

# Alalia a autyzm. Problem diagnozy różnicowej

---

Monika Dyrła, Agnieszka Zgórk

## STRESZCZENIE

Artykuł koncentruje się na problemie diagnozy różnicowej dwóch zaburzeń ontogenezy mowy – alalii i autyzmu. Jest próbą stworzenia kryteriów diagnostycznych różnicujących oba zaburzenia. Każda jednostka nozologiczna została omówiona w zakresie definicji, etiologii i symptomatologii. Rozważania teoretyczne uzupełniono o opis przypadku dziewczynki z alalią motoryczną i chłopca z autyzmem. Wskazano na odmiennosć podejmowanych działań terapeutycznych w zależności od rozpoznanego zaburzenia.

## SŁOWA KLUCZOWE

diagnoza logopedyczna, alalia, autyzm, kryteria diagnostyczne, zaburzenia rozwoju mowy

## SUMMARY

The article focuses on the issue of a differential diagnosis between two disorders concerning ontogenesis of speech – alalia and autism. It aims to create diagnostic criteria that distinguish one between another. Each of the above nosological entities is discussed with regard to its definition, etiology and symptoms. These theoretical considerations are complemented with case descriptions – of a girl with motor alalia and of an autistic boy – which emphasise diversity of therapeutic activities, depending on the disorder diagnosed.

## KEY WORDS

logopedic diagnosis, alalia, autism, diagnostic criteria, developmental language disorder

## WPROWADZENIE

Występowanie nieprawidłowości rozwojowych u dzieci nastęrcza trudności w ich różnicowaniu. Mnogość pojawiających się zaburzeń rozwoju o paralelnych symptomach wymusza poszerzenie procedury diagnostycznej o uwzględnienie patomechanizmów i etiologii zaburzeń. Właściwe rozpoznanie nabiera pierwszorzędnej wagi, zwłaszcza w kontekście prowadzonej terapii. Stosowanie nieadekwatnych procedur terapeutycznych może doprowadzić do nieodwracalnych zmian. Wobec tych trudności wskazano na konieczność opracowania klarownych podobieństw i różnic leżących u podstaw diagnozy różnicowej alalii i autyzmu.

## ALALIA JAKO SPECYFICZNE ZABURZENIE ROZWOJU MOWY

Do specyficznych zaburzeń rozwoju mowy należą: alalia prolongata, alalia, niedoksztalcenie mowy o typie afazji oraz afazja dziecięca. Rozróżnia się je na podstawie następujących czynników: występowanie lub brak uszkodzeń neurologicznych, dynamika ustępowania trudności językowych, stopień specjalizacji strukturalno-czynnościowej mózgu w momencie jego uszkodzenia oraz symptomatologia objawów (Panasiuk, 2008).

Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) specyficzne zaburzenia rozwoju mowy (F80) zalicza do zaburzeń rozwoju psychologicznego. Brak jest zróżnicowania na alalię prolongatę, alalię, niedoksztalcenie mowy o typie afazji oraz afazję dziecięca. Wyróżnia się zaburzenia ekspresji mowy (F80.1) i zaburzenia rozumienia mowy (F80.2) (WHO, 2008).

Organiczne uszkodzenie w obrębie centralnego układu nerwowego stanowi czynnik biologiczny. Na tej podstawie można rozróżnić alalię prolongatę, która jest konsekwencją zakłóceń w dojrzewaniu i funkcjonowaniu mózgu niewynikających z organicznych uszkodzeń tych struktur, oraz zaburzenia, w jakich występuje organiczne uszkodzenie mózgu, czyli alalię, niedoksztalcenie mowy o typie afazji, i afazję dziecięca. Wśród prawdopodobnych przyczyn uszkodzeń wymienia się: zakłócenia rozwoju mózgu w okresie prenatalnym, urazy, choroby naczyniowe, stany zapalne, zwyrodnieniowe oraz postępujące procesy chorobowe (Panasiuk, 2008).

Kolejnym kryterium rozróżniania specyficznych zaburzeń rozwoju mowy jest dynamika ustępowania trudności językowych. W przypadku alalii prolongaty objawy wycofują się pod wpływem ćwiczeń stymulujących i ogólnorozwojowych, obserwuje się wyraźną poprawę sprawności językowych. Większe trudności mają

dzieci, u których wystąpiło organiczne uszkodzenie centralnego układu nerwowego. Prowadzona terapia logopedyczna trwa znacznie dłużej, a rezultaty są mniej efektywne (Panasiuk, 2008).

Stopień specjalizacji strukturalno-czynnościowej mózgu w momencie jego uszkodzenia stanowi kolejny czynnik różnicujący zaburzenia rozwoju mowy spowodowane organicznym uszkodzeniem centralnego układu nerwowego. Jeżeli czynnik patogenny wystąpił w okresie prelingwalnym (okres prenatalny i postnatalny do końca 1. roku życia), to występuje alalia. Z kolei afazja dziecięca ma miejsce, jeśli do uszkodzenia doszło w okresie kształtowania się struktur języka (okres perlingwalny), a konsekwencją jest utrata częściowo nabytych już sprawności językowych oraz obserwuje się trudności w dalszym opanowaniu mowy. Dotyczy to dzieci w wieku od 2. do 6. roku życia. Afazję dziecięcą rozpoznaje się u dzieci w okresie postlingwalnym, czyli po 7. roku życia, gdy system językowy jest już ukształtowany i nastąpiło uszkodzenie centralnego układu nerwowego. Wówczas dochodzi do pełnej lub częściowej utraty nabytych zdolności językowych (Panasiuk, 2008).

Symptomatologia – głębokość i złożoność objawów – jest czynnikiem najbardziej różnicującym. Dotyczy szczegółowej charakterystyki objawów występujących w alalii, niedokształceniu mowy o typie afazji oraz afazji dziecięcej (Panasiuk, 2008).

Rozpoznanie alalii, zgodnie z powyższymi kryteriami różnicowania specyficznych zaburzeń rozwoju mowy, odnosi się do dzieci słyszących i inteligentnych, u których nastąpiło uszkodzenie mózgu w okresie prenatalnym (choroby matki, wstrząsy i urazy psychiczne, krwawienia, skłonności do poronień, zatrucie środkami chemicznymi), perinatalnym (urazy okołoporodowe, zaburzenia krążenia płodu) lub postnatalnym (schorzenia doprowadzające do patologii rozwoju mózgu) do końca 1. roku życia (Panasiuk, 2008).

W przypadku alalii od samego początku obserwuje się nieprawidłowości w rozwoju mowy obejmujące wszystkie czynności językowe. Współwystępują zakłócenia w rozwoju innych wyższych czynności psychicznych. Wymowa dzieci charakteryzuje się zaburzeniami artykulacyjnymi. Notuje się niepoprawną i ubogą strukturę gramatyczną wypowiedzi oraz brak zdolności narracyjnych. Ponadto występują ograniczenia ilościowe i jakościowe w słowniku czynnym i biernym. Dziecko ma ograniczone możliwości komunikacyjne i językowe ze względu na wolne tempo przyswajania tych sprawności. Jego wypowiedzi są zredukowane lub niezrozumiałe dla otoczenia. Umiejętności językowe kształtują się powoli i przeważnie poziom ich rozwoju nie osiąga normy (Panasiuk, 2010).

W alalii występują charakterystyczne objawy na wszystkich trzech poziomach języka: fonologicznym, morfologicznym oraz składniowym. Zaburzenia rozwoju języka na poziomie fonologicznym obejmują zakłócenia artykulacji oraz zakłócenia zjawisk suprasegmentalnych. Problemy artykulacyjne obejmują: mylenie głosek, niekonsekwentne zastępowanie jednych drugimi, zamiany kolejności, kontaminacje dźwięków i sylab, epentezy, elizje oraz problemy z asymilacją. Zaburzenia mają charakter nieregularny i występują mimo poprawnej budowy anatomiczno-fizjologicznej aparatu artykulacyjnego. Zaburzenia rozwoju języka na poziomie morfologicznym dotyczą agramatyzmów przejawiających się w problemach w realizacji wszystkich kategorii fleksyjnych. Ponadto, dzieci z alalią nie różnicują wyrazów w zakresie kategorii liczby, osoby i rodzaju, najczęściej używają czasowników w 3. osobie liczby pojedynczej w odniesieniu do każdego czasu. Dzieci rzadko i zazwyczaj niepoprawnie posługują się przymkami – przymek z konkretnym rzeczownikiem traktowany jest jako jeden wyraz. Obserwuje się ograniczenie w stosowaniu konstrukcji słowotwórczych. Zaburzony jest rozwój leksykalno-semantyczny. Dzieci mają trudności w zakresie nominacji, stosują omówienia, zastępują nazwę właściwą inną nazwą, na przykład gatunkową lub innego obiektu, który pozostaje w metonimicznym związku z właściwym obiektem, zdarza się również określenie funkcji obiektu. W słowniku przeważają rzeczowniki i czasowniki. Charakterystyczne jest szybkie przyswajanie i poprawne używanie często wykorzystywanych zwrotów. W zakresie zaburzeń rozwoju języka na poziomie składniowym występują trudności podczas formułowania dłuższych wypowiedzi. Dzieci mają problemy z budowaniem spójnych pod względem gramatycznym, semantycznym i pragmatycznym struktur monologowych. Lepsze funkcjonowanie zachodzi w zakresie struktur dialogowych. Zdania są krótkie, stanowią ciąg kilku słów związanych semantycznie i sytuacyjnie. Przeważają równoważniki zdań, jednak pojawiają się zdania proste, składające się z podmiotu, orzeczenia i przydawki (Panasiuk, 2010).

Występują trzy rodzaje trudności w przypadku alalii: motoryczne (ekspresyjne), sensoryczne (percepcyjne) oraz sensoryczno-motoryczne (mieszane). Wynikają one ze zróżnicowanych symptomów zaburzeń oraz mechanizmów powstania uszkodzenia mózgu lub niedorozwoju układu nerwowego (Panasiuk, 2010).

W alalii o typie motorycznym zaburzenia odnoszą się do realizacji wypowiedzi. Spowodowane są niewykształceniem lub utratą motorycznych wzorców głosek, wyrazów i zdań oraz trudnościami w ich ponownym opanowaniu. Dziecko z alalią o typie ekspresyjnym wykonuje poprawnie proste polecenia słowne, nie mówi i unika mówienia, komunikuje się okrzykiem, gestem i pantomimą, nie powtarza słów i prostych zdań. Można zaobserwować wolniejszy i gorszy rozwój ruchowy

oraz trudności w orientacji przestrzennej, ponadto dziecko często jest leworęczne. Zaburzenia obejmują koncentrację uwagi. Kontakt intelektualny i uczuciowy z otoczeniem pozostaje prawidłowy, dziecko jest inteligentne (Panasiuk, 2010).

Alalia o typie ekspresyjnym spowodowana jest niewykształceniem lub utratą słuchowych wzorców wyrazów i głosek oraz trudnościami w ich ponownym opanowaniu. Zaburzenia dotyczą głównie rozumienia wypowiedzi słownych. Charakterystyczne są ograniczenia w słowniku czynnym i biernym, które powodują brak gotowości werbalnej do mówienia. Rozumienie ma charakter globalny. Zaburzenia obejmują rozróżnianie relacji semantycznych i gramatycznych. Dziecko używa neologizmów, szczątkowej formy wyrazu. Trudności obejmują powtarzanie słów. Gest, mimika i pantomima jest poprawnie rozumiana. Obserwuje się brak zainteresowania mową. Prawidłowe są reakcja na muzykę oraz kontakt uczuciowy z otoczeniem, natomiast zaburzony jest kontakt intelektualny. Dziecko jest inteligentne. Zaburzenia o charakterze sensoryczno-motorycznym obejmują objawy alalii motorycznej i sensorycznej, mogą one występować ze zróżnicowanym nasileniem jednej z nich (Panasiuk, 2010).

### Opis przypadku Uli

Ula, dziecko 10-letnie, mieszka w domu jednorodzinnym. Dziewczynka wychowuje się w pełnej rodzinie, ma 13-letnią siostrę. Ula jest pogodna, towarzyska i śmiała. Bez problemu nawiązuje kontakty z dorosłymi, jednak ma trudności w kontaktach rówieśniczych.

Dziewczynka urodziła się w 40. tygodniu ciąży, poród odbył się przez cesarskie cięcie. Wskazanie do przeprowadzenia zabiegu stanowiła zdiagnozowana wewnątrzmacicznie wada wrodzona w postaci przepukliny oponowo-mózgowej okolicy potylicznej oraz odpłynięcie wód płodowych. Następnego dnia przeprowadzono u dziecka zabieg chirurgicznego zaopatrzenia przepukliny oponowo-mózgowej. Ponadto wystąpiło ropne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych. W 2. miesiącu życia u dziecka wykonano tomografię komputerową głowy, z powodu narastania jej obwodu. Stwierdzono wówczas wodogłowie wrodzone. Wykonano zabieg założenia drenażu komorowo-otrzewnowego oraz likwidacji wypadniętej tkanki mózgowej okolicy potylicznej. Kolejna hospitalizacja odbyła się, gdy dziewczynka miała 2 lata. Dziecko zostało przyjęte do szpitala z powodu utraty przytomności, napadu prężen i wymiotów. Stan dziecka był bardzo ciężki. Zastosowano antybiotykoterapię i leczenie wspomagające w kierunku neuroinfekcji. Ponadto wystąpiło zakażenie ogólne. Ostatecznie zdecydowano o założeniu drenażu komorowo-otrzewnowego po drugiej stronie. Dziewczynka została wypisana do domu w stanie ogólnym dobrym.

U opisywanego dziecka stwierdzono alalię motoryczną. Ze względu na historię kliniczną dziecka, można przypuszczać, iż nastąpiło uszkodzenie centralnego układu nerwowego, w okresie do końca 1. roku życia. Mowa od początku rozwijała się nieprawidłowo. Trudności językowe obserwuje się na wszystkich poziomach języka. Na poziomie fonologicznym występują problemy artykulacyjne, pomimo prawidłowo wykształconych struktur anatomicznych aparatu artykulacyjnego. Dziecko ma trudności z rozpoznaniem oraz realizacją konturów intonacyjnych wypowiedzi. Na poziomie morfologicznym pojawiają się agramatyzmy, problemy z tworzeniem konstrukcji słowotwórczych. W słowniku przeważają rzeczowniki oraz czasowniki. Zaburzenia na poziomie składni obejmują posługiwanie się krótkimi zdaniami lub równoważnikami zdań. Dziecko niechętnie buduje dłuższe wypowiedzi. Podczas przeprowadzonej obserwacji zauważono u niego zaburzenia motoryki oraz orientacji przestrzennej. Stwierdzono lateralizację lewostronną. Pomimo stałej i długotrwałej terapii logopedycznej w dynamice ustępowania trudności językowych nie obserwuje się znacznej poprawy sprawności językowych.

## AUTYZM JAKO CAŁOŚCIOWE ZABURZENIE ROZWOJU

Ponad 70 lat temu Leo Kanner po raz pierwszy w literaturze użył określenia „autyzm<sup>1</sup> wczesnodziecięcy” w odniesieniu do niezwykłego zachowania 11 dzieci w wieku od 2 do 8 lat. Definicja ta sugerować może, iż z autyzmu można wyrosnąć, co, jak obecnie wiadomo, jest błędem. W tym samym czasie obserwacje dzieci o podobnych zaburzeniach prowadził Hans Asperger, który wyeksponował przede wszystkim elementy świadczące o psychotycznym charakterze zaburzeń autystycznych, definiowane później jako zespół Aspergera (Pisula, 1993). Współcześnie przyjmuje się, iż autyzm to zespół zaburzeń rozwoju, wynikający z wrodzonych uszkodzeń układu nerwowego, o skomplikowanej, wieloczynnikowej etiologii (Bigas, 2012).

Opierając się na dwóch powszechnie występujących systemach klasyfikacji chorób i zaburzeń funkcjonowania, opracowanych przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (DSM-V, 2013) i Światową Organizację Zdrowia (ICD-10)<sup>2</sup>, autyzm stwierdza się u osób przejawiających trudności w obrębie rozwoju

<sup>1</sup> Etymologicznie słowo „autyzm”, pochodzi od greckiego słowa *eastismos*, które oznacza ‘zamknięty w sobie’. Termin „autyzm” (z języka greckiego *autos* – ‘sam’) Eugen Bleuler w 1916 roku definiował jako zanik kontaktu z otoczeniem, ukierunkowanie uwagi do wewnątrz, zamknięcie w sobie (Pisula, 1993).

społecznego, komunikowania się, repertuarze aktywności, zainteresowań i zachowań (Pisula, 2014). Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Zaburzeń Psychiczych oprócz autyzmu dziecięcego wyróżnia także: autyzm atypowy (F84.1), zespół Retta (F84.2), inne dziecięce zaburzenia dezintegracyjne (F84.3), zaburzenia hiperkinetyczne z upośledzeniem umysłowym i ruchami stereotypowymi (F84.4), zespół Aspergera (F84.5), inne głębokie zaburzenia rozwojowe (F84.8), głębokie zaburzenia rozwojowe nieokreślone (F84.9) (WHO, 2008).

Pierwszym obserwowanym objawem autyzmu jest brak kontaktu wzrokowego; dziecko nie dzieli emocji z rodzicami, występuje brak wokalizacji, a więc jednego z pierwszych środków inicjowania i podtrzymywania kontaktu z otoczeniem (Pisula, 2005). Urszula Bigas (2012) podaje, iż w wyniku utrudnień w nabywaniu kompetencji komunikacyjnej na poziomie fonologicznym zauważa się częste odstępstwa od normy, będące w wielu przypadkach prawidłowo realizowane. Poziom leksykalny charakteryzuje użycie głównie czasowników i rzeczowników, brak użycia zaimków (osobowych, dzierżawczych, wskazujących) oraz przyimków. Dzieci z autyzmem komunikują się za pomocą „wyrazu-klucza”, przez co ich wypowiedzi są uproszczone. Mało skomplikowane wypowiedzi nieodzownie łączą się z poziomem fleksyjnym, w którym to występują agramatyzy, użycie wyrazów w formie mianownika lub bezokolicznika. Dla osób z autyzmem problematyczne jest także zastosowanie pozostałych kategorii gramatycznych.

Istotnym czynnikiem warunkującym stwierdzenie autyzmu jest udział w interakcjach społecznych. Osoby z tym zaburzeniem wykazują ograniczone zainteresowanie otoczeniem, ignorują towarzystwo rówieśników, nie rozumieją, na czym polega zabawa. Inicjowanie, podtrzymywanie i kończenie interakcji stanowi największy problem dla osób z autyzmem. Dzieci te nie tworzą wspólnego pola uwagi z inną osobą, nie reagują bądź reagują w niewystarczającym stopniu na płynące do nich bodźce, zwłaszcza uśmiech i słowa. Jednym z charakterystycznych symptomów występujących w autyzmie jest brak kontaktu wzrokowego w celu komunikowania się (Pisula, 2014). Należy zaznaczyć, iż stopień i charakter zaburzeń w rozwoju społecznym jest uzależniony od poziomu funkcjonowania danej jednostki. Przyjmując podział autyzmu Lorny Wing, wyróżnia się:

<sup>2</sup> Dwie pierwsze klasyfikacje opracowane przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (DSM-I i DSM-II) usytuowały autyzm wśród psychoz dziecięcych, natomiast trzecia wersja tegoż podręcznika (DSM-III) włączyła tę jednostkę nozologiczną do całościowych zaburzeń rozwoju, manifestujących się po 30. miesiącu życia. Kolejna wersja podręcznika (DSM-III-R) wyodrębniła autyzm jako oddzielne zaburzenie, równocześnie rozszerzając kategorię całościowych zaburzeń rozwoju o: zespół Retta, zespół Aspergera, zaburzenia dezintegracyjne, postępujące zaburzenie rozwoju nieskonkretyzowane inaczej (także autyzm nietypowy). Następną wersją podręcznika (DSM-IV-TR) nie wprowadziła żadnych zmian (Jastrzębowska, 1999). Najnowsza klasyfikacja (DSM-V) zastępuje całościowe zaburzenia rozwoju nową jednostką diagnostyczną, to jest zaburzeniami ze spektrum autyzmu (Pisula, 2014).

1. Osoby wycofane – a więc niewykazujące zainteresowania uczestnictwem w interakcji, nieposługujące się mową, bądź wykorzystujące ją tylko w celu uzyskania jakiejś rzeczy. Takie osoby nie nawiązują kontaktu wzrokowego, a ich aktywność przejawia się w stereotypowych zachowaniach.
2. Osoby pasywne – tolerują bliskość innych osób, uczestniczą w rozmowie, lecz nie inicjują kontaktu, ich rola w interakcji sprowadza się do reagowania na bodziec. Są to osoby posługujące się mową, z bogatym zasobem słownictwa. Charakterystyczne dla tej grupy jest przywiązanie do rutynowych zwyczajów.
3. Osoby aktywne społecznie – nawiązują jednostronne, proste i zawężone interakcje. Kompulsywnie powtarzają komunikaty słowne. Największą trudność sprawia im zmiana tematu, wnioskowanie oraz wczuwanie się w punkt widzenia członków rozmowy.

W zależności od określonego przypadku wymienione trudności przybierają różną postać i nasilenie, a więc mogą w niewielkim stopniu odbiegać od normalnego funkcjonowania lub wprost przeciwnie, wysoce uniemożliwiać zwyczajne życie (Pisula, 2005).

Mimo wielu lat badań nad autyzmem nie udało się, w stopniu wystarczającym, ustalić czynników wpływających na jego powstawanie. Przyjmuje się, iż autyzm wynika z nieprawidłowości rozwojowych i zaburzeń w funkcjonowaniu mózgu. Wskazuje się na istotną rolę podatności genetycznej i czynników środowiskowych w powstawaniu tegoż zaburzenia (Pisula, 2014).

### Opis przypadku Pawła

Paweł urodził się w wyznaczonym terminie, przebieg porodu był prawidłowy. Po narodzinach wyniki badań okresowych były prawidłowe. Rozwój motoryczny Pawła przebiegał w normie. Nie wystąpiły u niego żadne powikłania poszczepienne. W rodzinie chłopca nie pojawiły się zaburzenia wymowy oraz choroby mogące wskazywać na genetyczne podłoże autyzmu. Rozwój mowy dziecka we wczesnych stadiach przebiegał prawidłowo. Pierwsze niepokojące symptomy rodzice zaobserwowali, gdy Paweł miał 3 lata. W tym okresie nastąpiło zahamowanie rozwoju mowy.

Od tamtego czasu zanotowano pogorszenie funkcjonowania społecznego i emocjonalnego. Nastąpił brak zainteresowania zabawkami, osłabienie kontaktu wzrokowego, niechęć do nawiązywania kontaktów interpersonalnych z rówieśnikami oraz osobami dorosłymi. Postępowanie o charakterze diagnostycznym, prowadzone w placówce psychologiczno-pedagogicznej, wykazało autyzm dziecięcy, upośledzenie umysłowe w stopniu lekkim, gotowość komunikacji z otoczeniem na poziomie



około 18 miesięcy, brak komunikowania się w sposób niewerbalny, stereotypowe zachowania. W okresie dojrzewania, a więc w wieku 13 lat pojawiły się u chłopca reakcje pobudzeniowe, autoagresywne, zespół hiperkinetyczny, zaburzenia lękowe i dezadaptacyjne.

Paweł jest chłopcem posługującym się mową, lecz porozumiewanie się z otoczeniem ogranicza do chęci uzyskania przez niego jakiejś rzeczy. Spontanicznie nie nawiązuje kontaktu, natomiast odpowiada na próby interakcji inicjowane przez inne osoby (istotne jest to, że nie wykorzystuje kontaktu wzrokowego, by regulować jej przebieg). Kontakt wzrokowy pojawia się często, jednak jest on nieadekwatny do sytuacji. U Pawła zauważalne są zakłócenia warstwy suprasegmentalnej wypowiedzi, a więc monotonna intonacja, rytm, tempo i wysokość tonu. Chłopiec nie używa zaimka „ja”, wymaga, aby zwracać się do niego „Kelly”, mówi o sobie jak o kimś obcym, na przykład „Kelly pić”. Posługuje się głównie czasownikami ruchu i rzeczownikami. Bardzo częstym zjawiskiem występującym podczas wypowiedzi Pawła są echolalie pośrednie oraz bezpośrednie. Jednym z przykładów echolalii pośredniej jest powtarzanie zwrotu „ATM Spółka Polsat z o.o.” zarówno w wypowiedziach słownych, jak i pisemnych. Poważne problemy sprawia mu posługiwanie się komunikatami niewerbalnymi, potrafi naśladować mimikę twarzy innych osób, ale nie używa jej adekwatnie do sytuacji komunikacyjnej. Podczas kontaktu pojawiają się u chłopca manieryzmy ruchowe, w postaci kiwania się, uderzania ręką w stół, biegania w kółko. Kolejny regres posiadanych uprzednio umiejętności miał miejsce w 13. roku życia chłopca.

## KRYTERIA DIAGNOZY RÓŻNICOWEJ

Standard postępowania logopedycznego zawiera następujące procedury postępowania: diagnozowanie, budowanie programu terapii oraz postępowanie terapeutyczne. Diagnoza różnicowa jest, obok badania sprawności interakcyjnych, analizy wyników badań specjalistycznych, wywiadu rodzinnego i rozpoznania przypadku, jednym z elementów procedury diagnozowania. W przypadku alalii stwierdza się, że zespół objawów właściwych alalii należy zróżnicować z symptomami innych jednostek patologii mowy, w tym z zaburzeniami mowy w autyzmie. Wówczas pod uwagę należy wziąć interakcje społeczne w sferze werbalnej i niewerbalnej oraz ocenę psychiatryczno-psychologiczną dziecka (Panasiuk, 2008). W oparciu o rozważania teoretyczne dotyczące trudności w jednoznacznym różnieniu alalii i autyzmu zaproponowano kryteria diagnostyczne. Stanowią one próbę syntetycznego i klarownego wyznaczenia podobieństw i różnic występujących w wymienionych zaburzeniach.

Tabela 1. Kryteria diagnozy różnicowej alalii i autyzmu

Kategoria różnicowania	Alalia	Autyzm
Przyczyna	Organiczne uszkodzenie centralnego układu nerwowego	Wieloczynnikowa – nieustalona
Początki mowy	Nieprawidłowy rozwój	Intensyfikacja objawów przed 3. rokiem życia
Rozwój zdolności językowych	Powolny, nie osiąga normalnego poziomu	Nieharmonijny, częste regresy
Zaburzenia rozwoju języka na poziomie fonologicznym	Zakłócenia artykulacji (mylenie głosek, niekonsekwentne zastępowanie jednych drugimi, zamiana kolejności głosek i sylab); zakłócenia zjawisk suprasegmentalnych (tempa i rytmu wypowiedzi)	Zaburzenia prozodii: brak różnicowanej intonacji, monotonne wypowiedzi (często perfekcyjnie zachowane podczas wypowiedzi eholalicznych)
Zaburzenia rozwoju języka na poziomie morfologicznym	Agramatyzmy, brak różnicowania w obrębie kategorii liczby, osoby i rodzaju; nieprawidłowe, rzadkie użycie przyimków; ograniczenia w stosowaniu konstrukcji słowotwórczych; zaburzenia nominacji; w słowniku przewaga rzeczowników i czasowników; poprawne używanie często stosowanych zwrotów	Agramatyzmy; użycie wyrazów w podstawowej formie (mianownik lub bezokolicznik); problemy w użyciu kategorii gramatycznych (czas, rodzaj, liczba mnoga); deficyty w rozumieniu znaczeń wyrazów; w słowniku przewaga rzeczowników i czasowników; brak zaimków osobowych, dzierżawczych, wskazujących, przyimków; przyswajanie długich zwrotów bez ich zrozumienia
Zaburzenia rozwoju języka na poziomie składniowym	Krótkie zdania (równoważniki zdań lub zdania proste zawierające podmiot, orzeczenie, przydawkę); utrudnione budowanie dłuższych wypowiedzi	Osoby wycofane: posługiwanie się mową jedynie w celu uzyskania jakiejś rzeczy; osoby pasywne: posługiwanie się mową, bogaty słownik; osoby aktywne: nawiązywanie jednostronnych, prostych i zawężonych interakcji
Komunikacja niewerbalna	Kompensacja deficytów językowych gestem, mimiką, pantomimą	Brak kompensacji deficytów językowych gestem, mimiką, pantomimą; częste manieryzmy ruchowe, stereotypie, nieadekwatne reakcje

Kategoria różnicowania	Alalia	Autyzm
Kontakt z otoczeniem	W alalii motorycznej właściwy kontakt uczuciowy i intelektualny; w alalii sensorycznej właściwy kontakt uczuciowy, zaburzony kontakt intelektualny	Osoby wycofane: brak zainteresowania kontaktem z otoczeniem, brak kontaktu wzrokowego; osoby pasywne: akceptacja kontaktu z otoczeniem, rola w interakcji ograniczona do reakcji na bodziec; osoby aktywne: nawiązywanie jednostronnych, prostych, zawężonych interakcji

Źródło: opracowanie własne.

Obraz i nasilenie powyższych symptomów uzależnione są od poziomu funkcjonowania i rozwoju dziecka oraz prowadzonych dotychczas oddziaływań terapeutycznych. Niewątpliwie, nie bez znaczenia jest zjawisko plastyczności mózgu, a więc zmian funkcjonalnych i strukturalnych zachodzących w ciągu całego życia człowieka. Proces diagnozy powinien uwzględniać powyższe czynniki, jak również indywidualne cechy osobowości pacjenta.

## APLIKACJE TERAPEUTYCZNE

Wyżej wymienione symptomy, w korelacji z wiekiem dziecka i poziomem jego rozwoju warunkują odpowiednie planowanie procedur terapii logopedycznej.

Postępowanie logopedyczne w przypadku alalii ma na celu przełamanie deficytów w obszarze rozwoju funkcji motorycznych lub percepcji słuchowej oraz korygowanie zaburzeń emocjonalnych, społecznych i behawioralnych. W późniejszych etapach należy zaplanować i systematycznie prowadzić stymulację rozwoju mowy i języka dziecka. Ćwiczenia w nabywaniu kompetencji językowej powinny poprzedzać nabywanie sprawności językowej. W zależności od rodzaju zaburzeń należy programować kompetencję językową, gdy trudności mają charakter percepcyjny, oraz usprawniać realizację, gdy zaburzenia mają charakter ekspresyjny. Zarówno cel postępowania logopedycznego, jak i metody oraz formy pracy należy dostosować do stanu dziecka, jego indywidualnych możliwości, diagnozy neurologopedycznej oraz współwystępujących zaburzeń. Biorąc pod uwagę nasilenie zaburzeń mowy oraz towarzyszące uogólnione trudności w zakresie rozwoju innych wyższych funkcji psychicznych, powinno się zróżnicować postępowanie logopedyczne. W przypadku głębokich zaburzeń mowy i współwystępujących zaburzeń wyższych funkcji psychicznych, postępowanie terapeutyczne powinno obejmować stymulację sfery językowej i niejęzykowej dziecka. W zaburzeniach,

które mają charakter specyficzny oraz mniejsze nasilenie, należy przeanalizować strukturę zaburzeń wyższych czynności psychicznych. W takich przypadkach można stymulować wybrane funkcje. Kolejność oddziaływań determinują biologiczne prawa warunkujące nabywanie języka w przypadku dzieci zdrowych. W pierwszej kolejności należy uwzględnić kształtowanie odruchów. Kluczowe są tutaj doskonalenie i precyzja funkcji aparatu artykulacyjnego. Następnym etapem jest kształtowanie spostrzeżeń. Jest on uwarunkowany sensualnym poznaniem świata przez dziecko. Następnie tworzą się pojęcia. Wówczas dziecko wychodzi poza spostrzeganie zmysłowe, znaki w języku pełnią funkcję symboliczną. Ostatnim etapem jest kształtowanie refleksji nad słowami jako znakami języka. Prowadzone zajęcia powinny mieć charakter ogólnorozwojowy. Mechanizm warunkujący trudności determinuje wybór zajęć słuchowo-ruchowych lub wzrokowo-ruchowych. Opieka logopedyczna powinna być podjęta możliwie jak najwcześniej i odbywać się indywidualnie z każdym dzieckiem, z możliwością uczestniczenia w zajęciach grupowych. Warunkiem niezbędnym dla powodzenia terapii jest współpraca z rodzicami dziecka (Panasiuk, 2008).

Nadrzędnym celem terapii autyzmu jest wypracowanie umiejętności rozwojowych zgodnych z normą. Aktualnie przejawiane przez dziecko sprawności stają się punktem wyjścia postępowania terapeutycznego (Cieszyńska, 2008). Interferencja deficytów językowych i zakłóceń pozostałych sfer funkcjonowania dziecka określa dobór metod i kierunku działań, bowiem występowanie głębokich zaburzeń mowy lub towarzyszących im problemów w zakresie innych wyższych funkcji psychicznych determinuje prowadzenie ogólnorozwojowej terapii dziecka, natomiast w przypadku mniej nasilonych zaburzeń mowy, mających charakter specyficzny, terapia skupia się na niwelowaniu trudności selektywnie zakłócających funkcjonowanie dziecka (Panasiuk, 2013). Z uwagi na zróżnicowany obraz zaburzeń występujących u dzieci z autyzmem należy uwzględnić, iż nie istnieje jedna metoda terapii, działająca z taką samą skutecznością na wszystkie osoby (Pisula, 1993, 2014; Zabłocki, 2002).

## BIBLIOGRAFIA

- Bigas U., 2012, *Autyzm – charakterystyka zachowań językowych w autystycznym spektrum zaburzeń*, [w:] *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*, red. S. Grabias, M. Kurkowski, Wydawnictwo UMCS, Lublin, s. 361–380.
- Chrościńska-Krawczyk M., Jasiński M., 2010, *Autyzm dziecięcy – współczesne spojrzenie*, „*Neurologia dziecięca. Pismo Polskiego Towarzystwa Neurologów Dziecięcych*”, 19 (38), s. 75–78.

- Cieszyńska J., 2008, *Standard postępowania logopedycznego w przypadku autyzmu wczesno-dziecięcego*, „Logopedia”, t. 37, Lublin, s. 99–106.
- DSM-V, 2013, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Draft criteria. Task force on DSM-V*, APA, Washington.
- Frith U., 2008, *Autyzm. Wyjaśnienie tajemnicy*, przeł. M. Hernik, G. Krajewski, GWP, Gdańsk.
- Jastrzębowska G., 1999, *Podstawy teorii i diagnozy logopedycznej*, Wydawnictwo UO, Opole.
- Panasiuk J., 2008, *Standard postępowania logopedycznego w przypadku alalii i niedokształcenia mowy o typie afazji*, „Logopedia”, t. 37, Lublin, s. 69–88.
- Panasiuk J., 2010, *Zaburzenia mowy u dzieci chorych neurologicznie – diagnoza i terapia logopedyczna*, [w:] *Różne aspekty opóźnionego rozwoju mowy*, red. B. Cyl, Regionalny Ośrodek Metodyczno-Edukacyjny „Metis”, Katowice, s. 30–39.
- Panasiuk J., 2013, *Sprawności interakcyjne i komunikacyjne jako kryteria różnicowania zaburzeń rozwojowych*, [w:] *Nowa Logopedia, t. 4.: Interakcyjne uwarunkowania rozwoju i zaburzeń mowy*, red. M. Michalik, A. Siudak, H. Pawłowska-Jaroń, Collegium Columbinum, Kraków, s. 30–39.
- Pisula E., 1993, *Autyzm: fakty, wątpliwości, opinie*, Wydawnictwo WSPS, Warszawa.
- Pisula E., 2000, *Autyzm u dzieci. Diagnoza, klasyfikacja, etiologia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Pisula E., 2005, *Małe dziecko z autyzmem*, GWP, Gdańsk.
- Pisula E., 2014, *Autyzm. Przyczyny, symptomy, terapia*, Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk.
- WHO, 2008, *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10). Rewizja dziesiąta*, t. 1, Vesalius, Kraków.
- Zabłocki K. J., 2002, *Autyzm*, Novum, Płock.