

Marta Korendo

Uniwersytet Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie, Polska

ORCID 0000-0003-1088-8675

Typy zaburzeń językowych w zespole Aspergera

Słowa kluczowe: autyzm, zespół Aspergera, zaburzenia językowe**Keywords:** autism, Asperger syndrome, language disorders

I. Wstęp

Zespół Aspergera jest zaburzeniem rozwoju posiadającym wspólne z autyzmem spektrum przyczyn i objawów. Niezwykle silne wewnętrzne zróżnicowanie obrazu klinicznego zarówno autyzmu, jak i zespołu Aspergera przyczyniło się do połączenia w DSM-5 (2013) obu zaburzeń w grupę nazwaną „zaburzenia ze spektrum autyzmu”. Popularne, wspólne ujęcie „spektrum” jest przyczyną wielu problemów diagnostycznych oraz trudności z prawidłowym ustaleniem ścieżki edukacyjnej i terapeutycznej dla dzieci z zespołem Aspergera.

Diagnoza różnicowa autyzmu i zespołu Aspergera (ZA) nie sprawia trudności, jeśli dokonywana jest w podejściu dymensjonalnym¹ (Cieszyńska-Rożek, Korendo 2018, 2021), uwzględniającym stopień nasilenia oraz wieloaspektowość obu zaburzeń. Kategorialne ujęcie ICD-10 lub DSM-4 było źródłem wielu wątpliwości i sztywnych reguł dotyczących m.in. oceny rozwoju mowy i znaczenia tego aspektu w klasyfikacji zaburzenia jako autyzmu lub zespołu Aspergera (Trull, Durrett 2005). Jednoznaczne

¹ Podejście dymensjonalne w diagnozie można inaczej określić jako wielowymiarowe. Oznacza ono zarówno ocenę stopnia nasilenia zaburzenia i przyjęcie, że granica między normą a zaburzeniem przebiega płynnie, jak i dostrzeganie powiązań między zaburzeniami lub normatywnymi zjawiskami, które mogą wpłynąć na kliniczny obraz dziecka. Pozwala na odejście od sztywnych podziałów kategorialnych, które często utrudniają stawianie diagnoz różnicowych (Cieszyńska-Rożek, Korendo 2021).

klasyfikowanie przypadków do autyzmu w sytuacji opóźnień rozwoju mowy utrwaliło błędny model diagnostyczny i nie pozwoliło zrozumieć istoty obu zjawisk.

Zespół Aspergera nie wyklucza występowania zakłóceń i zaburzeń rozwoju systemu językowego. Nienormatywne tworzenie systemu językowego może mieć różne przyczyny, co bezpośrednio wpływa na przebieg rozwoju mowy i stopień oraz charakter dysfunkcji.

II. Wczesny rozwój mowy dzieci z ZA

Rozwój mowy w pierwszych osiemnastu miesiącach życia dziecka z zespołem Aspergera może przebiegać według jednego z trzech głównych modeli:

1. Normatywny rozwój realizujący etapy nabywania systemu językowego przez zdrowe dzieci. Charakteryzują go zarówno wskaźniki ilościowe, jak i jakościowe. Według norm ilościowych dwunastomiesięczne dziecko powinno wypowiadać swoje pierwsze słowa (może ich mieć od 2 do 5). Stopniowo powinno przybywać realizowanych znaczeń, a około 18.–24. miesiąca życia dziecko powinno zacząć tworzyć linearne połączenia, początkowo bezfleksyjne (np. *mama am, baba papa*), stopniowo zawierające formy fleksyjne, zbudowane zgodnie z regułami składniowymi. Trzylatek powinien realizować schematy składniowe na tyle swobodnie, że jego mowa jest zrozumiała dla otoczenia, nawet jeśli w systemie fonetyczno-fonologicznym brakuje jeszcze wielu głosek. Aby ocenić rozwój mowy jako normatywny, konieczne jest także zastosowanie kryterium jakościowego. Dotyczy ono głównie podsystemu leksykalnego, ponieważ prawidłowo rozwijające się dziecko nabywa jako pierwsze słowa nazywające opiekunów, przedmioty z najbliższego otoczenia (rzeczowniki długo w rozwoju dominują ilościowo nad innymi częściami mowy) oraz nieliczne czasowniki (np. *da* w znaczeniu 'daj'). Pozostałe kategorie leksykalne rozwijają się zwykle po 16. miesiącu życia, kiedy dziecko dysponuje już zbiorem słów nazywających osoby, przedmioty i czynności.
2. Model opóźnionego rozwoju mowy – wśród dzieci z zespołem Aspergera można wyróżnić grupę nierozwijającą języka w sposób normatywny. Czynniki wpływające na brak rozwoju mowy mogą należeć do różnych grup etiologicznych i wywoływać odmienne diagnostycznie zaburzenia, które zostaną opisane poniżej. Tutaj jedynie chciałabym zaznaczyć, że – pomimo opisu znajdującego się w ICD-10 – zaburzenia rozwoju mowy nie mogą stanowić kryterium decydującego o niemożności postawienia diagnozy ZA. Zapis w ICD-11, mówiący o tym, że diagnoza ZA jest możliwa tylko wtedy, jeśli obserwujemy u dziecka „brak stwierdzonego opóźnienia w rozwoju mowy i funkcji poznawczych: wymawianie pojedynczych słów przed ukończeniem 2. roku życia, komunikacja przy użyciu zdań przed ukończeniem 3. roku życia”, przyczynił się do utrwalenia kategoryjnego podziału na autyzm i zespół Aspergera i doprowadził do wielu błędnych diagnoz (Duffy i in. 2013).
3. Rozwój mowy diagnostyczny dla zespołu Aspergera obserwowany jest w pewnej grupie dzieci i wyróżnia go pojawianie się pierwszych słów zgodnie z normą czasową, ale nienormatywnych jakościowo (Korendo 2013). Dzieci z tej grupy,

u których rozwija się zespół Aspergera, a więc także specyficzna umysłowość, pierwszymi wypowiedzianymi słowami nazywają inne elementy otaczającej rzeczywistości niż dzieci neurotypowe. Najczęściej są to elementy technicznego wyposażenia otoczenia, np. komputer, kable, odkurzacze samobieżne, czasami inne, np. zwierzęta. W normie rozwojowej pierwszymi wypowiedzianymi słowami są zwykle nazwy członków najbliższej rodziny (mama, tata, baba, imię rodzeństwa, pojawia się także czasownik w trybie rozkazującym – *daj*). Zmiana preferencji poznawczych, wyróżnianie w otoczeniu najpierw wybranej grupy przedmiotów, potem osób to zjawisko typowe dla zespołu Aspergera, ma wysoką wartość diagnostyczną, nie powtarza się w innych zaburzeniach rozwoju.

Wyniki badań nad rozwojem mowy dzieci ze spektrum autyzmu potwierdzają istnienie cech różnicujących autyzm i zespół Aspergera. Zauważyć je można głównie w zakresie intencji komunikacji – znacząco obniżonej w autyzmie i często zachowanej w zespole Aspergera. Problemem zauważanym u dzieci z ZA jest wybiórczość intencji lub istnienie intencji przy braku kulturowych narzędzi jej realizowania. Wybiórczość intencji komunikacyjnej pozwala odróżnić ZA od autyzmu, który charakteryzuje się (w przeciwieństwie do syndromu Aspergera) stałymi i zwykle głębokimi deficytami zarówno intencji komunikacji, intencji relacji z rówieśnikami i z osobami dorosłymi, jak i pola wspólnej uwagi (Tomasello 2002). W przypadku ZA deficyt intencji relacji i komunikacji najczęściej pojawia się w odniesieniu do rówieśników, głównie równolatków, za to w odniesieniu do osób dorosłych dzieci te wykazują dużą chęć nawiązywania relacji, przekraczając niekiedy społeczne reguły komunikacji i dystansu.

III. Alalia (opóźnienie rozwoju mowy) u dzieci z ZA

Alalia jest funkcjonalnym zaburzeniem rozwoju mowy, cechującym się opóźnieniem nabywania struktur językowych głównie z powodu braku pełnej sprawności funkcji poznawczych warunkujących nabywanie mowy². Należy do nich m.in. zdolność słuchowego odbioru i przetwarzania języka³. Dzieci z ZA wykazują niekiedy zaburzenia słuchowego przetwarzania języka o różnym typie. Ponieważ badania wskazują, że przyczyną opóźnienia nabywania systemu językowego mogą być także czynniki genetyczne (Leonard 2006), nie można wykluczyć ich działania również w populacji osób z zespołem Aspergera. Alalia u dzieci z ZA cechuje się brakiem wczesnych samodzielnych wypowiedzi, problemami z rozumieniem dłuższych komunikatów, stosowaniem innych środków komunikacji, np. gestów, mimiki, mowy ciała. Obserwowany w alalii poziom trudności nie stanowi przeszkody w szybkim uzyskaniu efektów terapii logopedycznej, rozwoju komunikacji werbalnej według reguł systemu językowego. Czasami rozwój

² Na gruncie logopedii trwają liczne dyskusje na temat diagnozy różnicowej alalii i afazji oraz przyczyn obu tych zjawisk. Zakres tej publikacji nie przewiduje analizy obecnego stanu wiedzy i poglądów specjalistów, dlatego podstawą rozróżnienia zostanie stopień zaburzenia rozwoju mowy.

³ Problem nie obejmuje sytuacji, kiedy u dziecka diagnozowany jest niedosłuch. Słuchowe zaburzenia przetwarzania języka to m.in. problemy ze słuchem fonemowym, linearnym odbiorem mowy, pamięcią słuchową.

słownictwa i struktur gramatycznych bywa u tych dzieci spektakularny, nietypowy dla dzieci bez współwystępującego zespołu Aspergera. Wpływ na to mogą mieć inne funkcje poznawcze, np. pamięć, która u osób z ZA bywa ponadprzeciętna, zarówno w aspekcie słuchowym, jak i wzrokowym.

Pewna grupa dzieci z ZA w rozwijającym się języku i w komunikacji ujawni typowe dla syndromu cechy, do których należy nierównomierny rozwój słownictwa, nielinearny sposób budowania narracji (osoby z zespołem Aspergera często budują narrację w oparciu o sieć skojarzeń, bez zachowania porządku chronologicznego lub przyczynowo-skutkowego), schematyzmy językowe (odpowiadanie zapamiętanym, całościowo utrwalonym schematem), dosłowne rozumienie języka i brak rozumienia metafor, żartów językowych oraz frazeologizmów, także nadkompetecja językowa (używanie słów i struktur nieadekwatnych do wieku dziecka, co ogranicza znacząco możliwość komunikacji z rówieśnikami) (Korendo 2013). U mniej licznej grupy tych dzieci może także w przyszłości rozwinąć się dysleksja.

IV. Afazja u dzieci z ZA

Brak jest światowych badań na temat współwystępowania afazji oraz zespołu Aspergera u dzieci. Wiele publikacji dotyczy współwystępowania ASD (*Autism Spectrum Disorders*) i afazji u osób dorosłych (Karanth 2020), ale rodzaj trudności i ich źródło znacząco różnią się od tych występujących u dzieci (Bishop 2014). Diagnoza afazji w przypadku zaburzeń u dzieci jest trudniejsza, bowiem nie oznacza utraty sprawności językowych w wyniku incydentu neurologicznego, jak u osób dorosłych, ale brak nabywania kompetencji systemowych na wszystkich etapach rozwoju mowy. Dopuszczenie współwystępowania zespołu Aspergera oraz afazji dziecięcej utrudniało dodatkowo kategoriale podejście do diagnozy różnicowej zakładające, że głębokie zaburzenia systemu językowego są charakterystyczne dla autyzmu, dlatego dzieci z takim obrazem przebiegu zaburzenia otrzymywały właśnie tę diagnozę (Korendo 2022). Trudności językowe obserwowane w afazji mogą mieć podłoże zarówno funkcjonalne (np. głębokie zaburzenia przetwarzania słuchowego), jak i poznawcze (trudności z abstrahowaniem reguł z odbieranych wzorców użyć wypowiedzi osób dorosłych intencjonalnie kierowanych do rozwijającego mowę dziecka). Afazja ma znaczący wpływ na rozumienie mowy przez dziecko, tak na poziomie znaczeń pojedynczych słów, jak i konstrukcji fleksyjnych i syntaktycznych. Dzieci z afazją nie rozumieją funkcji form gramatycznych, zmian znaczenia związanych z formą fleksyjną, nie budują wypowiedzi zgodnie z regułami systemu językowego.

Przyczyny afazji mogą być bardzo złożone, występują najczęściej w okresie prenatalnym lub okołoporodowym. Zespół Aspergera ma często podłoże genetyczne (w znaczeniu: dziedziczne). To właśnie połączenie tych zjawisk pozwoliło udowodnić współwystępowanie afazji i zespołu Aspergera – pierwsza badana grupa obejmowała dzieci, u których zespół Aspergera ma podłoże dziedziczne (syndrom Aspergera wykazano co najmniej u jednego rodzica) oraz potwierdzony został incydent neurologiczny lub inny, mogący wywołać skutki neurologiczne, w okresie prenatalnym albo okołoporodowym, np. wylew dokomorowy, niedotlenienie, zatrucie wewnątrzmaciczne.

Afazja daje znacząco głębsze skutki dla rozwoju mowy niż np. alalia. Czas budowania systemu językowego jest znacznie dłuższy, nie występuje też skokowy rozwój mowy (po okresie stymulacji lawinowe przyrastanie słownictwa oraz struktur gramatycznych).

Afazja dziecięca oznacza trudności z używaniem języka we wszystkich jego odmianach, także pisanej. Dzieci z ZA oraz afazją mogą więc mieć trudności z nabywaniem umiejętności czytania, które nie mają charakteru zaburzeń dyslektycznych. Problemy te obejmują zarówno mechanizmy uczenia się wyglądu liter, jak i nadawania literom i sylabom wartości fonologicznej, a następnie dokonywania syntezy i odczytywania znaczeń. Komunikacja tak werbalna, jak i pisemna, może być poważnie zaburzona i ograniczona. Intensywne wysiłki terapeutyczne przynoszą znaczną poprawę funkcjonowania językowego dzieci z ZA oraz afazją, ale ich wyniki uzależnione są od stopnia uszkodzenia neurologicznego i czasu rozpoczęcia terapii. Oprócz charakterystycznych dla afazji zaburzeń budowania systemu językowego w opisywanej grupie dzieci występują typowe dla syndromu Aspergera trudności z budowaniem relacji społecznych, przyjmowaniem i stosowaniem obowiązujących reguł – poznawczych i społecznych, głębokie przywiązania tematyczne o charakterze fiksacji, tendencje do zachowań/zabaw rutynowych, schematycznych (Korendo 2013). Współwystępowanie afazji i zespołu Aspergera znacznie pogarsza jakość funkcjonowania społecznego, poznawczego i komunikacyjnego dzieci.

V. Problemy z rozumieniem wypowiedzi przez dzieci z ZA

Obserwowane w ZA trudności z rozumieniem wypowiedzi mają swoje źródło w odmienności poznawczej o podłożu neurobiologicznym (Faridi, Khosrowabadi 2017). Język jest narzędziem poznawania oraz interpretowania rzeczywistości. Dotychczasowe rozważania dotyczące językowego obrazu świata (Maćkiewicz 1999; Bartmiński 2006) opierały się na badaniach dotyczących osób neurotypowych, co oznacza, że odnosiły się do grupy posiadającej podobne podłożo neurobiologiczne do odbierania i rozumienia wypowiedzi. W przypadku zespołu Aspergera mamy do czynienia z osobami, których odmienność bierze początek w zmianach budowy i funkcjonowania ich mózgow. Umysłowość osób z ZA cechuje przewaga procesów analitycznych nad sprawnością dokonywania syntezy, co wpływa m.in. na brak umiejętności uwzględnienia kontekstu wypowiedzi, odbierania warstwy kulturowej znaczeń i rozumienie przede wszystkim znaczenia dosłownego (np. śmierć to tylko koniec życia, bez współwystępujących skojarzonych znaczeń: smutek, pogrzeb, samotność, żałoba). Specyficzny typ umysłowości znacząco utrudnia osobom z ZA rozumienie wyrażanych/opisywanych językowo relacji, zarówno przyczynowo-skutkowych, jak i społecznych, niekiedy także gradualnych.

Dzieci z ZA preferują język dosłowny, opisujący fakty, encyklopedyczny. Duże problemy z rozumieniem wypowiedzi mogą pojawić się przy wieloznaczności, metaforach, frazeologizmach, dygresjach.

Uwzględnienie znaczenia mowy ciała dla rozumienia komunikatu przekazywanego przez nadawcę (Antas 2013) pozwala zauważyć jeszcze jedno źródło problemów z prawidłowym odbieraniem i interpretowaniem wypowiedzi przez osoby z ZA. Brak

zauważania informacji płynącej z gestów, mimiki, postawy ciała, a także trudności w rozumieniu czynników suprasegmentalnych, jak np. akcent i intonacja, poważnie zmienia interpretację odbieranych komunikatów, ograniczając ją do linearnego znaczenia użytych w wypowiedzi słów.

Z wymienionych powyżej powodów osoby z ZA najpewniej czują się, kiedy rozmowy dotyczą znanych/preferowanych tematów, najczęściej związanych z fiksacjami tematycznymi, lub są prowadzone stylem encyklopedycznym. Problemem stają się dla nich rozmowy, w których pojawiają się metafory, żarty, zmienność tematów, opis emocji lub motywacji działania.

Ze względu na zmiany neurobiologiczne umysł osób z ZA nietypowo odczytuje znaczenia pojedynczych słów oraz całych wypowiedzi. Odmienność rozumienia oznacza zwykle brak pełnego odczytania intencji nadawcy, co dotyczy także interpretacji wypowiedzi osób z ZA przez neurotypowych odbiorców.

VI. Intonacja wypowiedzi osób z ZA

Problemy z rozumieniem elementów suprasegmentalnych języka zostały już opisane powyżej. Konsekwencją braku ich prawidłowego odbierania i rozumienia jest nie tylko błędna interpretacja przekazu nadawcy, ale również nienormatywne używanie we własnych wypowiedziach, silne ujednoczenie lub funkcjonalna zamiana, np. kon-turów intonacyjnych, brak zaznaczania kadencją zamknięcia, zakończenia, a anty-kadencją otwarcia. Powoduje to czasami nadmierną monotonię intonacyjną, zaburzenia wszystkich funkcji intonacyjnych:

- a) lingwistycznych – na poziomie morfologicznym, leksykalnym, zdaniowym, ale też dialogu i dyskursu
- b) paralingwistycznych – charakterystycznych dla ekspresji emocji
- c) ekstralingwistycznych, które charakteryzują samego nadawcę (jego wiek, płeć czy status socjoekonomiczny).

Brak różnicowania intonacyjnego obniża poziom rozumienia wypowiedzi osób z ZA przez neurotypowego odbiorcę, a przede wszystkim ogranicza zainteresowanie słuchacza ich treścią.

VI. Podsumowanie

Uwzględnienie zróżnicowania zaburzeń językowych obserwowanych u osób z zespołem Aspergera pozwala na dokładne zrozumienie istoty tej jednostki klinicznej, pomaga w prawidłowym przeprowadzeniu diagnozy oraz zaplanowaniu terapii. Doświadczenie kliniczne pozwoliło na weryfikację kategoryjnego rozróżnienia między autyzmem i zespołem Aspergera, opartego głównie na dychotomicznym kryterium prawidłowy/nieprawidłowy rozwój mowy. Zespół Aspergera jest wewnątrznie silnie zróżnicowanym zjawiskiem, czego jednym z dowodów jest typologia współwystępujących w nim zaburzeń mowy. Do obserwowanych w zespole Aspergera deficytów w zakresie językowym należą przede wszystkim zaburzenia w sferze semantyczno-pragmatycznej i prozodycznej, ale także gramatycznej (fleksyjnej i składniowej). Każdy typ trudności

komunikacyjnych zmienia kliniczny obraz zaburzenia, wymaga odmiennego podejścia terapeutycznego, którego skuteczność zależy od oddziaływań celowych i systemowych.

Bibliografia

- Antas J., 2013, *Semantyczność ciała. Gesty jako znaki myślenia*, Łódź.
- Bartmiński J., 2006, *Językowe podstawy obrazu świata*, Lublin.
- Bokus B., Shugar G.W. (red.), 2007, *Psychologia języka dziecka*, przeł. E. Haman i in., Gdańsk.
- Bishop D.V.M., 2014, *Ten Questions about Terminology for Children with Unexplained Language Problems*, „International Journal of Language&Communication Disorders”, nr 4, s. 381–415.
- Cieszyńska-Różek J., Korendo M., 2018, *Metoda krakowska – techniki diagnozy, stymulacji i terapii zaburzeń rozwoju dzieci*, [w:] *Metody terapii logopedycznej*, red. A. Domagała, U. Mirecka, Lublin, s. 91–120.
- Cieszyńska-Różek J., Korendo M., 2021, *Dymensjonalna diagnoza rozwoju dzieci*, Kraków.
- DSM-5 – *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 2013, red. American Psychiatric Association, wyd. 5, Washington.
- Duffy F., Shankardass A., McAnulty G.B. i in., 2013, *The Relationship of Asperger's Syndrome to Autism. A Preliminary EEG Coherence Study*, „Current Controversions in Psychiatry”, nr 11, <https://doi.org/10.1186/1741-7015-11-175>.
- Faridi F., Khosrowabadi R., 2017, *Behavioral, Cognitive and Neural Markers of Asperger Syndrome*, „Basic and Clinical Neuroscience”, nr 5, s. 349–360, <https://doi.org/10.18869/NIRP.BCN.8.5.349>.
- Grandin T., Panek R., 2016, *Mózg autystyczny. Podróż w głąb niezwykłych umysłów*, przeł. K. Mazurek, Kraków.
- Karant P., 2020, *From aphasia and allied disorders to autism spectrum disorders-A mutualistic symbiotic relationship. (A five decade long journey in neuro-communication disorders)*, „Annals of Indian Academy of Neurology” 23 (Suppl 2), s. 63–66.
- Korendo M., 2013, *Językowa interpretacja świata w wypowiedziach osób z zespołem Aspergera*, Kraków.
- Korendo M., 2022, *Diagnoza dymensjonalna zespołu Aspergera*, „Poznańskie Studia Polonistyczne, Seria Językoznawcza” 29(49), nr 2, s. 245–257.
- Leonard L.B., 2006, *SLI. Specyficzne zaburzenie rozwoju językowego*, Gdańsk.
- Maćkiewicz J., 1999, *Co to jest „językowy obraz świata”?*, „Etnolingwistyka. Problemy Języka i Kultury”, t. 11, s. 7–24.
- Marrison J., 2016, *DSM-5 bez tajemnic. Praktyczny przewodnik dla klinicystów*, przeł. R. Andrzejko, Kraków.
- Paulsen B., Velasco S., Kedaigle A.J. i in., 2022, *Autism Genes Converge on Asynchronous Development of Shared Neuron Classes*, „Nature”, nr 602, s. 268–273, <https://doi.org/10.1038/s41586-021-04358-6>.
- Rostowski J., Rostowska T., 2014, *Rola systemu lustrzanych neuronów w rozwoju języka i komunikacji interpersonalnej*, „Psychologia Rozwojowa”, nr 2, s. 49–65, <https://doi.org/10.4467/20843879PR.14.011.2289>.
- Tomasello M., 2002, *Kulturowe źródła ludzkiego poznawania*, przeł. J. Rączaszek, Warszawa.
- Trull T., Durrett Ch., 2005, *Categorical and Dimensional Models of Personality Disorder*, „Annual Review of Clinical Psychology”, t. 1, s. 355–380, <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144009>.

Types of language disorders in Asperger's syndrome

Abstract

For many years, both the DSM-IV and ICD-10 have built up the misconception that there are no language disorders in Asperger's syndrome. This has had a significant impact on the problems with the diagnosis of Asperger syndrome, and has been the cause of many misdiagnoses. The current editions: DSM-5 and ICD-11 have not changed the established approach. Many years of research and clinical experience have allowed the author of this article to verify the view of normal speech and communication development in Asperger syndrome. We now know that children with ZA may manifest different types of disorders, concerning both systemic and communicative competence. The author of the article characterises the types of language problems observed in ZA, including: the specificity of early speech development, alalia (delayed speech development), aphasia, comprehension of speech and intonation of speech and indicates their sources and examples. This is of great importance in the context of the correct diagnosis and therapy of children on the autism spectrum, including the differential diagnosis of autism and Asperger syndrome.