

Marta Korendo
Katedra Logopedii i Zaburzeń Rozwoju
Uniwersytet Pedagogiczny w Krakowie
marta@konferencje-logopedyczne.pl

Zespół Aspergera wobec typologii jego odmian

Streszczenie

Autorka wyjaśnia przyczyny trudności w stawianiu diagnozy zespołu Aspergera oraz diagnozy różnicowej autyzmu i ZA, podkreślając znaczenie takiego rozróżnienia dla zastosowania prawidłowych i najbardziej efektywnych rozwiązań terapeutycznych i edukacyjnych. Pokazuje także relacje między syndromem Aspergera a innymi zaburzeniami rozwoju, np. dysleksją oraz alalią (SLI).

W artykule przedstawiona została także typologia odmian zespołu Aspergera. Scharakteryzowanie poszczególnych typów zachowań pozwala zrozumieć złożoność opisywanego zaburzenia oraz konieczność stosowania jakościowych metod diagnostycznych.

Wprowadzenie

Zespół Aspergera jest zaburzeniem o rosnącej statystyce występowania. Tym bardziej dziwi fakt braku osobnej jednostki nozologicznej w DSM-5, opublikowanym w 2013r. Przyczyn tego zjawiska jest zapewne kilka. Po pierwsze, wciąż żywa w świecie naukowym jest dyskusja o relacji między syndromem Aspergera i autyzmem. Teoretyczne rozważania dopuszczają możliwość istnienia kontinuum ZA i autyzmu. Przeczy temu jednak praktyka terapeutyczna, pokazująca, że osiągnięcie dzięki terapii poziomu funkcjonowania dziecka z ZA jest niemożliwe dla dziecka z prawidłowo zdiagnozowanym autyzmem.

Należy zatem przyjąć, że oba omawiane tu zaburzenia stanowią odrębne jednostki kliniczne z istniejącym, wspólnym spektrum objawów. Niewątpliwie bowiem zarówno autyzm, jak i zespół Aspergera posiadają częściowo te same przyczyny neurobiologiczne (Pisula 2012).

Dyskusje nad relacją zespołu Aspergera z innymi zaburzeniami rozwoju pokazują równocześnie sposób myślenia wielu badaczy o zasadach stawiania diagnoz i potrzebach tworzenia kryteriów i narzędzi diagnostycznych.

Dotychczasowe zasady diagnozowania zaburzeń rozwoju i zaburzeń psychicznych nawiązywały do tradycji medycyny zachodniej, która z kolei opierała się na założeniach kategoryzacji, o których mówił Arystoteles. Kategoryzacja Arystotelesa pozwalałaby podzielić zjawiska na określone zbiory, których granice byłyby nieprzekraczalne, a przynależność (jednoznaczna!) do zbioru odbywałaby się na podstawie listy cech koniecznych i wystarczających. Ta perspektywa zawsze będzie dla diagnostów kusząca ze względu na wyłaniającą się z niej wizję trafnej, oczywistej, bezpiecznej i niepodważalnej diagnozy. Uniezależniałoby to umiejętność stawiania diagnoz od doświadczenia praktycznego, bowiem ilościowe rozwiązania wymagałyby jedynie weryfikacji określonej liczby cech. Tymczasem rzeczywistość diagnostyczna jest o wiele bardziej skomplikowana i niewątpliwa trudność w rozumieniu tej złożoności stała się m.in. przyczyną usunięcia zespołu Aspergera z DSM-5 oraz włączenia go do zaburzeń ze spektrum autyzmu.

Dodatkowym problemem, z którym borykają się przede wszystkim rodzice poszukujący diagnozy dla swojego dziecka, jest przyjęcie zasady orzekania o zaburzeniach ze spektrum autyzmu przez interdyscyplinarny zespół. To nietypowe i nieuzasadnione już na obecnym etapie rozwoju wiedzy o autyzmie podejście przyczynia się do wydłużania czasu uzyskania pomocy terapeutycznej. Autyzm i ZA stanowią wyjątki wśród zaburzeń rozwoju, które diagnozowane są zespołowo, w odróżnieniu np. od dysleksji czy afazji dziecięcej. O ile można zrozumieć historyczne uzasadnienie tego podejścia sprzed 25 lat, kiedy autyzm stanowił tajemnicę, a ZA pojawił się dopiero na liście DSM, o tyle kontynuowanie zwyczaju diagnozowania zespołowego, interdyscyplinarnego obecnie nie przyczynia się do zwiększenia tempa i efektywności stawiania prawidłowych diagnoz.



1. Zespół Aspergera a inne zaburzenia rozwoju

Zespół Aspergera posiada wspólne spektrum objawów z wieloma zaburzeniami rozwoju, najczęściej z autyzmem, dysleksją i alalią. Aby to zauważyć, należy odejść od arystotelesowskiej metodologii diagnozy na rzecz metod kognitywistycznych. Oznacza to uznanie istnienia prototypów – najlepszych reprezentantów, najłatwiejszych przypadków do zdiagnozowania oraz jednostek oddalonych od wzorca, będących blisko lub w miejscach wspólnych z innymi zbiorami, stanowiącymi diagnostycznie dużo większe wyzwanie.

Takie rozumienie zależności występowania ZA i innych zaburzeń pozwala tworzyć skuteczne metody terapii i szukać właściwych rozwiązań edukacyjnych. Przede wszystkim jednak umożliwia dokładne rozumienie współwystępujących trudności dziecka.

Najwięcej uwagi poświęcono do tej pory relacji autyzm – zespół Aspergera¹. Niewątpliwie, wspólny obszar objawów i przyczyn stwarza

¹ O tej relacji pisałam wielokrotnie, m.in. w: M. Korendo, *Diagnoza różnicowa autyzmu i zespołu Aspergera*, „Nowa Logopedia”, t. 3, *Diagnoza różnicowa zaburzeń komunikacji językowej*, Wydawnictwo Collegium Columbinum, Kraków 2012; M. Korendo, *Diagnoza zespołu Aspergera w ujęciu nowych przepisów prawnych* (w druku) oraz M. Korendo, *Językowa interpretacja świata w wypowiedziach osób z zespołem Aspergera*, Wydawnictwo Omega Stage Systems, Kraków 2013.

sytuacje, kiedy diagnoza różnicowa między syndromem Aspergera a autyzmem wysokofunkcjonującym nie jest łatwa (m.in. Fombonne 2005; Freeman, Cronin, Candela 2002). Są to jednak nieliczne przypadki, które w żadnym stopniu nie wpływają na zasadność oddzielania obu zaburzeń. Przyjęcie takiej perspektywy diagnozy powoduje, że można stworzyć wyraźny opis różnic jedynie w odniesieniu do prototypów. Wtedy możliwe jest nawet podanie listy cech, zbliżonej do koncepcji Arystotelesa o warunkach koniecznych i wystarczających².

Wiele uwagi i diagnostycznej ostrożności wymaga także opisywanie relacji między zespołem Aspergera i normą. Podobnie jak w wypadku autyzmu – granica między normą a ZA nie jest ostra i nie można wyznaczyć jej liczbą cech. Istotny staje się bowiem także wymiar dymensjonalny. Dzieci z tego obszaru nie otrzymują najczęściej właściwej diagnozy, bowiem nie spełniają norm ilościowych. Staje się to przyczyną ich problemów szkolnych i niepowodzeń społecznych.

Wiele niepokoju budzi nieuzasadnione ograniczanie diagnoz ZA ze względu na występujące opóźnienie rozwoju mowy. Jest to pokłosie zapisu, który ponad dwadzieścia lat temu znalazł się w charakterystyce zespołu Aspergera w ICD-10. Według tego źródła, aby stwierdzić syndrom Aspergera, a nie autyzm, konieczne jest: „wymawianie [przez dziecko – przyp. autorki] pojedynczych słów przed ukończeniem 2. roku życia, komunikacja przy użyciu zdań przed ukończeniem 3. roku życia”. Wnioski te wysnuł z opisów przypadków dokonanych przez samego Hansa Aspergera, który jednak nie badał małych dzieci, nie znał specyfiki ich rozwoju. Obecnie oczywiste jest, że w zespole Aspergera może wystąpić opóźnienie rozwoju mowy, nawet znaczące. Brak rozwoju mowy w ZA nie jest jakościowo zbieżny z tym, który obserwujemy w autyzmie, bowiem w syndromie Aspergera pozostaje najczęściej, chociaż wybiórcza, intencja komunikacyjna, podobnie jak wybiórcze (specyficzne) pole wspólnej uwagi. Zatem zakres zachowań komunikacyjnych, nawet przy braku budowania systemu językowego, w ZA jest istotnie szerszy niż w autyzmie. Brak komunikacji werbalnej nie może być czynnikiem decydującym o braku diagnozy różnicowej.

Zespół Aspergera może także współwystępować z dysleksją. W wielu wypadkach dzieci z ZA szybko uczą się czytać, wykorzy-

stując często występujący, wyższy od przeciętnego, potencjał pamięci słuchowej i wzrokowej. Nie zawsze oznacza to umiejętność czytania ze zrozumieniem, bowiem może pojawić się hiperleksja, kiedy dzieci odczytują mechanicznie słowa, nie odkodowując ich znaczeń.

Jednak wśród osób z ZA znajdują się także takie, które posiadają definicyjne objawy dysleksji, charakteryzujące się typowymi błędami dyslektycznymi popełnianymi podczas czytania i pisanie, zaburzeniami linearnego przetwarzania informacji językowych, symbolicznych i czasowych, trudnościami w rozwoju sprawności manualnych³. Obserwowane trudności mogą być spowodowane przede wszystkim zaburzeniami percepcji słuchowej i/albo wzrokowej. Wśród wspólnych objawów, wymagających diagnostycznego odróżnienia, znajdują się różne formy niepożądanych zachowań społecznych. Mogą one mieć swoje źródło w dysfunkcjach neurobiologicznych występujących u osób z syndromem Aspergera lub wynikać z niepowodzeń społecznych obserwowanych w dysleksji.

Wśród osób z zespołem Aspergera odnotowuje się podwyższone ryzyko występowania zaburzeń psychicznych. Należą do nich: depresja, zaburzenia lękowe, zaburzenia obsesyjno-kompulsywne oraz zaburzenia psychotyczne, w tym schizofrenia. Trudno jednoznacznie określić (brak jest dokładnych badań w tym zakresie), czy podwyższenie ryzyka wynika z częściej występujących czynników neurobiologicznych sprzyjających pojawianiu się zaburzeń psychicznych, czy też spowodowane jest czynnikami społecznymi, np. stresem wynikającym m.in. z częstych niepowodzeń w nawiązywaniu i utrzymywaniu relacji społecznych. W związku z możliwością (choć nie koniecznością) pojawienia się tego typu problemów konieczne jest uważne obserwowanie zachowań dzieci z ZA, np. reakcji lękowych i adekwatne reagowanie terapeutyczne.

W ostatnich latach nasilił się także problem diagnozy dzieci dwu i wielojęzycznych z rodzin polskich lub mających jednego polskiego rodzica, ale zamieszkujących poza granicami kraju. Sytuacja ta dotyczy wielu krajów Europy, a także Stanów Zjednoczonych. Oczywiście jest, że dwu- oraz wielojęzyczność nie wywołuje zespołu Aspergera,

² O diagnozie różnicowej pisałam także w publikacjach wymienionych w przypisie 1.

³ Charakterystykę zaburzeń dyslektycznych u dzieci z ZA podaję zgodnie z definicją J. Cieszyńskiej, opublikowaną w: J. Cieszyńska, *Zaburzenia linearnego porządkowania, czyli dysleksja* [w:] *Nowe podejście w diagnozie i terapii logopedycznej – Metoda Krakowska*, red. J. Cieszyńska, Z. Orłowska-Popek, M. Korendo, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego, Kraków 2010, s. 37-51.

ale może z nim współwystępować. Tymczasem zbyt często wszelkie odbiegające od normy zachowania dzieci są tłumaczone bilingwizmem. Należą do nich opóźnienia rozwoju mowy, ale również brak kontaktu z rówieśnikami, niepożądane zachowania społeczne, a nawet brak gestu wskazywania palcem. Przedłużający się czas stawiania diagnoz sprzyja nasilaniu się dysfunkcji i ogranicza, czasami znacząco, skuteczność oddziaływań terapeutycznych.

2. Typologia odmian zespołu Aspergera

a) Wczesny rozwój mowy

Badania wykazują (Korendo 2013), że wczesny rozwój mowy dzieci z zespołem Aspergera nie musi przebiegać normatywnie i nie może to wpływać na stawianie diagnozy różnicowej autyzmu i ZA. Wśród dzieci z syndromem możemy wyróżnić trzy grupy, uwzględniając specyfikę początkowych etapów rozwoju mowy:

- 1) Dzieci normatywnie rozwijające język, według zasady „pierwszy rok, pierwsze słowa”. W grupie tej ok. 12 miesiąca życia pojawiają się pierwsze wyrazy (o różnej postaci fonetycznej), nazywające najbliższe otoczenie, najczęściej: *mama, tata, daj*. W kolejnych miesiącach następuje intensywne rozbudowywanie słownika. Brak jest jednak badań pozwalających na ocenę jakościową tego rozwoju. Około 24. miesiąca życia dzieci z tej grupy zaczynają tworzyć związki linearne z użyciem fleksji.
- 2) Dzieci z opóźnionym rozwojem mowy – czasami w stopniu znaczącym. Należą tu dzieci, u których na początkowych etapach rozwoju stawiana jest diagnoza alalii, choć zachowania ze spektrum zespołu Aspergera widoczne są równolegle. Niekiedy trudne staje się postawienie diagnozy różnicowej ZA i autyzmu, dlatego początkowa diagnoza może brzmieć: alalia z komponentem autyzmu⁴. W wielu wypadkach, pomimo opóźnień rozwoju mowy, osiowe objawy zespołu Aspergera są jednoznacznie widoczne.

⁴ Charakterystyka alalii z komponentem autyzmu znajduje się w publikacji J. Cieszyńskiej (2013).

- 3) Dzieci wypowiadające wcześniej nietypowe słowa – jest to grupa, która realizuje normę czasową (pierwsze wyrazy pojawiają się ok. 12. miesiąca życia), jednak nie realizują normy jakościowej (słowa nie należą do prymarnych pól semantycznych). Są to najbardziej diagnostyczne dla ZA wczesne zachowania językowe dzieci, nie występujące w innych typach zaburzeń. Często pojawiają się słowa nazywające urządzenia, sprzęt informatyczny, pojazdy i narzędzia, np. komputer, roomba (samobieżny odkurzacz), słowa z prymarnych pól pojawiają się z dużym opóźnieniem.

b) Zachowania manipulacyjne

Zachowania manipulacyjne stosowane przez dzieci z ZA mają na celu psychologiczne przejęcie kontroli nad reakcjami osób dorosłych. Następuje to często w sposób niezauważony przez rodziców i opiekunów. Nasilanie tych zachowań w znaczący sposób wpływa na funkcjonowanie rodziny oraz przebieg edukacji, dlatego wyłączenie manipulacji należy do głównych zadań terapeutycznych. Sukces na tym polu zależy od kilku czynników: uświadomienia sobie istnienia manipulacji oraz prawidłowych postaw osób dorosłych. Bardzo duże znaczenie ma także wiek dziecka, dlatego zwlekanie z terapią do wieku szkolnego grozi znacznym nasileniem zachowań manipulacyjnych oraz trudności wychowawczych.

Jedynym skutecznym sposobem wyłączenia manipulacji jest jej zdemaskowanie oraz wykazanie nieskuteczności (także poprzez zwerbalizowanie), natomiast zupełnie nieskuteczne są metody negocjacji lub ignorowania. Zwykle powodują utrwalenie, a nawet nasilenie niepożądanych reakcji.

Wśród pojawiających się w ZA zachowań manipulacyjnych najczęstsze typy to:

- 1) Zachowania niepożądane (np. wchodzenie pod stół, krzyki/piski) – najczęściej stosowany sposób manipulacji małych dzieci (do 3. roku życia) z zespołem Aspergera,
- 2) Manipulacje werbalne (groźby, wulgaryzmy) – wykorzystywane bardzo często (zwłaszcza wulgaryzmy) z powodu wysokiej skuteczności. Używanie wulgaryzmów szczególnie szybko wyzwała

emocjonalne reakcje dorosłych, zwłaszcza nauczycieli, oczekiwane przez dzieci z zespołem Aspergera. Sposoby reagowania, ukazujące irytację, oburzenie, sprzeciw są dowodem celności manipulacji i wzmacniają ten typ zachowań.

- 3) Nasilane w czasie – typ „tortury wodnej” – wielokrotnie powtarzane pozornie neutralne, nieszkodliwe ruchy lub dźwięki, np. stukanie palcami w stół, wypowiedanie słów lub fraz, rzucanie ołówkiem. Efekt manipulacji związany jest ze wzrostem negatywnych emocji osoby dorosłej wraz z każdym powtórzeniem i wbrew zakazom. Dziecko dokładnie kontroluje narastanie emocji opiekuna, wystawia jego psychiczną wytrzymałość na próbę.
- 4) Szantaż emocjonalny – stosowany częściej wobec matek niż ojców, ze względu na dużą podatność matek na emocje dziecka. W zachowaniach manipulacyjnych dzieci z ZA można wyróżnić dwa typy szantażu emocjonalnego – kiedy dziecko okazuje pseudo pozytywne emocje oraz kiedy mają one wydźwięk negatywny. Pierwszy typ celowo określony został jako „pseudo pozytywny”, bowiem pomimo werbalizowanych uczuć miłości i przywiązania, zachowania te mają na celu nakłonienie rodzica do oczekiwanych reakcji. Nie wyklucza to w żadnym razie istniejących, prawdziwych relacji miłości i przywiązania dziecka z ZA do matki lub ojca. W chwili manipulowania zachowania te nie są jednak stosowane w celu bezinteresownego wyrażenia uczucia. Najczęściej pojawiają się skargi na złe samopoczucie, ból, werbalizacja strachu lub cierpienia z jednoczesnym wyraźnym komunikatem do rodzica, że dziecko oczekuje natychmiastowej jego pomocy. Okazanie współbrzmienia przez opiekuna znacząco nasila reakcje dziecka. Ten typ manipulacji jest szczególnie trudny do wyłączenia, bowiem rodzice (zwłaszcza matki) odczytują reakcje dziecka jedynie jako wyraz miłości. Drugi typ szantażu emocjonalnego polega na wysyłaniu informacji negatywnych, często okrutnych dla rodziców, np. „nie chcę takiej matki”, „powinnaś umrzeć”. W takich wypadkach łatwiej wytłumaczyć rodzicom konieczność stawiania granic nieakceptowanym zachowaniom.
- 5) Agresja – pojawia się w zespole Aspergera, jednak nie jest dominującym sposobem reagowania. Może być skierowana w stronę

rówieśników lub osób dorosłych. Często pojawia się jako konsekwencja braku reakcji na wcześniejsze, nieagresywne sposoby manipulacji.

- 6) Działanie z odroczeniem – te sposoby reagowania stosują najczęściej dzieci z wysokim ilorazem inteligencji. Potrafią planować zachowania, uwzględniając czynniki kontekstowe, szacować trafność działań. Mogą np. schować kluczyki od samochodu w dniu ważnej, długo planowanej wizyty u lekarza.

c) Kontakty społeczne

Jakość relacji społecznych zależy od wieku osób, z którymi dziecko z ZA wchodzi w relacje:

- 1) Z dorosłymi relacje mogą być partnerskie lub złe – dzieci z ZA mają często tendencje do skracania społecznego dystansu w relacjach z osobami dorosłymi. Na wczesnych etapach rozwoju często oceniane są jako śmiałe, odważne. Późniejsze etapy odsłaniają brak umiejętności ustalenia hierarchii społecznej i zrozumienia swojego w niej miejsca. Stanowi to przyczynę wielu niewłaściwych zachowań, u starszych dzieci mocno krytykowanych, a nawet karanych. Jest też grupa dzieci z syndromem Aspergera, których relacje z osobami dorosłymi są szczególnie złe ze względu na silny opór wobec narzucanych reguł. Każda próba wyznaczenia granicy wywołuje reakcje manipulacyjne lub silny protest. Dziecko próbuje ustanowić granice, których narzucenia tak naprawdę samo potrzebuje, aby ustabilizowało swoje zachowanie. Niestety, bardzo często opiekunowie ustępują pod naciskiem niepożądanych reakcji dziecka, czym sankcjonują jego prawo do wyznaczania reguł.
- 2) Relacje z rówieśnikami (równolatkami) – najbardziej diagnostyczna grupa dla zespołu Aspergera to równolatki. Problemy związane z nieprzystosowaniem społecznym ujawniają się wśród rówieśników najszybciej (dotyczy to zwłaszcza chłopców), czasami są pierwszym, zauważonym przez opiekunów symptomem zaburzenia.
- 3) Relacje z dziećmi starszymi i młodszymi – nie muszą (choć mogą) być jednoznacznie złe, bowiem dziecko z syndromem Aspergera może korzystać z odpowiadającej mu roli lidera wśród młodszych

- kolegów lub naśladować starszych, co jest interpretowane jako zachowanie społecznie normatywne.
- 4) Stosunek do reguł – najczęściej pojawia się brak akceptacji zasad lub nadmierne do nich przywiązanie (sztywność). Obydwie postawy znacząco utrudniają funkcjonowanie dziecka, ponieważ wywołują silne, negatywne reakcje na regułę lub jej zmianę. Poziom negacji bywa zbliżony, wyciszenie zachowań negatywnych jest trudne i wymaga konsekwencji ze strony opiekunów.

d) Różnice płciowe

Badania z udziałem dzieci z zespołem Aspergera, z powodu wyraźnej przewagi płci męskiej w zaburzeniu, dotyczą przede wszystkim chłopców. Na podstawie takich obserwacji czynione są generalizacje dotyczące syndromu Aspergera. W wielu wypadkach opisy typu męskiego nie przystają do typu żeńskiego i diagnoza dziewczynek staje się trudniejsza i odraczana w czasie. Brak jest badań prowadzonych z udziałem dziewczynek, jednak doświadczenia kliniczne pozwalają wskazać na występujące różnice i cechy typowe dla płci żeńskiej. Należą do nich:

- 1) Męski typ zachowań, ubioru, zainteresowań – nie dotyczy całej populacji żeńskiej, jednak istnieje grupa dziewczynek z ZA wyraźnie zmaskulinizowanych. Dotyczy to zarówno wyglądu, jak i preferencji tematycznych. Wpływ może mieć podwyższone stężenie testosteronu, które występuje w organizmach niektórych dziewczynek z ZA.
- 2) Słabsza pamięć mechaniczna – możliwości zapamiętywania wzrokowego i słuchowego rzadziej są u dziewczynek tak spektakularne, jak u zdecydowanie liczniejszej (pod tym względem) grupy chłopców.
- 3) Rzadziej występujące fiksacje tematyczne – ma to ścisły związek ze słabszą pamięcią, która warunkuje tempo gromadzenia informacji z określonej dziedziny.
- 4) Najczęściej występująca manipulacja emocjonalna – preferowany przez dziewczynki typ przejmowania kontroli nad reakcjami osób dorosłych.

- 5) Mniej wyraźny, niż w wypadku chłopców, problem w grupie rówieśniczej – wynika z dwóch czynników: po pierwsze – niższy poziom odmienności poznawczych i fiksacji tematycznych, po drugie – wyższy poziom tolerancji dla odmienności w żeńskiej grupie rówieśniczej. Jest to jeden z ważniejszych powodów, dla których dziewczynkom później stawiane są diagnozy ZA.

Podsumowanie

Zespół Aspergera to zaburzenie rozwoju o złożonym obrazie klinicznym. Scharakteryzowane powyżej odmienności, dotyczące zarówno płci, jak i określonych zachowań, wyjaśniają przyczyny trudności w ustaleniu zamkniętej listy cech diagnostycznych. Należy przyjąć, że diagnoza syndromu Aspergera musi polegać na ocenie rozwoju poznawczego i społecznego oraz jakościowej ocenie zachowań i reakcji. Każda osoba z zespołem Aspergera posiada swoją indywidualną konfigurację deficytów, zarówno pod względem ilościowym, jak i jakościowym. Fakt ten nie może jednak wpływać na unikanie stawiania diagnozy różnicowej autyzmu i zespołu Aspergera.

Bibliografia

- Cieszyńska J, 2010, *Zaburzenia linearnego porządkowania, czyli dysleksja [w:] Nowe podejście w diagnostyce i terapii logopedycznej – Metoda Krakowska*, Kraków: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego, s. 37-51.
- Cieszyńska J., 2011, *Wczesna diagnoza i terapia zaburzeń autystycznych. Metoda Krakowska*, Kraków: Wydawnictwo Omega Stage Systems.
- Cieszyńska J., 2013, *Metoda Krakowska wobec zaburzeń rozwoju dzieci. Z perspektywy fenomenologii, neurobiologii i językoznawstwa*, Kraków: Wydawnictwo Omega Stage Systems.
- Cieszyńska J., Korendo M., 2007, *Wczesna interwencja terapeutyczna*, Kraków: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*, 2013, American Psychiatric Associations.
- Draaisma D., 2009, *Rozstrojone umysły*, Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.

- Fombonne E., 2005, *Epidemiology of autistic disorder and other pervasive developmental disorders*, „Journal of Autism and Developmental Disorders”, 29, s. 113-119.
- Freeman BJ, Cronin P, Candela P., 2002, *Asperger syndrome or autistic disorder? The diagnostics dilemma*, *Focus Autism and Other Developmental Disabilities*, tom 17, nr 3, s. 145-151.
- Gazzaniga M. S., 2013, *Kto tu rządzi – ja czy mój mózg? Neuronauka a istnienie wolnej woli*, Sopot: Smak Słowa.
- Herzyk A., 2005, *Wprowadzenie do neuropsychologii klinicznej*, Warszawa: Wydawnictwo Scholar.
- Korendo M., 2009, *Problemy rozwojowe osób z zespołem Aspergera jako wynik deficytów językowych*, „Biuletyn Logopedyczny”.
- Korendo M., 2010, *Zespół Aspergera – neuropsychologiczne przyczyny zaburzeń językowych*, [w:] *Studia z neurologopedii*, red. I. Nowakowska-Kempna, D. Pluta-Wojciechowska, Kraków: Wydawnictwo WAM.
- Korendo M., 2010, *Zaburzenia lewopółkulowe u dzieci z zespołem Aspergera*, [w:] „Nowa Logopedia”, t. 1, *Zagadnienia Mowy i Myślenia*, red. M. Michalik, A. Siudak, Kraków: Wydawnictwo Collegium Columbinum.
- Korendo M., 2013, *Językowa interpretacja świata w wypowiedziach osób z zespołem Aspergera*, Kraków: Wydawnictwo Omega Stage Systems.
- Mayes, S. D., Calhoun, S. L., 2001, *Non-Significance of early speech delay in children with autism and normal intelligence and implications for DSM-IV Asperger's disorder*, *Autism*, „The International Journal of Research and Practice”, vol. 5, nr 1, s. 81-94.
- M. Pąchalska, B. L. J. Kaczmarek, J. D. Kropotow, 2014, *Neuropsychologia kliniczna. Od teorii do praktyki*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- M. Pąchalska, 2014, *The symptom and its significance in neuropsychology*, „Acta Neuropsychologica”, 1(1): 1-11.
- Pisula E., 2012, *Od badań mózgu do praktyki psychologicznej. Autyzm*, Sopot: Wydawnictwo Harmonia.
- Rostowski J., Rostowska T., 2014, *Rola systemów lustrzanych neuronów w rozwoju języka i komunikacji interpersonalnej*, [w:] „Psychologia Rozwojowa”, tom 19, nr 2, s.49-65
- Rymarczyk K., 2014, *Neurofizjologiczne uwarunkowania rozwoju dziecka – wpływ doświadczenia na rozwój układu nerwowego*, [w:] *Interdyscyplinarne uwarunkowania rozwoju małego dziecka. Wybrane zagadnienia*, red. R. Piotrowicz, s. 80-109, Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej.
- Spitzer M., 2008, *Jak uczy się mózg?*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Spitzer M., 2013, *Cyfrowa demencja*, Słupsk: Wydawnictwo Dobra Literatura.
- Tomasello M., 2002, *Kulturowe źródła ludzkiego poznawania*, Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.