

Kompetencja i sprawność komunikacyjna w subtypach zespołu Aspergera

Iwona Łokińska

STRESZCZENIE

Artykuł przedstawia wyniki z przeprowadzonego badania nad poziomem kompetencji i sprawności komunikacyjnych u dorosłych osób ze stwierdzonym zespołem Aspergera. Celem publikacji jest ukazanie specyfiki zachowań osób z całościowym zaburzeniem rozwojowym, u których dodatkowo ujawniły się objawy psychopatologiczne o typie zaburzeń schizoidalnych, neurotycznych i obsesyjno-kompulsywnych.

SŁOWA KLUCZOWE

zespół Aspergera, kompetencja komunikacyjna, sprawność komunikacyjna

SUMMARY

The article presents research findings on the competence level and communication abilities of adults diagnosed with Asperger syndrome. The aim of publication is to point the specificity of behavior of people with pervasive developmental disorders who additionally display psychopathic symptoms with schizoid, neurotic and obsessive-compulsive nature.

KEY WORDS

Asperger syndrome, communication competence, communication abilities

ZESPÓŁ ASPERGERA

Zespół Aspergera należy do grupy tak zwanych całościowych zaburzeń neuro-rozwojowych. Grupa ta (zespół Aspergera, autyzm, autyzm atypowy, zespół Retta, zaburzenia hiperkinetyczne z towarzyszącym upośledzeniem umysłowym i ruchami stereotypowymi oraz inne dziecięce zaburzenia dezintegracyjne) charakteryzuje się opóźnieniem lub nieprawidłowościami w zakresie relacji społecznych, komunikacji, zachowania oraz funkcji poznawczych. Opisywane zaburzenie jest najłagodniejszą formą całościowych zaburzeń rozwoju.

Zespół Aspergera został przedstawiony w 1944 roku przez pediatrę i psychiatrę Hansa Aspergera w pracy *Psychopatia autystyczna okresu dzieciństwa*. W owej publikacji austriacki naukowiec na przykładzie czterech chłopców opisał objawy autystycznej psychopatii. Badane przez niego dzieci nie wykazywały empatii, były niezdolne do tworzenia więzi emocjonalnych z osobami z otoczenia, mocno skupiały się na swoich wąskich zainteresowaniach, a także charakteryzowały się zaburzeniami motorycznymi. Po raz pierwszy termin *Asperger's syndrome* został użyty przez Lornę Wing w 1981 roku, natomiast Michael Rutter wprowadził nazwę tego zaburzenia do klasyfikacji diagnostycznej (Bigas, 2012).

Według ICD-10 zespół Aspergera określany jest jako

zaburzenie o niepewnej wartości nozologicznej, charakteryzujące się tymi samymi nieprawidłowościami w zakresie interakcji społecznych jak autyzm oraz ograniczonym, stereotypowym repertuarem zainteresowań i aktywności. Od autyzmu różni się ono przede wszystkim brakiem ogólnego opóźnienia lub upośledzenia rozwoju mowy i funkcji poznawczych. Zaburzeniu temu często towarzyszy wyraźna niezgrabność i tendencja do utrzymywania się zaburzeń w wieku młodzieńczym i w życiu dorosłym. W początkach wieku dojrzałego pojawiają się sporadycznie epizody psychotyczne (ICD-10, 2008, s. 249).

W zespole Aspergera rozwój umysłowy kształtuje się na poziomie normy lub ponadprzeciętności. Mowa rozwija się prawidłowo, choć osoby te często posługują się dziwacznymi sformułowaniami, językiem nadzwyczaj dojrzałym, czasami teatralnym. Nie uwzględniają roli partnera w rozmowie, narzucają swoje tematy. Ich funkcjonowanie społeczne jest zdecydowanie lepsze niż u osób z autyzmem – lepiej potrafią się przystosować do społeczeństwa. W zespole Aspergera zdarzają się stereotypy i fiksacje, jednak w zdecydowanie mniejszym stopniu niż u dzieci z autyzmem. „Mimo bogatego zasobu leksykalnego i poprawnej składni, mowa u osób z zespołem Aspergera nie zawsze służy naprzemiennej komunikacji,

wymianie, przybraniu perspektywy innych osób” (Bigas, 2012, s. 371). U osób z zespołem Aspergera dostrzega się także labilność emocjonalną, problemy ze zrozumieniem własnych emocji.

Podsumowując, zespół Aspergera jest to całościowe zaburzenie rozwoju mieszczące się w spektrum autyzmu. Zaburzenie to obejmuje przede wszystkim upośledzenie umiejętności społecznych, trudności w akceptowaniu zmian, a także ograniczoną elastyczność myślenia przy braku upośledzenia umysłowego.

W zespole Aspergera, ze względu na kryteria psychopatologiczne, wyróżnia się 3 typy, które reprezentują specyficzne cechy osobowościowe i swoiste zachowania:

1. neurotyczne,
2. schizoidalne,
3. obsesyjno-kompulsywne (Panasiuk, 2015).

Osoby z zaburzeniami schizoidalnymi sprawiają wrażenie chłodnych emocjonalnie, wyalienowanych, pochłoniętych swoimi sprawami i przemyśleniami, „wyznają nietypowe przekonania i magiczne, stereotypowe myślenie” (Panasiuk, 2015, s. 168). Najczęściej osoby te są określane jako mało empatyczne i uczuciowe, emocjonalnie zdystansowane. Mają trudności z nawiązywaniem kontaktów, widoczne są skłonności do wycofywania się z relacji społecznych. Wypowiedzi osób z typem schizoidalnym zaskakują oryginalnością, ich poglądy zdecydowanie różnią się od poglądów większości ludzi. „Osoby mające schizoidalną osobowość często zachowują się niekonwencjonalnie, ekscentrycznie czy nawet dziwacznie” (McWilliams, 2009, s. 211).

Osoby te cierpią z powodu alienacji, zachowują dystans, aby być pewnym swojego bezpieczeństwa i odrębności. Jedną z ich najbardziej uwidoczniwanych cech jest lekceważenie konwencjonalnych oczekiwań społecznych. Osoby, u których kształtuje się osobowość schizoidalna, często są nadpobudliwe i łatwo ulegają nadmiernej stymulacji. „Oprócz autystycznego wycofania w świat fantazji, osoba schizoidalna korzysta również z innych prymitywnych mechanizmów obronnych, choć jednocześnie wykazuje godną pozazdroszczenia zdolność do autentyczności i talenty twórcze” (McWilliams, 2009, s. 213). „W codziennych zachowaniach wykazywały tendencję [osoby z zespołem Aspergera, schizoidalne – przyp. aut.] do intelektualizowania i teoretyzowania, ich działania były określone przez regulaminy i zasady, potrzeba intelektualnego porządkowania rzeczywistości wyrażała się w czynnościach inwentaryzowania, systematyzowania czy klasyfikowania danych we wszystkich sferach aktywności życiowej” (Panasiuk, 2015, s. 168).

Kategorię osób neurotycznych stanowią jednostki odznaczające się chwiejnością i wrażliwością emocjonalną, z niezbyt wysoką samooceną. Osoby te bardzo często przeżywają napady lęku i paniki, które pojawiają się bez żadnego powodu, mogą one dotyczyć konkretnie sprecyzowanych obaw lub czegoś zupełnie nieokreślonego. Niepokój ten najczęściej „odnosił się do przyszłych nieznanymi sytuacji, przewidywanych w przyszłości problemów, mógł też wynikać z przeżytych doświadczeń, w których doznały krytyki lub odrzucenia” (Panasiuk, 2015, s. 168). Neurotycy to osoby, które są wrażliwe i mają tendencję do popadania w depresję i przeżywania załamań nerwicowych, bardzo głęboko reagują nawet na najbłahsze objawy odrzucenia. Dotkliwie odczuwają codzienny stres i słabo sobie z nim radzą, często są skrepowane, onieśmiałe.

Osobowość neurotyczna charakteryzuje się zaburzonym obrazem siebie i otaczającego ją świata. „Z powodu wewnętrznych konfliktów uznawani bywają za osoby dziwaczne i wyalienowane – obawa przed popełnieniem błędów powoduje u nich skłonność do perfekcji, niepokój o brak akceptacji wzmacnia dążenie do samowystarczalności i niezależności” (Panasiuk, 2015, s. 169). Mają nierealistyczny obraz świata i siebie, nie wyczuwają nastroju i intencji różnych ludzi. Przeważnie odczuwają potrzebę uznania, a także uczucia, w wyniku czego taka osoba dość często zabiega o akceptację innych, a w razie odrzucenia przeżywa to niezwykle emocjonalnie. Podsumowując, osoby neurotyczne charakteryzują się względnie trwałą tendencją do doświadczania negatywnych stanów emocjonalnych, takich jak lęk, gniew, zazdrość, smutek, poczucie winy.

Osoby z objawami osobowości obsesyjno-kompulsywnej są często bardzo drobiazgowe i uparte, pochłonięte regulaminami, instrukcjami, metodyką postępowania. Zaburzenie osobowości manifestuje się w niedojrzałej i nieprzystosowanej sztywności zachowania. Osoby te lubią mieć wszystko pod kontrolą. „O obsesyjno-kompulsywnej strukturze osobowości możemy wnioskować wtedy, gdy psychikę danej jednostki napędza myślenie i działanie, które wyraźnie przyćmiewają odczuwanie, intuicję, słuchanie, zabawę, marzenia, działania twórcze i wszelką aktywność mniej instrumentalną i w mniejszym stopniu inspirowaną przez rozum” (McWilliams, 2009, s. 289). Aby mówić o występowaniu obsesyjno-kompulsywnego zaburzenia osobowości, dane osoby muszą przejawiać cztery lub więcej spośród następujących cech:

1. są zatroskani o szczegóły, zasady, kolejność, porządek, organizację lub planowanie w takim stopniu, że główny cel działania zostaje zagubiony;
2. wykazują perfekcjonizm, który uniemożliwia dokończenie zadania, ponieważ nie są w stanie sprostać postawionym sobie wymaganiom;

3. przesadnie poświęcają się pracy i wydajności, co prowadzi do rezygnacji z odpoczynku i relacji z innymi ludźmi;
4. wykazują nadmierną dbałość o zasady, drobiazgowość i brak elastyczności w sprawach moralności, etyki lub wartości;
5. niechętnie zlecają innym pracę lub pracują wspólnie z innymi, chyba że postępuje się dokładnie w taki sposób, jakiego sobie życzą;
6. starają się jak najmniej wydawać na siebie i innych;
7. są nieustępliwi i nieugięci.

Są to osoby skoncentrowane na wykonywanej pracy lub czynności, pochłonięte nią, uporządkowane, perfekcjonistyczne, punktualne, skrupulatne. Lubią porządek i dyscyplinę, są osobami sztywnymi, nieelastycznymi, słabo adaptującymi się.

TEORETYCZNE PODSTAWY BADAŃ

Kompetencja komunikacyjna jest warunkiem wszelkich społecznych zachowań językowych. Jest ona wiedzą używania języka odpowiednio do odbiorcy oraz do okoliczności towarzyszących procesowi komunikacji, umożliwia budowanie sensownych wypowiedzi. To indywidualna zdolność do zdobywania ważnych celów interakcyjnych w wybranych kontekstach społecznych przy użyciu odpowiednich środków. Kompetencja komunikacyjna nazywana jest „nabytą w procesie socjalizacji wiedzą na temat wzorców zachowań interakcyjnych. [...] Realizacja tych wzorców wymaga znajomości wzorców językowych zwyczajowo przypisanych określonym rolom społecznym [...] i zasad używania tych środków w różnych sytuacjach komunikacyjnych” (Grabias, 2012, s. 29).

„Kompetencja komunikacyjna obejmuje zdolność wybierania odpowiednich struktur językowych oraz umiejętność uwzględniania sytuacji mówienia, na którą składają się właściwości poznawcze i emocjonalne mówiącego, pełnione przez niego role społeczne, system norm i wartości” (Panasiuk, 2013, s. 99). Jest całą wiedzą dotyczącą posługiwania się językiem w jego procesie tworzenia i odbiorze. Wskazuje również wykorzystanie środków formalnych, zjawisk i mechanizmów języka zgodnie z rolą społeczną i sytuacyjną.

Reguły kompetencji komunikacyjnej decydują o strukturze wypowiedzi i o wyborze środków językowych wypełniających tę strukturę.

Wszystkie reguły budowania wypowiedzi da się ująć w następującą formułę: kształt wypowiedzi zależy od tego, kto do kogo, w jakiej sytuacji i w jakim celu mówi. Czyli od biologicznych i umysłowych możliwości mówiącego (sprawność systemowa), od biologicznych i umysłowych

możliwości odbiorcy i od jego rangi społecznej (sprawność społeczna), od sytuacji, której wypowiedź dotyczy (sprawność sytuacyjna) i celu, jaki nadawca chce zrealizować (sprawność pragmatyczna) (Grabias, 2012, s. 21).

Sprawność komunikacyjna jest to zdolność budowania komunikatu poprawnego, zrozumiałego dla innych, dopasowanego do sytuacji komunikacyjnej. Składają się na nią następujące komponenty: sprawność społeczna, sprawność sytuacyjna, sprawność pragmatyczna.

Sprawność społeczna „wymaga wiedzy na temat relacji społecznych zachodzących w danej wspólnocie komunikatywnej i podzielanego przez tę wspólnotę systemu wartości” (Grabias, 2003, s. 320). Jest to wiedza złożona, która została utrwalona w tradycji kulturowej. Kształtowanie się sprawności społecznej trwa przez całe życie człowieka, ponieważ ciągle zmieniają się role, jakie osoba musi pełnić w życiu społecznym. „Sprawność ta jest ukoronowaniem wiedzy o języku i społeczeństwie” (Grabias, 2003, s. 320).

Sprawność sytuacyjna „polega na umiejętności posługiwania się językiem w wytworzonych przez społeczeństwo sytuacjach interakcyjnych. Wiąże się ona z wyborem środków językowych narzuconych przez temat wypowiedzi i miejsce jej powstania” (Grabias, 2003, s. 321). Komponentami tej sprawności są: czas, miejsce, temat rozmowy, liczba rozmówców, gatunek wypowiedzi.

Sprawność pragmatyczna to „umiejętność osiągnięcia celu założonego przez nadawcę wypowiedzi” (Grabias, 2003, s. 322). Jest powiązana z następującymi funkcjami:

1. emocjonalną – polega na umiejętności realizowania wypowiedzi o zabarwieniu emocjonalnym reprezentowanych przez nadawcę;
2. informacyjną – jest to umiejętność informowania odbiorcy o stanach rzeczy;
3. modalną – jest to umiejętność przekazywania informacji o stosunku nadawcy do rzeczywistości;
4. działania – jest to umiejętność nakłaniania odbiorcy lub też samego siebie do podjęcia i wykonywania czynności.

PROBLEM BADAWCZY

W toku badań nad profilami zaburzeń komunikacyjnych w zespole Aspergera zostały postawione następujące pytania badawcze:

1. Jaka jest specyfika kompetencji komunikacyjnej osób z zespołem Aspergera w subtypie:

- a) schizoidalnym?
 - b) neurotycznym?
 - c) obsesyjno-kompulsywnym?
2. Jaka jest specyfika sprawności komunikacyjnej osób z zespołem Aspergera w subtypie:
 - a) schizoidalnym?
 - b) neurotycznym?
 - c) obsesyjno-kompulsywnym?
 3. Jakie są podobieństwa pomiędzy subtypami zespołu Aspergera w ramach kompetencji komunikacyjnej?
 4. Jakie są różnice pomiędzy trzema subtypami zespołu Aspergera w ramach kompetencji komunikacyjnej?
 5. Jakie są podobieństwa pomiędzy subtypami zespołu Aspergera w ramach sprawności komunikacyjnej?
 6. Jakie są różnice pomiędzy subtypami zespołu Aspergera w ramach sprawności komunikacyjnej?

METODY BADAŃ

W badaniu eksperymentalnym wzięło udział trzech dorosłych pacjentów (jedna kobieta i dwóch mężczyzn) będących podopiecznymi Uniwersyteckiej Pracowni Logopedycznej Zakładu Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie¹. Osoby te poddano próbie eksperymentalnej w postaci kwestionariusza badającego kompetencje i sprawności komunikacyjne, powstałego na bazie *Standardu postępowania logopedycznego w przypadku zaburzeń neurorozwojowych* autorstwa Jolanty Panasiuk (2013). Zawiera się w nim badanie:

1. Kompetencji komunikacyjnej
 - a) rozumienia językowych reguł społecznych:
 - rangi,
 - typu kontaktu,
 - b) rozumienia językowych reguł sytuacyjnych:
 - czasu,
 - miejsca,
 - tematu rozmowy,

¹ Osoby były objęte terapią logopedyczną od października 2014 roku do czerwca 2015 roku, pod nadzorem dr hab. Jolanty Panasiuk.

- liczby rozmówców,
 - gatunku wypowiedzi,
- c) rozumienia językowych reguł pragmatycznych:
- funkcji emocjonalnej,
 - funkcji informacyjnej,
 - funkcji modalnej,
 - funkcji działania.
2. Sprawności komunikacyjnej
- a) realizowania językowych reguł społecznych:
- rangi,
 - typu kontaktu,
- b) realizowania językowych reguł sytuacyjnych:
- czasu,
 - miejsca,
 - tematu rozmowy,
 - liczby rozmówców,
 - gatunku wypowiedzi,
- c) realizowania językowych reguł pragmatycznych:
- funkcji emocjonalnej,
 - funkcji informacyjnej,
 - funkcji modalnej,
 - funkcji działania.

Badaniom empirycznym w niniejszej pracy poddano 3 dorosłych pacjentów w przedziale wiekowym 18–27 lat z rozpoznaniem zespołem Aspergera. W obrębie grupy pacjentów wyróżniono ze względu na kryteria psychopatologiczne 3 kategorie badanych, którzy przedstawiali specyficzne cechy osobowościowe i swoiste zachowania:

1. neurotyczne (pacjent 1),
2. schizoidalne (pacjent 2),
3. obsesyjno-kompulsywne (pacjent 3).

Pacjent 1 to 18-letni mężczyzna, uczeń technikum specjalnego. W jego zachowaniu można było dostrzec tendencję do intelektualizowania i teoretyzowania, swoje działania ściśle określał przez wytyczne, regulaminy, zasady. Mężczyzna był pochłonięty swoimi zainteresowaniami, chętnie opowiadał o wspomnieniach z przeszłości. Ujawniała się w jego zachowaniu charakterystyczna aktywność emocjonalna dotycząca określonej, ważnej dla niego tematyki. Bywał egocentryczny,

zajęty własnymi przemyśleniami. Pacjent nie nawiązywał, mimo licznych okazji, związków rówieśniczych obejmujących wzajemne zainteresowania, czynności, emocje.

Pacjent 2 to 27-letnia kobieta, objęta wielospecjalistyczną opieką psychiatryczną, psychologiczną, logopedyczną, terapią integracji sensorycznej od 3. roku życia. Występowały u niej zaburzenia obsesyjno-kompulsywne. W obrazie klinicznym w przebiegu zespołu Aspergera u kobiety dominują cechy struktury lękowej z napadami lęku panicznego, spadkami nastroju, zaniżoną samooceną, poczuciem zagubienia. Pacjentka wykazywała nadwrażliwość na czynniki zewnętrzne związane ze światłem, dotykiem. Ma utrzymujące się natręctwa oraz rytuały. Jest lękliwa, niespokojna, nie lubi wchodzić w interakcje społeczne.

Pacjent 3 jest 27-letnim mężczyzną. To osoba sumienna i perfekcyjna. Mężczyzna nie ma większej potrzeby nawiązywania interakcji z innymi osobami. Często nieprawidłowo interpretuje sygnały społeczne. Jego mimika i mowa ciała, ekspresja bywają nieadekwatne do sytuacji. Narzuca sobie w codziennym życiu specyficzne zainteresowania. Posługując się mową, prezentuje osobliwe cechy głosu. Posiada swoiste stereotypie ruchowe – potrząsa dłońmi, nerwowo pociera dłoń o uda.

ANALIZA MATERIAŁU EMPIRYCZNEGO

„Diagnozowanie autystycznego spektrum zaburzeń jest ustrukturowaną i wielospecjalistyczną procedurą. [...] Logopedyczna ocena zachowań językowych musi uwzględniać charakterystykę kliniczną, ocenę psychologiczno-pedagogiczną i uwarunkowania społeczne badanego, a także jego aktualne możliwości porozumiewania się z otoczeniem” (Panasiuk, 2015, s. 164). Przedmiotem analizy stały się odpowiedzi pacjentów udzielone podczas próby eksperymentalno-klinicznej.

Wyniki przeprowadzonych badań nad kompetencją komunikacyjną i sprawnością komunikacyjną są podstawą do zdiagnozowania subtypu w zespole Aspergera. Po podsumowaniu wszystkich prób tabela z otrzymanymi wynikami przedstawia się następująco:

Tabela 1. Ocena kompetencji i sprawności komunikacyjnych u badanych osób z zespołem Aspergera (oznaczenia: + stan prawidłowy, +/- lekkie zaburzenia, -/+ średnie zaburzenia, - znaczne zaburzenia)

Kompetencja komunikacyjna			
Reguły	Pacjent 1	Pacjent 2	Pacjent 3
społeczne	+	-/+	+/-
sytuacyjne	+	-/+	+/-
pragmatyczne	+/-	-/+	+/-
Sprawność komunikacyjna			
Reguły	Pacjent 1	Pacjent 2	Pacjent 3
społeczne	+/-	-/+	+/-
sytuacyjne	+/-	-/+	+/-
pragmatyczne	+/-	-/+	+/-

Źródło: opracowanie własne.

Na podstawie wyników badań wyróżniono w grupie badanych osób z zespołem Aspergera 3 profile: schizoidalny, neurotyczny i obsesyjno-kompulsywny. Każdy z subtypów objawia się w specyfice zachowań językowych i komunikacyjnych. „Postać schizoidalna wiąże się przede wszystkim z zaburzeniami reguł komunikacyjnych, odmiana neurotyczna – z zakłóceniami w sferze interakcji społecznych, a subtyp obsesyjno-kompulsywny – z ograniczeniami w realizacji jednostek systemu językowego” (Panasiuk, 2015, s. 178).

Odnosząc się do wyników uzyskanych przez Panasiuk, zawartych w artykule *Skala do oceny profilu zaburzeń językowych w zespole Aspergera*, stwierdza się, że:

1. Pacjent 1 prezentuje subtyp schizoidalny z elementami subtypu obsesyjno-kompulsywnego.
2. Pacjent 2 prezentuje subtyp neurotyczny.
3. Pacjent 3 prezentuje subtyp obsesyjno-kompulsywny.

Na podstawie zebranego materiału określono, że pacjent 1 prezentuje subtyp schizoidalny z elementami substytutu obsesyjno-kompulsywnego. Pacjent bardzo dobrze funkcjonuje w zakresie rozumienia reguł społecznych, sytuacyjnych czy pragmatycznych, jego wyniki są niemal identyczne jak u osoby bez zaburzeń. Mężczyzna nieco gorzej radzi sobie z realizacją.

U pacjenta 2 występuje profil neurotyczny. Kompetencja komunikacyjna jest znacznie zaburzona. Pacjentka ma trudności z określaniem relacji występujących

pomiędzy mówiącymi, a także z rozumieniem emocji, informacji, modalności i działania. Występują też problemy z realizowaniem reguł społecznych, sytuacyjnych czy pragmatycznych. Pacjentka w swoich wypowiedziach często używa form bezosobowych, jej sformułowania są krótkimi komunikatami.

Po przeprowadzonych analizach materiału stwierdzono, że u pacjenta 3 występuje profil obsesyjno-kompulsywny. Mężczyzna niepoprawnie interpretuje sygnały społeczne, wykazuje deficyty w rozumieniu i realizowaniu reguł społecznych, sytuacyjnych i pragmatycznych.

Określenie subtypu zaburzeń w zespole Aspergera jest podstawą do ustalenia programu terapeutycznego, „optymalnego do przełamywania istniejących deficytów językowych i komunikacyjnych w poszczególnych postaciach zespołu” (Panaszuk, 2015, s. 177).

Z przeprowadzonych badań wynika, że osoby z zespołem Aspergera mają duże problemy w komunikacji. Deficyty w języku, komunikowaniu się i zachowaniach społecznych są integralne i od siebie wzajemnie zależne, dlatego też w zespole Aspergera często występują trudności z dostrzeganiem i rozpoznawaniem uczuć, intencji w zachowaniach innych osób, nazywaniem ich i informowaniem o nich. Osoby z zespołem Aspergera przeważnie reagują nieadekwatnie do sytuacji, nie respektują obowiązujących reguł społecznych, są nieudolne w rozwijaniu i utrzymywaniu relacji z innymi osobami.

ZAKOŃCZENIE

W artykule ukazano specyfikę kompetencji i sprawności komunikacyjnych w przypadkach zespołu Aspergera. Wyniki badań empirycznych wskazały, że w różnych profilach psychopatologicznych zespołu Aspergera występują osobne profile zaburzeń w zachowaniach komunikacyjnych.

Specyficzne profile zaburzeń osobowościowych doprowadzają do występowania osobnych paradygmatów zaburzeń w sferze komunikacyjnej, powodując zróżnicowane zaburzenia sprawności interakcyjnych u poszczególnych osób z zespołem Aspergera.

Profil schizoidalny odznacza się znaczną swobodą wchodzenia w interakcje językowe, zdolnościami do podtrzymywania dialogu, wysokimi sprawnościami lingwistycznymi przy ograniczeniu sprawności pragmatycznych i naruszaniu społecznych oraz sytuacyjnych uwarunkowań interakcji. W profilu neurotycznym zespołu Aspergera widoczne są znaczne ograniczenia w nawiązywaniu interakcji, redukcja zachowań językowych werbalnych i niewerbalnych przy dobrze rozwiniętych kompetencjach komunikacyjnych oraz językowych. W profilu

obsesyjno-kompulsywnym stwierdzono ograniczenia zdolności interakcyjnych związanych z ograniczeniami poznawczych aspektów wypowiedzi i stereotypizacją sądów.

Reasumując, zespół Aspergera jest całościowym zaburzeniem rozwojowym mieszczącym się w spektrum autyzmu. Wyróżnia się w nim trzy subtypy: schizoidalny, neurotyczny i obsesyjno-kompulsywny. W zaburzeniu dostrzegane są deficyty językowe – w każdej odmianie inny aspekt jest nieprawidłowy. Aby dobrze dopasować terapię, należy przeprowadzić wnikliwą diagnozę, która opiera się na ocenie kompetencji i sprawności. Stan wymienionych aspektów jest najważniejszym elementem diagnozy, a tym samym punktem wyjścia do rozpoczęcia odpowiedniej terapii logopedycznej.

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.
- Grabias S., 2003, *Język w zachowaniach społecznych*, Wydawnictwo UMCS, Lublin.
- Grabias S., 2012, *Teoria zaburzeń mowy. Perspektywy badań, typologie zaburzeń, procedury postępowania logopedycznego*, [w:] *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*, red. S. Grabias, M. Kurkowski, Wydawnictwo UMCS, Lublin, s. 15–54.
- ICD-10, 2008, *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków.
- McWilliams N., 2009, *Diagnoza psychoanalityczna*, przeł. Z. Milska-Wrzosieńska, A. Pałynyczko-Ćwiklińska, GWP, Gdańsk.
- Panasiuk J., 2013, *Zasady diagnozy różnicowej zaburzeń rozwoju mowy w całościowych zaburzeniach rozwojowych*, [w:] *Całościowe zaburzenia rozwojowe. Materiały pomocnicze dla psychologów członków zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności*, red. A. Potocka, Z. Wasiak, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej w Warszawie, Warszawa, s. 94–111.
- Panasiuk J., 2015, *Skala do oceny profilu zaburzeń językowych w zespole Aspergera*, [w:] *Metody i narzędzia lingwistyczne w logopedii*, seria: Z Prac Towarzystwa Kultury Języka, t. 12, red. M. Kurkowska, E. Wolańska, Dom Wydawniczy Elipsa, Warszawa, s. 155–182.