

Zbigniew Tarkowski\* , Monika Wójcik\*\*   
Magdalena Lech\*\*\* 

## Spektrum autyzmu a afazja rozwojowa Porównanie rozwoju języka

Autism Spectrum and Developmental Aphasia. Comparison  
of Language Development

**Słowa kluczowe:** spektrum autyzmu, afazja rozwojowa, rozwój języka, inteligencja

**Keywords:** autism spectrum disorder, developmental aphasia, language proficiency, intelligence

### Streszczenie

W artykule przedstawiono wyniki badań, w których uczestniczyło 37 dzieci ze spektrum autyzmu oraz 12 dzieci z afazją rozwojową wieku od 2,6 do 8,1 lat. Zostały one ocenione za pomocą Testu Rozumienia Zdań, Przesiewowego Testu Logopedycznego oraz Skali Inteligencji Stanford-Binet. Okazało się, że badane dzieci autystyczne oraz dzieci afatyczne mają inteligencję na pograniczu niepełnosprawności intelektualnej oraz są opóźnione w rozwoju mowy. Nie stwierdzono między nimi istotnych statystycznie różnic w zakresie rozumienia języka. Dzieci autystyczne uzyskały znacznie wyższe wyniki niż dzieci afatyczne w próbach oceniających słownik, gramatykę i wymowę. Stwierdzono także wysoką zależność między wynikami w Teście Rozumienia Zdań oraz Przesiewowym Teście Logopedycznym. Natomiast korelacja między rozumieniem języka a inteligencją niewerbalną okazała się nieistotna statystycznie.

\* Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Katedra i Zakład Psychologii, ul. Chodźki 7, 20-093 Lublin, e-mail: [tarkowskizbigniew@wp.pl](mailto:tarkowskizbigniew@wp.pl), <https://orcid.org/0000-0003-4970-8512>

\*\* Niepubliczne Przedszkole „Kraina Uśmiechu” w Rzeszowie, ul. Króla Augusta 29E, 35-210 Rzeszów, e-mail: [monika.wojcik1806@gmail.com](mailto:monika.wojcik1806@gmail.com), <https://orcid.org/0000-0001-9449-5777>

\*\*\* Niepubliczne Przedszkole „Kraina Uśmiechu” w Rzeszowie, ul. Króla Augusta 29E, 35-210 Rzeszów, e-mail: [magdalejro@o2.pl](mailto:magdalejro@o2.pl), <https://orcid.org/0000-0003-3598-5893>

## Abstract

The study involved 37 children with an autism spectrum disorder and 12 children with developmental aphasia, aged 2,6 to 8,1. They were assessed using the Sentence Comprehension Test, the Speech Therapy Screening Test and the Stanford-Binet Intelligence Scale. It turned out that the autistic children and aphasic children have a borderline intellectual disability and are delayed in speech development. There were no statistically significant differences between them in terms of language understanding. Children with an autism spectrum disorder obtained significantly higher results than children with childhood aphasia in the tests assessing the dictionary, grammar and pronunciation. A high correlation was also found between the results in the Sentence Comprehension Test and the Speech Therapy Screening Test. However, the correlation between language understanding and non-verbal intelligence turned out to be statistically insignificant.

## Wprowadzenie

Różnicowanie zaburzeń rozwoju dziecka sprawia trudności, o czym świadczy modelowe studium przypadku opracowane przez Dorothy Bishop:

Christopher został skierowany w wieku 4 lat na badanie w interdyscyplinarnym centrum rozwoju dziecka z powodu opóźnionego rozwoju mowy i zaburzeń zachowania. Badali go kolejno neurolog dziecięcy, psychiatra dziecięcy, logopeda i psycholog. Neurolog dziecięcy sugeruje, że u dziecka występuje dysfazja rozwojowa, ponieważ jego rozumienie jest słabe, a jego ekspresyjny język jest nieprawidłowy, ale słuch jest wystarczający, umiejętność wykonywania zadań niewerbalnych jest dobra i nie ma żadnych dodatkowych objawów neurologicznych. Psycholog uważa jednak, że dziecko jest autystyczne, ponieważ oprócz problemów językowych jego zachowanie społeczne jest słabo rozwinięte i brakuje mu ciepła w relacjach z rodzicami. Psychiatra argumentuje, że zaburzenia społeczne i językowe dziecka nie są wystarczająco poważne, aby uzasadnić diagnozę dziecięcego autyzmu, gdyż inicjuje on komunikację z innymi, nawiązuje kontakt wzrokowy i lubi siłową zabawę. Jest jednak odrzucający przez inne dzieci, ponieważ chce, aby uczestniczyły w jego powtarzających się czynnościach i jest niewrażliwy na ich potrzeby. Christopher może tworzyć długie i skomplikowane zdania, ale jego odpowiedzi na pytania są często nieodpowiednie, a on często zadaje pytania innym, ignorując otrzymane odpowiedzi. Psychiatra sugeruje diagnozę zespołu Aspergera. Logopeda stwierdza, że język Christophera jest normalny pod względem fonologicznym i gramatycznym, ale istnieje wiele nieprawidłowości w sposobie używania języka i rozumienia kontekstu konwersacji. Sugeruje więc, że jest to przypadek zaburzenia semantyczno-pragmatycznego. Psycholog odpowiada, że zaburzenie to w rzeczywistości inna nazwa autyzmu. Zaproszony dodatkowo pediatra bada Christophera i stwierdza, że jest to przypadek ogólnego zaburzenia rozwoju [Bishop, 1989, s. 107].

Na temat spektrum autyzmu (SA) i afazji rozwojowej (AR) oraz ich różnicowania toczone są niekończące się dyskusje. W artykule badawczym nie ma miejsca na ich kontynuowanie, szczególnie w kwestiach dotyczących terminologii. Próby arbitralnego rozstrzygnięcia wątpliwości podejmowane są w czasie tworzenia międzynarodowych klasyfikacji, takich jak ICD-11 oraz DSM-5. Wnioski płynące z analizy podanych tam definicji i kryteriów rozpoznania wspomnianych jednostek są następujące:

- SA oraz AR należą do zaburzeń globalnych, które usiłowano rozłączyć, ale granice między nimi pozostały nieostre, co może powodować nakładanie się tych syndromów;
- za pierwszoplanowe objawy uznaje się trudności w komunikacji, interakcjach i zachowaniu w SA oraz niedokształcenie lub utratę umiejętności językowych w AR;
- wspólną cechą SA oraz AR jest opóźniony rozwój mowy;
- rozpoznanie SA wyklucza rozpoznanie AR, gdyż zaburzenia te są traktowane jako rozłączne; powstają one w okresie wczesnego dzieciństwa i w tym czasie sprawiają najwięcej trudności diagnostycznych.

Zastanawiające jest to, że przeprowadzono bardzo mało badań porównujących SA oraz AR. W badaniach Alice Morton-Evans wzięło udział 20 dzieci (5 z SA, 5 z AR, 5 bez żadnych zaburzeń, 5 opóźnionych w rozwoju), których wiek wynosił od 3,9 do 16,1 lat [Morton-Evans, Hensley, 1978]. Uzyskały one podobne wyniki w teście niewerbalnego uczenia się. Badane dzieci wykonały próby na rozpoznawanie dźwięków. Obie grupy dysfunkcyjne (SA oraz AR) uzyskały początkowo niższe wyniki niż dzieci bez zaburzeń lub opóźnione w rozwoju. Jednak pod koniec badania dzieci z AR, w przeciwieństwie do dzieci z SA, nadrobiły zaległości i zbliżyły się do normalnego poziomu rozwoju. Zdaniem Morton-Evans różnica ta wynika stąd, że przeszkodą w rozumieniu są zaburzenia zachowania, które są poważniejsze i powszechniejsze u dzieci z autyzmem niż u dzieci z afazją percepcyjną [Morton-Evans, Hensley, 1978]. Potwierdza to wyniki wcześniejszych badań, dowodzących, że między tymi dziećmi jest niewiele różnic w zakresie umiejętności niewerbalnych, a centralne zaburzenia są związane z niepełnosprawnością językową i komunikacyjną.

Alan Lincoln i współautorzy [1989] zbadali 11 osób z autyzmem, 9 osób z afazją percepcyjną i 16 zdrowych osób w wieku od 15 do 20 lat. Ich iloraz inteligencji obliczono na podstawie testu inteligencji Wechslera. Jego średnie wyniki w skalach werbalnej oraz niewerbalnej wynosiły 78–90 w grupie nastolatków autystycznych, 74–101 w grupie osób afatycznych oraz 108–110 w grupie młodzieży bez zaburzeń. Osoby z autyzmem spełniały kryteria podane w DSM-III:

- początek zaburzenia przed trzydziestym miesiącem życia;
- skrajny brak reakcji społecznej;
- opóźniony rozwój języka;
- dewiacyjny rozwój języka;

- nietypowe zachowania i wrażliwość na środowisko oraz
- brak halucynacji lub złudzeń.

Autyzm był jedyną diagnozą dla tych osób i żadna z nich nie miała innych form zaburzeń neurologicznych ani fizycznych. Ponadto w każdym przypadku diagnoza autyzmu została formalnie postawiona przez lekarza, psychologa lub specjalistyczny ośrodek rozwoju dziecka przed szóstym rokiem jego życia. Natomiast nastolatki z afazją percepcyjną także spełniali kryteria podane w DSM-III:

- upośledzenie zdolności do rozumienia (dekodowania) i mówienia (kodowania) języka, oraz
- zaburzenia występujące nie z powodu upośledzenia słuchu, upośledzenia umysłowego lub ogólnego zaburzenia rozwoju dziecięcego.

Ponadto każdy nastolatek z afazją recepcyjną miał:

- udokumentowaną historię wczesnego początku nieprawidłowego rozwoju języka;
- normalne funkcjonowanie oralno-ruchowe;
- dowody ciągłego upośledzenia języka do chwili badań;
- aktualne wyniki testów języka i słownictwa receptywnego, które były poniżej normy, oraz
- udokumentowane uczestniczenie w zajęciach wyrównawczych.

Ostatecznie do badań włączono osoby, których iloraz inteligencji wynosił 70 lub więcej. W grupie młodzieży autystycznej wykonano Test Rozwoju Języka Młodzieży oraz obliczono iloraz językowy na podstawie jego wyniku. Natomiast w grupie młodzieży z afazją recepcyjną przeprowadzono Test Słownictwa Obrazkowego, Test Umiejętności Edukacyjnych oraz Kliniczną Ocenę Języka i na podstawie ich wyników obliczono iloraz rozwoju języka. Wszyscy badani byli w stanie wykonać wymagane zadanie, polegające na naciśnięciu przycisku przy każdym wykryciu podanego dźwięku. Nie stwierdzono statystycznie istotnych różnic w czasie tych reakcji między nastolatkami z autyzmem oraz afazją odbiorczą. Wyniki te pokazują, że badani rozumieli wymagania zadania, byli w stanie dostrzec bodźce oraz wybrać i szybko wykonać proste czynności motoryczne. Wystąpiły jednak istotne różnice w zakresie centralnego przetwarzania słuchowego, które świadczą na niekorzyść osób z autyzmem. Jak przyznają autorzy, są one trudne do wyjaśnienia w kategoriach zaburzeń czuciowych czy językowych. Patologiczne mechanizmy neuronalne w autyzmie mogą być wyzwalane nawet w najprostszych sytuacjach przetwarzania informacji. Wprawdzie badania dotyczą młodzieży (a my badaliśmy dzieci), ale są godne odnotowania, chociażby ze względu na procedurę.

Lawrence Bartak, Michael Rutter, Anthony Cox [1977] postawili trzy pytania:

- Jak różne i podobne są dzieci z autyzmem oraz dysfazją?
- Jakie są między nimi różnice językowe, poznawcze i behawioralne?
- Jakie są kryteria tradycyjnej diagnozy dyferencjalnej?

W badaniach wzięło udział 47 chłopców w wieku od 4 do 10 lat, w tym 19 z autyzmem, 23 z dysfazją oraz 5 z zaburzeniem „mieszanym”. Grupy były dopasowane pod względem inteligencji niewerbalnej (średni iloraz inteligencji wynosił 92–93) oraz wykazywały poważne trudności w rozumieniu języka mówionego, co wynikało z wywiadów z rodzicami. Ponadto wszystkie dzieci były poddawane standardowym testom oceniającym werbalną i niewerbalną zdolność poznawczą oraz język receptywny i ekspresyjny. Wykazały one, że poszczególne grupy, określone jako autystyczne i dysfazyjne, nakładają się na siebie w pewnym stopniu. Nie ma behawioralnych lub językowych cech charakterystycznych dla dzieci autystycznych, których nie można by znaleźć u niektórych dzieci z dysfazją, przynajmniej jako cechę przejściową ich rozwoju. Niemniej różnice grupowe są wystarczająco duże i wyraźne, aby ustalenia mogły zostać zastosowane w diagnostyce różnicowej. Dzieci autystyczne i dysfazyjne były podobne do siebie pod względem braków w słownictwie i składni, ale stwierdzono wyraźne różnice w profilach komunikacyjnych. Dzieci autystyczne były bardziej upośledzone w zakresie pragmatyki niż w strukturalnych aspektach języka. Natomiast u dzieci dysfazyjnych wystąpiło zjawisko odwrotne. Ponadto wyróżniono grupę mieszaną, która łączyła cechy dzieci z grupy pierwszej i drugiej.

Lotte Sahlmann [1969] zadała pytanie, czy mamy do czynienia z pierwotną afazją dziecięcą i wtórnym autyzmem, czy też z pierwotnym autyzmem i wtórną afazją. W obu relacjach najbardziej dostrzegalną cechą są poważne zaburzenia rozwoju języka. Zilustrowano to dwoma przypadkami dzieci z podejrzeniem niepełnosprawności intelektualnej. Następnie przedstawiono rezultaty wszechstronnej terapii 16 dzieci z rozpoznaniem afazji nadawczej. Terapii logopedycznej nie podejmowano z 44 dziećmi autystycznymi, które nie wykonywały poleceń i unikały kontaktu. Z kolei Jacek Błeszyński [1997], na podstawie badań własnych, opisał trudności dzieci autystycznych w użyciu zaimka *Ja*.

Przedstawione wyniki badań zachowały swoją wartość, mimo że powstały w ubiegłym stuleciu. Do nowszych nie udało nam się dotrzeć. Uważamy, że wypada wspomnieć o badaniach pokrewnych, powstałych w Polsce. Ewa Czaplewska [2015] oceniła eksperymentalnie rozumienie zdań przez dzieci ze specyficznymi zaburzeniami rozwoju językowego (SLI) oraz dzieci z prawidłowym rozwojem mowy w wieku od 4 do 6,11 lat. Przeprowadzona analiza statystyczna uzyskanych wyników nie wykazała istotnych różnic między tymi grupami, w których z wiekiem rosły umiejętności receptywne. W tym samym czasie Tomasz Smereka [2015] badał odbiór przekazów językowych przez dwoje dzieci w wieku 10–12 lat z rozpoznaniem opóźnionego rozwoju mowy sprzężonego z SA oraz AR. Stwierdził u nich występowanie wielu zaburzeń, między innymi trudności w zapamiętywaniu i rozumieniu tekstu oraz rozpoznawaniu znaczenia spójników zdaniowych.

## Badania własne

### Cel

Celem przeprowadzonych badań było porównanie sprawności językowej, rozumianej jako wypadkowa kompetencji lingwistycznej i komunikacyjnych dzieci z rozpoznaniem SA oraz AR. Sformułowano następujące pytania badawcze:

- Czy występują różnice w zakresie odbioru i formowania wypowiedzi językowych między dziećmi z SA oraz AR i jakie one są?
- Czy występuje zależność między rozwojem językowym a umysłowym badanych dzieci i jaka ona jest?

### Grupa badana

Badania zostały przeprowadzone w specjalistycznym przedszkolu w Rzeszowie. Wybrano do nich 37 dzieci z rozpoznaniem SA oraz 12 dzieci z rozpoznaniem AR na podstawie orzeczeń wydanych przez poradnie psychologiczno-pedagogiczne. Orzeczenia te powstały dzięki wielospecjalistycznym badaniom z udziałem psychiatry lub neurologa dziecięcego. Trafność diagnoz została potwierdzona w postępowaniu terapeutycznym z udziałem autorów artykułu. Charakterystykę badanej populacji zawiera tabela 1.

Tabela 1. Charakterystyka badanych dzieci

	N	Proc.	Średnia wieku w miesiącach	Odchylenie standardowe	Minimalny wiek w miesiącach	Maksymalny wiek w miesiącach
SA	37	75,51%	64,7	18,5	30	97
AD	12	24,49%	55,5	15,8	34	91
Razem	49	100,00%	62,5	18,2	30	97

Źródło: opracowanie własne.

Wprawdzie dzieci z SA są średnio o 9 miesięcy starsze od dzieci z AR, ale różnica ta, oceniona za pomocą testu t-Studenta, jest nieistotna statystycznie ( $t = -1,680$ ;  $p = 0,107$ ).

### Metody badań

W badaniach wykorzystano trzy narzędzia, a mianowicie:

- Test Rozumienia Zdań [Lee, 1971]

Test ten ocenia rozumienie różnych relacji semantyczno-syntaktycznych zawartych w usłyszonym zdaniu. Składa się z dwudziestu plansz podzielonych na cztery pola. Na każdym z nich umieszczone są rysunki ilustrujące różne relacje językowe (np. kot jest *za*, *pod*, *przed*, *na* krześle). Dziecko ma wskazać właściwy obrazek (np. *pokaż*, *gdzie kot jest za krzesłem*). Za każdą poprawną odpowiedź otrzymuje

ono 1 punkt. Maksymalny wynik w teście wynosi 20 punktów. Test Lee nie ma polskich norm.

– Przesiewowy Test Logopedyczny [Tarkowski, 2002]

Test składa się z czterech podtestów oceniających różne aspekty rozwoju językowego. W podteście Rozumienie zdań dziecko za pomocą manipulowania figurkami zwierząt oraz przedmiotami odtwarza ich treść (na przykład: *Położ ołówek między psem a kotem*). Podtest Słownik składa się z dwóch części: 1) nazywanie kolorów kredek, 2) podawanie nazw zwierząt oraz roślin w ciągu minuty. Podtest Gramatyka ocenia umiejętność budowania zdań z podanych słów. Natomiast w podteście Wymowa dziecko powtarza sylaby oraz ciągi foniczne (na przykład: *sza – sa – sia*). Za każdą poprawną odpowiedź badany otrzymuje 1 punkt. Test jest wystandaryzowany i posiada normy dla dzieci w wieku od 4 do 8 lat.

– Skala Inteligencji Stanford-Binet [Roid, 2003; Sajewicz-Radke, Radke, Lipowska, 2017].

Narzędzie to służy do oceny inteligencji oraz zdolności poznawczych i jest przeznaczone do badania osób w wieku od 2 do 85 lat. Ma skalę niewerbalną i werbalną. Skala niewerbalna składa się z pięciu podskal: rozumienie płynne, wiedza, rozumienie ilościowe, przetwarzanie wzrokowo-przestrzenne, pamięć robocza. Skala werbalna również zawiera pięć podskal: rozumienie płynne, wiedza, rozumienie ilościowe, przetwarzanie wzrokowo-przestrzenne, pamięć robocza. Badanie rozpoczyna się od dwóch prób kierujących, tzw. ścieżek. W obszarze zadań niewerbalnych ocenia się rozumienie płynne (np. dziecko pokazuje się tablicę i prosi, aby wskazało, czego brakuje lub co nie pasuje). W obszarze prób werbalnych ocenia się wiedzę lub słownik (np. *Co dzieje się na tym obrazku?* lub *Co to jest szklanka?*). Testy kierujące punktowane są w sposób konwencjonalny, a zadania ułożone z uwzględnieniem rosnącego poziomu trudności.

Wymienione metody są stosowane do oceny zdolności poznawczych oraz sprawności językowych dzieci [Kielar-Turska, 2012].

## Wyniki

Do analizy wyników badań wykorzystano test t-Studenta oraz współczynnik korelacji *R* Pearsona. Obliczenia przeprowadzono z wykorzystaniem programu statystycznego SPSS.

Tabela 2. Rozkład wyników w Teście Rozumienia Zdań

	Test Rozumienia Zdań				
	Liczba badanych	Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum
AR	12	10,2	5,0	0	17
SA	37	12,3	4,0	0	18

Tabela 2. (cd.)

	Test Rozumienia Zdań				
	Liczba badanych	Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum
Razem	49	11,8	4,3	0	18

Źródło: opracowanie własne.

W Teście Rozumienia Zdań dzieci ze SA uzyskały wyniki wyższe ( $X = 12,3$ ;  $SD = 4,0$ ) niż dzieci z AR ( $X = 10,2$ ;  $SD = 5,0$ ), ale test t-Studenta wykazał, że różnica między nimi nie jest statystycznie istotna ( $t = -1,323$ ;  $p = 0,205$ ).

Tabela 3. Rozkład wyników w Przesiewowym Teście Logopedycznym

	Przesiewowy Test Logopedyczny				
	Liczba badanych	Średnia	Odchylenie	Minimum	Maksimum
AR	10	25,9	16,1	3	51
SA	34	42,4	12,3	16	63
Suma końcowa	44	34,15	14,8	3	63

Źródło: opracowanie własne.

W Przesiewowym Teście Logopedycznym dzieci z AR uzyskały wyniki znacznie niższe ( $X = 25,9$ ;  $SD = 16,1$ ) niż dzieci z SA ( $X = 42,4$ ;  $SD = 12,3$ ), a różnica między nimi, oceniona za pomocą testu t-Studenta, jest istotna statystycznie ( $t = -3,467$ ;  $p = 0,001$ ). Jednak uzyskane wyniki (przeliczone na skalę stenową) wskazują na sprawność językową na poziomie niższym od przeciętnej w obu grupach.

Tabela 4. Rozkład wyników w Teście Inteligencji Stanford-Binet

	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum
AR	9	78,4	24,8	42	110
SA	23	79,5	19,7	37	122
Razem	32	79,2	20,8	37	122

Źródło: opracowanie własne.

W Teście Inteligencji Stanford-Binet dzieci z SA uzyskały wyniki zbliżone ( $X = 79,2$ ;  $SA = 19,7$ ) do rezultatów dzieci z AR ( $X = 78,4$ ;  $SD = 24,8$ ), a średni wynik wskazuje na pogranicze niepełnosprawności intelektualnej w obu grupach przy znacznej rozpiętości wyników.

W badanej populacji, składającej się z dzieci z SA oraz dzieci z AR, przeważnie w wieku przedszkolnym, stwierdzono istotną statystycznie zależność ( $r = 0,747$ ;  $p = 0,001$ ) jedynie między wynikami w TRZ oraz PTL. Nie wykazano natomiast znaczących relacji między wynikami w TRZ a SIO ( $r = 0,254$ ;  $p = 0,160$ ) oraz między



TRZ a SIN ( $r = 0,266$ ;  $p = 0,148$ ). Nie było też istotnych zależności między wynikami w PTL a SIO ( $r = 0,113$ ;  $p = 0,551$ ) oraz między PTL a SIN ( $r = 0,270$ ;  $p = 0,150$ ).

Tabela 5. Korelacje między wynikami w testach ocenione za pomocą  $R$  Pearsona

	TRZ		PTL		SIO	
	$R$	$p$	$R$	$p$	$R$	$p$
TRZ	–	–	0,747	0,001	0,254	0,160
PTL			–	–	0,113	0,551
SIO	0,254	0,160	0,113	0,551	–	–
SIN	0,266	0,148	0,270	0,150	–	–

TRZ – Test Rozumienia Zdań; PTL – Przesiewowy Test Logopedyczny; SIO – Skala Inteligencji Stanford-Binet (wynik ogólny); SIN – Skala Inteligencji Stanford-Binet (skala niewerbalna).

Źródło: opracowanie własne.

## Dyskusja

Nasze badania potwierdzają wyniki wcześniej przeprowadzonych studiów porównawczych, a jednocześnie wnoszą nowe informacje. Porównywane przez nas dzieci z rozpoznaniem SA albo AR nie różniły się istotnie pod względem wieku, który obejmował przeważnie okres przedszkolny. Najczęściej funkcjonowały one na pograniczu niepełnosprawności intelektualnej oraz były opóźnione w rozwoju mowy. Dzieci z SA oraz dzieci z AR nie różniły się także istotnie pod względem rozumienia zdań. Dzieci autystyczne osiągnęły jednak znacząco wyższe wyniki niż dzieci afatyczne w próbach recepcyjnych, oceniających słownik, gramatykę i wymowę. Tak więc potwierdzone zostało to, że wspólną cechą SA oraz AR w wieku przedszkolnym jest opóźnienie w rozwoju mowy. Jest ono większe w przypadku AR i dotyczy przede wszystkim nadawczych sprawności językowych. Można by spekulować, czy opóźnienie rozwoju mowy stanowi jedynie objaw SA oraz AR, czy też jest wobec nich kategorią nadrzędną, co najmniej w ujęciu terapeutycznym. W praktyce mamy do czynienia z opóźnieniem rozwoju mowy różnego pochodzenia [por. Kordyl, 1968; Pruszewicz, 1992; Zaleski, 1992; Panasiuk, 2015; Tarkowski, 2017]. Bishop zastanawia się:

Czy faktycznie ma to znaczenie, jaką etykietę przypniemy dziecku? Z pewnością ważną rzeczą jest zidentyfikowanie problemów i wypracowanie sposobu ich przezwyciężenia. Przed rozważeniem różnych kategorii diagnostycznych należy odpowiedzieć na te obawy i w ogóle uzasadnić stosowanie etykiet diagnostycznych. Podejście medyczne do zaburzeń rozwojowych krytykowane jako w najlepszym razie niepomocne, a w najgorszym przynoszące efekt przeciwny do zamierzonego. Po dołączeniu etykiety do dziecka prawdopodobnie będziemy mieć

stereotypowe oczekiwania i stracimy z oczu jego indywidualność. Ponadto możemy traktować etykietę jako wyjaśnienie [Bishop, 1989, s. 109].


W badanej grupie dzieci z SA oraz dzieci z AR stwierdzono istotną statystycznie zależność między wynikami w próbach mierzących rozumienie zdań oraz próbach mierzących słownik, gramatykę i wymowę. Nie wykryto natomiast znaczącej zależności między wynikami użytych testów językowych a wynikami w skali inteligencji ogólnej i niewerbalnej. Aby to wyjaśnić, można nawiązać do sporu dotyczącego relacji między mową a myśleniem, językiem a inteligencją, szczególnie w płaszczyźnie ich testowania. Wyniki przeprowadzonych badań mówią o występowaniu korelacji między wynikami prób mierzących różne sprawności językowe. Ta zaś nie musi być ściśle powiązana z poziomem inteligencji dzieci z SA oraz dzieci z AR, o czym świadczą także zespół Williama [Giers, 2011]. Na szczególną uwagę zasługuje stwierdzenie braku istotnego związku między rozumieniem a inteligencją niewerbalną. Należałoby zastanowić się, jaką wartość prognostyczną ma pomiar inteligencji bezsłownej w diagnozowaniu dzieci z zaburzeniami mowy oraz czynienie z niej ważnego kryterium rozpoznania. Czy nie należałoby uzupełnić badania inteligencji niewerbalnej pomiarem rozumienia języka?

Przedstawione badania mają pewne ograniczenia, a najważniejsze z nich to celowy dobór grupy badawczej, w badaniach klinicznych jest to jednak standard akceptowany przez metodologów [Brzeziński, 2002]. Do oceny rozumienia zdań zastosowano test obrazkowy z wyborem, w którym istotną rolę odgrywa orientacja wzrokowo-przestrzenna. Dziecko może zrobić błąd nie dlatego, że nie zrozumiało wypowiedzi, lecz dlatego, że pomyliło podobne obrazki, które nie zawsze są jednoznaczne. Z uwagi na doniosłą rolę pamięci natychmiastowej (roboczej) w procesie rozumienia należy przypuszczać, że powtórzenie polecenia może mieć pozytywny wpływ na jego poprawny odbiór. Ważna jest także jakość kontaktu z dzieckiem podczas badań testowych. Łatwiej jest go nawiązać diagnoście pracującemu z dziećmi na co dzień i tak było w prezentowanych badaniach.

Na koniec trzeba zaznaczyć, że zdajemy sobie sprawę z występowania zjawiska nadrozpoznawalności spektrum autyzmu i afazji rozwojowej, które jest tematem tabu. Świadomość ta nie upoważnia do podważania systemu diagnostycznego przyjętego w Polsce.

## Literatura

- Bartak L., Rutter M., Cox A., 1977, *A comparative study of infantile autism and specific developmental receptive language. III Discriminant function analysis*, „Journal of Autism and Childhood Schizophrenia”, No. 7, s. 383–396.
- Bishop D.V., 1989, *Autism, Asperger's syndrome and semantic-pragmatic disorder: where are the boundaries?*, „British Journal of Disorders of Communication”, No. 24(2), s. 107–121.
- Bleszyński J., 1997, *Echolalia i zaimek „ja” w kształtowaniu się mowy dziecka z autyzmem*, [w:] T. Gałkowski (red.), *Dziecko autystyczne*, t. 5, Warszawa: Wydawnictwo KTA, s. 97–105.
- Brzeziński J., 2001, *Metodologia badań psychologicznych*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Czaplewska E., 2012, *Rozumienie pragmatycznych aspektów wypowiedzi przez dzieci ze specyficznym zaburzeniem językowym SLI*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Giers M., 2011, *Zespół Williamsa*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis.
- Kielar-Turska M., 2012, *Rozwój sprawności językowej i komunikacyjnej*, [w:] E. Czaplewska, S. Milewski (red.), *Diagnostyka logopedyczna*, Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, s. 15–63.
- Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne*, 1998, Kraków–Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”.
- Kordyl Z., 1968, *Psychologiczne problemy afazji dziecięcej*, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych z DSM-5*, 2018, Wrocław: Wydawnictwo Edra Urban & Partner.
- Lee L.L., 1971, *Northwestern Syntax Screening Test*, Evanston: Northwestern University Press.
- Lincoln A.J., Yeung-Courchesne R., Elmasian R., Grillon Ch., 1989, *Pathophysiologic Findings in Nonretarded Autism and Receptive Developmental Language Disorders*, „Journal of Autism and Developmental Disorders”, Vol. 19, No. 1, s. 1–17.
- Morton-Evans A., Hensley R., 1978, *Paired associate learning in early infantile autism and receptive developmental aphasia*, „Journal of Autism and Childhood Schizophrenia”, No. 8, s. 61–69.
- Panasiuk J., 2015, *Postępowanie logopedyczne w przypadkach alalii i niedokształcenia mowy o typie afazji*, [w:] S. Grabias, J. Panasiuk., T. Woźniak (red.), *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego. Podręcznik akademicki*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 309–346.
- Pruszewicz A., 1992, *Opóźniony rozwój mowy*, [w:] tenże (red.), *Foniatria kliniczna*, Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, s. 233–241.
- Roid G.H., 2003, *The Stanford-Binet Intelligence Scales*, Itasca: Riverside Publishing.
- Sajewicz-Radke U., Radke B.M., Lipowska M., 2017, *Skala inteligencji*, Gdańsk: Pracownia Testów Psychologicznych i Pedagogicznych w Gdańsku.
- Sahlmann L., 1969, *Autism or Aphasia?*, „Developmental Medicine & Childhood Neurology”, Vol. 11(4), s. 443–448.
- Smereka T., 2015, *Rozumienie przekazów językowych i jego zaburzenia*, Wrocław: Wydawnictwo Mkwadrat Maciej Młynarski.
- Tarkowski Z., 2002, *Przesiewowy test logopedyczny*, Lublin: Wydawnictwo Fundacji „Orator”.
- Tarkowski Z., 2017, *Prosty opóźniony rozwój mowy*, [w:] tenże (red.), *Patologia mowy*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis, s. 213–234.
- Zaleski T., 1992, *Opóźniony rozwój mowy*, Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.

	© by the author, licensee Łódź University – Łódź University Press, Łódź, Poland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution license CC-BY-NC-ND 4.0 ( <a href="https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/">https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/</a> )
	Data złożenia: 17.12.2021. Data przyjęcia: 4.07.2022.