

Trudności leczenia ortodontycznego u pacjenta z zespołem Aspergera – opis przypadku

***Anna Romanowska, Agnieszka Chruściel, Elżbieta Młynarska-Zduniak**

Zakład Ortodontji, Instytut Stomatologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny
Kierownik Zakładu: dr hab. n. med. Małgorzata Zadurska

DIFFICULTIES IN ORTHODONTIC TREATMENT OF A PATIENT WITH ASPERGER SYNDROME – CASE REPORT

Summary

Asperger syndrome belongs to pervasive developmental disorders and is characterised by impairment of bilateral communication, both verbal and nonverbal, reluctance to accept any changes, lack of flexibility of thinking and very specific, limited interests. In people with Asperger syndrome there are features typical of autism such as deficits and deviations in contacts and social skills, and persistent behaviour, that happens to be repetitive. The aim of this paper is to present patient with Asperger syndrome and difficulties in orthodontic treatment, resulting from syndrome's typical features.

Key words: Asperger syndrome, autism, orthodontic treatment

WSTĘP

Zespół Aspergera (ZA) został opisany po raz pierwszy w 1944 r. przez Austriaka Hansa Aspergera w pracy „Psychopatia autystyczna okresu dzieciństwa”. Nazwa zespołu została użyta dopiero w 1981 roku przez Lornę Wing, która tłumaczyła pracę Hansa Aspergera na angielski. Część psychiatrów traktuje zespół Aspergera jako odmianę autyzmu dziecięcego, charakteryzującego się mniejszym nasileniem objawów, nie zaś jako odrębną jednostkę nozologiczną (1). Ponadto ścisłe kryteria różnicowania zespołu Aspergera i autyzmu są dyskusyjne i do dziś niejednoznacznie zdefiniowane.

Patomechanizm choroby nie jest wyjaśniony. Według teorii biologicznych autyzm jest zespołem zachowań wynikających z różnego stopnia uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego (2). Inna koncepcja mówi, że zahamowanie rozwoju psychicznego może wiązać się z niewłaściwą organizacją procesów neurofizjologicznych (2).

Według klasyfikacji ICD-10 (International Statistical Classification of Disease and Health – related Problems, 10th revision) zespół Aspergera można rozpoznać, gdy spełnione są następujące kryteria:

1. Brakuje istotnego klinicznie opóźnienia w zakresie języka mówionego i rozumienia języka lub rozwoju czynności poznawczych:
 - do 2. roku życia lub wcześniej dziecko wypowiadało pojedyncze słowa oraz wypowiadało komunikatywne wyrażenia do 3. roku życia lub wcześniej;
 - posiadało umiejętność pomagania sobie, wykazywało zachowania adaptacyjne i zaciekawienie środowiskiem w okresie pierwszych 3 lat życia na poziomie odpowiadającym rozwojowi intelektualnemu;
 - mogło wykazywać opóźnienie rozwoju ruchowego.
2. Występują jakościowe nieprawidłowości w zakresie wzajemnych interakcji społecznych.
3. Pacjent przejawia nasilone, wyizolowane zainteresowania albo stereotypowe wzorce zachowania, aktywności.
4. Zaburzenia nie można traktować jako innej z postaci całościowych zaburzeń rozwojowych, prostej schizofrenii, zaburzenia typu schizofrenii, zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych, osobowości anankastycznej, zaburzeń przywiązania w dzieciństwie (3).

Zespół Aspergera to całościowe zaburzenie rozwoju, diagnozowane najczęściej w wieku przedszkolnym. Występuje u 0,1-0,26% populacji (4). Chorują głównie chłopcy o normalnym lub ponadprzeciętnym rozwoju inteligencji. Na czterech chłopców dotkniętych zespołem Aspergera przypada jedna dziewczynka (4). Znaczenie w rozwoju zaburzenia przypisuje się czynnikom genetycznym, jak również psychospołecznym. Niektórzy autorzy zwracają uwagę na rolę traumatycznych doświadczeń dziecka w pierwszych miesiącach życia, co uniemożliwia mu wyjście z fazy psychotycznej i blokuje dalszy rozwój (5). Może to mieć związek ze współdziałaniem osobniczej wrażliwości i nieswoistych czynników zewnętrznych (6). Natomiast według koncepcji biologicznych autyzm i ZA są behawioralną reakcją na różnego stopnia uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego. Zespół Aspergera charakteryzuje się wszystkimi objawami osiowymi jak w autyzmie. Różni się jednak od autyzmu brakiem opóźnienia lub upośledzenia rozwoju mowy i funkcji poznawczych. Podstawowym objawem zespołu Aspergera jest upośledzenie kontaktów społecznych (słownych i pozasłownych), niechęć do zaakceptowania zmian, brak myślenia abstrakcyjnego oraz bardzo szczególnie, ograniczone zainteresowania (4). Pacjentów z zespołem Aspergera cechuje: utrudniony kontakt z otoczeniem, brak umiejętności wyrażania emocji, osłabiona koordynacja ruchowa, przesadna intelektualizacja, szczególne zainteresowania. Do tej grupy należą na przykład „ludzie kalendarze” albo dzieci znające wszystkie przystanki czy rozkład jazdy autobusów w mieście (5). Dzieci z zespołem Aspergera chętnie pokazują duże możliwości swojej fragmentarycznej pamięci, natomiast duży kłopot sprawia im mechaniczna nauka w szkole, na przykład tabliczki mnożenia lub nauka wiersza na pamięć. Inaczej jest, oczywiście, jeśli przedmioty w szkole pokrywają się z zainteresowaniami dziecka. Pacjenci ci są skupieni na sobie i swoich myślach, rozpoczynają rozmowę na temat przez nich wybrany i dla nich interesujący, nie zważając na różnicę wieku, płci, inną pozycję społeczną czy obowiązujące zasady grzeczności (5), a także nie rozumieją żartów, metafor, przenośni, przysłów (4). Mają wąskie zainteresowania i dążą do codziennie powtarzającego się rytmu dnia i zajęć dla nich ważnych.

Deficyt psychologiczny w zespole Aspergera i autyzmie próbują wyjaśnić dwie teorie. Teoria umysłu – tzw. „ślepotą umysłu” – oznacza brak zdolności do odczytania tego, co myślą i czują inni oraz co wyrażają w sposób pozawerbalny. To powoduje niezdolność do przewidywania ich zachowań i reakcji oraz niezdolność do wnioskowania o ich stanach emocjonalnych. Druga z teorii zakłada słabą centralną koherencję, czyli defekt poznawczy, polegający na niezdolności łączenia różnych informacji w całość, aby zrozumieć istotę tematu oraz brak umiejętności odróżnienia kwestii istotnych od nieistotnych (2).

Jaka jest różnica pomiędzy dziećmi z zespołem Aspergera a innymi dziećmi z autyzmem? Od wczesnego dzieciństwa występuje u nich ten sam rodzaj upośle-

żeń, ale chorzy z zespołem Aspergera charakteryzują się lepszą adaptacją społeczną i elokwencją, z wiekiem ich zainteresowanie innymi ludźmi się zwiększa i u niektórych z nich dochodzi do istotnej poprawy funkcjonowania w społeczeństwie (5, 7).

Brak jest wystarczających danych w piśmiennictwie dotyczących problemów opieki stomatologicznej, a w szczególności ortodontycznej u pacjentów autystycznych.

CEL PRACY

Celem pracy było przedstawienie pacjenta z zespołem Aspergera oraz typowych trudności w leczeniu ortodontycznym.

OPIS PRZYPADKU

Pacjent AB, 5-letni chłopiec z zespołem Aspergera, został skierowany do Zakładu Ortodontji Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego przez logopedę z powodu nasilonej hipotonii mięśnia okrężnego ust i dysfunkcji języka. Dziecko urodzone było przedwcześnie – w 32 tygodniu ciąży – cięciem cesarskim z powodu oddzielającego się łożyska, z ciąży dotychczas niepowikłanej, jako drugie w rodzinie. Masa urodzeniowa noworodka wynosiła 2410g, długość – 48 cm. Chłopiec urodził się w stanie ogólnym ciężkim, oceniony był na 2-3-5-5 punktów w skali Apgar. Wentylowany Ambu, następnie zaintubowany w 5. minucie życia i przeniesiony do Oddziału Intensywnej Terapii Noworodków. W badaniu przedmiotowym stwierdzono budowę ciała prawidłową, bez cech dysmorfii, napięcie mięśniowe odpowiednie do wieku płodowego, miarową czynność serca. Podczas badania USG stwierdzono obustronnie stan po krwawieniu 2. stopnia do komór bocznych mózgu. W badaniu klinicznym zdiagnozowano obniżone napięcie mięśniowe oraz asymetryczne ułożenie ciała. W 13. dobie życia dziecko przeniesiono do Oddziału Patologii Noworodka. Chłopiec był wydolny krążeniowo i oddechowo, karmiony smokiem ssał wolno, okresowo męczył się, był dokarmiany sondą. Odnotowywano prawidłowy przyrost masy ciała. W stanie ogólnym dobrym z masą ciała 3300 g dziecko wypisano do domu w 41. dobie życia.

W okresie niemowlęcym nie zanotowano u chłopca większych problemów zdrowotnych. Rozwój psychomotoryczny był nieco opóźniony ze względu na utrzymujące się obniżone napięcie mięśniowe i asymetryczne ułożenie. Dziecko było rehabilitowane przez pierwszy rok życia, co umożliwiło poprawę napięcia mięśniowego i rozwoju psychomotorycznego aż do uzyskania normy. Ponowną współpracę z Ośrodkiem Wczesnej Interwencji matka nawiązała, gdy chłopiec skończył 4 lata, w związku z zaobserwowanymi u dziecka w przedszkolu problemami w zakresie funkcjonowania społecznego. W okresie pobytu chłopca w przedszkolu zauważono trudności w adaptacji, tendencję do izolacji, trudności w nawiązywaniu kontaktów z rówieśnikami i z dorosłymi, brak akceptacji stosowania przyjętych norm zachowania w grupie. Dziecko cyklicznie uczestniczyło w

konsultacjach z lekarzem psychiatrą, psychologiem, logopedą i specjalistą usprawnienia ruchowego. Na podstawie licznych badań i testów postawiono u pacjenta rozpoznanie Zespołu Aspergera i wydano orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego. Od tej pory chłopiec rozpoczął intensywny proces terapeutyczny, dzięki czemu jego funkcjonowanie społeczne uległo znacznej poprawie. Aktywnie nawiązuje różne formy kontaktu z osobami dorosłymi, natomiast jeszcze w dalszym ciągu ma trudności w budowaniu relacji z innymi dziećmi. Podejmowane przez niego działania często nie sprzyjają wspólnej zabawie. Inicjuje kontakty z dziećmi poprzez zabieranie różnych rzeczy, pokazywanie języka czy nawet zachowania agresywne, jak szarpanie i uderzanie. Nie zdaje sobie sprawy z tego, że zniechęca tym do siebie rówieśników i sprawia komuś ból i przykrość. Według matki pacjent jest dzieckiem pogodnym, łagodnie usposobionym, inteligentnym, z wysoko rozwiniętą percepcją wzrokową. Zadania i czynności, które go interesują i ciekawią wykonuje zawsze do końca (układanie puzzli, budowanie z elementów wzorów). Dobrze czuje się w znanym sobie otoczeniu i wśród znanych sobie osób. Niechętnie przyjmuje nowe sytuacje, ma wtedy tendencję do wycofywania się. Wcześniejsze poinformowanie go o mających nastąpić nowych zdarzeniach najczęściej pomaga w akceptacji zmian. Czasem ma trudności z kontrolowaniem własnych emocji, co może wywoływać impulsywne zachowania (płacz, rozdrażnienie, głośno artykułowane niezadowolenie), najczęściej jednak wytłumaczenie danej sytuacji pomaga w powstrzymaniu złych zachowań. Chłopiec często ma problemy z koncentracją uwagi, w grupie łatwo się rozprasza, robi wrażenie nieobecnego i zajętego swoimi myślami. Uwagę dobrze koncentruje przy wykonywaniu zadań, które go ciekawią i w których ma jasno i czytelnie określone cele. Pracuje chętnie, ale trzeba go dobrze zmotywować, aby się szybko nie zniechęcał. Ma trudności w przestrzeganiu określonych norm i zasad, co stanowi istotny problem wychowawczy.

Podczas badania klinicznego w Zakładzie Ortodontyki WUM napotkano trudności w nawiązaniu kontaktu z pacjentem. Chłopiec był spokojny, nie utrudniał procedur diagnostycznych, ale wykonywał polecenia z opóźnieniem i brakiem zaangażowania, nie odpowiadał także na zadawane pytania. W badaniu zewnętrznym stwierdzono twarz symetryczną, profil prosty, w granicach pola biometrycznego. Badanie wewnętrzne wykazało obecność pełnego uzębienia mlecznego ze szparowatością w obu łukach zębowych. Ocena łuków zębowych w zwarcu centralnym wykazała zgryz krzyżowy częściowy przedni prawostronny oraz spłylenie nagryzu pionowego (ryc. 1a, b). W badaniu czynnościowym stwierdzono hipotonię mięśnia okrężnego ust o miernym nasileniu, dysfunkcję języka podczas połykania i mowy oraz nieprawidłowe spoczynkowe położenie języka. Podczas kolejnej wizyty pobrano wyciski i zastosowano płytkę Schwarza dla szczęki z otworem stymulacyjnym oraz łukiem zstępującym (ryc. 2). Na wizycie kontrolnej matka zwróciła uwagę na trudności w akceptacji aparatu. Płytk

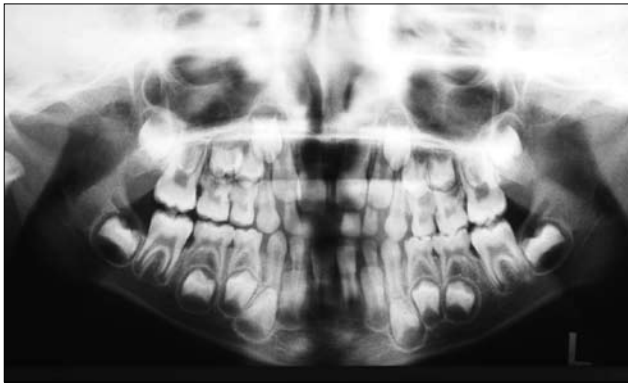


Ryc. 1a, b. Warunki zgryzowe pacjenta w wieku 5 lat. Zgryz krzyżowy częściowy przedni prawostronny; a – warunki zgryzowe en face, b – warunki zgryzowe strony prawej.



Ryc. 2. Aparat zdejmowany – płytka Schwarza dla szczęki.

ka była dobrze dopasowana, a mimo to chłopiec bardzo niechętnie ją użytkował, najczęściej aparat był zakładany jedynie na noc. Podczas kolejnych wizyt matka zgłaszała podobne problemy z użytkowaniem aparatu. Po przeprowadzonym u pacjenta zabiegu adenotomii zalecono wykonywanie ćwiczeń z płytką przedsiódkową w celu usprawnienia hipotonicznego mięśnia okrężnego ust. Pomimo działań laryngologiczno-logopedyczno-ortodontycznych utrzymywało się nawykowe oddychanie przez usta. Po sześciu miesiącach skorygowano zgryz krzyżowy częściowy przedni i wykonano zdjęcie pantomograficzne (ryc. 3). Następnie doszło do częściowej wymiany uzębienia, a w warunkach zgryzowych zdiagnozowano zgryz otwarty częściowy przedni z tendencją do przodozgrzyzu (ryc. 4a-c). Pobrano wyciski, a w trakcie następnej wizyty oddano pacjentowi płytkę Schwarza górną ze śrubą doprzednią, łukiem zstępującym oraz zaporą dla języka. W dalszym ciągu występują trudności we współpracy z pacjentem – aparat jest użytkowany



Ryc. 3. Pantomogram pacjenta w wieku 6 lat.



Ryc. 4a-c. Warunki zgryzowe pacjenta w wieku 7 lat. Zgryz otwarty częściowy przedni prawostronny; a – warunki zgryzowe strony lewej, b – warunki zgryzowe strony prawej, c – warunki zgryzowe en face.

nieregularnie, głównie w nocy, warunki zgryzowe nie poprawiają się oraz utrzymuje się brak pionizacji języka i hipotonia mięśnia okrężnego ust.

DYSKUSJA

Pacjent został skierowany do poradni ortodontycznej przez logopedę. Wymaga leczenia dysfunkcji języka, hipotonii mięśnia okrężnego ust oraz wady zgryzu w postaci zgryzu otwartego częściowego przedniego; cały czas pozostaje pod opieką logopedy. Zarówno zajęcia logopedyczne, ćwiczenia językowe, mioterapia, jak i leczenie ortodontyczne wymagają współpracy i zaangażowania ze strony pacjenta i jego opiekunów. Konieczna jest również konsekwencja w wykonywaniu zaleceń terapeutycznych. Cechy osobowości pacjenta z zespołem Aspergera czynią współpracę z nim trudną i wymagają od lekarza znajomości zaburzeń charakterystycznych dla zespołu.

W leczeniu pacjenta należy brać pod uwagę jego strach przed nawiązywaniem nowych kontaktów z lekarzem i personelem medycznym oraz stres związany z koniecznością przebywania w nowym miejscu, jakim jest poradnia ortodontyczna. Często umówiona wizyta u ortodonta wiąże się ze zmianą ustalonego rytmu dnia, z którym pacjent czuje się bezpiecznie. Wcześniejsze poinformowanie przez rodziców o mającej nastąpić zmianie pozwala na uniknięcie stresu. W literaturze opisane są sytuacje, w których dzieci z zespołem Aspergera reagują gwałtownym płaczem na konieczność wyjścia z domu do miejsca, którego nie znają, którego się boją lub gdzie spotykają nieznaną osobę (4). Jest to związane przede wszystkim ze strachem oraz trudnościami w adaptacji do nowych sytuacji. Lęk powoduje izolację i zamykanie się w swoim świecie, co czyni kontakt z pacjentem niezmiernie trudnym. Niezwykle ważne jest poświęcenie czasu, by pacjent mógł poznać nowe miejsce, lekarza i poczuć się swobodnie na tyle, aby można było przeprowadzić badanie, pobrać wycisk, włożyć aparat do jamy ustnej. Z tego powodu ważną rolę odgrywają wizyty adaptacyjne, podczas których dziecko oswaja się z nowym otoczeniem, nabiera zaufania do lekarza, a to zwiększa poczucie jego bezpieczeństwa, obniża poziom lęku i ułatwia dalszą współpracę (8).

Pacjentowi trudno było zaakceptować płytkę Schwara i namówić go do noszenia aparatu. Z dużym oporem wykonywał ćwiczenia mięśniowe. Bardzo istotne terapeutycznie jest odpowiednie wytłumaczenie rodzicom zasadności i celowości prowadzonego leczenia oraz odpowiednie zmotywowanie opiekunów, aby zachęcali dziecko do użytkowania aparatu i wykonywania ćwiczeń. Należy mieć świadomość, że dzieci z zespołem Aspergera mają trudności w koncentrowaniu uwagi na nieatrakcyjnych dla nich czynnościach, stąd też powinno się dołożyć wszelkich starań i wykazać się ogromną cierpliwością w budowaniu zainteresowania pacjenta prowadzonym leczeniem i zleconymi ćwiczeniami.

Trudności w przestrzeganiu norm i zasad, nieakceptowanie autorytetów stanowią dodatkowe utrudnienie w egzekwowaniu wykonywania zaleceń terapeutycznych.

Chłopiec po prostu nie słucha rodziców, nie traktuje ich poleceń poważnie, nie rozumie, że swoim zachowaniem może sprawić im przyjemność lub przykrość; nie ma motywacji do leczenia. W piśmiennictwie opisane są sytuacje, gdy dziecko z zespołem Aspergera jest tak pochłonięte swoim aktualnym zainteresowaniem, tzw. fikcją, że niemożliwe jest wręcz oderwanie go od wykonywanej czynności i nakłonienie do wykonania innej. Szczególnie trudne jest zatem uzyskanie od dziecka odpowiedniego zaangażowania, koniecznego w leczeniu ortodontycznym, mioterapii czy terapii logopedycznej.

WNIOSKI

Skuteczna terapia dzieci z zespołem Aspergera wymaga współpracy wielu specjalistów. Prowadzenie leczenia ortodontycznego napotyka na trudności, często nie występujące u pacjentów bez dodatkowych obciążeń i wymaga od lekarza szczególnej cierpliwości oraz znajomości specyfiki pracy z pacjentami z tym zespołem. Pacjenci z zespołem Aspergera, podobnie jak pacjenci autystyczni czy dzieci dotknięte wrodzonymi wadami rozwojowymi oraz upośledzone umysłowo, są grupą pacjentów szczególnej troski (8, 9). Leczenie ich powinno być prowadzone przez specjalnie przygotowane i przeszkolone zespoły lekarzy, pielęgniarek i higienistek. Czas trwania wizyt kontrolnych powinien być dostosowany do potrzeb pacjenta i lekarza, zwykle dłuższy od przeciętnego. Bardzo ważny jest dobry, przyjazny kontakt ortodonta z dzieckiem, panująca w gabinecie atmosfera bezpieczeństwa i akceptacji dla

wymagającego szczególnego traktowania pacjenta. Nieodzowna wydaje się równoległe prowadzona terapia psychologiczna (8).

Bardzo istotna jest ponadto dokładna edukacja rodziców i opiekunów pacjenta w zakresie powodów i celów stosowanego leczenia, gdyż są to osoby pacjentowi znane. □

Piśmiennictwo

1. Schopler E: Are autism and Asperger syndrome (AS) different labels or different disabilities? *J Aut Dev Disord* 2001, 31: 411-422.
2. Rajewski A: Całościowe zaburzenia rozwoju. [w:] Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J (red): *Psychiatria kliniczna*, t. II, Wydawnictwo Medyczne Urban&Partner, Wrocław 2002: 646-653.
3. Pużyński S, Wciórka J: Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zachowania w ICD-10. *Badawcze kryteria diagnostyczne*. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 2000.
4. Orzechowska A, Talarowska M, Florkowski A i wsp.: Czy na pewno zespół Aspergera? – opis przypadku. *Neuropsychiatria* 2011; 1(6): 43-49.
5. Jakuszkowiak- Wojten K, Swinarska-Naumiuk M, Burkiewicz A i wsp.: Zespół Aspergera – opis przypadku. *Psychiatria* 2007; 1(4): 33-38.
6. Jaklewicz H: *Autyzm wczesnodziecięcy*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 1993.
7. Bryńska A: Miejsce zespołu Aspergera w grupie całościowych zaburzeń rozwoju: kontinuum czy spektrum zaburzeń autystycznych? *Psychiatria Polska* 2011, 5: 749-758.
8. Jamroszczyk K, Górniak D, Lipski M i wsp.: Postępowanie z pacjentami upośledzonymi umysłowo i dotkniętymi wrodzonymi wadami rozwojowymi w czasie leczenia ortodontycznego. *Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie* 2008, 1(54): 112-117.
9. Śmiech- Słomkowska G, Dubojska A, Defińska-Kaniorska A: Wady zgryzu i potrzeby leczenia ortodontycznego u dzieci z upośledzeniem umysłowym. *Czas Stomatol* 2006, 1: 42-48.

nadesłano: 30.12.2013

zaakceptowano do druku: 21.01.2014

Adres do korespondencji:

*Anna Romanowska

Zakład Ortodontcji IS WUM

ul. Nowogrodzka 59, 00-005 Warszawa

tel.: +48 502-277-872

e-mail: malpacia@o2.pl