

ASPERGEROV SINDROM, DIJAGNOSTIČKE DILEME – UPOREDNI PRIKAZ DVA SLUČAJA

**Olivera Aleksić-Hil¹, Emina Garibović¹,
Milica Pejović-Milovančević^{1,2}, Smiljka Popović-Deušić^{1,2}**

¹ Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija

² Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu, Beograd, Srbija

Apstrakt: Aspergerov sindrom (AS) je po MKB-10 i DSM-IV klasifikacionim sistemima uključen u kategoriju pervazivnih razvojnih poremećaja koje karakteriše izmenjena i/ili oskudna socijalna interakcija i komunikacija, odsustvo maštovitosti i zainteresovanosti za igru, uz ograničene i repetitivne obrasce ponašanja. Tokom protekle decenije došlo je do napretka u istraživanjima biološkog porekla pervazivnih razvojnih poremećaja, ali za sada još ne postoji specifični biološki marker koji bi identifikovao osobe sa ovim poremećajem. Poseban problem predstavlja precizna dijagnostika AS s obzirom na kliničke simptome i probleme u socijalnom funkcionisanju. Kliničari su spremniji da postojeće simptome AS svrstaju u neke češće nozološke entitete kao što su hiperkinetski sindrom sa poremećajem pažnje, ili psihoze u detinjstvu i mladosti. U radu su dati uporedni prikazi dečaka i adolescenta sa AS uz osvrt na pregled kliničkih karakteristika AS sa diskusijom smernica za kliničku procenu, dijagnostiku i implikacije za tretman.

Ključne reci: *Aspergerov sindrom, pervazivni razvojni poremećaj, dijagnoza*

Uvod

Austrijski pedijatar Hans Asperger opisao je 1944. godine četvoro dece koja su ispoljavala teškoće prilikom socijalne integracije u grupu vršnjaka [1]. Ovo stanje Asperger je nazvao “autistična psihopatija”, a glavna karakteristika bila je društvena izolacija. Uprkos očuvanim intelektualnim sposobnostima, ova deca su pokazivala upadljivu izmenjenost u neverbalnoj komunikaciji i teškoće u ispoljavanju empatije sa drugima, sa tendencijom ka intelektualizaciji emocija [2]. Bila su sklona korišćenju opširnog, jednoličnog, tangencijalnog i prilično formalističkog načina govora (on ih je nazivao “mali profesori”), i pokazivanje interesovanja za neobične teme koje su dominirale njihovim razgovorima, uz primetnu motornu nespretnost. I danas, gotovo pedest godina posle prvog opisa Aspergerovog sindroma (u daljem tekstu AS), još uvek postoji rasprava među kliničarima i istraživačima da li je AS sa pravom svrstan u spektar pervazivnih razvojnih poremećaja ili je to, ipak, poseban klinički entitet [3,4].

Osnovni dijagnostički kriterijumi za AS su: manjkavosti socijalnih veština, uzak krug interesovanja, repetitivni obrasci ponašanja, osobenosti govora i jezika, problemi neverbalne komunikacije i motorna nespretnost [5]. Da bi se postavila dijagnoza AS, osim prisustva pomenutih kriterijuma, neophodno je da dete ima normalan kognitivni razvoj, kao i razvoj jezičkih veština. S tim u vezi, osobenosti govora i jezika nisu specifične u smislu nedovoljno razvijenih veština, već u smislu prisustva osobitosti u prozodiji, odnosno artikulaciji [6]. Dijagnoza AS zahteva postojanje kvalitativnih poremećaja u socijalnim interakcijama uz ograničene obrasce ispoljavanja interesovanja, što se poklapa sa simptomima koji postoje i kod dece sa autizmom [5,6]. Međutim, kod dece sa AS ne postoje klinički značajna kašnjenja u razvoju govora, kognitivnih sposobnosti i veština samopomoći [7].

Iako izražene abnormalnosti govora nisu tipične za pojedince sa AS, postoje najmanje tri aspekta komunikacijskih obrazaca ovih pojedinaca koji su od kliničkog značaja [6]. Kao prvo, deca sa AS često imaju sužen opseg intonacijskih obrazaca kao i lošu modulaciju zvuka, koji može biti previše glasan uprkos fizičkoj blizini sagovornika, a tempo govora može biti ubrzan, što remeti njegovu tečnost. Drugo, usled egocentričnog stila komunikacije, pojedinci sa AS skloni su napornim i preopšnim monolozima, stvarajući tako sliku gubitka determinišuće tendence. Treće, dete ili odrasla osoba može govoriti neprekidno, obično o omiljenoj temi, često potpuno zanemarujući potencijalnu zainteresovanost, angažovanost slušaoca, odnosno slušaočev pokušaj da ubaci komentar ili promeni temu konverzacije. Uprkos “startalim” monolozima, slušalac često neće shvatiti suštinu teme ili zaključak o kojem osoba sa AS govori. Pokušaji sagovornika da razradi temu po pitanju sadržaja ili logike, ili da pomeri težište razgovora na srodne teme, često su neuspešni [6,7].

Osobe sa AS neretko ispoljavaju razvojno kašnjenje u savladavanju motornih veština kao što su vožnja bicikla, hvatanje lopte, otvaranje tegle,

penjanje na penjalicu na dečijem igralištu. Oni su često vidno nespretni, imaju lošu koordinaciju i mogu ispoljavati poskakivanje tokom hoda i čudno držanje, tzv. “meke neurološke znake bez evidentnog kliničkog značaja” (u stručnoj literaturi poznati kao “*soft neurological signs*”) [8,9]. Neuropsihološkom analizom mogu se uočiti prednosti u ispoljavanju auditivnih i verbalnih sposobnosti i učenju napamet u odnosu na kontrolnu grupu zdrave dece, ali i značajan deficit u vizuo-motornim i vizuo-perceptivnim veštinama i konceptualnom učenju [7].

Prevalenca AS nije sasvim poznata s obzirom na nedovoljnu upućenost stručnjaka na ovaj poremećaj. Neretko se poremećaj tek slučajno dijagnostikuje u adolescenciji, sa dekompenzacijom mehanizama odbrane za izlaženje na kraj sa svakodnevnim životnim stresovima, uz pojavu depresivne ili psihotične kliničke slike. Smatra se da prevalenca za AS iznosi 36 na 10 000 dece, što je značajno niže u odnosu na prevalenciju ostalih poremećaja autističnog spektra (1 na 200), dok je odnos muškog pola prema ženskom (9:1) značajno viši u odnosu na druge pervazivne poremećaje [9,10].

Tačna dijagnoza AS postavlja se uzimanjem detaljne anamneze fokusirane na razvoj socijalizacije i aberacije formalnog govora i ponašanja, tj. na aspekte funkcionisanja deteta koji ne moraju biti značajno drugačiji na ranom uzrastu u odnosu na opštu populaciju dece [11]. Kako zahtevi socijalne sredine rastu, manjkavosti socijalnih veština i neobičnosti govora bivaju upadljiviji, a opšte funkcionisanje postaje sve lošije.

Najčešće diferencijalno dijagnostičke kategorije u odnosu na AS su: drugi pervazivni razvojni poremećaji, poremećaji iz shizofrenog spektra (shizofrenija, shizotipalni poremećaj, shizoidni poremećaj ličnosti), hiperkinetski sindrom sa poremećajem pažnje, opsesivno kompulzivni poremećaj, i drugo [5,10,12,13,14].

AS može biti pogrešno prepoznat ili neprepoznat usled čega se deca i mladi izlažu nepotrebnim dijagnostičkim i terapijskim postupcima sa različitim ishodima. Tako npr. ukoliko se postavi dijagnoza shizofrenije odnosno psihoze, a u pitanju je AS, nepotrebno se uvode antipsihotici, ili se pak propisuju psihostimulansi ukoliko se pogrešno prepozna kao hiperkinetski sindrom (u daljem tekstu ADHD, skraćanica od Attention Deficit Hyperactivity Disorder koja se koristi u literaturi). Dijagnostička konfuzija vodi individualnim i porodičnim problemima, naročito ako se deca sa AS uključuju u posebne školske programe ili terapijske grupe za pružanje pomoći [10].

U daljem tekstu prikazani su dečak mlađeg školskog uzrasta i adolescent sa dijagnostikovanim Aspergerovim sindromom, sa akcentom na znacima i simptomima koji su maskirali AS, čime je i tretman mogao biti usmeren u sasvim drugom pravcu.

Klinički prikaz 1

N. je devetogodišnji dečak, koji je prvi put pregledan u Institutu za mentalno zdravlje (IMZ), u uzrastu od 5 godina i 6 meseci, a zbog hiperaktivnog ponašanja, noćnog mokrenja i burnog reagovanja na minimalna osujećenja. Vaspitačice u vrtiću skrenule su pažnju roditeljima na njegovo neobično ponašanje opisujući da je često postavljao čudna pitanja, povremeno sam na njih odgovarao, druga deca ga nisu interesovala i nije se uključivao u zajedničku igru.

N. je prvo dete iz prve uredne trudnoće, mladih, zdravih roditelja, visoke stručne spreme. Rođen na vreme, prirodnim putem. Po rečima majke, od početka je imao problem sa hranjenjem, a problemi ishrane i sada postoje u vidu izbirljivosti i unosa za uzrast nedovojne količine hrane. Pored toga, telesni razvoj bio je uredan. Majka se sada priseća da je od početka u njenom naručju bio "krut i lutkast". Socijalni osmeh bio je redak i upućen isključivo roditeljima. Do treće godine bila su prisutna česta noćna buđenja, povremeno uz višesatne periode budnosti tokom noći. Bio je preosetljiv na zvuke. Roditeljima je bila upadljiva njegova nezainteresovanost za igračke, kao i česti periodi odsutnosti. Prohodao je sa 15 meseci, ali je oduvek delovao nespretnije. Imao je problem sa hvatanjem, kako krupnijih tako i sitnijih predmeta.

Prve reči izgovorio je pre prvog rođendana. Brzo je širio fond izgovorenih reči, ali je za sebe umesto "ja" govorio u trećem licu jednine glasom specifične modulacije. Sa četiri godine prvi put je krenuo u vrtić, ali zbog izraženih teškoća uklapanja u vršnjačku grupu roditelji su ga brzo ispisali. Dnevnu kontrolu sfinktera uspostavio je sa 4 godine, a noćnu sa 6 godina. Nije imao značajnije somatske bolesti, povrede glave, niti krize svesti.

Roditelji opisuju i njegovu nesamostalnost u osnovnim radnjama samozbrinjavanja, kao što su ishrana i oblačenje, kao i teškoće u ostvarivanju socijalnih relacija sa vršnjacima. Oduvek je bio vrlo selektivnih interesovanja, teže je prihvatao nove sadržaje, zahteve. N. pohada školu sa posebnim programom i pored visokih intelektualnih kapaciteta, sa namerom roditelja da ga uključe u redovnu školu.

Od dopunskih dijagnostičkih procedura obavljani su: psihološko i neuropsihološko ispitivanje, standardni EEG i neurološki pregled. Rezultati sprovednih standardnih psiholoških testova ukazivali su na postojanje prosečnih intelektualnih kapaciteta, sa upadljivom prevagom verbalnih nad manipulativnim sposobnostima. Teškoće su bile usmerene na zadatke u kojima je bilo potrebno pravilno prepoznati i razumeti socijalni kontekst. Neuropsihološkim testiranjem utvrđena je izmenjenost verbalne komunikacije, koja je opterećena teškoćama slušanja drugog, idiosinkratičnom produkcijom, a na štetu ponašanja u socijalnom okruženju, interpersonalnih veština i brige o sebi, uključujući sopstvenu sigurnost. Ustanovljene su i naglašene teškoće pažnje i njenog adaptivnog usmeravanja, sa reperkusijom na lošu kontrolu ponašanja.

Neurološkim pregledom ustanovljena je na gornjim ekstremitetima hipotonija uz očuvanu grubu motornu snagu, senzibilitet i mišićne reflekse, i perzistiranje “mekih neuroloških znakova” (u vidu oromandibularnih sinkinezija pri zatvaranju očiju i praćenja prsta pogledom, poremećaja perzistencije pogleda pri usmeravanju u stranu, nemogućnosti konvergencije pogleda, nespretnosti pri izvođenju opozicije palca i redom ostalih prstiju).

Na osnovu anamneze, kliničke slike i rezultata dobijenih dopunskim ispitivanjima, kod dečaka je postavljena dijagnoza AS u njegovoj 6. godini života. Nakon prvog dolaska, N. je uključen u tretman, uz istovremeno uključivanje u proces školovanja (škola “Dr Dragan Hercog” pri Dnevnoj bolnici za decu IMZ-a koja ima redovan školski program sa individualnim pristupom i malim brojem dece sa emocionalnim problemima). Tretman je sproveden u okviru Dnevne bolnice za decu IMZ-a po principima millie-u terapije, uz intenzivan rad na modifikaciji ponašanja, prevazilaženju socio-emocionalnih disfunkcionalnosti kroz uključivanje u stimulatívni defektološki tretman (reedukacija psihomotorike), socioterapijske aktivnosti sa edukovanim vaspitačima, prilagođen edukativni pristup (u maloj grupi) i savetodavni rad sa roditeljima.

Tokom tretmana primetan je napredak na planu proširivanja obima spontanijih aktivnosti i interesovanja. N. aktuelno adekvatnije učestvuje u socijalnim interakcijama, bolje toleriše i prihvata zahteve socijalne sredine. Zapažanja učiteljice govore u prilog uspešnog savladavanja nastavnih zahteva, uz i dalje prisutne teškoće usmeravanja i održavanja pažnje na zadatak.

Klinički prikaz 2

*“Ja sam kao kristalna vazna, samo povišen glas može me slomiti”
(adolescent sa AS)*

A. ima 12 godina, pohađa peti razred osnovne škole ostvarujući nedovoljan uspeh. Živi sa majkom i starijom sestrom, roditelji su razvedeni od dečakove 10. godine.

A. je drugo dete po redu rođenja, porođaj posle termina završen prirodnom putem, ali protrahovan. Sedi sa 6 meseci, hoda uz oslonac sa 10 meseci, samostalno sa 14-15 meseci. Sa manje od godinu dana formira nerazumljive reči koje su za njega imale opšte značenje, sa godinu dana ima fond od 25 takvih reči. Reči sa pravim značenjem nije govorio, ali je razumeo govor roditelja. Sa dve i po godine ima fond od 100 reči “sopstvenog jezika”, ali koristi i uobičajne reči koje mu roditelji “nameću” ignorišući “njegov jezik”. Ne formira rečenice od sopstvenih reči, ali uz prisilu roditelja formira prostu rečenicu sastavljenu od razumljivih reči. Do 4. godine pokušavao je da “ubacuje svoje reči”, zbog čega se roditelji tada javljaju pedijatru, koji ih

upućuje na logopedski tretman, tokom godinu i po dana. Roditelji opisuju da ja A. “delovao kao da prisilno priča naš jezik”.

Prvi put je krenuo u obdanište sa 4 godine, tamo je proveo 2 dana jer se nije uklapao u vršnjačku grupu. Još uvek je koristio svoje reči, deca ga nisu razumela, te je bilo naloženo da se prebaci u mlađu grupu. Roditelji ovaj savet nisu prihvatili, upisali su ga u francusko obdanište, gde se jako dobro uklopio. Francuski je dobro naučio, sa odličnim izgovorom, ali kod kuće nikada nije želeo da kaže ni reč francuskog. U francuskom obdaništu “njegov jezik” su tretirali, po rečima roditelja, kao “još jedan strani jezik koji on zna”.

Osnovnu školu upisuje posle preporučenog odlaganja upisa od godinu dana zbog nezrelosti, sa navršenih 8 godina. A. je imao probleme sa poštovanjem školskih pravila ponašanja – tokom nastave je ustajao, šetao po učionici, zapitkivao, zagledavao stvari. Prvi razred završio je vrlo dobrim uspehom. Od drugog razreda, roditelji dečaka prebacuju u drugu školu, jer je na početku drugog razreda došao “modar” iz škole, kada je učiteljica izjavila da ga je drug iz odeljenja fizički kažnjavao. U drugoj školi zbog provociranja od strane druge dece A. razvija otpor prema pohađanju škole, školskim obavezama, posebno prema usmenom odgovaranju (provokacije dece bile su vezane uglavnom za njegov specifičan izgovor). S druge strane, imao je interesovanja za mnoge stvari – planete, životinje. U petom razredu, zbog neuklapanja u grupu vršnjaka, vraćen je u staru školu, u isto odeljenje.

Sa polaskom u V razred majka primećuje da A. počinje slabije da jede, postaje izbirljiv u hrani. Tada je “digao ruke od učenja”, ima sve lošiju koncentraciju i volju za učenjem, kao i “strah od neuspeha”. Povlači se u odnosu na društvo, plaši se da će ga dečaci udariti, plaši se da izade napolje, jedino kontaktira preko kompjutera sa nekoliko drugova iz Amerike, stečenih preko interneta.

Neposredni povod obraćanja psihijatru bila su pitanja majci o samoubistvu, i spominjanje da “ne zaslužuje da živi”, da je “slab i nesposoban”, što je bilo praćeno razmišljanjem o načinu na koji bi se ubio (npr. da nožem iseče vrat, ili da skoči sa zgrade).

Psihijatrijsko-psihološkom eksploracijom utvrđena je narušena pragmatika govora (govor agramatičan, manirovan, infantiln, glas neobične boje i intonacije, tempo govora nestabilan) uz neadekvatan pojmovni rečnik. Raspoloženje A. je bilo depresivno uz naglašenu anksioznost, posebno u domenu socijalnih interakcija. Ustanovljena je socijalna nezrelost kroz neadekvatno razumevanje socijalnih pravila i situacija, kao i suicidalne ideje i tendencije. Intelektualna efikasnost aktuelno je bila snižena, a uvid i kritičnost delimično očuvani. Psihološkim i neuropsihološkim ispitivanjima potvrđena je dijagnoza AS. Uključen je u multidisciplinarni tretman.

Diskusija

Prepoznavanje i dijagnostikovanje dece sa Aspergerovim sindromom često je otežano i kasni zbog neopažanja ili pak izmenjenog tumačenja opaženog kako od strane roditelja tako i stručnjaka – što je slučaj i u navedenim primerima. Nedostatak empatije u socijalnim relacijama pripisuje se naivnosti i socijalnoj nezrelosti ove dece. Neobičnost govora na ranom uzrastu za okolinu je zanimljiva, a posebna interesovanja i okupiranost enciklopedijskim informacijama često se vezuju za višu inteligenciju ili stimulativno porodično okruženje. Teškoće uklapanja u vršnjačku grupu pripisuju se prezaštićenosti od strane porodične sredine, dok se loše držanje ili upadljivost stava pripisuju nedovoljnoj fizičkoj aktivnosti, a nedovoljna spretnost nedovoljnoj fizičkoj angažovanosti [15].

Uprkos razvijenom jeziku, po nekad neprimerenom za uzrast, deca sa AS često sa teškoćama dolaze do suštine teme ili zaključka, nisu u stanju da svoja znanja primereno i sistematizovano primene, što je i kod N. bilo evidentno.

Pojedinci sa AS često imaju razvojno kašnjenje u savladavanju motornih veština (vožnja bicikla, hvatanje lopte, otvaranje tegle, penjanje na penjalicu na dečijem igralištu), što je na ranom uzrastu bilo primećeno kod N. Ovakva stanja često zbunjuju kliničare koji su skloniji da dijagnostikuju probleme iz spektra razvojnih smetnji motornih veština pre nego AS.

Inicijalni povodi za traženje stručne pomoći za N. bili su povišena motorna aktivnost, slaba pažnja i koncentracija (koji su i sada prisutni). U tom momentu procenjivani su dijagnostički kriterijumi za postavljanje dijagnoze ADHD. Kriterijumi za dijagnozu ADHD podrazumevaju da simptomima problema pažnje, i/ili hiperaktivnosti odnosno impulsivnosti traju minimum 6 meseci i da su mnogo češći i ozbiljniji nego tipični oblici ponašanja deteta u odnosu na njegov razvojni nivo.

Kod pervazivnih razvojnih poremećaja hiperkinetsko ponašanje može biti prisutno ali je kvalitet odnosa deteta koje ima pervazivni razvojni poremećaj, sa okolinom, drugačiji (“autistična odsutnost” – ne primećuju ljude oko sebe, teško oštećenje svih oblika komunikacije, odsustvo recipročnih socijalnih relacija, odsustvo socijalne odnosno imaginativne igre, stereotipije). U postavljanju dijagnoze, kada postoji hiperkinetsko ponašanje, pervazivni razvojni poremećaj (sa karakterističnom kliničkom slikom) ima prednost. I ako se po smernicama DSM-IV klasifikacije ADHD ne dijagnostikuje kod pervazivnih razvojnih poremećaja, nalazi mnogih autora govore u prilog veće verovatnoće komorbidne dijagnoze pervazivnih poremećaja sa ADHD-om [16]. MKB-10 klasifikacija dozvoljava postavljanje dvojnje dijagnoze, odnosno dete može da zadovolji kriterijume za dijagnostikovanje AS i ADHD istovremeno [10].

Tretman govora je čest terapijski postupak kod AS, pri čemu se nedovoljno pažnje usmerava na razloge formiranja izmenjenog govora. U slučaju A. malo pažnje tokom tretmana posvećeno je strategijama za oboga-

ćivanje pojmovnog mišljenja, a deficit prozodije (modulacija, ritam, intonacija glasa), koji je karakterističan za AS pripisan je dečakovoj „nezrelosti“. Na ranom uzrastu, teškoće socijalizacije i prepoznavanja misli i namjera drugih (deficit teorije uma), u slučaju A. prepoznate su kao naivnost i nezrelost koju deca sa AS bez adekvatnog tretmana ne mogu prevazići.

Pomoć deci sa AS u procesu formalne edukacije odnosi se na upućivanje u pravila i strukturu zahteva i okolnosti, kao i usmeravanja u proces učenja i jasnoću načina ispitivanja. Na ovaj način moguće je razumeti teškoće A. prilikom učenja maternjeg u odnosu na strani jezik (kroz učenje pravila od samog početka učenja novog jezika), kao i dobro snalaženje u socijalnoj sredini gde su dobra i kontrolisana jasna pravila i zahtevi (predškolska ustanova sa motivisanim i stručnim kadrovima – iz primera). Česte pojave u školskom uzrastu su ruganje i ponižavanje od strane vršnjaka. Naročito važno u razumevanju komorbiditeta (čestog kod dece sa AS na pubertetskom uzrastu) iz kruga depresija ili psihoza, jeste snažna potreba dece sa AS za druženjem uz manjkavost potrebnih veština za to, kao i patnja zbog evidentne neprihvaćenosti (to ih izdvaja iz grupe ostalih pervazivnih razvojnih poremećaja) [8, 17,18].

Teškoće socijalizacije udružene sa snažnom motivacijom odnosno željom za druženjem često dovode do daljeg usložnjavanja problema (što je prikazano u oba primera). Deca sa AS školuju se u redovnim školama, zbog prosečnih i visokih intelektualnih sposobnosti, ne prevazilazeći okvire svoje vršnjačke grupe. Nažalost, ipak po mnogo čemu pripadaju grupi dece sa pervazivnim razvojnim poremećajima, jer je njihov deficit kompleksan, sveobuhvatan i prožima u potpunosti njihovo biće. Njihovi kapaciteti mogu biti veoma dobri, čak nadprosečni u nekim sferama (npr. sposobnost sticanja enciklopedijskog znanja), dok su u drugim veoma loši (nespretnost u finim motornim aktivnostima, razumevanju pravila grupne igre ili socijalnog ponašanja) što ih svrstava u kategoriju “dece sa problemima socijalizacije” [19, 20]. Ova saznanja mogu pomoći obučenom stručnjaku (npr. nastavniku u školi) da svoj pristup ispitivanju i predstavljanju školskog gradiva prilagodi pojmovnom sistemu i mogućnostima reprodukcije dece sa AS. Uz to, neophodna je i obuka vršnjaka o toleranciji prema različitosti, koja će omogućiti deci sa posebnim potrebama da se adekvatnije i bezbolnije uključe u proces redovnog školovanja i vršnjačku grupu.

Neuropsihologija razume i rešava problem dijagnostike i tretmana dece sa AS svrstavajući ih u kategoriju dece sa neverbalnim smetnjama učenja [21]. Neverbalne smetnje učenja predstavljaju bilateralni taktilno-perceptivni deficit, bilateralni deficit psihomotorne koordinacije, deficit vizuo-spacijalne organizacije, i podrazumeva ekstremne teškoće adaptacije na nove, nepoznate situacije sa lošom memorijom za kompleksni verbalni materijal, lošom psiholingvističkom pragmatikom, značajnim deficitom socijalne percepcije, procene i interakcije. Neuropsihološka dijagnostika uključuje ispitivanje rečnika, opsega verbalne memorije, pragmatiku i prozo-

diju govora, taktilnu percepciju, psihomotornu koordinaciju, vizuelnu memoriju, vizuo-prostornu organizaciju, procenu socijalnih veština i egzekutivne funkcije. Sve pomenute kategorije mogu biti disfunkcionalne kod dece sa AS. Pretpostavlja se da rani deficit senzomotornih sposobnosti odgovornih za organizaciju, integraciju i konsolidaciju iskustava u cilju osvajanja novih sposobnosti u ranom detinjstvu, onemogućava dete sa AS u razvoju viših mentalnih procesa, kao što je razumevanje uzročno-posledičnih veza, postavljanje hipoteza i rezonovanje [18,19,20].

Za tačnu dijagnostiku AS, u okviru ispitivanja detaljne anamneze psihomotornog razvoja, nije dovoljno ispitati samo razvoj grubih motornih sposobnosti već i osvajanje finih motornih veština (otvaranje, zatvaranje posuda, penjanje, hvatanje lopte, vožnja bicikla i sl). Pored toga, loša posturalnost i hodanje na prstima česta su pojava kod dece sa AS, a govore zapravo o održavanju mekih neuroloških znakova pre nego o lošem držanju zbog nedovoljne fizičke aktivnosti.

Dijagnoza i tretman AS su kompleksni i sveobuhvatni. U tretman osim rada na obogaćivanju i razumevanju pravila govora i jezika treba uključiti i sledeće: suportivni psihoterapijski rad, edukaciju/trening socijalnih veština (npr. odgovarajuće neverbalno dekodiranje i odgovor, simultanu analizu nekoliko vizuelnih informacija sa odgovorom), tretman problema ponašanja, simptoma depresije i anksioznosti (putem medikamentne terapije) ali i učenje pravila kroz, najčešće, kognitivno-bihejvioralnu terapiju [20,22].

Zaključak

Na sve veći značaj ranog dijagnostikovanja AS ukazuju rezultati istraživanja koji pokazuju da oni pacijenti koji imaju rane, konzistentne i odgovarajuće intervencije pokazuju bolje terapijske rezultate (Američka Akademija za pedijatriju, Odbor za decu sa invaliditetom, 2001). Kontinuirano razvojno praćenje i skrining tokom redovnih poseta razvojnom savetovaštu su izuzetno važni. Sposobnost da se zapaze obrasci ponašanja tipični za Aspergerov sindrom i oslanjanje na ključne elemente kompletne razvojne anamneze deteta (što uključuje i precizne podatke od strane roditelja) važni su za postavljanje odgovarajuće rane dijagnoze. Poboljšanje detetovog stanja moguće je ukoliko se postavi rana dijagnoza uz pravovremene i adekvatne intervencije.

Osnova za pravilno dijagnostikovanje AS je precizno uzimanje razvojne anamneze deteta uz sistematičnu upotrebu dijagnostičkih kriterijuma savremenih klasifikacionih sistema [5, 9, 14]. Instrumenti procene, kao što je Revidirani dijagnostički intervju za autizam (ADI-R), sve više se koriste tokom dijagnostičke procedure [23]. Na kraju, možemo zaključiti, da je multidisciplinarni pristup u timskom radu neophodan za što ranije i preciznije dijagnostikovanje AS.

ASPERGER SYNDROME, DIAGNOSTIC DILEMMAS – TWO COMPARATIVE CASE STUDIES

**Olivera Aleksic-Hil¹, Emina Garibovic¹,
Milica Pejovic-Milovancevic^{1,2}, Smiljka Popovic-Deusic^{1,2}**

¹Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

²School of Medicine, University of Belgrade, Serbia

Abstract: Asperger syndrome (AS), according to ICD-10 and DSM-IV classification systems, falls in the category of pervasive developmental disorders, which are characterized by altered and/or poor social interaction and communication, lack of imagination and interest in play, with limited and repetitive patterns of behavior. In the past decade, progress was made in the studies of biological origin of pervasive developmental disorders, but no specific biological marker has yet been discovered that would identify persons with this disorder. Precise diagnostics for AS poses a particular problem, having in mind the clinical symptoms and social functioning problems. The clinicians are more prepared to file the existing symptoms of AS under certain more frequent nosological entities such as attention deficit hyperactivity disorder, or childhood and adolescence psychoses. The paper presents comparative case studies of a boy and an adolescent with AS, along with a review of clinical characteristics of AS and a discussion on guidelines for clinical assessment, diagnostics and treatment implications.

Key words: *Asperger syndrome, pervasive developmental disorder, diagnosis*

Literatura

1. Lord C. Diagnostic instruments in autism spectrum disorders. In: Cohen DJ, Volkmar FR, eds. *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders* 2nd ed. New York: Wiley; 1997. p. 460-83.
2. Asperger H. Autistic Psychopathy in childhood. (trans. U. Frith) In: Frith U. *Autism and Asperger Syndrome*. Cambridge: Cambridge University Press; 1944/1992. p. 37-62.
3. Bender L. Childhood schizophrenia: clinical study of 100 schizophrenic children. *Am J Orthopsychiatry* 1947;17:40-56.
4. Creak EM. Schizophrenic syndrome in childhood: progress report of a working party. *Cereb Palsy Bull* 196;3:501-4.
5. Gillberg C. Clinical and neurobiological aspects of Asperger's syndrome in six families studied. In *Autism and Asperger's Syndrome* (ed. U. Frith), Cambridge: Cambridge University Press; 1991. p. 122-46.
6. Klin A, Volkmar FR. Asperger Syndrome. In: Cohen DJ, Volkmar FR, eds. *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*. New York: Wiley & Sons; 1997. p. 94-122.
7. Klin A, Volkmar FR, Sparrow SS, Cicchetti DV, Rourke BP. Validity and neuropsychological characterization of Asperger syndrome. *J Child Psychol Psychiatry* 1995;36:1127-40.
8. Klin A. Autism and Asperger syndrome: an overview. *Rev Bras Psiquiatr* 2006;28(1):3-11.
9. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revised*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing Inc.; 2000.
10. Fitzgerald M, Corvin A. Diagnosis and differential diagnosis of Asperger syndrome. *Advances in Psychiatric Treatment* 2001;7:310-8.
11. Fombonne E, Tidmarsh L. Epidemiologic data on Asperger disorder. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am* 2003;12(1):15-21.
12. Wolff S. Schizoid personality in childhood: the links with Asperger's syndrome, schizophrenia spectrum disorders, and elective mutism. In *Asperger's Syndrome or High Functioning Autism* (eds E. Schopler, G. Mesibov & L. Kunce), 1998, New York: Plenum, p. 123-45.
13. Geschwind DH, Levitt P. Autism spectrum disorders: developmental disconnection syndromes. *Curr Opin Neurobiol* 2007;17(1):103-11.
14. Wing L. Asperger's syndrome: a clinical account. *Psychol Med* 1981;11(1):115-29.
15. Myers SM, Johnson CP. Council on Children with Disabilities. "Management of children with autism spectrum disorders". *Pediatrics* 2007;120(5):1162-82.
16. Schatz A, Weimer A, Trauner D. Brief report: attention differences in Asperger Syndrome. *J Autism Dev Disorder* 2002;32(4):333-6.
17. Klin A, Pauls D, Schultz R, Volkmar F. Three diagnostic approaches to Asperger syndrome: implications for research. *J Autism Dev Disorder* 2005;35(2):221-34.
18. Geschwind DH, Levitt P. Autism spectrum disorders: developmental disconnection syndromes. *Curr Opin Neurobiol* 2007;17(1):103-11.

19. Baron-Cohen S. The hyper-systemizing, assortative mating theory of autism. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2006;30(5):865-72.
20. Rao PA, Beidel DC, Murray MJ. Social skills interventions for children with Asperger's syndrome or high-functioning autism: a review and recommendations. *J Autism Dev Disord* 2008;38(2):353-61.
21. Fitzgerald M, Corvin A. Diagnosis and differential diagnosis of Asperger syndrome. *Advances in Psychiatric Treatment* 2001;7:310-8.
22. Schultz RT, Romanski LM, Tsatsanis KD. Neurofunctional models of autistic disorder and Asperger syndrome: clues from neuroimaging. In: Klin A, Volkmar FR, Sparrow SS, editors. *Asperger Syndrome*. New York: Guilford Press; 2000. p. 172-209.
23. Le Couteur A, Lord C, Rutter M. *Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R)*. Western Psychological Services, 2003.

Dr Olivera ALEKSIC-HIL, mr sci, Klinika za decu i omladinu, Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija

Dr Olivera ALEKSIC-HIL, MD, MSc, Clinical Department for Children and Adolescents, Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

E-mail: o.alexix@gmail.com