeń rozwoju charakteryzujące się poważnymi trudnościami w kontaktach społecznych i ograniczonym, stereotypowym, powtarzającym się repertuarem zainteresowań i aktywności. Autyzm różni się przede wszystkim tym, że mowa i zdolności poznawcze, są znacznie nie naruszone. Zespół ten jest często określana jako ciężka niezręczność.

Asperger syndrome-one of the five general development disorders characterized by severe difficulties in social relations and limited, stereotypical, repetitive repertoire of interests and activity. Autism is different, above all, that speech and cognitive abilities are not affected. The team is often referred to as severe awkwardness.

Asperger syndrome belongs to the category of comprehensive development disorders. In the classification system-the DSM-5 – Asperger's syndrome does not occur, while there is a autism spectrum disorder. Symptoms of Asperger syndrome include: verbal and nonverbal communication disorders, self-centeredness, impaired social skills, stereotype behavior, narrow interests, coordination problems. Manifestation of symptoms changes during life. Place the correct diagnosis is difficult, especially in adults. Most children with Asperger's syndrome do not require drug therapy. Sometimes the use of drugs may be recommended due to the associated symptoms-depression, anxiety, severe rituals, obsessions. Medication may also be used in the case of severe disorders of attention span, impulsiveness and hypermotility, aggression. How the dosage usually does not require their administration in the school.

## **Wstęp**

Historia Zespołu Aspergera sięga roku 1944, kiedy to Hans Asperger, lekarz psychiatra z Austrii, opublikował pracę pt. „Psychopatia autystyczna okresu dzieciństwa”, gdzie opisywał przypadki ilustrujące specyficzny „rodzaj nieprawidłowo rozwijającego się dziecka”. Zaburzenie to określił mianem „psychopatia autystyczna”. Jego publikacje zostały jednak spopularyzowane dopiero

ponad 30 lat później przez Lornę Wing z Anglii [1]. Ona też po raz pierwszy użyła terminu „Zespół Aspergera” (Asperger’s Syndrome, AS), wyodrębniając główne charakteryzujące go cechy [2,3]:

- brak empatii;
- naiwne, niewłaściwe interakcje społeczne;
- pedantyczną, rytualistyczną mowę;
- bardzo słabą umiejętność komunikacji niewerbalnej;
- ograniczone zainteresowania i aktywność;
- słabą koordynację, niezgrabność ruchową;
- rozwój poznawczy w granicach normy;
- brak znaczącego opóźnienia w rozwoju mowy;
- zamiłowanie do zachowania rutyny i rytuałów.

### **Całościowe Zaburzenia Rozwojowe**

W oficjalnych klasyfikacjach, z przypisaniem odrębnych kryteriów diagnostycznych, syndrom ten pojawił się w 1992 (ICD – 10, WHO) i 1994 roku (DSM – IV, APA - pod nazwą „zaburzenie Aspergera”). W obu został zaliczony do grupy Całościowych Zaburzeń Rozwojowych, do której według ICD – 10 należą również: autyzm dziecięcy, autyzm atypowy, Zespół Retta oraz całościowe zaburzenie rozwojowe, nie określone. Natomiast w DSM - IV-TR1 pojęcie Całościowych Zaburzeń Rozwojowych obejmuje swym zakresem także: zaburzenia autystyczne, zaburzenie Retta, dziecięce zaburzenia dezintegracyjne oraz zaburzenia rozwojowe, które nie zostały ujęte w innych kategoriach diagnostycznych [1]. Całościowe Zaburzenia Rozwojowe charakteryzują się brakiem odpowiednich dla wieku umiejętności uwarunkowanych dojrzewaniem mózgu, obejmujących głównie deficyty w trzech obszarach: funkcjonowaniu społecznym, komunikowaniu się oraz rutynowych i stereotypowych wzorcach zachowań. Wymienione nieprawidłowości występują we wszystkich zaburzeniach z tej grupy, choć ich nasilenie może być różne. Zespół Aspergera jest uważany za ich najłagodniejszą formę. Chociaż wszystkie wymienione obszary są w nim upośledzone, nie stwierdza się, w odróżnieniu od innych jednostek Całościowych Zaburzeń Rozwojowych, znaczącego

opóźnienia w rozwoju mowy i rozwoju poznawczym. Umiejętności samoobsługi, zainteresowanie otoczeniem oraz zachowania przystosowawcze (poza interpersonalnymi) są zazwyczaj rozwinięte adekwatnie do wieku dziecka [3].

### **Kryteria diagnostyczne Zespołu Aspergera wg ICD – 10 (F84.5):**

A. Brak istotnego klinicznie opóźnienia w zakresie języka mówionego i rozumienia języka lub rozwoju czynności poznawczych. Rozpoznanie wymaga stwierdzenia, że wypowiedzianie pojedynczych słów było rozwinięte do drugiego roku życia lub wcześniej oraz, że komunikatywne wyrażenia były w użyciu do 3 roku życia lub wcześniej. Umiejętność pomagania sobie, zachowania adaptacyjne i zaciekawienie środowiskiem w okresie pierwszych trzech lat życia było na poziomie odpowiadającym rozwojowi intelektualnemu, fazy rozwoju ruchowego mogą być nieco opóźnione i zwykle występuje ruchowa niezdarność (kryterium niewymagane do postawienia rozpoznania). Pojedyncze szczególne umiejętności, często nie związane z nieprawidłowym koncentrowaniem się na nich, występują pospolicie, choć nie są wymagane do rozpoznania.

B. Występują jakościowe nieprawidłowości w zakresie wzajemnych interakcji społecznych przejawiające się w co najmniej dwóch z następujących obszarów objawów:

(1) niedostateczne wykorzystanie kontaktu wzrokowego, wyrazu twarzy, postawy ciała

i gestów do odpowiedniego regulowania interakcji społecznych;

(2) niedostateczny (nieodpowiedni do wieku umysłowego i mimo licznych okazji) rozwój związków rówieśniczych obejmujących wzajemne podzielane zainteresowania, czynności, emocje;

(3) brak odwzajemniania społeczno - emocjonalnego, przejawiający się upośledzeniem lub odmiennością reagowania na emocje innych osób lub brak modulacji zachowania odpowiedniej do społecznego kontekstu, lub słaba integracja zachowań społecznych, emocjonalnych i komunikacyjnych;

(4) brak spontanicznej potrzeby dzielenia z innymi osobami radości, zainteresowań albo osiągnięć (np. brak pokazywania przedmiotów swojego indywidualnego zainteresowania).

C. Pacjent przejawia niezwykle nasilone, wyizolowane zainteresowania albo ograniczone, powtarzające się i stereotypowe wzorce zachowania, zainteresowań i aktywności przejawiające się w co najmniej jednym z następujących obszarów:

(1) pochłonięcie jednym lub licznymi stereotypowymi zainteresowaniami o nieprawidłowej treści i zogniskowaniu albo jednym lub więcej zainteresowaniami nieprawidłowymi z powodu swej intensywności i ograniczenia, choć nie z powodu treści lub zogniskowania uwagi;

(2) wyraziście kompulsywne przywiązanie do specyficznych, niefunkcjonalnych czynności rutynowych i zrytualizowanych;

(3) stereotypowe i powtarzające się manieryzmy ruchowe, obejmujące albo stukanie i kręcenie palcami, albo złożone ruchy całego ciała;

(4) koncentracja na cząstkowych lub niefunkcjonalnych elementach przedmiotów służących do zabawy (kolor, dotykowe cechy powierzchni lub dźwięki i wibracje, jakie wytwarzają).

Mniej celowe jest włączenie do kryteriów pkt. 3 i 4.

D. Zaburzenia nie można traktować jako innej z postaci całościowych zaburzeń rozwojowych, prostej schizofrenii, zaburzenia typu schizofrenii (schizotypowego), zaburzeń obsesyjno - kompulsyjnych, osobowości anankastycznej, reaktywnego lub nieselektywnego zaburzenia przywiązania w dzieciństwie [4].

### **Kryteria diagnostyczne Zaburzenia Aspergera wg DSM – IV-TR:**

A. Jakościowe upośledzenie interakcji społecznych przejawiających się przynajmniej dwoma z następujących objawów:

(1) znaczne ograniczenie wykorzystania w interakcjach społecznych takich złożonych zachowań niewerbalnych, jak kontakt wzrokowy, wyraz twarzy, postawa ciała czy gestykulacja;

(2) niezdolność tworzenia związków rówieśniczych właściwych dla poziomu rozwoju;

(3) brak spontanicznej potrzeby dzielenia się z innymi radością, zainteresowaniami lub osiągnięciami (np. brak pokazywania, przynoszenia lub wskazywania obiektów zainteresowania);

(4) brak społecznej lub emocjonalnej wzajemności.

B. Ograniczone, powtarzające się lub stereotypowe wzorce zachowań, zainteresowań i aktywności przejawiające się przynajmniej jednym z następujących objawów:

(1) pochłonięcie jednym lub kilkoma stereotypowymi, ograniczonymi wzorami zainteresowań, nieprawidłowymi albo pod względem intensywności, albo treści;

(2) sztywne przywiązanie do swoistych, niefunkcjonalnych zajęć lub rytuałów;

(3) stereotypowe i powtarzane manieryzmy ruchowe (np. potrząsanie ręką lub palcem, obracanie się lub złożone ruchy całego ciała);

(4) uporczywe koncentrowanie się na częściach przedmiotów.

C. Zaburzenie powoduje klinicznie istotne ograniczenie funkcjonowania społecznego, zawodowego lub w innym ważnym obszarze życia.

D. Nie występuje klinicznie istotne ogólne opóźnienie rozwoju języka (np. posługiwanie się pojedynczymi słowami do 2 roku życia, komunikatywnymi zwrotami do 3 roku życia).

E. Nie występuje klinicznie istotne opóźnienie rozwoju funkcji poznawczych ani właściwych dla wieku umiejętności samodzielnego radzenia sobie, zachowań adaptacyjnych (innych niż w interakcji społecznej) czy zainteresowania otoczeniem w dzieciństwie.

F. Niespełnione kryteria innego całościowego zaburzenia rozwoju lub schizofrenii [5].

Rozpowszechnienie Zespołu Aspergera jest szacowane różnie - w USA i Kanadzie od 1 na 250 do 1 na 10 000 dzieci [6]. W Szwecji, gdzie wszyscy obywatele posiadają kompletne dane medyczne, szacuje się je na 1 na 300 dzieci [7]. W Polsce natomiast dane dotyczące liczby osób zmagających się z objawami Zespołu Aspergera są orientacyjne. Uważa się, że może ich być dwukrotnie więcej niż osób autystycznych, szacowanych na około 30 000. Syndromem dotknięci są przeważnie chłopcy. Szacowany stosunek mężczyzn do kobiet wynosi 4:1.

## **Zmiany w DSM – V**

Dotychczas trwa nierozstrzygnięta ostatecznie dyskusja, czy Zespół Aspergera jest całkowicie oddzielną jednostką nozologiczną, czy stanowi jedynie podtyp autyzmu dziecięcego o względnie łagodniejszym nasileniu. Obecnie przeważa raczej ten drugi pogląd [1]. Czasami, zwłaszcza w USA, ZA nazywa się wręcz „wysoko funkcjonującym autyzmem”, utrzymując, iż autyzm dziecięcy może przybierać różne formy, od łagodniejszych, po głębokie, gdy dziecko niemal nie nawiązuje kontaktu z otoczeniem i wymaga stałej opieki [8]. Interpretuje się to w taki sposób, że mimo zdolności do dość swobodnej komunikacji, zachowanie dziecka z Zespołem Aspergera może przypominać zachowanie dziecka autystycznego, z tym, że jego funkcjonowanie nie jest zdeorganizowane w takim stopniu jak ma to miejsce w autyzmie. W tym kontekście nie dziwią tak ostatnie zmiany zapowiadane w kolejnej rewizji klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego – DSM – V, gdzie Zespół Aspergera nie będzie już stanowił odrębnej kategorii diagnostycznej. Jego symptomy zostaną opisane pod nowo utworzonym terminem „zaburzenia ze spektrum autyzmu”[9]. Dalsze rozróżnienia będą przeprowadzane zgodnie z poziomem zaawansowania zaburzenia, np. dana osoba będzie mogła być zdiagnozowana z zaburzeniem ze spektrum autyzmu poziomu 1, 2 lub 3. Przekształcone i zreorganizowane zostaną również kryteria diagnostyczne potrzebne do rozpoznania zaburzeń ze spektrum autyzmu. Nowe kryteria były testowane w warunkach klinicznych. Według wyników tych badań, po ich wprowadzeniu nie należy spodziewać się znaczących zmian w rozpowszechnieniu zaburzenia. Najnowsze, największe dotychczasowe badanie Huerta i wsp., opublikowane w październiku 2012 w American Journal of Psychiatry [10], dowodzi, że kryteria DSM - V obejmą 91% dzieci z dotychczasowymi diagnozami klinicznymi całościowych zaburzeń rozwojowych wg DSM - IV. Wyniki kilku innych badań, z użyciem różnych metodologii, były niespójne [11]. Wprowadzane zmiany są wynikiem badań, analiz i opinii ekspertów, utrzymujących, że diagnoza zaburzeń ze spektrum autyzmu będzie dzięki nim bardziej specyficzna, rzetelna i uzasadniona. Pomimo tych nadziei, istnieją obawy co do tego, jak wpłyną one na osoby zaburzone, zwłaszcza wysoko funkcjonujące, które mogą nie spełnić ścisłych kryteriów, w konsekwencji czego będą miały utrudniony dostęp do pomocy i wsparcia. Poza tym, istnieje niepewność dotycząca tego, jak system edukacyjny i ubezpieczeniowy dostosują się do zapowiadanych modyfikacji.

### **Funkcjonowanie dzieci z Zespołem Aspergera w szkole**

Nieprawidłowości w rozwoju mogą wystąpić już przed 36 miesiącem życia, jednak objawy często są niecharakterystyczne. Zespół Aspergera rozpoznawany jest zazwyczaj w wieku szkolnym. Nie wynika to z natury samego zaburzenia, lecz z faktu, iż w tym właśnie okresie dziecko staje wobec szczególnych wymagań społecznych, którym może nie potrafić sprostać. U dzieci z ponadprzeciętnym ilorazem inteligencji objawy mogą zostać dostrzeżone jeszcze później, co może odroczyć diagnozę do momentu, gdy kłopoty w kontaktach społecznych będą bardzo widoczne. Zachowania dzieci z zespołem Aspergera interpretowane są często jako przejaw złego wychowania, dlatego zdarza się, że u dziecka w pierwszej kolejności może być rozpoznane ADHD lub zaburzenia zachowania. Jednak główną przyczyną nieprawidłowego funkcjonowania dzieci z ZA (w przeciwieństwie do dzieci z zaburzeniami zachowania, które znają, ale łamią zasady współżycia społecznego) jest albo nieświadomość reguł dotyczących zachowań, albo sztywne ich stosowanie bez uwzględnienia reakcji otoczenia [3]. Bardzo ważne jest więc trafne rozpoznanie zaburzenia. Jego brak może bowiem powodować, że ewentualna interwencja nie przyniesie poprawy funkcjonowania [8].

Dominujące w obrazie zaburzenia w okresie szkolnym są deficyty w funkcjonowaniu interpersonalnym [12], takie jak nietypowe zachowania w kontaktach społecznych, trudności w inicjowaniu i podejmowaniu udanych interakcji rówieśniczych oraz w zauważaniu zmian w interakcjach, nieumiejętne interpretowanie zachowań innych ludzi, brak empatii, trudności z rozumieniem relacji społecznych, nieadekwatne reakcje emocjonalne, sztywny, niedostosowany do sytuacji sposób zachowania, brak rozumienia zasad zachowania społecznego [3]. Mogą również wystąpić problematyczne zachowania związane z agresją wobec innych i/lub siebie, zaburzenia lękowe o charakterze fobii społecznej, niekontrolowane, specyficzne zachowania i współruchy, specyficzny wygląd zewnętrzny.

Wśród deficytów w komunikowaniu się, przy braku opóźnienia w rozwoju mowy, a nawet wyjątkowo dobrym jej rozwoju, podkreśla się zwłaszcza zaburzenia pragmatyki, komunikacji niewerbalnej i prozodii. Do pierwszej grupy najczęściej należą widoczne ograniczenia w zakresie zdolności do inicjowania i/lub podtrzymywania rozmowy, dosłowne, literalne rozumienie i używanie języka, upośledzona zdolność rozumienia ironii i innych elementów podtekstu, bogate słownictwo, nieidące w parze ze zrozumieniem wypowiedzi, czytanie bez zrozumienia treści [1]. Często są także brak uwzględniania perspektywy rozmówcy,



zaburzenia kompetencji dialogowych, trudności z generalizowaniem informacji, pedantyczny sposób wypowiedzania się. Upośledzenie komunikacji niewerbalnej polega na zaburzeniach kontaktu wzrokowego, nieprawidłowej mimice i ekspresji emocjonalnej, niewłaściwym używaniu gestów, przyjmowaniu nietypowej postawy, niewłaściwym interpretowaniu sygnałów niewerbalnych rozmówcy. Zaburzenia prozodii to przede wszystkim monotony, mentorski sposób mówienia – brak typowej melodyki wypowiedzi - czy niedostosowanie siły głosu do sytuacji.

Deficyty we wzorcach zachowań u dziecka ze stwierdzonym ZA przejawiają się najczęściej w obszarze hobby. Zainteresowania często są nietypowe, czasem polegają na kolekcjonowaniu różnych przedmiotów i układaniu ich w określony sposób. Dzieci te intensywnie fascynują się pewnymi szczególnymi tematami, często z zakresu systematyki, nauk ścisłych, faktografii, techniki, geografii czy transportu publicznego, niejednokrotnie stając się prawdziwymi ekspertami w danej dziedzinie. Zainteresowania te nie służą jednak nawiązaniu kontaktów społecznych.

Personel szkoły powinien być świadomy, że Zespół Aspergera jest poważnym zaburzeniem rozwoju, mogącym znacząco wpływać na życie dziecka, a nieodpowiedzialne podejście pedagogiczne może tylko piętrzyć jego problemy emocjonalne. W kontakcie z dzieckiem z zespołem Aspergera ważne znaczenie ma wspierająca, życzliwa, kreatywna, a jednocześnie konsekwentna i przewidywalna postawa. Otoczenie takiego ucznia powinno cechować się niezmiennością, podobnie jak rutyna dnia codziennego, która daje mu poczucie bezpieczeństwa w szkole. Jak pisze Świącicka: „Należy bowiem wiedzieć, że dzieci z tym syndromem są zazwyczaj niezwykle labilne uczuciowo, mają skłonności lękowe, depresyjne. Ich samoocena jest bardzo obniżona; czują się niejednokrotnie odtrącone i niezrozumiane. Należy pamiętać również o tym, że nie ma dwóch takich samych dzieci z Zespołem Aspergera. Różne objawy występują w różnym stopniu i nasileniu u każdego z nich. Niektóre symptomy mogą występować falami, to znaczy w momencie większego stresu, zmęczenia i napięcia nasilić się, żeby po pewnym czasie wyciszyć lub w ogóle minąć. Występują regresy i progresy w rozwoju” [1]. Z ZA często współistnieją zaburzenia depresyjno – lękowe, zaburzenia tikowe (np. Zespół Tourette’a), ADHD, zaburzenia obsesyjno – kompulsywne.

W procesie nauczania i wychowania ważna jest przede wszystkim indywidualizacja wymagań i metod pracy w zależności od rzeczywistych trudności występujących u ucznia, z jednoczesnym uwzględnieniem jego mocnych stron. Sukces edukacyjny w dużej mierze zależy od zrozumienia problemów ucznia przez nauczycieli i personel szkoły, od ich tolerancji, wyrozumiałości i akceptacji faktu, że uczeń taki będzie wymagał większego wsparcia i zaangażowania, niż jego zdrowi rówieśnicy, przez których - w związku z trudnościami w dostosowaniu się do obowiązków szkolnych oraz funkcjonowaniu w grupie - dziecko może nie być akceptowane [8]. Zazwyczaj przeciwwskazane jest nauczanie indywidualne na terenie domu, ponieważ może ono utrwalać i pogłębiać zaburzenia w sferze społecznej. Wszystkie dzieci z ZA, które nie rozpoczęły jeszcze nauki szkolnej, mogą otrzymać opinię o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju. Taki dokument daje szansę na dodatkową terapię i wsparcie. Polega ona na udzielaniu mu pomocy psychologicznej, pedagogicznej, logopedycznej oraz terapeutycznej w zakresie integracji sensorycznej. Orzeczenie wydaje się zazwyczaj na wniosek rodziców dziecka bądź opiekunów prawnych [1].

Najczęściej dzieci z zespołem Aspergera nie wymagają leczenia farmakologicznego. Niekiedy zastosowanie leków może być zalecane ze względu na objawy towarzyszące - depresyjne, lękowe, nasilone rytuały, natręctwa. Leki mogą być również stosowane w przypadku nasilonych zaburzeń koncentracji uwagi, impulsywności i nadmiernej ruchliwości, agresji. Sposób dawkowania zwykle nie wymaga ich podawania na terenie szkoły. Personel szkoły – w tym pielęgniarka szkolna - powinien jednak zwracać uwagę na ewentualne objawy niepożądane wywołane przez leki i zgłaszać je rodzicom. Pielęgniarka szkolna może również monitorować wagę i wzrost dziecka oraz ewentualne ciśnienie i tętno w celu szybkiego wychwycenia objawów ubocznych zażywania leków [8, 13-16].

## **Literatura**

1. Świącicka J., Uczeń z zespołem Aspergera. Praktyczne wskazówki dla nauczyciela. Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2010.
2. Wing L. Early Childhood Autism: Clinical, Educational and Social Aspects. Pergamon Press, Oxford 1976.

3. Całościowe Zaburzenia Rozwojowe. Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa 2011.
4. International Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision, ICD - 10, World Health Organization 1992.
5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Edition, DSM– IV-TR, American Psychiatric Association 1994.
6. Sharma S, Woolfson LM, Hunter SC. Confusion and inconsistency in diagnosis of Asperger syndrome: a review of studies from 1981 to 2010. *Autism*. 2012;16(5):465-86.
7. Ehlers S, Gillberg C. The epidemiology of Asperger syndrome. A total population study. *J Child Psychol Psychiatry*. 1993;34(8):1327-50.
8. One są wśród nas. Dziecko z autyzmem i zespołem Aspergera w szkole i przedszkolu. Informacje dla pedagogów i opiekunów. Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2010.
9. DSM-V revision website: <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>
10. Huerta M, Bishop SL, Duncan A, Hus V, Lord C. Application of DSM-5 criteria for autism spectrum disorder to three samples of children with DSM-IV diagnoses of pervasive developmental disorders. *Am J Psychiatry*. 2012 Oct;169(10):1056-64.
11. American Psychiatric Association, DSM-5 Autism Spectrum Disorder Fact Sheet.
12. Attwood T., Zespół Aspergera. Zysk i S-ka, Poznań 2006
13. Педанов, Ю. Ф., Р. Ф. Макулькін, and А. І. Даниленко. Алгоритми засвоєння знань і практичних навичок у системі морфофункціональних наук у вузах І–ІІ рівнів акредитації. *Мед. освіта* 1 (2003): 18-21.
14. Гоженко, А. И. Очерки теории болезни. Гоженко АИ–Одесса (2010).
15. Саногенез - теоретическая основа медицинской реабилитации / А.И. Гоженко, Е.А. Гоженко // *Медична гідрологія та реабілітація*. — 2007. — Т. 5, № 2. — С. 4-7.
16. Гоженко, А. И., Л. П. Зубкова, and С. И. Доломатов. Возвратные особенности регуляции минерального обмена у человека. *Нефрология* 6.3 (2002): 60.

#### Literatura in transliteration

1. Świącicka J., *Uczeń z zespołem Aspergera. Praktyczne wskazówki dla nauczyciela*. Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2010.

2. Wing L. *Early Childhood Autism: Clinical, Educational and Social Aspects*. Pergamon Press, Oxford 1976.
3. *Całościowe Zaburzenia Rozwojowe*. Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa 2011.
4. *International Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision, ICD - 10*, World Health Organization 1992.
5. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Edition, DSM– IV-TR*, American Psychiatric Association 1994.
6. Sharma S, Woolfson LM, Hunter SC. Confusion and inconsistency in diagnosis of Asperger syndrome: a review of studies from 1981 to 2010. *Autism*. 2012;16(5):465-86.
7. Ehlers S, Gillberg C. The epidemiology of Asperger syndrome. A total population study. *J Child Psychol Psychiatry*. 1993;34(8):1327-50.
8. *One są wśród nas. Dziecko z autyzmem i zespołem Aspergera w szkole i przedszkolu. Informacje dla pedagogów i opiekunów*. Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2010.
9. DSM-V revision website: <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>
10. Huerta M, Bishop SL, Duncan A, Hus V, Lord C. Application of DSM-5 criteria for autism spectrum disorder to three samples of children with DSM-IV diagnoses of pervasive developmental disorders. *Am J Psychiatry*. 2012 Oct;169(10):1056-64.
11. American Psychiatric Association, *DSM-5 Autism Spectrum Disorder Fact Sheet*.
12. Attwood T., *Zespół Aspergera*. Zysk i S-ka, Poznań 2006
13. Pedanov, Ju. F., R. F. Makul'kin, and A. I. Danilenko. Algoritmi zasvoennja znan' i praktichnih navichok u sistemi morfofunkcional'nih nauk u vuzah I–II rivniv akreditacii. *Med. osvita* 1 (2003): 18-21.
14. Gozhenko, A. I. *Ocherki teorii bolezni*. Gozhenko AI–Odessa (2010).
15. *Sanogenez - teoreticheskaja osnova medicinskoj rehabilitacii* / A.I. Gozhenko, E.A. Gozhenko // *Medichna gidrologija ta rehabilitacija*. — 2007. — T. 5, # 2. — S. 4-7.
16. Gozhenko, A. I., L. P. Zubkova, and S. I. Dolomatov. *Vozratsnye osobennosti regulja cii mineral'nogo obmena u cheloveka*. *Nefrologija* 6.3 (2002): 60.