

Co utrudnia opis logopedycznych zjawisk? Od słuchoniemoty, afazji wrodzonej i alalii do specyficznego zaburzenia językowego (SLI)

GRAŻYNA JASTRZĘBOWSKA
(Opole)

1. Wprowadzenie

Biorąc pod uwagę szeroki zakres zainteresowań logopedii teoretycznej, należy założyć, iż musi ona równocześnie uwzględniać nowoczesne i tradycyjne podejście do znaczenia terminów, do ich interdyscyplinarnego rodowodu i często odmiennego znaczenia w wyniku różnic w podejściu teoretycznym. Aktualnie dla badacza zjawisk dotyczących zaburzeń komunikacji językowej największe utrudnienie stanowi fakt, iż autorzy dla nazwania tych samych zjawisk stosują różne pojęcia (jak w wypadku określeń: „substytucja” – „paralalia”; „rynolalia” – „nosowanie”) – nie zawsze precyzując ich znaczenie, i odwrotnie – jedną nazwę odnoszą do różnych postaci zaburzeń, jak w wypadku „dyslalii” czy „dyslalii funkcjonalnej”. Brakuje ustaleń, kiedy należy stosować owe pojęcia i w jakim znaczeniu. O problemach, z którymi się zmagają polska logopedia, wynikających z niezwykle rozbudowanego i często nieuzasadnionego merytorycznie nazewnictwa (jak w wypadku „prostego opóźnienia rozwoju mowy”), wielokrotnie mówił i pisał długoletni przewodniczący Komisji Rozwoju i Zaburzeń Języka PAN – Stanisław Grabias (1991; 1997). Na seminarium naukowym zorganizowanym w 1991 roku w Kazimierzu przez Zakład Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego UMCS, poświęconym statusowi logopedii jako nauki i za-

awansowaniu badań logopedycznych, Stanisław Grabias postawił pytanie: „czy realizowana jest hierarchia celów, do jakich każda nauka dąży, i jaki jest stan budowanych przez logopedię środków badawczych – pojęć interpretujących zjawiska i metod stosowanych w ich opisie?”. W artykule z 1997 roku Grabias na to wciąż aktualne mimo upływu 20 lat pytanie tak odpowiedział:

[...] każda dyscyplina wiedzy, która pretenduje do miana nauki, winna mieć strukturę hierarchiczną. Wszelkie działania badawcze rozpoczyna się od postępowania diagnostycznego. Ma ono dostarczyć stwierdzalnych empirycznie zjawisk (założmy, że w wypadku logopedii są to rozmaite przejawy zaburzeń mowy), a następnie dokonać ich objaśnienia. Pełny opis (deskrypcja) i wyczerpujące wyjaśnienie zjawisk (eksplikacja) umożliwiają postawienie kroku badawczego, jakim jest tworzenie prognoz (aplikacja), polegające na budowaniu programów postępowania naprawczego. (Grabias 1997: 16)

Dzięki rozwojowi socjolingwistyki, która następnie umożliwiła rozkwit teorii interakcji językowej, zmieniła się również perspektywa opisu i interpretacji zaburzeń mowy. W latach 70. XX wieku zaczęto prowadzić badania nad umysłową reprezentacją rzeczywistości, rozwinęły się teorie umysłowych struktur wyznaczających sposoby interpretowania świata oraz kreujących sposoby wszelkich ludzkich działań. Owa interakcyjna i kognitywna perspektywa interpretowania zachowań ludzkich zdaniem Grabiasa musiała zaowocować również nowym spojrzeniem na zaburzenia mowy – ważną przyczynę zaburzeń interakcji językowej, utrudniającą poznawanie rzeczywistości, prowadzącą nieraz do izolacji jednostki od świata zewnętrznego. Gdy pod koniec ubiegłego wieku rozpoczął się intensywny rozwój logopedii, podjęto badania nad rozwojem mowy i jej zaburzeniami. Przystąpiono do opisu owych procesów w aspektach komunikacyjnym i pragmatycznym, a przedmiotem badań stały się tekst i interakcja językowa (Grabias 1997). Zmiany w podejściu teoretycznym sprawiły, że logopedia z prostego, chaotycznego połączenia wiedzy medycznej, psychologicznej, pedagogicznej i językoznawczej stała się strukturą hierarchiczną, do której „starsze od logopedii dyscypliny wnoszą wyniki swoich badań w różnym stopniu. Jedne uzyskują ważniejsze znaczenie na etapie opisu i wyjaśniania zjawisk, inne znowu stają się istotne w planowaniu terapii logopedycznej i w samym postępowaniu praktycznym” (Grabias 1997: 15).

Niniejszy artykuł jest głosem w dyskusji zapoczątkowanej przed laty przez prof. Stanisława Grabiasa, do której się aktywnie włączyłam, uczestnicząc w pamiętnej konferencji w Kazimierzu nad Wisłą. Jest również wyrazem uznania dla twórców polskiej logopedii, do których Pan Profesor Stanisław Gajda

niewątpliwie należy. Od początku istnienia studium logopedycznego na Uniwersytecie Opolskim, tj. od 1993 roku, Stanisław Gajda wspiera swoim autorytetem wszelkie inicjatywy – od podręcznika akademickiego *Logopedia – pytania i odpowiedzi*, którego jest współautorem, po udział w szkoleniu studentów Podyplomowego Studium Logopedycznego UO i utworzenie kierunku studiów z zakresu logopedii.

Dotychczasowe publikacje poświęcone zagadnieniom terminologii i taksonomii zaburzeń rozwoju mowy mieszczą się w jednym z trzech nurtów moich zainteresowań naukowych. Ich celem jest porządkowanie i przybliżanie trudnych problemów terminologicznych polskiemu logopedom. Drugim ważnym celem jest dostosowanie polskiej terminologii logopedycznej do powszechnie znanej i stosowanej na świecie, albowiem – jak wielokrotnie w swoich pracach wykazywałam (Jastrzębowska 2000; 2003; 2005; 2013a) – znaczne zróżnicowanie terminologiczne stanowi problem nie tylko polski, lecz także ogólnosiątkowy. Jego rozwiązaniu służą kolejne edycje opracowywanych i modyfikowanych od lat przez środowisko lekarzy międzynarodowych klasyfikacji medycznych, opatrzonych skrótami ICD-10 i DSM-V (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders...* 2013). Mimo podejmowanych prób porządkowania i ujednolicenia terminologii nomenklatura w poszczególnych krajach jest zróżnicowana i niejednoznaczna, co należy wiązać z faktem, iż problematyką komunikacji językowej i jej zaburzeń zajmują się reprezentanci różnych dyscyplin – od językoznawców, psychologów klinicznych po przedstawicieli neuronauk (neuropsycholodzy, neurolingwiści, neurobiolodzy, neurologopedzi), a także lekarze, fizycy czy aktorzy. Każda z tych grup korzysta z innych podstaw teoretycznych i posługuje się specyficznym dla swojej dziedziny językiem. To niewątpliwie utrudnia śledzenie postępów w obszarze poszczególnych dyscyplin i analizowanie wyników badań. Próby dostosowania polskiej terminologii logopedycznej do obowiązującej na świecie nie zawsze muszą być udane, lecz moim zdaniem warto je podejmować, ponieważ mogą się stać przyczynkiem do dalszej dyskusji i wiążących ustaleń.

2. Terminologia – wyjaśnienie, w jakim „dialekcie logopedycznym” mówimy...

Wymienione w tytule tego artykułu terminy: „specyficzne zaburzenie językowe” (SLI), „afazja wrodzona”, „alalia” – obok wielu innych – stosuje się dla na-

zwania zjawiska poważnego opóźnienia rozwoju mowy (widocznego opóźnienia w przyswajaniu języka bez oczywistej przyczyny) w odróżnieniu od pozornie typowego rozwoju w innych dziedzinach, zaburzenia, które ogranicza się głównie do sfery języka, w przeciwieństwie do przypadków, gdy obserwuje się bardziej globalny model zaburzeń rozwojowych. Rozwój procesów wykonawczych przebiega bez większych zakłóceń, a stymulacja i świadome wspieranie rozwoju językowego to podstawowy model postępowania diagnostycznego.

Z badań prowadzonych na świecie wynika, że około 7% dzieci w wieku przedszkolnym tym się różni się od swoich „normalnie rozwijających się rówieśników”, iż nigdy się nie nauczy mówić szybko i bez wysiłku. Dane przytoczone za Laurencem B. Leonardem, którego książka *Children with Specific Language Impairment* z 2000 roku stała się podstawą wiedzy o SLI nie tylko dla logopedów, najprawdopodobniej dotyczą również populacji dzieci polskich. Praca Leonarda stanowiła i nadal stanowi jedno z ważniejszych źródeł informacji o prowadzonych na świecie badaniach poświęconych zjawisku „specyficznego” (bo dotyczącego tylko sfery języka) upośledzenia rozwoju, przez współczesnych badaczy nazywanego: „czystą postacią rozwojowych zaburzeń językowych”, „specyficznym upośledzeniem językowym”, „afazją rozwojową”, „alalią” lub „specyficznym zaburzeniem językowym”.

Z ustaleń Leonarda wynika, że w przypadku dzieci z SLI proces rozwoju mowy nie wpisuje się w typowy schemat. Mimo wielu podobieństw przebiega podobnie, lecz nie identycznie do rozwoju mowy młodszych, prawidłowo rozwijających się dzieci ani dzieci z „późnym rozkwitem mowy” (LB, ang. *Late Bloomers*; zjawiska z pogranicza normy rozwojowej). Owe 7% dzieci – podobnie jak w wypadku dzieci z LB – charakteryzuje wolniejsze tempo i zaburzenie dynamiki rozwoju. Na skutek ograniczeń w nabywaniu kompetencji językowej i komunikacyjnej większość z nich nigdy nie osiągnie biegłości w posługiwaniu się językiem (w pewnych jego dziedzinach na pewno). To szczególna grupa dzieci, którymi nauczyciele logopedzi i terapeuci pedagogicy powinni się zainteresować, aby chronić je przed niepowodzeniami szkolnymi i zaburzeniami w kształtowaniu osobowości.

Według I. Rapin (1996: 649), mimo iż znaczny odsetek tych dzieci „mówi w sposób właściwy do wieku szkolnego – co dało początek teorii **opóźnienia** w rozwoju, a nie **zaburzenia** [...] – na wiele z nich zwróci się uwagę po raz drugi dopiero, gdy w wieku szkolnym będą miały trudności z czytaniem i ortogra-

fią [...]”, bo są to dzieci z grupy ryzyka dysleksji (zob. Leonard 2000; Jastrzębowska 2013b).

Zaburzenia rozwoju języka mogą występować jako izolowane zjawisko bądź też mogą towarzyszyć różnym wadom rozwojowym. W pierwszym wypadku poza wyraźnymi problemami w nabywaniu języka nie stwierdza się występowania czynników determinujących trudności w nauce czytania, pisania czy przyswajania języka, takich jak: upośledzenie słuchu, deficytów w zakresie zdolności werbalno-motorycznych, niewerbalnej inteligencji czy deprivacji środowiskowej. Nie ma żadnej widocznej przyczyny trudności w rozwoju mowy. W drugim – trudności w przyswajaniu języka są zaburzeniem wtórnym.

Każdy, kto zajmuje się omawianą tu problematyką, bez trudu zauważy, iż powyższy opis przystaje do zjawiska, które polscy autorzy dawniej i dziś określają jako: „proste opóźnienie rozwoju mowy”, „zespół opóźnienia mowy czynnej”, „alalia”, „niedokształcenie mowy o typie afazji”, czy „afazja dziecięca”, „afazja rozwojowa”, a zachodni badacze nazywają: „afazją rozwojową”, „afazją wrodzoną”, „specyficznym upośledzeniem języka” (SLI – *Specific Language Impairment*), „rozwojowym zaburzeniem językowym” (DLD – *Developmental Language Disorders*), „czystą postacią DLD” (*pure DLD*), czy też „specyficznym zaburzeniem rozwoju mowy i języka” (Robertson, Weismer 1999; Rapin 1996). Okazuje się więc, że nie tylko w Polsce, lecz również w innych krajach istnieje znaczne zróżnicowanie terminologiczne i nie ma konsensusu w tym obszarze. Zdaniem Leonarda (2000) brak uzgodnień w tej kwestii wprowadza zamieszanie i dezorientuje środowisko naukowe. Sprawia, że nietrudno pominąć niektóre interesujące szczegóły dotyczące badań nad SLI, czy powoduje, że te same dzieci poddawane są kilkukrotnym badaniom.

Autor dzieła *Children with Specific Language Impairment*, a znacznie wcześniej w Polsce najważniejsza polska badaczka zajmująca się problematyką dzieci z SLI, Zofia Kordyl w książce *Psychologiczne problemy afazji dziecięcej* (1968), dokonali szczegółowego przeglądu terminów stosowanych przez badaczy na przestrzeni lat do opisanego zjawiska SLI, zjawiska polegającego na poważnym opóźnieniu nabywania kompetencji językowej i komunikacyjnej o trudnej do ustalenia etiologii. Interesujące dla rozwiązania analizowanego przeze mnie problemu badawczego jest to, jak zmieniało się nazewnictwo wraz z postępem badań i gromadzoną przez lata wiedzą na temat owego zaburzenia rozwojowego. Niżej, za wymienionymi autorami, przytaczam fakty historyczne, które ukażą kontekst i zasadność dyskusji.

3. Rozwój badań nad SLI i ich wpływ na zmiany w obrębie terminologii

Jak piszą Zofia Kordyl (1968) i Laurence B. Leonard (2000), początki badań nad SLI sięgają pierwszej połowy XIX wieku. W roku 1822 F. Gall opisał przypadek dziecka, które miało wyraźne problemy językowe, lecz nie wykazywało żadnych cech charakterystycznych dla innych znanych chorób. Po tej publikacji, od połowy tegoż wieku, zaczęły pojawiać się doniesienia (w językach angielskim, francuskim i niemieckim) o zaobserwowaniu przez lekarzy podobnych przypadków. Autorzy tych studiów, m.in. W. Wilde (1853), M. Benedikt (1865), W. Broadbent (1872), L. Waldenburg (1873), A. Clarus (1874), H. Bastian (1880), V. Uchermann (1891), J. Wyllie (1894), M. Lavrand (1897), H. Moyer (1898), kładli nacisk na pozornie dobre rozumienie, ale niezmiernie ograniczony poziom ekspresji językowej u badanych dzieci. W 1866 roku L. Väisse wprowadził termin „wrodzona afazja”, a w 1986 roku R. Coën – pojęcie *audiomutatis*, który można tłumaczyć jako „niemota słuchowa” lub „słuchoniemota”. Początkowo termin ten wydawał się odpowiedni, albowiem odnosił się jedynie do dzieci, których rozwój języka był poważnie opóźniony (ograniczał się do ekspresji na poziomie pojedynczych słów). Nie stosowano go jednak wobec dzieci, które budowały wypowiedź składającą się z więcej niż jednego słowa (ich problem z ekspresją językową przypisywano poważnym zaburzeniom fonologicznym – zob. Gutzmann 1894; Treitel 1893, za: Leonard 2000), ani wobec dzieci mających trudności w zakresie gramatyki. Leonard zauważył, że nawet po wykazaniu analogii między agramatyzmem u dorosłych z afazją a trudnościami gramatycznymi u 11-latków E. Fröschels (1918) do opisywania owego defektu preferował stosowanie pojęcia „opóźniony rozwój mowy”. W tym samym czasie w piśmiennictwie angielskim i francuskim powszechniej niż „niemota słuchowa” stosowano termin „afazja wrodzona”. Badania przeprowadzone w 1929 roku przez J. Leya dostarczyły dowodów wskazujących na cechę dziedziczną jako przyczynę ekspresywnej formy wrodzonej afazji (za: Leonard 2000), dlatego pojęcie to L. Michaux (1953) i inni stosowali w celu podkreślenia wrodzonego charakteru zaburzenia (za: Kordyl 1968).

Zakres znaczeniowy terminu „afazja wrodzona” był szerszy niż pojęcia „niemota słuchowa”, ponieważ obejmował on swoim zasięgiem problem nie tylko dzieci z poważnymi ograniczeniami na poziomie realizacji wypowiedzi słownej, lecz także tych, których ekspresja językowa wykraczała poza wypowiedzi

jednowyrazowe. Termin ów odnosił się również do problemów dzieci, które miały trudności z rozumieniem mowy. W celu podkreślenia różnic między nimi z czasem zaczęto stosować pojęcia: „ekspresywna afazja rozwojowa” i „receptyjno-ekspresywna afazja rozwojowa” (lub „receptyjna afazja rozwojowa”). W tym czasie również dzieci mające kłopoty z gramatyką zaczęto zaliczać do kategorii afazji rozwojowej, nadając jej często pozycję centralną.

W kolejnych latach terminowi „afazja” zaczęły towarzyszyć przymiotniki „dziecięca” i „rozwojowa”. L. Michaux (1953) termin „afazja dziecięca” stosował w dwóch znaczeniach, tj. w odniesieniu do zaburzeń rozwoju mowy, towarzyszących uszkodzeniom ośrodkowego układu nerwowego (odpowiednik afazji dorosłych, z tym że uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego nastąpiło we wczesnym dzieciństwie), oraz w odniesieniu do zaburzeń rozwoju mowy, którym nie towarzyszą objawy neurologiczne w ośrodkowym układzie nerwowym, zaburzeń uchodzących za klasyczną afazję dziecięcą (odpowiednik *audiomutatis*). Termin ten stosowali również tacy autorzy, jak: D. van Gelder, L. Kennedy i J. Lagauite (1952, za: Leonard 2000). Z kolei nazwę „afazja rozwojowa” po raz pierwszy użyto w drugiej połowie XX wieku. W latach 50. posługiwali się nią m.in.: M. Morley, D. Court, H. Miller, R. Garside (1955), T. Ingram i J. Reid (1956), A. Benton (1964) i J. Eisenson (1968) (za: Leonard 2000). Stosowali ją w odniesieniu do przypadków, gdy brak lub utrata mowy wystąpiły w czasie trwania procesu rozwoju mowy. Termin ów miał podkreślać tymczasowy charakter zaburzenia, co oznaczało, że może ono nie pozostawić widocznych śladów w dalszym życiu jednostki. Czyżby chodziło o zjawisko LB późnego rozkwitu mowy? SLI bowiem przez całe życie towarzyszy osobie nim dotkniętej – bez względu na podejmowane działania.

W literaturze z lat 60. XX wieku, obok terminu „afazja rozwojowa”, coraz częściej pojawiał się termin „dysfazja rozwojowa” (zob. de Ajuriaguerra i in. 1965; Inhelder 1963; Weiner 1969, za: Leonard 2000). Owo uszczegółowienie terminologiczne było konsekwencją stosowania zasady, według której przedrostek *a-* oznacza brak funkcji, a *dys-* – jej ograniczenie. Zdaniem Leonarda (2000) aż do początku lat 80. autorzy, dokonując wyboru między tymi dwoma określeniami, bardziej skłaniali się ku stosowaniu pojęcia „dysfazja rozwojowa”. Z czasem jednak termin ów został zastąpiony pojęciem „afazja rozwojowa”, jednak według badacza nie to było najważniejsze. W literaturze naukowej drugiej połowy XX wieku zauważa się tendencję do stopniowego odchodzenia od obu sposobów nazewnictwa i to stanowi przełom. Zarówno pierwszy, jak i dru-

gi termin mają bowiem konotacje neurologiczne, tzn. błędnie sugerują, iż mamy do czynienia z pojedynczym stanem o wiadomym podłożu neurologicznym (uszkodzeniem mózgu), co – jak dzisiaj wiemy – nie ma odniesienia do opisywanego zjawiska. SLI nie jest bowiem następstwem uszkodzenia układu nerwowego, lecz raczej jego dysfunkcji o nieustalonej etiopatogenezie. Struktura mózgu jest prawidłowa, lecz jego funkcja – zaburzona. Dzieci tym dotknięte mają niższą zdolność do przyswajania języka, wykazują wręcz upośledzenie w tym obszarze rozwoju, mimo względnie prawidłowo rozwijających się pozostałych funkcji psychomotorycznych. Drugim powodem odchodzenia od terminów „afazja” i „dysfazja” było skupienie się na objawach zaburzeń zachowania językowego, na opisie charakterystycznych cech języka dzieci dotkniętych tymi zaburzeniami. Pojawiły się nowe terminy, które – obok słowa opisującego zaburzenie – ogniskowały uwagę na określeniach „język” i „mowa”, np. (za: Leonard 2000: 8): „mowa dziecięca” (Menyuk 1964), „afazoid” (Lowe i Campbell 1965), „mowa opóźniona” (Lovell, Hoyle i Siddall 1968), „język niekształcony” (Leonard 1972), „zaburzenie języka”, „język opóźniony” (Weiner 1974), „zaburzenie rozwoju języka” (Aram i Nation 1975), „rozwojowe upośledzenie języka” (Wolfus, Moscovitch i Kinsbourne 1980), „swoisty deficyt językowy” (Stark i Tallal 1981), „upośledzenie językowe” (Johnston i Ramstad 1983) oraz „niezdolni do przyswojenia języka” (Tallal, Ross i Curtiss 1989).

Od pojęć „afazja rozwojowa”, „dysfazja rozwojowa” oraz innych wyżej wymienionych odchodzi się od dawna w Wielkiej Brytanii i w Stanach Zjednoczonych (Bishop 1992). Mimo że są one nadal powszechne na kontynencie europejskim, m.in. w Polsce (głównie terminy: „afazja dziecięca”, „afazja rozwojowa”, „alalia”), to w USA i Wielkiej Brytanii większość specjalistów wybiera bardziej neutralne (bo niewskazujące na uszkodzenie mózgu, jakie stwierdza się w wypadku afazji typu dorosłych) określenia, takie jak: „rozwojowe zaburzenie mowy” (DLD), „czysta postać DLD” (zob. Rapin 1996) oraz SLI – „specyficzne upośledzenie języka” (zob. Leonard 1981; Ley i Leonard 1983, za: Leonard 2000). Ten ostatni termin jest obecnie najczęściej używany w literaturze naukowej – przez polskich autorów tłumaczony jako specyficzne „zaburzenie”, a nie jak w oryginalnym brzmieniu „upośledzenie” językowe. Na występowanie istotnych różnic między określeniami zaburzenie – upośledzenie, odchylenie – opóźnienie zwracałam uwagę w ostatnim artykule poświęconym polskiej terminologii logopedycznej (zob. Jastrzębowska 2013a).

4. Dyskusja

Mimo długoletniej historii badań nad afazją rozwojową i widocznych tendencji do ujednoczenia nazewnictwa nadal pozostaje ono zróżnicowane i to nie tylko w poszczególnych krajach, lecz także w różnych środowiskach w obrębie jednego państwa. Termin SLI ma wiele odpowiedników, m.in. wśród klinicystów i lekarzy. I tak w DSM-V (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), czyli w klasyfikacji opracowanej przez Amerykańskie Stowarzyszenie Psychiatrów, używa się alternatywnego określenia: „rozwojowe zaburzenie języka” z podtypami: „ekspresywne” i „receptywno-ekspresywne”, natomiast w *Międzynarodowej statystycznej klasyfikacji chorób i problemów zdrowotnych ICD-10* (Pużyński, Wciórka [red.] 1997) stosuje się nazwę „specyficzne zaburzenie rozwoju mowy i języka”. Terminy „rozwojowe zaburzenia mowy” (DLD), „czysta postać DLD”, a także „opóźnienie rozwoju mowy” są preferowane głównie przez amerykańskich neurologów dziecięcych. Natomiast nigdzie – poza Rosją i dawnymi krajami zrzeszonymi we Wspólnocie Niepodległych Państw czy niektórymi krajami Europy Wschodniej – nie spotyka się terminu „alalia”, który jest powszechnie stosowany przez polskich autorów.

Zgodnie z zaleceniami Międzynarodowego Towarzystwa Logopedów i Foniatorów termin „alalia” sugeruje: brak rozwoju języka (*a-*) z powodu zaburzeń czynności narządów artykulacyjnych (*-lalia*). Powyższe znaczenie tego terminu odpowiadałoby raczej skrajnej formie „dyslalii” (dyslalia całkowita, bełkot), czyli zaburzeniom artykulacji o ściśle określonej etiologii (zob. Gałkowski, Jastrzebowska [red.] 2003), a nie „afazji rozwojowej”.

Zdaniem Ireny Styczek (1980: 287) – autorki pierwszego polskiego podręcznika logopedii:

[...] alalia (zwana też niemotą, słuchoniemotą – łac. *audimutitas*, afazją rozwojową) i dyslalia tym się różni od afazji dziecięcej, że afazja jest częściową lub całkowitą utratą umiejętności mówienia lub rozumienia, podczas gdy przy alalii uszkodzenie struktur korowych [owa przyczyna została wykluczona dzięki technikom neuroobrazowania – G.J.] następuje jeszcze przed rozwojem mowy i uniemożliwia jej normalny rozwój. Mowa rozwija się z opóźnieniem, które może się wyrównać do 6–7 roku życia (alalia prosta) lub trwa dłużej (alalia złożona). Alalię charakteryzuje dostateczny rozwój umysłowy (jeśli istnieje jakieś upośledzenie rozwoju umysłowego, to może być ono wtórne, spowodowane brakiem mowy, i będzie tym większe, im starsze jest dziecko), dobra ruchomość narządów mowy oraz prawidłowy słuch fizjologiczny (aczkolwiek zwłaszcza alalii percepcyjnej może towarzyszyć obniżenie słyszalności). Dziecko nie mówi w ogóle, posługuje się gestami, krzykami i onomatopiejami lub kilkoma wyrazami z własnego słownika, zrozumiałymi tylko dla najbliższego otoczenia. Dziecko nie jest

w stanie także powtarzać. Niemota może trwać do 7, a nawet do 14 roku życia, stopniowo przechodząc w dyslalię. Dziecko coraz rzadziej używa gestów i onomatopei, przyswaja sobie coraz więcej wyrazów, wymowa jego staje się coraz bardziej poprawna. Alalia występuje częściej u chłopców niż u dziewcząt, podobnie zresztą jak i inne wady mowy.

Powyższy opis odpowiada współczesnym charakterystykom dzieci z różnymi stopniami i postaciami SLI (zob. Jastrzębowska 2002; 2005). Na podstawie przytoczonej definicji można przypuszczać, że zaburzenie, które językoznawca I. Styczek nazwała „alalią prostą”, a lekarze A. Pruszewicz (1992) i T. Zaleski (1992) „prostym opóźnieniem rozwoju mowy” lub „zespołem opóźnienia mowy czynnej” (Zaleski 1992; 1993), jest ekspresywną postacią SLI, zaś „alalia złożona” to recepcyjno-ekspresywna postać tego zaburzenia lub „zaburzenia procesów wyższego rzędu”. Terminy „alalia prosta” i „alalia złożona” wskazują jedynie na stopień i postać zaburzenia mowy, a nie na jego podtyp, co dla badaczy poszukujących szczegółowych danych o tej grupie dzieci jest informacją zbyt enigmatyczną, wręcz mylącą, bo można popełnić poważne błędy metodologiczne przy doborze badanej grupy.

Celem moich poszukiwań w najnowszej literaturze i prezentacji faktów z przeszłości było wykazanie bezzasadności stosowania przez polskich badaczy terminu „alalia” i „alalia prolongata”. Stoję na stanowisku, że należy rezygnować z nadmiaru terminów i używania merytorycznie nieuzasadnionych pojęć, gdyż rozwój nauki wymusza zmiany w obszarze nie tylko metodologii, lecz także nomenklatury. Jednolite, obowiązujące reprezentantów różnych dziedzin i krajów pojęcia ułatwiłyby porozumienie oraz wymianę myśli naukowej. Ma to znaczenie szczególnie w wypadku tak interdyscyplinarnych dyscyplin jak logopedia. Ewolucja terminologii naukowej i dostosowywanie jej do powszechnie używanej na świecie stają się w dobie ponadpaństwowej cyberprzestrzeni koniecznością. Aktualnie w obszarze nauki już nie ma miejsca na „lokalne kody”. Celem gospodarek światowych jest coraz szybszy rozwój cywilizacyjny, żeby móc go osiągnąć, niezbędny jest błyskawiczny przepływ informacji, nie ich blokowanie. Tworzenie barier komunikacyjnych poprzez stosowanie niezrozumiałego dla innych języka to jedna z przyczyn ograniczania postępu. Od wielu lat spotykam się z niezrozumiałym oporem środowiska polskich logopedów przed przyjmowaniem nazewnictwa powszechnie stosowanego na świecie, zalecanego przez WHO. I dopiero teraz, po 15 latach od czasu moich pierwszych prac poświęconych temu problemowi (zob. Jastrzębowska 2000; 2001; 2002; 2005), w których przybliżyłam polskim logopedom znaczenie terminu „specy-

ficzne zaburzenie językowe” (SLI), termin ów powoli zaczyna wypierać przyjęte z radzieckiej logopedii określenia „alalia” i „dyslalia”, których to terminów, poza Rosją, nie spotka się już w naukowej literaturze.

Literatura

- Bishop D.V.M., 1992, *The underlying nature of specific language impairment*, „Journal of Child Psychology and Psychiatry”, vol. 33.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (fifth edition) – DSM-V*, 2013, Washington.
- Gałkowski T., Jastrzębowska G. (red.), 2003, *Logopedia – pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*, Opole.
- Grabias S., 1991, *Logopedia, jej przedmiot i stopień zaawansowania refleksji metanaukowej. – Przedmiot logopedii*, red. S. Grabias, Lublin.
- Grabias S., 1997, *Mowa i jej zaburzenia*, „Audiofonologia”, t. 10.
- Jastrzębowska G., 2000, *Istota i klasyfikacje opóźnień w rozwoju mowy – przegląd stanowisk*, „Logopedia”, t. 28.
- Jastrzębowska G., 2001, *Z metodologii opisu alalii (afazji, dysfazji rozwojowej). – Zaburzenia mowy. Mowa – teoria – praktyka*, red. S. Grabias, Lublin.
- Jastrzębowska G., 2002, *SLI: specyficzne upośledzenie rozwoju języka. – Człowiek wobec ograniczeń*, red. G. Jastrzębowska, Z. Tarkowski, Lublin.
- Jastrzębowska G., 2003, *Afazja, dysfazja dziecięca. – Logopedia – pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*, red. T. Gałkowski, G. Jastrzębowska, Opole.
- Jastrzębowska G., 2005, *Zaburzenia rozwoju mowy i języka – terminologia i kategoryzacje stosowane w krajach zachodnich. – Podstawy neurologopedii. Podręcznik akademicki*, red. T. Gałkowski, E. Szela, G. Jastrzębowska, Opole 2005.
- Jastrzębowska G., 2013a, *Kilka refleksji o polskiej terminologii logopedycznej (dyslalia; opóźnienie rozwoju mowy – opóźniony rozwój mowy). – Język. Człowiek. Społeczeństwo*, red. J. Panasiuk, T. Woźniak, Lublin.
- Jastrzębowska G., 2013b, *Opóźnienie rozwoju języka a ryzyko dysleksji rozwojowej*, „Logopedia Silesiana”, t. 2.
- Kordyl Z., 1968, *Psychologiczne problemy afazji dziecięcej*, Warszawa.
- Leonard L.B., 2000, *Children with Specific Language Impairment*, London.
- Pużyński S., Wciórka J. (red.), 1997, *Międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych ICD-10. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, Kraków–Warszawa.
- Rapin I., 1996, *Practitioner review: Developmental language disorders: A clinical update*, „Journal of Child Psychology and Psychiatry”, vol. 6.

- Robertson S.B., Weismer S.E., 1999, *Effects of treatment on linguistic and social skills in toddlers with delayed language development*, „Journal of Speech, Language, and Hearing Research”, vol. 42.
- Styczek I., 1980, *Logopedia*, Warszawa.
- Zaleski T., 1992, *Opóźniony rozwój mowy*, Warszawa.
- Zaleski T., 1993, *Opóźniony rozwój mowy. – Diagnoza i terapia zaburzeń mowy*, red. T. Gałkowski, Z. Tarkowski, T. Zaleski, Lublin.

*What hinders the description of speech phenomena?
From audiomutitas congenital aphasia and alalia to specific
language impairment (SLI)*

This article, dedicated to Professor Stanisław Gajda because of his anniversary, raises theoretical issues of accuracy and explicitness of terms used in science which are familiar to him. Logopaedics, by virtue of its interdisciplinary character and exposure to borderline of numerous and often very distant from each other sciences such as anatomy, linguistics or physics, significantly uses appropriate for these sciences tools of descriptions (frequently doubling notions) and thus, it represents a very good example of discipline in which unnecessary overgrowth of terminology makes it difficult to track research results and quality analysis of phenomena. *Specific Language Impairment (SLI)* is one of those phenomena which, despite numerous trials of finding consensus and settlement on forums of international assemblies, is still differently termed (what suggests the title of this article). On the basis of this phenomenon uniquely interesting for researchers due to its multiformity and changeable character of dysfunction, the author endeavours to indicate how important for the progress of research and exchange of scientific thought is to operate unitary, unambiguous nomenclature and how much justified is the discourse dedicated to cultivating of description tools.

Keywords: *speech terminology, audiomutitas, alalia, dyslalia, speech development disorder of aphasia type, specific language impairment (SLI)*.