

JOLANTA PANASIUK

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie  
Katedra Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-5666-4899>

## **Sprawności komunikacyjne w postępowaniu logopedycznym. Od Aspergera do Williamsa**

---

**Communicative Skills in Logopedic Management.  
From Asperger do Williams**

*Ważnym czynnikiem jest właściwe słowo.  
Ilekcroć napotykamy jedno z tych naprawdę właściwych słów  
osiągamy rezultaty fizycznie i duchowo – i to z prędkością błyskawicy.  
Mark Twain (W.D. Howells, *My Mark Twain*, 1906).*

### STRESZCZENIE

Wykładnikiem społecznego-emocjonalno, poznawczego i językowego rozwoju dziecka jest sprawność komunikacyjna, czyli umiejętność użycia języka w grupie społecznej, wyrażająca się adekwatnością zachowania językowego w odniesieniu do społecznych rang rozmówców (sprawność społeczna), zdolnością dostosowywania wypowiedzi do czasu, miejsca czy tematu rozmowy (sprawność sytuacyjna) oraz umiejętnością osiągania założonego celu wypowiedzi (sprawność pragmatyczna). Werbalne i niewerbalne wykładniki sprawności komunikacyjnych są istotnym elementem diagnozy logopedycznej, ważną przesłanką w różnicowaniu zaburzeń rozwojowych, a także czynnikiem ukierunkowującym oddziaływanie terapeutyczne. Na przykładzie dwu rodzajów zaburzeń neurorozwojowych (zespołu Aspergera i zespołu Williamsa) wykazano specyficzne dla tych zaburzeń profile rozwoju sprawności komunikacyjnych w kontekście emocjonalnego, poznawczego i językowego rozwoju dziecka.

**Słowa kluczowe:** kompetencja komunikacyjna, językowe reguły społeczne, językowe reguły sytuacyjne, językowe reguły pragmatyczne, zespół Aspergera, zespół Williamsa

#### SUMMARY

Communication capability is a basis of social, emotional, cognitive and linguistic development of child. That includes use of language among social group, which is adequate and referend to social status of interlocutors (social capability). Moreover, the communication capability is to about adjust conversation to present time, place or subject (situational capability). Also, the pragmatic capability is the achievement of particular purpose of conversation. Important part of speech therapy diagnosis are verbal and nonverbal factors of communication capabilities, which are the basis to differentiate developmental disorders, and to direct therapeutic interference. Based on two case studies of neuro-developmental disorders (Asperger's syndrome and Williams syndrome) specified profiles of communication capabilities has been presented, concerning the emotional, cognitive and linguistic development of child.

**Key words:** communication competence, social linguistic rules, situational linguistic rules, pragmatic linguistic rules, Asperger's syndrome, Williams syndrome

#### WPROWADZENIE

Współczesną perspektywę opisu, diagnozy i terapii zaburzeń mowy wyznacza teoria interakcji wprowadzona na grunt polskiej logopedii przez Stanisława Grabiasa. Grabias definiuje interakcję jako: „układ dwu przylegających do siebie procesów: procesów nadawania znaczeń zachowaniom ludzkim oraz procesu dostosowywania własnych zachowań do zachowań członków danej grupy społecznej” (Grabias 2007, 358). W ujęciu badacza zachowania interakcyjne mogą ujawniać się bez woli nadawcy (są to oznaki cech psychofizycznych i społecznych stanów), mogą być też nadawane intencjonalnie (są to symbole językowe – werbalne i niewerbalne), służąc informowaniu o zamierzeniach nadawcy oraz przewidywaniach względem odbiorcy. Warunkiem odbioru zachowań interakcyjnych jest docieranie do psychicznych stanów nadawcy (dokonuje się przez ocenę sygnałów nadawcy i kojarzenie ich ze stanami psychicznymi, utożsamianymi na zasadzie introspekcji z własnymi stanami), orzekanie o spójności zachowania (następuje poprzez odczytywanie stanów psychicznych nadawcy na tle sytuacji fizycznej, ujmowanej w kategoriach przestrzennych i czasowych, oraz sytuacji społecznej, ujmowanej w kategoriach ról społecznych) i odkrywanie chęci nadawcy sygnalizowanych przez określone zachowania. W konkretnej sytuacji interakcyjnej wzajemne wyobrażenia jej uczestników muszą zostać, przynajmniej w jakimś zakresie, uzgodnione. W złożonym i wielowątkowym procesie uzgadniania znaczenia zachowań istotną rolę pełnią znaki językowe. Badanie interakcji uwzględnia rolę języka zarówno w organizowaniu sensów (poznaniu rzeczywistości), jak też w organizowaniu przekazu

i przekazywaniu wiedzy o rzeczywistości innym osobom (komunikacji językowej) (Grabias 2019). Kiedy obydwie funkcje języka – poznawcza i komunikacyjna – wzajemnie się dopełniają, możliwa jest skuteczna interakcja.

Teoria interakcji wyznaczyła nowy zakres problemów badawczych i praktycznych celów podejmowanych w badaniu zaburzeń mowy wykraczający poza strukturalną złożoność wypowiedzi i obejmujący takie zjawiska, jak: poznawcza interpretacja świata, emocjonalna ocena zjawisk rzeczywistości, system nabytych przekonań i deklarowanych wartości czy wreszcie kontekstowe uwarunkowania konkretnych zachowań komunikacyjnych<sup>1</sup>. W opisie interakcji istotnego znaczenia nabierają też relacje pomiędzy interlokutorami, zdeterminowane ich pozycją społeczną, cechami osobowościowymi, temperamentem czy stanem emocjonalnym. Uwzględnienie tych uwarunkowań zależne jest od sprawności komunikacyjnej interlokutorów, które warunkują mniej lub bardziej skutecznie realizowanie intencji. Diagnozowanie stanu sprawności komunikacyjnych oraz terapia ukierunkowana na poprawę skutecznego komunikowania stały się jednymi z najważniejszych celów postępowania logopedycznego w zaburzeniach neurorozwojowych.

## POJĘCIE KOMPETENCJI I SPRAWNOŚCI KOMUNIKACYJNEJ

Porozumiewanie się między ludźmi określają świadome lub nieświadomione reguły używania języka w różnych sytuacjach stwarzanych przez wspólnotę i doświadczenia nadawcy, określane przez Della Hymes'a – twórcę *Socjolingwistyki i etnografii mówienia* – mianem kompetencji komunikacyjnej. Hymes twierdził, że kompetencja językowa, czyli wiedza o znakach językowych i regułach ich łączenia, nie wystarczy do opisów aktów mowy, które są strukturami powiązаныmi z elementami kulturowymi i osobistymi, a językowe zachowania jednostki nie są jedynie sekwencją gramatycznie poprawnych zdań, o ich kształ-

<sup>1</sup> Żywe ostatnio zainteresowanie procesem komunikacji międzyludzkiej zaowocowało w nauce nowymi interpretacjami tego zjawiska z punktu widzenia psychologii, socjologii, antropologii, etnografii, pedagogiki, politologii, prasoznawstwa, filozofii czy wreszcie logopedii. Na gruncie tych nauk powstały interesujące monografie dotyczące komunikowania społecznego, które swoim zakresem znacznie wykraczają poza tradycyjne ujmowanie komunikacji w kategoriach lingwistycznych i budują metodologię nowej dziedziny wiedzy zwanej komunikologią. Interdyscyplinarność tej nauki wynika z różnych perspektyw badawczych: socjopsychologicznej – komunikacja jako wpływ interpersonalny, cybernetycznej – komunikacja jako przepływ informacji, retorycznej – komunikowanie jako sztuka przemawiania publicznego, semiotycznej – komunikacja jako proces dzielenia się znaczeniem poprzez znaki, socjokulturowej – komunikacja jako tworzenie i „odgrywanie” rzeczywistości społecznej, krytycznej – komunikacja jako refleksyjne wyzwanie rzucone niesprawiedliwemu „dyskursowi władzy”, fenomenologicznej – komunikacja jako doświadczenie siebie i innych poprzez dialog (Dobek-Ostrowska 1999).

cie decydują uwarunkowania społecznie i sytuacyjne. Wypowiedzi i sytuacje powiązane są regułami odpowiedniości, tę odpowiedniość wyznacza „kompetencja komunikacyjna”, czyli wiedza na temat reguł używania języka w różnych sytuacjach stwarzanych przez wspólnotę społeczną, która kształtuje się wraz z socjalizacją i życiowymi doświadczeniami jednostki (Hymes 1980).

Współcześnie „kompetencja komunikacyjna” należy do podstawowych pojęć mających swoje zastosowanie w logopedii. Stanisław Grabias wyznaczył jej pojęciowy paradygmat i opisał model zachowań językowych uzależnionych od tego, kto mówi, do kogo, w jakiej sytuacji i w jakim celu (Grabias 2019). Zgodnie z taką formułą nadawca posługuje się jednym kodem językowym bądź wieloma kodami, uwarunkowanymi albo społecznie, albo terytorialnie i tworząc tekst realizuje rozmaite role społeczne. Role te wynikają ze społecznej pozycji odbiorcy. Jednocześnie mówiący dostosowuje się do sytuacji, w której akt językowy się dokonuje i dobiera językowy kształt wypowiedzi adekwatnie do realizowanej intencji.

Tabela 1. Układ kompetencji i sprawności językowych oraz komunikacyjnych

<b>Kompetencje – społeczna wiedza tkwiąca w umysłach jednostki</b>	<b>Indywidualne realizacje kompetencji</b>
Kompetencja językowa – inwentarz fonemów, leksemów oraz reguły budowania gramatycznie poprawnych i sensownych zdań: <ul style="list-style-type: none"> <li>– fonologiczna,</li> <li>– morfologiczna,</li> <li>– składniowa.</li> </ul>	1. Budowanie zdań: <ul style="list-style-type: none"> <li>– sprawności substancjalne, pozwalające budować zdania w postaci sygnałów dźwiękowych, optycznych i taktylnych;</li> <li>– sprawności gramatyczne, morfologiczne i syntaktyczne.</li> </ul>
Kompetencja komunikacyjna – wiedza na temat statusu kodów językowych i reguł budowania wypowiedzi odpowiednich do sytuacji: <ul style="list-style-type: none"> <li>– stylistyczna,</li> <li>– społeczna,</li> <li>– sytuacyjna,</li> <li>– pragmatyczna.</li> </ul>	2. Budowanie wypowiedzi dialogowych i narracyjnych – sprawności komunikacyjne: <ul style="list-style-type: none"> <li>– stylistyczne,</li> <li>– społeczne,</li> <li>– sytuacyjne,</li> <li>– pragmatyczne.</li> </ul>

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Grabias 2019.

Każda interakcja językowa wymaga więc od mówiących wiedzy nie tylko o systemie językowym (kompetencji językowej), a jej efekt nie wiąże się jedynie z umiejętnością budowania wypowiedzi poprawnej językowo (sprawności

systemowej). Formułowanie skutecznej wypowiedzi wymaga od mówiącego wiedzy o sytuacyjnych, społecznych i pragmatycznych regułach zachowań językowych (kompetencji komunikacyjnej), a także umiejętności realizowania tych reguł w relacjach międzyludzkich (sprawności komunikacyjnej) (Grabias 2019).

W obrębie kompetencji komunikacyjnej S. Grabias wyodrębnia trzy typy uwarunkowań:

- I. Sytuacyjne uwarunkowania wypowiedzi, a wśród nich następujące układy komponentów o różnym stopniu złożoności:
  1. najbardziej związane z sytuacją (rozmówcy, miejsce i czas rozmowy);
  2. względnie związane, dopuszczające bowiem rozmaite możliwości wyboru (kanał przekazu informacji i gatunek wypowiedzi);
  3. swobodne (temat rozmowy).

Liczba rozmówców decyduje o następujących formach komunikatów:

- a) monologicznej (jeden mówiący),
- b) dialogowej (przynajmniej dwóch rozmówców),
- c) polilogowej (uczestniczy wielu rozmówców równocześnie).

W przypadkach, kiedy uwaga uczestników interakcji skupiona jest na jednym zjawisku, polilog przybiera postać następujących po sobie dialogów, w sytuacjach niezogniskowanych – polilog staje się sumą dialogów.

Czas rozmowy wyznacza trzy typy interakcji między nadawcą a odbiorcą:

- a) interakcja zachodzi w tym samym dla jej uczestników czasie,
- b) nadawca zwraca się do odbiorców w przyszłości,
- c) nadawca mówi do odbiorców z przeszłości.

Ponadto relacja między czasem rozmowy a czasem zdarzeń rozgrywających się w rozmowie wyznacza dwa kolejne typy interakcji:

- a) czas rozmowy może być spójny z czasem akcji,
- b) czas rozmowy może się rozmijać z czasem akcji, może dotyczyć zdarzeń mających się dokonać w przyszłości.

Miejsce rozmowy dotyczy związku zachodzącego między kształtem wypowiedzi a miejscem jej powstania. Typy miejsc różnicują postać zachowań językowych. Najistotniejsze jest rozróżnienie pleneru i miejsca zamkniętego. Plener stwarza sytuację, w której odległości między rozmówcami mogą być znaczne, co prowadzi do osłabienia kontaktu wzrokowego, zmusza do swoistego gospodarowania głosem, wymaga użycia specjalnych środków językowych i pozajęzykowych.

Gatunek wypowiedzi wynika z relacji pomiędzy trzema zawsze obecnymi składnikami interakcji językowej: rozmówcami, miejscem i czasem interakcji oraz tematem rozmowy:

- a) treść wypowiedzi nie jest związana ani z czasem, ani z miejscem akcji,
- b) treść wypowiedzi jest związana tylko z sytuacją, w jakiej znajduje się nadawca,
- c) treść wypowiedzi jest związana tylko z sytuacją, w jakiej znajduje się odbiorca,
- d) treść komunikatu jest związana z sytuacją nadawcy i odbiorcy (sytuacja koresponduje z przekazywaną treścią bądź wypowiedź jest wiernym opisem sytuacji).

Temat rozmowy wyznaczany jest przez wykształcenie, zawód, wiek i płeć. We współczesnej polszczyźnie najbardziej typowymi dla codziennej komunikacji są następujące kręgi tematyczne: autobiografia, dom rodzinny, szkoła, praca, czas wolny, wakacje, rozrywki, życie kulturalne, usługi, ideologia i in.

II. Społeczne uwarunkowania wypowiedzi, na które składają się społeczne role językowe realizowane przez mówiących w różnych sytuacjach komunikacyjnych. Role te tworzą układ hierarchiczny, a każda z nich dysponuje pewnym zasobem środków językowych. Typologia ról uwzględnia relacje dorosły – dorosły, dorosły – dziecko, dziecko – dziecko. O istocie ról językowych decydują:

- 1. rangi rozmówców, sytuujące ich w pozycji równorzędności lub podrzędności i nadrzędności,
- 2. rodzaje kontaktu: oficjalny lub nieoficjalny (przyjacielski), indywidualny lub grupowy, trwałe lub sporadyczny.

Społeczne uwarunkowania interakcji językowej wyrażają się m.in. w użyciu swoistych gatunków, takich jak: propozycja, rada, wspomnienie, protest, ostrzeżenie – dla rang równorzędnych; zakaz, nakaz, prośba, polecenie – dla rang nierównorzędnych. Najbardziej wyrazistym przejawem społecznych uwarunkowań wypowiedzi jest użycie formuł grzecznościowych, w każdej bowiem klasie formuł wyznaczonych tożsamością funkcji pragmatycznych istnieją formuły zwyczajowo przypisane bądź to rangom równorzędnym, bądź też podrzędnej lub nadrzędnej randze nadawcy.

III. Pragmatyczne uwarunkowania wypowiedzi, wiążące się z faktem, iż u podstaw każdego zachowania językowego leży jakiś zamiar lub pragnienie mówiącego, określane jako intencja. Realizacja intencji opisywana jest w kategoriach czterech funkcji pragmatycznych: informacyjnej, modalnej, emocjonalnej i działania.

- 1. Funkcja informacyjna dotyczy intencji przekazywania lub zdobywania informacji; realizuje się wówczas, kiedy nadawca oznajmia o stanach rzeczy, zaprzecza albo potwierdza oznajmienia rozmówcy, prosi o uzupełnienie informacji lub o rozstrzygnięcie alternatywy;

2. Funkcja modalna wypowiedzi dotyczy stosunku mówiącego do sposobu trwania stanów rzeczy i zachodzących procesów; modalność bywa mierzona w kategoriach pewności, przypuszczenia, wątpliwości i wykluczenia;
3. Funkcja emocjonalna wypowiedzi związana jest z wyrażaniem stosunku do otaczającej rzeczywistości, określa cechy osobowości nadawcy. Użycie środków emocji podlega uwarunkowaniom społecznym i sytuacyjnym. W komunikacji międzyludzkiej emocjonalne stany nadawcy mogą się objawiać, mogą być wyrażane lub też komunikowane. Każdej technice przysługują inne środki ekspresji i inne reguły wykorzystania tych środków.

Funkcja działania wiąże się z takim zachowaniem językowym, kiedy nadawca – oceniając realne możliwości odbiorcy – chce, aby odbiorca: podjął działanie (prośba), zaniechał działania (zakaz) lub nie podejmował działania (odmowa pozwolenia na działanie); odbiorca może podjąć działanie lub może odmówić podjęcia działania, nadawca zaś może mieć lub może nie posiadać sankcji, aby zmusić odbiorcę do działania; sankcje mogą mieć charakter prawny lub obyczajowy, są ściśle związane z pełnionymi przez interlokutorów rolami społecznymi; zakończenie działania może przynieść korzyść nadawcy, odbiorcy lub obydwu (Grabias 2019).

Przebieg interakcji międzyludzkich może być kontrolowany na różnych poziomach kompetencji komunikacyjnej. William S. Howell (1982) wyznaczył cztery jej rodzaje:

1. „Nieświadoma niekompetencja” – kiedy uczestnik interakcji nie rozumie komunikatów innych osób i nie jest tego świadomy.
2. „Świadoma niekompetencja” – kiedy uczestnik interakcji wie, że błędnie interpretuje drugiego, ale nie zważa na to i nie podejmuje starań, aby to zmienić.
3. „Świadoma kompetencja” – kiedy uczestnik interakcji nieustannie podejmuje starania, by sterować swoim zachowaniem komunikacyjnym, aby było ono jak najbardziej skuteczne.
4. „Nieświadoma kompetencja” – kiedy uczestnik interakcji rozumie wszystko, co dzieje się w procesie komunikacji, nie będąc tego świadomym.

Można przyjąć, że nie istnieje jedna całościowa terapia, która pozwoliłaby uzyskać zadowalające efekty w terapii osób Aspergera i zespołem Williamsa, stąd zwykle stosuje się różne jej formy: to pełna wiedza na temat reguł posługiwania się językiem, zarówno w tworzeniu, jak i odbiorze komunikatów, to umiejętność wykorzystanie języka zgodnie z założoną intencją, pełnioną rolą społeczną i sytuacją, w jakiej zachodzi interakcja.

W badaniu sprawności komunikacyjnych na potrzeby diagnozy logopedycznej interpretacja werbalnych i niewerbalnych zachowań człowieka, wtopionego w świat indywidualnych doznań, emocji i subiektywnych przeżyć uwarunkowanych biologicznymi deficytami, z trudem poddaje się rygorom oceny ilościowej, wymaga ukierunkowanej obserwacji i jakościowej oceny zachowań językowych w rozmaitych relacjach społecznych. Wyniki takiego badania są bardzo istotnym kryterium różnicowania klinicznego obrazu zaburzeń neurorozwojowych.

## NEUROBIOLOGICZNE UWARUNKOWANIA KOMPETENCJI I SPRAWNOŚCI KOMUNIKACYJNYCH

Dychotomiczny podział kompetencji na językową i komunikacyjną ma swoje podstawy w funkcjonalnej specjalizacji półkul mózgowych. Prawa półkula reguluje powstawanie wypowiedzi emocjonalnych, a lewa racjonalnych. Funkcjonalna asymetria i specjalizacja półkul mózgowych jest wynikiem ewolucji, której kierunek określały zmieniające się warunki życia. Sposób przetwarzania informacji przez półkule określa dominację każdej z nich w regulacji danej czynności językowej (Mroziak 1992; Herzyk, Borkowska 1999).

Specjalizacja lewej półkuli dotyczy większych zdolności do analitycznego i sekwencyjnego przetwarzania danych, kontrolowania procesów mówienia, czytania i pisania, zapamiętywania dat i faktów, logicznego myślenia, rozwiązywania złożonych problemów i zadań matematycznych. Lewą półkulę łączy się ze zdolnością człowieka do wykonywania operacji różnicowania oraz sekwencyjnego porządkowania danych. W operacjach tych uczestniczą układy jednostek podobnych, różniących się między sobą na poziomie cech dystynktywnych. Analiza cech, jakie przeprowadza lewa półkula, ma charakter kombinatoryczny, przysługuje jej mechanizm opracowywania informacji wpisanych w siatkę opozycji binarnych. Strategie działania lewej półkuli wiążą się z kodowaniem językowym – dominuje ona w regulacji czynności artykulacyjnych i tworzeniu złożonych form gramatycznych.

Specjalizacja funkcjonalna prawej półkuli wiąże się ze zdolnością do postrzegania całościowego i jednoczesnego (*Gestalt*), wyobraźnią wzrokowo-przestrzenną, rozpoznawaniem znaków niewerbalnych subkodów języka (kinetycznego i prozodycznego) oraz odbiorem informacji w postaci wyobrażeń, obrazów i skojarzeń. Strategie przetwarzania informacji przez prawą półkulę polegają na syntezowaniu danych. Przypisuje się jej rolę w opracowywaniu poznawczych walorów tekstu, co polega na wykorzystywaniu osobistych doświadczeń, wiedzy o świecie oraz systemu skojarzeń w interpretacji aktualnych bodźców. Jest związana z długotrwałą pamięcią werbalną i operuje semantyką obrazową, stąd struktura jej słownika ma charakter konotacyjny i asocjacyjny. Te właściwo-

ści prawej półkuli umożliwiają odnośnienie konkretnej wypowiedzi do kontekstu pozajęzykowego, rozpoznawanie znaczeń emocjonalnych oraz respektowanie reguł dyskursu.

Chociaż półkule mózgowe funkcjonują w sposób odmienny – lewa sekwencyjnie i analitycznie przetwarza informacje znane, a prawa działa holistycznie i jest ukierunkowana na odbiór nowych bodźców – to współdziałają one ze sobą i utrzymują homeostazę centralnego układu nerwowego zapewniając optymalne warunki do prawidłowego przebiegu zlateralizowanych procesów poznawczych i emocjonalnych. Należy przy tym zaznaczyć, że funkcjonalny opis lewej i prawej półkuli mózgu jest pewnym uproszczeniem, bowiem dopiero skoordynowane współdziałanie wszystkich struktur mózgowych umożliwia prawidłowy przebieg zachowań językowych. Wskazują na to skutki uszkodzeń struktur podkorowych, układu limbicznego i pnia mózgu. Złożone mechanizmy mowy angażują działanie całego mózgu, a każda z jego części odpowiada za inne aspekty mówienia (Panasiuk 2012).

W przypadku zaburzeń neurorozwojowych mogą wystąpić trudności w realizacji jednostek systemu językowego przy wykształconych sprawnościach komunikacyjnych, trudności w komunikowaniu się przy prawidłowym posługiwaniu się strukturami języka bądź też jednoczesne ograniczenia w posługiwaniu się strukturami języka oraz w tworzeniu komunikatu stosownie do osoby rozmówcy, tematu, czasu i miejsca oraz założonej intencji.

Specyfika problemów, jakie wyłaniają się przy opisie obrazu poszczególnych zespołów zaburzeń neurorozwojowych, układu się rozmaicie. Poszczególne spektra dominujących trudności w sferze języka i komunikacji wymagają odpowiednich procedur terapeutycznych. Wyraźnie odmiennie profile zaburzeń sprawności językowych i komunikacyjnych występują w przypadku zespołu Aspergera<sup>2</sup> i w przypadku zespołu Williamsa<sup>3</sup>. U dzieci z zespołem Aspergera, pomimo normy intelektualnej i względnie wysokich sprawności językowych, istotnym ograniczeniem jest zdolność do respektowania reguł komunikacji, natomiast sprawności językowe i komunikacyjne dzieci z zespołem Williamsa są niewspółmiernie wysokie w stosunku do ich ograniczeń w sferze intelektualnej.

---

<sup>2</sup> Objawy zespołu Aspergera po raz pierwszy zostały opisane w 1944 r. przez wiedeńskiego psychiatrę Hansa Aspergera, pierwotnie były określane mianem psychopatii autystycznej. Obecnie obowiązująca nazwa – zespół Aspergera – została wprowadzona w 1981 r. przez Lornę Wing, która opisała grupę dzieci i dorosłych, u których zaobserwowała taki sam profil cech i zachowań, jakie Asperger przedstawił w swej pracy, a mianowicie: naiwny i nieprawidłowy sposób uczestniczenia w relacjach społecznych, tendencję do monologowania na specyficzne tematy, zaburzenia prozodii i mowy ciała, a także słabą koordynację ruchową (Wing 1981; Pisula 2000, 26)

<sup>3</sup> Zespół Williamsa, zwany też zespołem Williamsa-Beurena (ang. Williams' syndrome, Williams-Beuren syndrome), dotyczy jednego dziecka na 20 000 urodzonych, z równą częstością może wystąpić u dziewczynek i u chłopców. Został opisany w 1961 r. przez kardiologa z Nowej Zelandii – J. S. Williamsa (Prober 2010).

## CHARAKTERYSTYKA OSÓB Z ZESPOŁEM ASPERGERA

Zespół Aspergera, sklasyfikowany w obszarze całościowych zaburzeń rozwojowych, odznacza się specyficznym zespołem objawów psychopatologicznych typowych dla spektrum autyzmu<sup>4</sup>, na które składa się upośledzenie empatii, niezdolność do rozpoznawania i wyrażania stanów emocjonalnych w sposób społecznie akceptowalny, trudności w werbalnym i niewerbalnym porozumiewaniu się, obniżona sprawność przystosowywania się do zmiennych sytuacji życiowych, powtarzalne i sztywne wzorce aktywności, zawężenie zainteresowań, a w konsekwencji zakłócenie interakcji społecznych.

W zespole Aspergera zaburzenia językowe najwyraźniej objawiają się w sferze semantyczno-pragmatycznej (nieprawidłowe interpretowanie konstrukcji metaforycznych i sensów ukrytych, formalizm, repetytywność i pedantyczność wypowiedzi, idiosynkratyczne użycie słownictwa) i prozodycznej (transakcentacje, zmiany rytmu, nietypowa intonacja i modulacja wypowiedzi, nienaturalne brzmienie głosu). Zaburzenia semantyczne skutkują nieumiejętnością rozumienia różnic w znaczeniu słów w zależności od kontekstu językowego i pozajęzykowego, rozumienia żartów, przysłów, frazeologizmów, tekstów poetyckich (Kerbel, Grunwell 1998), a także niektórych potocznych sformułowań i wyrażeń slangowych. Konsekwencją zaburzeń w rozpoznawaniu znaczeń kontekstowych i trudności w rozumieniu wskazówek prozodycznych są nieporozumienia w relacjach międzyludzkich (niedostrzeżenie ironii, podtekstów czy sugestii)<sup>5</sup> (Happé 1995).

---

<sup>4</sup> Różnice między zespołem Aspergera a „wysoko” funkcjonującym autyzmem (HFA, *High Functioning Autism*) stały się przedmiotem ożywionej dyskusji. Jedni dowodzili, że zespół Aspergera jest odmianą autyzmu dziecięcego, charakteryzującą się najmniejszym nasileniem objawów, przez co jest tożsamy z tzw. autyzmem wysokofunkcjonującym (Schopler 1996), natomiast inni postulowali, by ujmować ten zespół jedynie w powiązaniu ze spektrum, a nie wewnątrz niego i utworzyć dla niego odrębne kryteria diagnostyczne (Gillberg i Gillberg 1989). Przeważył pogląd, który wpłynął na kształt klasyfikacji spektrum zaburzeń autystycznych w DSM-5 (Sławińska 2014) oraz ICD-11, że wyodrębnianie zespołu Aspergera jako osobnej jednostki nozologicznej jest nieuzasadnione, gdyż obraz zaburzeń w tym zespole odpowiada objawom obserwowanym w przypadkach łagodnej formy autyzmu.

<sup>5</sup> Ironia, czyli używanie słów w celu wyrażenia treści przeciwstawnej do ich eksplicytnego znaczenia, stanowi stały element codziennej konwersacji. Rozpoznawanie ironii ma złożoną reprezentację umysłową i wymaga umiejętności odczytania intencji założonej przez interlokutora. Odbiorca komunikatu ironicznego powinien pojąć, że rozmówca nie przekazał literalnie znaczenia, a także to, że nie oczekiwał, by jego wypowiedź była rozumiana dosłownie (Bryńska 2011a). Obecność wyraźnych wskazówek prozodycznych (zwłaszcza intonacyjnych), takich jak obniżenie wysokości głosu, zwiększenie natężenia głosu oraz spowolnienie tempa wypowiedzi, wskazuje na ironiczne znaczenie komunikatu. Dodatkowo wykorzystywane są wskazówki kontekstowe. W badaniach wykazano związek pomiędzy umiejętnościami wynikającymi z „teorii umysłu” a zdolnością do rozpoznawania ironii (Kaland, Møller-Nielsen, Smith i in. 2005).

Zaburzenia sprawności komunikacyjnych objawiają się jako trudności w dopasowaniu formy wypowiedzi do kontekstu społecznego i sytuacyjnego, nieumiejętność odróżnienia informacji istotnych od nieistotnych, niezdolność do akceptowalnego i skutecznego realizowania intencji komunikacyjnych. U niektórych osób z zespołem Aspergera obserwuje się tendencję do monologowania na ulubione tematy, bez uwzględniania reakcji otoczenia (wielomówność), u innych zaś występuje redukcja formalnej i semantycznej złożoności wypowiedzi, niemożność pełnego zrealizowania tematu i niespójność wypowiedzi. Komunikacja osób z zespołem Aspergera jest jednostronna, co wynika z braku reakcji na komentarze innych osób, nieuwzględniania punktu widzenia interlokutora oraz nieprzestrzegania naprzemienności ról w konwersacji.

Zakłócenia w komunikacji osób z zespołem Aspergera wynikają z trudności w rozpoznawaniu informacji prawdziwych i nieprawdziwych, słabego rozumienia wskazówek prozodycznych i niezrozumienia reguł organizujących interakcje społeczne (brak taktu, nadmierna szczerość raniąca uczucia innych osób, niezdolność do wypowiadania sądów konwencjonalnych, niezgodnych ze stanem rzeczy), niechęci do nawiązywania kontaktów społecznych i podążania za działaniami grupy (brak potrzeby bycia z innymi, preferowanie indywidualnej aktywności, tendencja do izolowania się), niezdolności do podtrzymywania kontaktu w sposób werbalny i niewerbalny (ubogi zakres znaków mimicznych i gestowych, trudności w regulowaniu fizycznej bliskości z innymi i kontaktu wzrokowego (wpatrywanie się lub unikanie wymiany spojrzeń), nieumiejętności odczytywania znaków niewerbalnych i interpretowania treści kontekstowych. Trudności te mogą przyjmować u osób z zespołem Aspergera zróżnicowane spektra objawów (Prior, Eisenmajer, Leekam i in. 1998).

Zaburzeniom zachowań językowych mogą też towarzyszyć specyficzne objawy zaburzeń w sferze motorycznej, emocjonalnej i poznawczej. Niezgrabność i dyskoordynacja ruchowa mogą niektórym osobom utrudniać wykonywanie czynności manualnych i przełączanie z jednej czynności na drugą. Szczególne deficyty sensoryczne (nadwrażliwość zmysłowa, np. dotykowa, słuchowa, czuciowa), swoiste mechanizmy percepcyjne (tendencja do zwracania uwagi na szczegóły, pamięć szczegółów przy trudnościach z rozpoznawaniem całości) i pamięciowe (doskonała, fotograficzna pamięć, zapamiętywanie obrazów, sekwencji dźwięków, utworów muzycznych, tekstów pisanych) determinują sposób odbioru rzeczywistości i interakcyjne zachowania osób z zespołem Aspergera w sferze werbalnej i niewerbalnej.

Szczególne sposoby przetwarzania informacji powodują, że niektóre osoby z zespołem Aspergera szczególnie dobrze rozpoznają struktury przestrzenne (wzorce, systemy, kalendarze) i odznaczają się obszerną, encyklopedyczną wie-

dzą w jakiejś dziedzinie, lecz zwykle odtwórczą<sup>6</sup>. Funkcje ich wypowiedzi ograniczają się zwykle do informowania, często posługują się językiem profesjonalnym, przejawiając pedantyczną dążność do precyzji słownej, a także upodobanie do formalizmów językowych. Działania osób z zespołem Aspergera odznaczają się schematycznością, przywiązaniem do wykonywania czynności w określony sposób, często niewygodny i niepraktyczny, niechęcią do jakichkolwiek zmian i trudnościami w zaakceptowaniu nowości.

## CHARAKTERYSTYKA OSÓB Z ZESPOŁEM WILLIAMSA

Zespół Williamsa, nazywany też zespołem Williamsa-Brunnera, jest uwarunkowany genetycznie (Ewart, Morris, Atkinon 1993)<sup>7</sup>. Dzieci rodzą się z niską wagą, charakterystyczną dysmorfia twarzą, wadami w budowie i funkcjonowaniu wielu organów wewnętrznych<sup>8</sup>, są drażliwe i płaczące, mają trudności z zasypianiem i snem (budzą się w nocy z krzykiem), późno opanowują chodzenie (około 21. miesiąca życia) i czynności samoobsługowe, osiągają niski wzrost (około 125–155 cm), przedwcześnie się starzeją (siewięją, robią im się zmarszczki w sto-

<sup>6</sup> Wśród osób z autystycznym spektrum zachowań, w tym z zespołem Aspergera, dwa razy częściej niż w innych grupach występują sawanci (fr. *savant*, 'uczony') – osoby odznaczające się szczególnymi zdolnościami, np. Daniel Tammet – mężczyzna z objawami zespołu Aspergera, synestetyk potrafi dokonywać w pamięci skomplikowanych obliczeń oraz wymienił 22 514 cyfr po przecinku w liczbie pi, dzięki doskonałej pamięci wzrokowej bardzo szybko uczy się języków obcych, opanował ich kilkanaście, stworzył też własny język i opublikował autobiografię (Tammet 2010).

<sup>7</sup> Przyczyną wystąpienia zespołu w większości przypadków (95%) jest delecja od 1,5 do 1,8 miliona par zasad regionu q11.23 chromosomu 7, co prowadzi do usunięcia od 26 do 28 genów. Jednym z brakujących genów jest gen elastyny – jego brak doprowadza na przykład do przepukliny i przedwczesnych zmarszczek. W 60% przypadków mikrodelecja jest pochodzenia matczynego, a w 40% ojcowskiego (Ewart, Morris, Atkinon 1993).

<sup>8</sup> Williams zwrócił uwagę na dzieci wyróżniające się specyficzną dysmorfia twarzą (u 35% osób zmniejszony obwód głowy, skrócenie szpar powiekowych, hypoteloryzm, zmarszczka nakątna, charakterystyczne małżowiny uszne, szerokie czoło, spłaszczona środkowa część twarzy, szeroka szczęka i mała żuchwa, długa rynienka podnosowa, pogłębiona nasada nosa, grube, szerokie wargi, wypukłe policzki, niebieskie lub zielone tęczęwki oka z gwiaździstym wzorem – „twarz elfa”), niższym wzrostem, wadami w budowie narządów wewnętrznych i zaburzeniami czynności rozmaitych układów organizmu: metabolicznego (podwyższony poziom wapnia, cukrzyca, hiperkalciuria, hiperkalcemia – co w już w pierwszym roku życia doprowadza do częstych wymiotów i braku łaknienia, gorszego przyrostu masy ciała), hormonalnego (subkliniczna niedoczynność tarczycy), sercowo-naczyniowego (nadstawkowe zwężenie aorty, szmery serca obwodowe zwężenie tętnic płucnych, nadciśnienie tętnicze), neurologicznego, gastroenterologicznego (celiaklia, częste zaparcia i biegunki), urologicznego (uchyłki pęcherza moczowego, wodonercze, zwężenie tętnicy nerkowej, torbiele w nerkach, a czasem agenezja lub hipoplazja nerek), otolaryngologicznego (zwężony przewód słuchowy zewnętrzny, nadmierne gromadzenie się woskowiny, nadwrażliwość słuchowa mogąca prowadzić do głuchoty), wzrokowego (nadwzroczność, zez, w wieku dorosłym zaćma), a także stomatognatycznego (Cherniske 2004; Kowalska 2013; Brock 2007; Zamani 2012).

sunkowo młodym wieku). Pomimo wielu schorzeń, przy odpowiedniej terapii i wsparciu środowiska, w życiu dorosłym mogą uzyskać względną samodzielność (Cherniske 2004).

Rozwój mowy dzieci z zespołem Williamsa jest opóźniony i przebiega nieharmonijnie (Brock 2007; Capirci 2012). Pierwsze słowa pojawiają się po drugim roku życia (Witkowska 2017), co tłumaczy się opóźnieniem w rozwoju koordynacji ruchów aparatu artykulacyjnego, szczególnie warg i języka (Semel, Rosner 2004; Bellugi, Marks, Bihrlé 1998). W wyniku defektu w produkcji elastyny, która jest główną składową włókien sprężystych, więzadła głosowe dzieci z zespołem Williamsa są mniej elastyczne, co objawia się trwałą dysfonią (głos niski, chrypiący)<sup>9</sup>. W wieku przedszkolnym u dzieci z zespołem Williamsa następuje zwykle przyspieszenie dynamiki rozwoju językowego, na początku edukacji szkolnej osiągają swobodę w mówieniu, radzą sobie w czynnościach językowych, zwłaszcza w rozumieniu wypowiedzi potocznych i tworzeniu zdań. Zdolność do opanowania złożonych wzorców składniowych oraz bogactwo słownika należy wiązać z ponadprzeciętną pamięcią słuchową i zdolnością do zapamiętywania często używanych zwrotów i rytmicznych tekstów (uczą się na pamięć wierszyków, jednak nie zawsze rozumieją ich sens) oraz skłonnością do eholalicznego powtarzania zasłyszanych fraz („mowa koktajlowa”). Z łatwością zapamiętują specjalistyczne nazwy, tworzą oryginalne metafory i analogie, w ich wypowiedziach pojawia się humor językowy, ironia i sarkazm. Bogactwo słownika, złożoność gramatyczna, niestandardowość wypowiedzi w połączeniu z jej płynnością sprawiają wrażenie dużego potencjału rozwojowego w sferze intelektualnej.

Okazuje się jednak, że obserwowane już we wczesnym dzieciństwie opóźnienia w rozwoju psychoruchowym dzieci z zespołem Williamsa w wieku przedszkolnym są diagnozowane jako niepełnosprawność intelektualna, zwykle w stopniu znacznym lub umiarkowanym (w 55% przypadków iloraz inteligencji plasuje się poniżej 50 punktów, w około 41% przypadków oscyluje w przedziale 50–70 punktów, a tylko w 4% zbliża się do poziomu normy intelektualnej) (Mauer, Bołtuć 2002). W wieku szkolnym słabo radzą sobie z abstrahowaniem, uogólnianiem, rozpoznawaniem relacji przyczynowo-skutkowych, czytaniem, pisanem i rozwiązywaniem prostych działań arytmetycznych, mają też trudności z koncentracją uwagi, szczególnie wtedy, gdy pracują w grupie, lecz w sytuacji, kiedy jakiś temat jest dla nich szczególnie interesujący, potrafią skupić się na nim i kompulsywnie eksplorować go w rozmowach z innymi (Cherniske 2004).

---

<sup>9</sup> W wyniku braku elastyny (włókien sprężystych odpowiedzialnych za usztywnienie nagłośni) i niedostatecznej ochrony krtani małe dzieci z zespołem Williamsa zagrożone są zakrzuszeniem, wymagają więc terapii funkcji prymarnych (ssania, gryzienia, żucia, polykania) (Błęszyński 2016).

Specyficzne dla osób z zespołem Williamsa jest to, że pomimo niepełnosprawności intelektualnej osiągają wysoki poziomem rozwoju społecznego i emocjonalnego (Giers 2011). Doskonale rozpoznają ludzkie twarze, interpretują zachowania innych osób, potrafią inicjować i podtrzymywać kontakty społeczne<sup>10</sup>. Jednak wykazują też swoiste zakłócenia w sferze interakcji społecznych: nie respektują naprzemienności ról nadawcy i odbiorcy w dialogu i polilogu, nie dostosowują się do tematu rozmowy, nie potrafią precyzyjnie odpowiadać na pytania (Hutyra 2008; Capirci 2012). Ich ekstrawertyzm, lekkość emocjonalna i skłonność do przekraczania dystansu społecznego (np. kiedy zatrzymują i nakłaniają do rozmowy obcych ludzi spotkanych przypadkowo na ulicy) mogą być uznane za nietakt (Witkowska 2017; Bellugi 1998; Capirci 2012; Giers 2010). Zazwyczaj jednak przez swoją otwartość, ufność, pogodne usposobienie i przyjacielski stosunek do ludzi, również nieznanym<sup>11</sup>, zjednują sympatię otoczenia.

Cechą wyróżniającą osoby z zespołem Williamsa jest ich szczególne upodobanie do muzyki (dotyczy 90% dzieci), muzykalność (71%), duży zakres uwagi dla utworów muzycznych oraz łatwość zapamiętywania piosenek, również w językach obcych (86%), a także wyjątkowa wrażliwość słuchowa i umiejętność precyzyjnego rozróżniania dźwięków, rytmów i tonów. Osoby z zespołem Williamsa źle znoszą hałas, lecz lubią śpiewać (87%) i muzykować, często przy tym odznaczają się absolutnym słuchem i doskonałą pamięcią muzyczną, stąd – pomimo tego, że nie opanowują sztuki czytania nut – doskonale zapamiętują i poprawnie odtwarzają całe utwory muzyczne<sup>12</sup>, śpiewają na głosy, improwizują i komponują własne melodie. Dźwięki muzyczne wyzwalały w nich szerokie spektrum reakcji emocjonalnych (Don, Audrey 1999; Shuter-Dyson 1986; Herzyk 2005), które dzielą z publicznością, przed którą lubią występować (Lenhoff 1996; Semel, Rosner 2003).

Ze względu na dużą wrażliwość emocjonalną, osoby z zespołem Williamsa mogą wręcz obsesyjnie interesować się zdrowiem najbliższych. Na co dzień w środowisku rodzinnym i szkolnym starają się podołać wymaganiom, jednak

---

<sup>10</sup> Osoby z zespołem Williamsa uzyskują niskie wyniki w zadaniach wymagających przetwarzania informacji wzrokowych (np. przy kopiowaniu rysunków precyzyjnie odwzorowują szczegóły, lecz nie potrafią zinterpretować całości obrazu). Przypuszcza się, iż defekt chromosomalny w zespole Williamsa nie dotyka lewej półkuli mózgu, natomiast uszkadza prawą. Tej tezie przeczy jednak ich szczególna wrażliwość emocjonalna.

<sup>11</sup> Wysoki poziom lęku wynika z uwarunkowań neuroanatomicznych: dzieci z zespołem Williamsa mają powiększone ciało migdałowate, które odpowiada m.in. za kontrolę strachu.

<sup>12</sup> Motoryczna sprawność palców dłoni i nadgarstka, a także wydatne usta mogą utrudniać osobom z zespołem Williamsa grę na instrumentach wymagających dużej zręczności manualnej i sprawności oralnych (np. flet, klarnet), wybierają raczej instrumenty perkusyjne (bębny, perkusję, kastaniety, tamburyn), gitarę, akordeon lub pianino. Ograniczenie sprawności manualnej i koordynacji wzrokowo-ruchowej przejawiające się w czynnościach codziennych nie przesądza o opanowaniu gry na instrumentach (Levitin i Bellugi 1998).

w sytuacjach trudnych emocjonalnie mogą przejawiać zaburzenia zachowania i wykazywać objawy zaburzeń psychicznych, takie jak hiperaktywność, mania i skłonność do nieuzasadnionych lęków. Poczucie zagrożenia lub znudzenia wyzwała u nich zachowania stereotypowe (automatyczne ruchy rąk, kołysanie się, kiwanie głową), napady gniewu, złości, a nawet agresji. Dorośli z zespołem Williama podlegają częściej zmianie nastrojów, jednak z przewagą zachowań negatywnych.

## PROFILE ROZWOJU OSÓB Z ZESPOŁEM ASPERGERA I ZESPOŁEM WILLIAMSZA

Ustalenie specyfiki zaburzeń sprawności komunikacyjnych w przypadkach zespołu Aspergera i zespołu Williama na potrzeby rozpoznania i terapii logopedycznej wymaga szczegółowej oceny sprawności interakcyjnych w sferze werbalnej i niewerbalnej. Diagnozowanie powinno też obejmować funkcjonalną ocenę funkcjonowania pacjentów w sferze motorycznej (w tym analizę sposobu kreowania komunikatów niewerbalnych – mimicznych i gestowych), emocjonalnej (poprzez ocenę zdolności do rozpoznawania i wyrażania w zachowaniach werbalnych i niewerbalnych stanów emocjonalnych), społecznej (poprzez ocenę zdolności do nawiązywania, utrzymywania i regulowania kontaktów społecznych), poznawczej (poprzez ocenę ilorazu inteligencji w skali werbalnej i niewerbalnej, a także stopnia rozwoju poszczególnych funkcji poznawczych, np. recepcji i percepcji bodźców w różnych modalnościach, pamięci, uwagi, myślenia, planowania, kontroli itp.), komunikacyjnej (poprzez opis możliwości stosowania się do społecznych, sytuacyjnych i pragmatycznych uwarunkowań interakcji) oraz językowej (poprzez opis możliwości rozumienia i użycia struktur języka o różnym stopniu złożoności formalnej i semantycznej).

Tabela 2. Profile zaburzeń rozwojowych w zespole Aspergera i zespole Williama

Sfera rozwoju	Profile zaburzeń	
	zespół Aspergera	zespół Williama
Rozwój motoryczny	dyskoordynacja ruchowa, zaburzenia w wykonywaniu czynności samoobsługowych, trudności w interpretowaniu i stosowaniu znaków niewerbalnych (mimicznych i gestowych)	dyskoordynacja ruchowa, trudności w wykonywaniu czynności samoobsługowych, wysokie sprawności w rozumieniu i realizowaniu komunikatów niewerbalnych (mimicznych i gestowych)

Tabela 2. cd.

Sfera rozwoju	Profile zaburzeń	
	zespół Aspergera	zespół Williamsa
Rozwój emocjonalny	nadwrażliwość emocjonalna, trudności w rozpoznawaniu niewerbalnych wykładników emocji i ich społecznie akceptowalnym wyrażaniu	nadwrażliwość emocjonalna, dobre rozpoznawanie werbalnych i niewerbalnych wykładników emocji wyrażanych niewerbalnie
Rozwój społeczny	trudności w nawiązywaniu i podtrzymywaniu kontaktów społecznych	łatwość nawiązywania i podtrzymywania kontaktów społecznych
Rozwój poznawczy	norma intelektualna, dysharmonijny rozwój funkcji poznawczych	niepełnosprawność intelektualna, dysharmonijny rozwój funkcji poznawczych
Rozwój kompetencji komunikacyjnej i sprawności komunikacyjnych	zdolność do opanowania reguł komunikacji (kompetencji komunikacyjnej), zaburzenie w stosowaniu językowych reguł społecznych, sytuacyjnych i pragmatycznych (zaburzenia sprawności komunikacyjnych)	trudności w opanowaniu reguł komunikacji (kompetencji komunikacyjnej), zaburzenie w stosowaniu językowych reguł społecznych, sytuacyjnych i pragmatycznych (zaburzenia sprawności komunikacyjnych)
Rozwój kompetencji językowej i sprawności językowych	dysharmonijny rozwój kompetencji i sprawności językowych	dysharmonijny rozwój kompetencji i sprawności językowych

Źródło: opracowanie własne.

Można przyjąć, że profile poznawcze i umiejętności społeczne osób z zespołem Aspergera oraz osób z zespołem Williamsa są kontrastowe. Przyczyn tej odmienności należy upatrywać w uwarunkowaniach neurobiologicznych. Osoby z zespołem Williamsa stosują przede wszystkim holistyczne (prawopółkulowe) strategie przetwarzania informacji, podczas gdy umysłowe funkcjonowanie osób z zespołem Aspergera wiąże się z ich szczególnymi umiejętnościami analitycznymi (lewopółkulowymi). Ta zasada wyjaśnia też istnienie u osób z tymi zespołami wyraźnych różnic w profilu zaburzeń rozwojowych. Umiejętności społeczne i reakcje emocjonalne, związane są z działaniem prawej półkuli mózgu, są lepiej rozwinięte w zespole Williamsa, natomiast wysokie sprawności intelektualne, związane z działaniem półkuli lewej, charakteryzują osoby z zespołem Aspergera.

Ocena rozwoju kompetencji komunikacyjnej i stanu sprawności komunikacyjnych jest istotnym elementem diagnozy dziecka z zaburzeniami rozwojowymi

i kryterium różnicowania mechanizmów objawów zaburzeń rozwojowych. Mogą one wynikać z niedostatków w obrębie różnych sfer: motorycznej, emocjonalnej, społecznej, poznawczej, komunikacyjnej i językowej. Specyfika deficytów w rozwoju poszczególnych sprawności profiluje spektrum zaburzeń neurorozwojowych i określa kierunek terapii.

## USPRAWNIANIE KOMPETENCJI I SPRAWNOŚCI KOMUNIKACYJNYCH

Możliwości komunikacyjne człowieka są wynikiem integracji dwu rodzajów sprawności – językowej i komunikacyjnej. Przyjąć należy, że w realizacji czynności mowy każdego człowieka ujawniają się aspekty wchodzące w zakres zachowań wspólnych i zachowań indywidualnych. W obręb zachowań wspólnych włącza się kompetencję językową i kompetencję komunikacyjną. Sferę zachowań indywidualnych wyznaczają zaś swoiste dla każdego człowieka sprawności, czyli sposoby realizacji tekstu, w których ujawnia się psychiczna i fizyczna charakterystyka jednostki.

Celem postępowania logopedycznego w przypadku osób z zespołem Aspergera i zespołem Williamsa jest budowanie właściwego wzorca językowych zachowań interakcyjnych z uwzględnieniem następujących czynników:

1. biologicznych – człowiek rozwija w sobie te umiejętności, które są mu dostępne ze względu na jego neurobiologiczne uwarunkowania;
2. środowiskowych – rozwój człowieka zależy od tego, jak jest wychowywany i kształcony,
3. terapeutycznych – rozwój człowieka zależy od tego, czy odpowiednio dobrane ćwiczenia umożliwią przełamanie jego ograniczeń i wyrównanie deficytów rozwojowych;
4. własnej aktywności – człowiek, podejmując różne rodzaje działań, nabywa nowe kompetencje i umiejętności.

Zarówno dzieci z zespołem Aspergera, jak też dzieci z zespołem Williamsa mają trudności w respektowaniu reguł komunikacji w interakcjach społecznych. W relacjach z innymi charakteryzuje je naiwność i egocentryczność. Nie potrafią dostosować się do językowej roli społecznej, mają trudności w dopasowaniu swoich wypowiedzi do sytuacji komunikacyjnej. Nieco lepiej radzą sobie z realizowaniem intencji. W tej sytuacji należy chronić je przed wykluczeniem i przygotowywać do życia społecznego poprzez uświadomienie reguł komunikacji oraz trening językowych sprawności komunikacyjnych zgodnie z modelem S. Grabiasa (2019). Dodatkowo w otoczeniu społecznym (środowisko rodzinne, szkolne, zawodowe) należy promować akceptację odmienności, empatię i tolerancję wobec innych.

Nie istnieje jedna całościowa terapia, która pozwoliłaby uzyskać zadowalające efekty w usprawnianiu umiejętności komunikowania się osób z zaburzeniami neurorozwojowymi, stąd najlepsze efekty można osiągnąć stosując rozmaite formy oddziaływania terapeutycznego:

1. psychoedukację pacjenta i jego otoczenia – ukierunkowaną na rozpoznanie trudności i wypracowanie optymalnych strategii postępowania w życiu codziennym;
2. terapię psychologiczną – ukierunkowaną na przezwyciężanie trudności w sferze społeczno-emocjonalnej, poznawczej i behawioralnej;
3. terapię logopedyczną – ukierunkowaną na przezwyciężanie zaburzeń w zachowaniach językowych;
4. terapię zajęciową – ukierunkowaną na przezwyciężanie zaburzeń w sferze motorycznej, poznawczej i emocjonalno-społecznej;
5. socjoterapię – ukierunkowaną na poprawę relacji społecznych;
6. terapię farmakologiczną – ukierunkowaną na łagodzenie objawów zachowań obsesyjno-kompulsyjnych, stanów depresyjnych czy reakcji agresywnych oraz działania prewencyjne, np. w związku z ryzykiem zaburzeń psychotycznych.

Zadaniem logopedy jest modelowanie interakcji w obrębie grupy, ekspozowanie wyjątkowych zdolności osób z deficytami rozwojowymi, tworzenie warunków do pracy zespołowej, w której szczególne cechy tych osób staną się pożądane, modelowanie przebiegu interakcji, rozwijanie aktywności interakcyjnej w różnych uwarunkowaniach społecznych, sytuacyjnych i pragmatycznych, poszerzanie językowych wykładników tych sprawności (formuły grzecznościowe, akty mowy, słownictwo tematyczne itp.).

Proces socjalizacji jednostki rozpoczyna się od opanowania sprawności pragmatycznej. Dziecko jako nadawca komunikatu w kontaktach z matką przekazuje swoje chcenia i informuje o stanach emocjonalnych. Początkowo odbywa się to za pomocą sygnałów niejęzykowych, następnie wraz z nabywaniem systemu językowego za pomocą swoistych form wypowiedzi. W normie biologicznej elementy tego systemu pojawiają się około pierwszego roku życia, a w wieku sześciu lat system językowy jest już w pełni ukształtowany. Narasta on w procesie interakcji toczącej się w kilku zaledwie sytuacjach życia codziennego i w jednym tylko układzie ról społecznych, wyznaczonych nadrzędną rangą matki i członków rodziny oraz podrzędną rangą dziecka. Sytuacja interakcyjna dziecka zmienia się diametralnie wraz z rozpoczęciem życia szkolnego, kiedy to zachodzi konieczność opanowania nowych ról społecznych (pojawiają się role wynikające z rang równorzędnych) i narasta potrzeba korzystania z monologu. Sprawność społeczna wykształca się najpóźniej. Kompetencje i sprawności komunikacyjne dosko-

nałą się w ciągu życia, by ten proces postępował, niezbędna jest interakcyjna aktywność człowieka.

Na językową sprawność pragmatyczną, za pomocą której nadawca skutecznie realizuje intencje, składają się umiejętności językowego przekazywania emocji oraz językowego realizowania chcień, sprawności w informowaniu, w ujawnianiu stosunku nadawcy do rzeczywistości i nakłanianiu do działania. W programowaniu terapii użyteczna wydaje się typologia strategii konwersacyjnych zaproponowana przez Aleksego Awdiejewa (2004), który porządkuje je według kryterium funkcjonalnego, czyli w zależności od realizowanych celów komunikacyjnych, wyróżniając ich cztery podstawowe typy:

1. Strategie informacyjno-weryfikacyjne, kiedy celem nadawcy jest uzyskanie informacji zawartej w wiedzy operacyjnej partnera (partnerów) lub zaproponowanie informacji, jaką sam dysponuje i wspólne ustalenie prawdziwości lub stopnia pewności wiedzy. Takie strategie zawierają różnego typu asertywne relacje informacyjne oraz modalne akty mowy, np. pytanie, potwierdzenie, zaprzeczenie, przypuszczenie, pewność, wątpliwość, wykluczenie;
2. Strategie aksjologiczno-emotywne, kiedy nadawca dąży do wprowadzenia i uzgodnienia z partnerami opinii wartościujących w stosunku do znanych interlokutorom lub hipotetycznych faktów, zdarzeń, stanów, osób lub innych zjawisk dopuszczających wartościowanie. Te strategie realizują subiektywny, uczuciowy stosunek do osób mówiących, do obiektów oraz faktów przedstawionych;
3. Strategie behawioralne, kiedy nadawca chce nakłonić partnera (partnerów) do określonego działania lub przyjęcia określonego stanowiska wobec działania zaproponowanego przez osobę stosującą daną strategię. Ten typ strategii realizuje się m.in. w następujących aktach mowy: prośba, żądanie, propozycja, obietnica, zgoda;
4. Strategie metadyskursywne, które dotyczą wszelkich działań werbalnych stosowanych w celu określenia i uściślenia przez interlokutorów przebiegu danej strategii podstawowej i służą sprawdzaniu skuteczności zastosowanych aktów mowy, a poprzez weryfikację i komentarze usprawniają konwersację.

Dośkonalenie sprawności komunikacyjnych w przypadku zaburzeń neurorozwojowych powinno służyć poprawie efektywnej i społecznie akceptowalnej komunikacji. Kształtowanie rozmaitych strategii konwersacyjnych umożliwia skuteczne spełnianie założonych intencji. Wybór strategii podlega pewnym ograniczeniom wynikającym z przyjętych w danym środowisku kulturowym konwencji komunikacyjnych. Te konwencje są wynikiem umowy społecznej, która zakła-

da, że każdy w procesie socjalizacji uczy się zachowania w grupie, aby móc uzyskać jej akceptację i osiągać życiowe cele.

## PODSUMOWANIE

Niezwykłe cechy osób z zespołem Aspergera i zespołem Williama – ich specyficzny profil poznaczy – prowokują pytanie o reguły funkcjonowania ludzkiego umysłu. Przyjmując, że ludzki umysł jest funkcją działania mózgu, to zarówno deficyty rozwojowe, jak i ponadprzeciętne uzdolnienia należy wiązać ze szczególną budową i funkcjonowaniem układu nerwowego. Odmienne umysły budzą zainteresowanie, lecz odmienny sposób funkcjonowania ludzi zwykle wyzwała niechęć, czasem wrogość, najczęściej kojarzy się z chorobą psychiczną. Należy pamiętać, że w psychiatrii, psychologii i pedagogice specjalnej zdrowie psychiczne i norma psychiczna to modele teoretyczne, które mają wyznaczać – na podstawie ogólnie przyjętych twierdzeń o biologicznej naturze człowieka – granice pomiędzy zdrowiem i chorobą, zachowaniem normalnym i zaburzonym<sup>13</sup>.

Okazuje się jednak, że te granice nie są ostre, przez co ocena psychicznego zdrowia człowieka jest w swej istocie niejednoznaczna. Nie istnieje bowiem bezwzględny stan zdrowia psychicznego. Według psychiatrów zdrowie psychiczne „jest to raczej proces osiągania przez człowieka stanu zbliżonego do idealnego w taki sposób, jaki jest możliwy w określonych warunkach społecznych. Można przyjąć, że na kontinuum, którego jeden kraniec zajmuje zdrowie psychiczne, a drugi choroba, znajduje się nieograniczona liczba punktów pośrednich. Każdy człowiek w danym momencie znajduje się w jakimś punkcie leżącym na tej linii, raz bliżej krańca zdrowia, to znów bliżej krańca choroby” (Grzywa 2009).

Położenie tego punktu w dużej mierze zależy od poziomu tolerancji wyznaczającej granicę społecznej akceptacji odmienności w określonym środowisku. Stworzenie warunków, by osoby z zaburzeniami rozwojowymi – zespołem Aspergera i zespołem Williama – mogły nie tylko komunikować się, ale także nawiązywać satysfakcjonujące relacje społeczne, podejmować zawodową aktywność zgodnie ze swoimi predyspozycjami i zainteresowaniami, skutecznie wypełniać rozmaite role społeczne, jest zadaniem dla nas wszystkich – ludzi, wśród których na co dzień żyją.

---

<sup>13</sup> Medyczne klasyfikacje zaburzeń (ICD-10, DSM-5), pomocne w różnicowaniu zachowań normalnych i patologicznych, definiują obszar patologii i wskazują na kryteria umożliwiające rozpoznanie zaburzeń. Opisy zaburzeń zawarte w tych klasyfikacjach mają charakter pomocniczy i porządkujący, a ocena zdrowia człowieka wymaga uwzględnienia całego kontekstu jego funkcjonowania (m.in. przeszłości, warunków życia, aktualnej sytuacji, wewnętrznych uwarunkowań i przeżyć).

## BIBLIOGRAFIA

- Bellugi U., Marks, S., Bihrlé, A., 1998, *Dissociation between language and cognitive functions in Williams Syndrome*, [w:] *Language development in exceptional circumstances*, red. D. Bishop, London, s. 177–189.
- Błęszyński J., Brzozowska-Misiewicz I., 2016, *Zarys terapii logopedycznej dzieci z zespołami wrodzonymi. Dziecko z zespołem Williamsa*, [w:] *Wczesna interwencja logopedyczna*, red. K. Kaczorowska-Bray, S. Milewski, Gdańsk, s. 438–446.
- Brock J., 2007, *Language abilities in Williams syndrome: A critical review*, „Development and Psychopathology”, 19, s. 97–127.
- Capirci O., 2012, *Language Development in Williams Syndrome A Case Study*, „Cognitive Neuropsychology”, 7, s. 1017–1040.
- Cherniske E.M., 2004, *Multisystem Study of 20 Older Adults with Williams Syndrome*, „American Journal of Medicine”, 131(3), s. 255–264.
- Dobek-Ostrowska B., 1999, *Podstawy komunikowania społecznego*, Wrocław.
- Don J., Audrey E., 1999, *Music and Language Skills of Children with Williams Syndrome*, „Child Neuropsychology”, 5, s. 154–170.
- Ewart A.K., Morris C.A., Atkinon D., 1993, *Hemizygoty at the elastin locus in a developmental disorder; Williams syndrome*, „Nature Genetics”, 5, s. 11–16.
- Giers M., 2011, *Zespół Williamsa*. Gdańsk.
- Gillberg C., Gillberg I.C., 1989, *Asperger syndrome – some epidemiological considerations: A research note*, „Journal of Child Psychology and Psychiatry”, 30, s. 631–638
- Grabias S., 2007, *Język, poznanie, interakcja*, [w:] *Mowa. Teoria – praktyka*, t. 2, *Język, interakcja, zaburzenia mowy. Metodologia badań*, red. T. Woźniak, A. Domagała, Lublin, s. 355–377.
- Grabias S., 2019, *Język w zachowaniach społecznych. Podstawy socjolingwistyki i logopedii*, Lublin.
- Grzywa A., 2009, *Pogranicza psychiatrii. Drogi i bezdroża umysłu*, Lublin, s. 13–14.
- Happé F.G.E., 1995, *Understanding minds and metaphors: insights from the study of figurative language in autism*, „Metaphor and Symbol”, 10, s. 275–295.
- Herzyk A., 2005, *Wprowadzenie do neuropsychologii klinicznej*, Warszawa.
- Herzyk A., Borkowska A., red., 1999, *Neuropsychologia emocji. Poglądy – badania – klinika*, Lublin.
- Howell W.S., 1982, *The emphatic communicator*, Belmont, California.
- Hutyra T., Moweszed K., Stawiarski A., 2008, *Dziecko z zespołem Williamsa*, [w:] *Dzieci chore, niepełnosprawne i z utrudnieniami w rozwoju*, red. B. Cytowska, B. Winczura, A. Stawiarski Kraków.
- Hymes D., 1980, *Socjolingwistyka i etnografia mówienia*, przeł. J. Arnold, [w:] *Język i społeczeństwo*, red. M. Głowiński, Warszawa, s. 41–82.
- Järvinen-Pasley U., Bellugi J., Reilly D.L., Mills A., Galaburda A.L., Reiss J.R., Korenberg, 2008, *Defining the social phenotype in Williams syndrome: A model for linking gene, the brain, and behavior*, „Development and Psychopathology”, 20, s. 1–35.
- Jones W., Bellugi U., Lai Z., 2000, *Hypersociability in Williams syndrome*, „Journal of Cognitive Neuroscience”, 12, s. 30–46.
- Kaland N., Møller-Nielsen A., Smith L., Mortensen E. L., Callesen K., Gottlieb D., 2005, *The Strange Stories test – a replication study of children and adolescents with Asperger syndrome*, „European Child & Adolescent Psychiatry”, 14, s. 73–82.
- Kerbel D., Grunwell P., 1998, *A study of idiom comprehension in children with semantic-pragmatic difficulties. Part II: Between-groups results and discussion*, „International Journal of Language and Communication Disorders”, 33, s. 23–44.

- Korniszewski L., 2005, *Dziecko z zespołem wad wrodzonych. Diagnostyka dysmorfologiczna*, Warszawa.
- Kowalska J., 2013, *Zespół Williamsa – fenomen dzieci elfów*, [w:] *Nieznane? Poznane. Zaburzenie rozwojowe u dzieci z rzadkimi zespołami genetycznymi i wadami wrodzonymi*, red. M. Buchnat, K. Pawelczak, Poznań, s. 137–157.
- Maurer A., Bołtuć I., 2002, *Dzieci z zespołem Williamsa. Diagnostyka i terapia. Wskazówki dla rodziców i nauczycieli*, Kraków.
- Meyer-Lindenberg A., Mervis C.B., 2007, *Neural mechanisms in Williams syndrome: a unique window to genetic influences on cognition and behavior*, „Nature Reviews Neuroscience”, 7, s. 380–393.
- Mroziak J., 1992, *Równoważność i asymetria funkcjonalna półkul mózgowych*, Warszawa.
- Naylor L., Van Herwegen J., 2012, *The production of figurative language in typically developing children and Williams Syndrome*, „Research in Developmental Disabilities”, 33, s. 711–716.
- Panasiuk J., 2012, *Afaza a interakcja. TEKST – metaTEKST – kontTEKST*, Lublin.
- Panasiuk J., Kaczyńska-Haładaj M., 2015, *Postępowanie logopedyczne w przypadku dorosłych z zespołem*, [w:] *Logopedia. Standardy postępowania*, red. S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak, Lublin, s. 395–427.
- Panasiuk J., 2017, *Standardy i wskazówki przygotowywania oraz adaptacji narzędzi diagnostycznych i procesu diagnostycznego dla dzieci i młodzieży ze spektrum autyzmu i zespołem Aspergera*, [w:] *Diagnoza specjalnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych dzieci i młodzieży*, red. K. Krakowiak, Warszawa.
- Perovic, A., Wexler, K., 2010, *Development of verbal passive in Williams syndrome*, *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 53, s. 1294–1306.
- Pisula E., 2000, *Autyzm u dzieci. Diagnostyka. Klasyfikacja. Etiologia*, Warszawa.
- Prior M., Eisenmajer R., Leekam S., Wing L., Gould J. and Ong B., 1998, *Are there subgroups within the autistic spectrum?: a cluster analysis of a group of children with autistic spectrum disorders*, „Journal of Child Psychology and Psychiatry”, 39, 6, s. 893–902.
- Schopler E., 1996, *Are autism and Asperger syndrome (AS) different labels or different disabilities?*, „Journal of Autism and Developmental Disorders”, 26, s. 109–110.
- Semel E., Rosner S.R., 2004, *Understanding Williams Syndrome – Behavioral Patterns and Interventions*, „British Journal of Education Psychology”, 74, s. 640–641.
- Sławińska A., 2014, *Zespół Aspergera u osób dorosłych – zbieżność z innymi zaburzeniami, zaburzenia współwystępujące i problemy towarzyszące*, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna, 14 (4), s. 304–307.
- Tammet D., 2010, *Urodziłem się pewnego błękitnego dnia. Pamiętniki nadzwyczajnego umysłu z zespołem Aspergera*, Kraków.
- Thomas, M.S., 2010, *Language acquisition in developmental disorders*, [w:] *Language acquisition across linguistic and cognitive systems*, red. M. Kail, Amsterdam, s. 67–80.
- Thomas, M., Karminis T., 2012, *What is typical language development*, „Language Learning & Development”, 6, s. 162–169.
- Wierzba J., red., 2017, *Medycyna Elfów: kompendium wiedzy o zespole Williamsa*, Wrocław.
- Wing L., 1981, *Asperger's syndrome: A clinical account*, „Psychological Medicine”, 11, s. 115–129.
- Witkowska J., 2017, *Charakterystyka funkcjonowania językowego dzieci z zespołem Williamsa*, [w:] *Medycyna Elfów: kompendium wiedzy o zespole Williamsa*, red. J. Wierzba, Wrocław, s. 193–201.
- Zamani H., Babazadeh K., Fattahi S., 2012, *Williams-Beuren's Syndrome: A Case Report*, „Case Reports in Medicine”, 11, s. 1–4.