
Typologie zaburzeń słuchu, głosu i komunikacji językowej
Typology of Hearing, Voice and Communication Disorders

Stanisław Grabias

Zakład Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego UMCS
Lublin

Mowa i jej zaburzenia

Speech and Its Disorders

Streszczenie

Artykuł zawiera krytyczną interpretację dotychczasowych typologii zaburzeń mowy, budowanych w gruncie rzeczy jedynie na zasadzie synkretyzmu biologicznych przyczyn i skutków obserwowanych w niektórych zachowaniach językowych. Okazuje się, że te same przyczyny mogą prowadzić do różnych zaburzeń i odwrotnie, różne przyczyny powodują analogiczne objawy, co utrudnia proces diagnozowania zaburzeń mowy. Teoria komunikacji językowej pozwala wydzielać zaburzenia związane: 1) z trudnościami w nabywaniu kompetencji (zaburzenia mowy w głuchocie, oligofazja, alalia), 2) z trudnościami w realizacji (dysglosja, dysarthria, jękanie), 3) z rozpadem kompetencji i ewentualnymi trudnościami w realizacji (afazja, schizofazja). Powyższa propozycja wymaga nowego spojrzenia na zjawisko mowy. Pozwala też zarysować przedmiot badań logopedii.

Summary

The article includes a review of speech disorders typology created basically on sincretism of biological causes and effects observed in some language behaviour. It appears that the same causes may lead to different disorders and the different causes may bring about similar symptoms what raises difficulties in the process of speech disorders diagnostics. The theory of language communication allows to differentiate disorders related to: 1) difficulties in acquisition of competence (disorders of speech in deafness, oligophasia, alalia); 2) difficulties in speech production (dysglossia, dysarthria, stuttering); 3) loss of competence and eventual difficulties in speech production (aphasia, schizophasia). The presented proposal calls for a different approach to the speech phenomenon. It also allows for defining the subject of logopedic research.

I. POJĘCIE MOWY

Mową nazwijmy zespół czynności, jakie przy udziale języka wykonuje człowiek, poznając rzeczywistość i przekazując jej interpretację innym uczestnikom życia społecznego.

Zaprezentowana definicja odbiega w znacznym stopniu od ujęć powszechnie funkcjonujących w literaturze. Najczęściej bowiem utożsamia się mowę albo tylko z komunikacyjnymi zachowaniami człowieka, albo z biologicznie postrzeganym procesem mówienia¹.

W niniejszej pracy pojęcie mowy jest równoznaczne z pojęciem zachowań językowych, które można podzielić na:

- zachowania dokonujące się w tzw. mowie wewnętrznej, na których oznaczenie stosuje się niekiedy termin „cerebracja”. Ich wynikiem jest pozbawiony postaci dźwiękowej tekst pomyślany². Zachowania te mogą być: a) poznawczymi procesami komunikacyjnymi, organizującymi w umyśle mówiącego tylko wiedzę o rzeczywistości, b) procesami quasi-komunikacyjnymi, organizującymi wiedzę z zamiarem jej przekazania;

- zachowania dokonujące się w mowie zewnętrznej, nazywane najczęściej „komunikacją językową” albo „interakcją językową”. Ich wynikiem jest tekst zorganizowany w postać dźwiękową (wtórnie w postać graficzną lub gestową), umożliwiający porozumiewanie się w grupie społecznej.

Łatwo zauważyć, że proponowana definicja mowy ujmując swoim zakresem trzy rodzaje zachowań, spełniających odrębne funkcje. Są nimi:

1. Czynności poznawcze człowieka. Dokonują się one za pomocą języka i tylko za pomocą języka, a ich wynikiem jest zorganizowana pojęciowo wiedza, tkwiąca w umyśle i będąca reprezentacją rzeczywistości.

2. Językowe czynności komunikacyjne. Ujawniają się zwykle na tle spójnych z nimi zachowań mimicznych i gestowych, stanowiących tzw. parajęzykowe kody mowy.

3. Czynności socjalizacyjne i grupotwórcze. Poznając rzeczywistość i porozumiewając się z innymi członkami grupy społecznej, człowiek podlega procesowi socjalizacji – zdobywa wiedzę o tej grupie, w obrębie której pozostaje, następnie o innych grupach i o regułach zachowań w nich obowiązujących.

¹ „Mowa jest aktem w procesie porozumiewania się” – twierdzi L. Kaczmarek [1988 s. 22]. Nauki medyczne opisując mowę poszukują biologicznych uwarunkowań czynności oddechowych, fonacyjnych i artykulacyjnych [Foniatrya kliniczna 1992 s. 222]. Podobnie ujmując zjawisko niektóre prace psychologiczne i pedagogiczne. H. Mystkowska [1970 s. 8] zaprezentowała następującą definicję: „Mowę należy [...] ujmować jako funkcję organizmu ludzkiego: układu nerwowego, narządów mowy, ruchu, słuchu”.

² Terminem „cerebracja” na oznaczenie mowy wewnętrznej posługiwał się wybitny polski językoznawca J. Baudouin de Courtenay [1889], a przypomniał go niedawno L. Kaczmarek [1988].

Znamiennym osiągnięciem XX-wiecznej lingwistyki było wyodrębnienie w zakresie mowy sfery zachowań wspólnych, łączących wszystkich członków danej grupy społecznej (narodu, społeczności lokalnej), i sfery zachowań indywidualnych, właściwych poszczególnym jej członkom. Zachowania indywidualne przynależne są członkom grupy jako umysłowo i biologicznie niepowtarzalnym jednostkom, każda bowiem jednostka ma swoiście ukształtowany aparat artykulacyjny i po swojemu funkcjonuje jej mózg. Natomiast zachowania wspólne bywają na gruncie współczesnych teorii lingwistycznych ujmowane rozmaicie. Dla naszych celów niezbędne wydaje się zaprezentowanie takiego rozumienia tej sfery zachowań mownych człowieka, które powstało najpierw na gruncie strukturalizmu, potem w gramatyce generatywnej, a następnie w socjolingwistyce.

Strukturalistyczne pojęcie mowy

Na początku tego wieku, wraz z pojawieniem się i krzepnięciem strukturalizmu, utarła się tradycja, aby sferę dokonujących się w mowie zachowań wspólnych danej grupy społecznej nazywać językiem, a sferę zachowań indywidualnych – mówieniem³. Wychodziło się bowiem z założenia, że język musi być dostępny wszystkim członkom grupy, jeśli chcą oni odczytywać indywidualne zachowania pojedynczych osób i budować własne zachowania zrozumiałe dla innych.

Strukturalizm postawił i ugruntował tezę, że język jest systemem znaków, w którym każdy znak zajmuje swoje miejsce i wchodzi w relacje z innymi znakami. To miejsce znaku w systemie, wynikłe z relacji znaku do innych znaków, strukturaliści nazwali jego wartością.

W interpretacji twórcy strukturalizmu – F. de Saussure’a język jawi się jako zbiór wyrazów i porządkujący ten zbiór układ wartości⁴. I to jest właśnie ta sfera zachowań, którą muszą mieć do dyspozycji wszyscy członkowie grupy społecznej, aby móc w miarę podobnie poznawać rzeczywistość i przekazywać jej interpretację innym.

W przekonaniu F. de Saussure’a proces budowania zdań należy już do sfery zachowań indywidualnych. Włączył je de Saussure do mówienia⁵.

³ Koncepcję tę upowszechnił F. de Saussure [1961], wydzielając w ramach mowy (*language*) język (*langue*) i mówienie (*parole*).

⁴ Wartość wyrazu, zdaniem F. de Saussure’a, wynika z miejsca, jaki ten wyraz zajmuje w systemie wyrazów. Wartość wyrazu „biały” wynika z relacji, w jakie wyraz ten wchodzi z wyrazami: czarny, niebieski, zielony, czerwony itd.

⁵ System języka – w interpretacji F. de Saussure’a – kończy się na wyrazach. Jest nim układ wyrazów, pozostający częściowo w umysłach użytkowników języka, częściowo zaś w zapisanych tekstach. Sam proces budowania zdań już do systemu nie należy. Tak interpretował koncepcję F. de Saussure’a N. Chomsky [1982 s. 17], twórca gramatyki generatywnej.

Porządkowanie znaków w systemie dokonuje się – zdaniem twórcy strukturalizmu – według reguł funkcjonujących na osiach paradygmatycznej i syntagmatycznej. Reguły osi paradygmatycznej porządkują system językowy na zasadzie podobieństwa znaków (np. podobieństwa znaczeń wyrazów, ich brzmień lub funkcji), reguły osi syntagmatycznej zaś – na zasadzie styczności w czasie i w przestrzeni (wyznaczają one składniowe sposoby łączenia podmiotów z orzeczeniami i określeniami w zdaniach).

Zatem znać język znaczyło dla strukturalistów mieć do dyspozycji odpowiedni zasób wyrazów i znać ich wartości, czyli umieć odtwarzać systemowe reguły łączenia się wyrazów na osiach paradygmatycznej i syntagmatycznej.

Pojęcie mowy w gramatyce generatywnej

Interesujący nas problem relacji między sferą wspólnych zachowań językowych a sferą zachowań indywidualnych rysuje się nieco inaczej w powstałej w latach sześćdziesiątych XX w. teorii gramatyki generatywnej, której twórcą był N. Chomsky⁶. U podstaw tej teorii leży przeświadczenie, że w umysłach osób posługujących się danym językiem etnicznym znajduje się „mechanizm”, pozwalający jego użytkownikom budować zdania gramatycznie poprawne i sensowne oraz odróżniać zdania poprawne od niepoprawnych.

Mechanizm ten N. Chomsky nazywa „kompetencją językową”. Jest ona w gruncie rzeczy nieświadomą wiedzą gramatyczną, pozwalającą się ujmować w systemy reguł generujących zdania w danym języku⁷. To właśnie kompetencja językowa jest tożsamą sferą zachowań członków danej grupy społecznej, wspólnym całej grupie bytem psychicznym, umożliwiającym zrozumienie pojedynczych zachowań.

Tak pojętej kompetencji (wspólnej wiedzy umożliwiającej generowanie i rozumienie zdań) przeciwstawia Chomsky „wykonanie (performancję)” – sam proces budowania zdań, który jest czynnością indywidualną, swoistą dla

⁶ Polski czytelnik może się zapoznać z propozycją Chomsky’ego z książki *Zagadnienia teorii składni* [1982].

⁷ Kompetencja językowa, wprowadzona do gramatyki generatywno-transformacyjnej przez Chomsky’ego [1957], jest pojęciem dla tej teorii najważniejszym. Idee zawierające się w pojęciu kompetencji były wielokrotnie rozpatrywane zarówno przez zwolenników, jak i krytyków tej teorii. Zwykle wymieniane są następujące komponenty tego pojęcia:

– kreatywność = zdolność tworzenia nieskończonego zbioru zdań ze skończonego zbioru elementów językowych oraz umiejętność tworzenia nowych zdań, spójnych z sytuacjami nowymi dla mówiącego;

– gramatyczność = ujawniająca się w procesie budowania zdań poprawność formalna (wynika ze znajomości syntaktycznych reguł leksykotaktycznych, mówiących o zdolności łączenia się wyrazów z sobą);

– akceptabilność = zdolność rodzinnego użytkownika języka do uznawania wypowiedzi za poprawną, tj. zgodną z obowiązującą normą;

– interioryzacja = proces nieświadomianego opanowywania ojczystego języka.

każdego członka grupy. Każdy bowiem realizuje zdania na miarę swoich możliwości psychicznych i fizycznych.

Zaprezentowane dwa modele opisu zachowań językowych w znacznej mierze różnią się od siebie⁸. Dla nas istotne pozostaje to, co je łączy. Wątek ten można ująć w postać następującej konstatacji: aby człowiek mógł posługiwać się mową i w związku z tym miał możliwość uczestniczenia w życiu społecznym, musi mieć do dyspozycji odpowiedni zasób wyrazów (ukształtowanych przez grupę społeczną) i musi zdobyć wiedzę na temat tworzenia zdań gramatycznie poprawnych.

Zarówno wyrazy, odpowiedni ich zasób, jak i wiedza językowa umożliwiająca tworzenie zdań gramatycznie poprawnych muszą istnieć w umysłach członków porozumiewającej się społeczności. Wiedzy językowej (kompetencji), która jest bytem psychicznym i bytem wspólnym, tkwiącym w umysłach, należy przeciwstawić wykonanie – realizację kompetencji, ujawniającą się w zdaniach.

Mowa w ujęciu socjolingwistyki

W latach siedemdziesiątych XX w. dokonano weryfikacji zaprezentowanego wyżej myślenia o mowie, języku i kompetencji językowej. Zarówno na gruncie strukturalizmu (np. w teorii praskiej szkoły strukturalnej), jak i w socjolingwistyce – kierunku, który powstał w opozycji do gramatyki generatywnej, zrodziło się przekonanie o konieczności znacznego poszerzenia sfery zachowań wspólnych w obrębie mowy. Włączono do tej sfery nie tylko wiedzę na temat tworzenia zdań (jak chciał N. Chomsky), ale również i wiedzę na temat reguł budowania wypowiedzi w różnych sytuacjach społecznych. Reguły te socjolingwiści nazwali „regułami odpowiedniości”. Wyznaczają one sposoby budowania wypowiedzi spójnych do sytuacji, w których wypowiedzi powstają i których dotyczą. I tak np. według swoistych reguł buduje się wypowiedź w aptece, inaczej, według innych reguł – rozmowę w kawiarni i jeszcze inaczej – wykład uniwersytecki. Własnych reguł wymagają rozmowy z małymi dziećmi i są to też bez wątpienia inne reguły niż te, które rządzą polemiką w sądzie.

Interesujące nas obecnie reguły budowania wypowiedzi, podobnie jak i reguły gramatyczne, tkwią w umysłach uczestników życia danej grupy społecznej i stanowią o ich kompetencji komunikacyjnej⁹. Są one wynikiem socja-

⁸ System językowy, w ujęciu F. de Saussure’a, jest niezależnym od jednostki bytem obiektywnym – zawarty jest w tekstach danego języka. Kompetencja językowa zaś jest wiedzą, jawi się więc jako byt psychiczny – właściwość umysłowa jednostki.

⁹ Twórcą tak rozumianego pojęcia „kompetencja komunikacyjna” jest amerykański socjolingwista, teoretyk komunikacji językowej D. Hymes [1980]; własną interpretację tego pojęcia prezentuje szczegółowo w książce *Język w zachowaniach społecznych* [Grabias 1997].

lizacji jednostek, a więc są wiedzą nabytą w trakcie uczestnictwa jednostki w życiu różnych grup społecznych. I ta ich cecha przeciwstawia reguły komunikacyjne regułom gramatycznym (regułom kompetencji językowej), o których sądzi się, że są częściowo nabyte, a częściowo wrodzone, właściwe człowiekowi jako jedynej istocie posługującej się w swych zachowaniach językiem.

Tak więc – w myśl współczesnych interpretacji lingwistycznych – w obrębie mowy da się wyróżnić sferę zachowań wspólnych, łączących wszystkich uczestników życia grupy społecznej, i sferę zachowań indywidualnych, przynależnych poszczególnym jej członkom. Sferę zachowań wspólnych wyznaczają kompetencja językowa – wiedza pozwalająca budować zdania gramatycznie poprawne i kompetencja komunikacyjna – wiedza umożliwiająca budowanie sensownych wypowiedzi. Sfera zachowań indywidualnych zaś ujawnia się jako swoista dla każdego członka grupy, uwarunkowana psychicznymi i fizycznymi możliwościami mówiących, realizacja zdań i wypowiedzi. Wynikiem tej realizacji jest tekst.

Mowa = układ kompetencji i sposobów realizowania wypowiedzi językowych¹⁰

Kompetencje = społeczna wiedza tkwiąca w umysłach ludzkich:	Indywidualne realizacje kompetencji:
1. Kompetencja językowa = inwentarz fonemów, leksemów oraz reguły budowania gramatycznie poprawnych i sensownych zdań: kompetencja fonologiczna, morfologiczna i składniowa.	1. Budowanie zdań = a) sprawności substancyjne, pozwalające budować zdania w postaci sygnałów dźwiękowych, optycznych i taktylnych, b) sprawności gramatyczne: morfologiczne i syntaktyczne.
2. Kompetencja komunikacyjna = wiedza na temat statusu kodów językowych i na temat reguł budowania wypowiedzi odpowiednich do sytuacji: kompetencja stylistyczna, społeczna, sytuacyjna i pragmatyczna.	2. Budowanie wypowiedzi dialogowych i narracyjnych = sprawności komunikacyjne: stylistyczne, społeczne, sytuacyjne i pragmatyczne.

Każdy, ktokolwiek chce budować głęboką refleksję na temat zaburzeń mowy, musi uwzględnić przynajmniej wyżej sygnalizowane osiągnięcia lingwistyki – dyscypliny, dla której język, kompetencja językowa i kompetencja komunikacyjna pozostają jedynym przedmiotem badań. Musi także korzystać z interpretacji procesu mówienia budowanych na gruncie psychologii i nauk biologiczno-medycznych. Mowa bowiem realizuje się jednocześnie w sferze biologicznej, psychicznej i społecznej. I jeśli chcemy docierać do jej mecha-

¹⁰ Schemat ten dokładnie omawiam w dalszej części pracy (Logopedyczna klasyfikacja zaburzeń mowy, IV). Por. też: Grabias 1997 s. 316 i nn.

nizmów i do zaburzeń tych mechanizmów, co – jak przyjdzie nam wkrótce stwierdzić – jest przedmiotem logopedii, to musimy umieć ogarniać ją właśnie z tych trzech perspektyw.

II. LOGOPEDIA JAKO NAUKA O ZABURZENIACH MOWY

W ciągu ostatnich trzydziestu lat, szczególnie w Polsce, zarysowała się i ukształtowała opinia, że logopedia jest samodzielną dyscypliną naukową, wyodrębnioną z fragmentów wiedzy medycznej, językoznawczej, psychologicznej i pedagogicznej. Pogląd ten, lansowany przez L. Kaczmarka, twórcy tej koncepcji, jest w naszej literaturze powszechnie przyjmowany. Akceptując w dużej mierze stanowisko Kaczmarka, musimy dzisiaj dodać, że logopedia nie jest prostym zlepkiem wiedzy medycznej, psychologicznej, pedagogicznej i językoznawczej, lecz zhierarchizowaną strukturą, 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.

Wiadomo, że o miejscu nauki w obrębie innych nauk i o poziomie jej rozwoju decydują przynajmniej trzy czynniki: przedmiot badań, dobór i zaawansowanie środków poznawczych oraz stopień rozwoju refleksji meta-naukowej [Grucza 1983].

Na seminarium naukowym zorganizowanym w 1991 r. w Kazimierzu przez Zakład Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego UMCS, poświęconym statusowi logopedii jako nauki i zaawansowaniu badań logopedycznych, postawiłem pytania, na które dzisiaj należy odpowiadać już inaczej niż przed kilku laty [Grabias 1991 s. 28].

Pytania te, dla pełnego obrazu dyscypliny ciągle aktualne, brzmią następująco:

1. Czy przedmiot logopedii wyodrębniony jest dostatecznie jasno?
2. Jaka jest głębokość naukowej refleksji, w wyniku której przedmiot logopedii został określony?
3. 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?

Próbie odpowiedzi na dwa pierwsze pytania zawiera cała niniejsza rozprawa: jej pierwsza część, dotycząca pojęcia mowy, i część następna, którą chcę poświęcić istniejącym od wieków typologiom zaburzeń mowy oraz mojemu własnemu stanowisku w tej sprawie. Teraz jest okazja odpowiedzi na pytanie trzecie – o hierarchię celów logopedii.

Wiadomo, że każda dyscyplina wiedzy, która pretenduje do miana nauki, winna mieć strukturę hierarchiczną. Wszelkie działanie 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 dalszego kroku badawczego, jakim jest tworzenie prognoz (aplikacja), polegające na budowaniu programów postępowania naprawczego.

Diagnostyka i prognostyka wzięte razem przeciwstawiają się sferze działań praktycznych, które są bądź polem „zastosowań” nauki, bądź wiedzą intuicyjną, narosłymi przez wieki technikami postępowania w konkretnych wypadkach.

Jasne jest, że dla logopedii wiedza aplikatywna, polegająca na planowaniu efektywnego postępowania, które ma zmieniać niepożądane stany zjawisk, jest niezwykle istotna. Nie bez powodu bowiem teoretycy tej dyscypliny starają się przyznać jej status „nauki stosowanej”. Każdy, kto prześledzi literaturę dotyczącą zaburzeń mowy, z pewnością szybko wyrobi sobie przeświadczenie, że w zakresie postępowania praktycznego nagromadzono ogromną wiedzę. Jest to jednak wiedza nie uporządkowana, w dużym stopniu intuicyjna, co wiąże się z ogromnymi lukami rysującymi się w sferze diagnostyki. W logopedii bowiem, i to nie tylko polskiej, naukowy opis i wyjaśnianie zjawisk pozostają daleko w tyle za nagromadzoną przez wieki, często intuicyjną, wiedzą organizującą tok postępowania praktycznego. Dlatego też jeszcze w latach siedemdziesiątych XX w. stawiane było pytanie: czy logopedia jest nauką, czy też tylko sztuką?

W ciągu ostatnich dziesięciu lat sytuacja w tej mierze w polskich badaniach nad zaburzeniami mowy zmieniła się diametralnie. Powstały gruntowne prace dotyczące głuchoty¹¹ i zaburzeń związanych z uszkodzeniami mózgu¹². Oddzielne monografie poświęcono dyslalii i alalii¹³. Opisano zaburzenia zachowań językowych w wypadkach autyzmu¹⁴ i schizofrenii¹⁵. Podjęto nowe

¹¹ A. Rakowska: Rozwój systemu gramatycznego u dzieci głuchych [1992]; K. Krakowiak: Fonogesty jako narzędzie formowania języka dzieci z uszkodzonym słuchem [1995]; M. Kurkowski: Mowa dzieci sześciolletnich z uszkodzonym narządem słuchu [1996]; K. Krakowiak: W sprawie kształcenia języka dzieci i młodzieży z uszkodzonym słuchem [1998]; Głuchota a język, red. S. Grabias [1994].

¹² A. Herzyk: Afazja i mutyzm dziecięcy [1992]; A. Herzyk: Asymetria mózgowa a zachowanie [1993]; Zaburzenia w funkcjonowaniu człowieka z perspektywy neuropsychologii klinicznej, red. A. Herzyk, D. Kądziaława [1996]; Związek mózg–zachowanie w ujęciu neuropsychologii klinicznej, red. A. Herzyk, D. Kądziaława [1997]; E. Osiejuk: Problematyka dyskursu w neuropsychologii poznawczej [1994]; B. Kaczmarek: Płaty czołowe a język i zachowanie człowieka [1993].

¹³ A. Sołtys-Chmielowicz, Tkaczyk G.: Usprawnianie mowy u dzieci specjalnej troski [1993]; U. Parol: Dziecko z niedokształceniem mowy. Diagnostyka, analiza, terapia [1989]; Z. Tarkowski: Jąkanie wczesnodziecięce [1992].

¹⁴ T. Gałkowski: Dziecko autystyczne w środowisku rodzinnym i szkolnym [1995].

¹⁵ T. Woźniak: Zaburzenia języka w schizofrenii (w druku – w serii: Komunikacja językowa i jej zaburzenia).

badania nad rozwojem mowy dziecka. Rozpoczął się opis tego procesu w aspekcie komunikacyjnym i pragmatycznym, a przedmiotem badań stały się tekst oraz interakcja językowa¹⁶. W nowy sposób postrzega się też trudności w czytaniu i w pisaniu¹⁷.

Ten intensywny rozwój badań nad zaburzeniami mowy związany jest w dużej mierze ze zmianą perspektywy ich opisu oraz interpretacji. W latach siedemdziesiątych naszego stulecia bowiem, jak już o tym była mowa, rozpoczął się w refleksji lingwistycznej odwrót od strukturalizmu. Uznano też, że proponowana przez gramatykę generatywną perspektywa opisu zdania nie jest w stanie ująć pełnego procesu zachowań językowych. Narodziła się socjolingwistyka, a w jej obrębie rozkwitła teoria interakcji językowej. Jednocześnie opis zachowań językowych ponownie próbowano połączyć z teorią funkcjonowania umysłu. Pojawiły się badania nad umysłową reprezentacją rzeczywistości, które prowadzą do rekonstrukcji językowych obrazów świata. Rozwijają się teorie umysłowych struktur wyznaczających sposoby interpretowania rzeczywistości oraz kreujących sposoby wszelkich ludzkich działań.

Oczywiste jest, że ta nowa, interakcyjna i kognitywna perspektywa interpretowania zachowań ludzkich musiała zaowocować również i nowym spojrzeniem na zaburzenia mowy, które przecież nie tylko utrudniają interakcję językową, ale również i poznanie rzeczywistości. Sprawiają, że jednostka pozostaje we własnym, niedostępnym dla innych świecie.

Zaprezentowana niżej typologia zaburzeń mowy jest próbą ich ujęcia z takiej właśnie interakcyjnej i kognitywnej perspektywy.

Nauka empiryczna, oprócz celów diagnostycznych i prognostycznych, stara się jeszcze osiągać cele anagnostyczne, chce odpowiedzieć na pytanie: jak interesujące ją zjawiska kształtowały się kiedyś? Tej sfery badań polska logopedia jeszcze nie podjęła, choć z całej już plejady badaczy zajmujących się zaburzeniami mowy przynajmniej czterem, działającym w przeszłości, wybitnym uczonym należy się trwałe miejsce w poczcie twórców dyscypliny. Bez wątpienia trzeba do nich zaliczyć Jana Sierzyńskiego (1788-1824), twórcę pierwszej metody fonogestów, „ręcznie-ustnych” znaków komunikacyjnych dla niesłyszących; Jana Boudouin de Courtenay (1845-1929), twórcę strukturalizmu, myśliciela, w którego pracach zawarte są założenia rozwijają-

¹⁶ M. Kielar-Turska: Mowa dziecka. Słowo i tekst [1989]; B. Bokus: Tworzenie opowiadań przez dzieci. O linii i stylu narracji [1991]; G. W. Shugar: Dyskurs dziecięcy. Rozwój w ramach struktur społecznych [1995]; H. Borowiec: Słownictwo elementarne a możliwości umysłowe dziecka [1996]; B. Boniecka: Pragmatyczne aspekty wypowiedzi dziecięcych [1995]; B. Boniecka: Kształt dziecięcego słowa [1997].

¹⁷ M. Bogdanowicz: Trudności w pisaniu u dzieci [1989]; M. Bogdanowicz: Integracja percepcyjno-motoryczna. Metody diagnozy i terapii [1990]; B. Ročławski: Badanie poziomu tempa czytania [1990 a]; B. Ročławski: Nauka czytania i pisania [1990 b]; B. Ročławski: Słuch fonemowy i fonetyczny [1981].

cej się obecnie socjolingwistyki i psycholingwistyki; Władysława Ołtuszewskiego (1855-1922), lekarza, twórcę polskiej foniatry i jednocześnie filozofa języka, zapomnianego w gruncie rzeczy uczonego, który daleko wyprzedził sobie współczesnych badaczy w refleksji nad istotą zaburzeń mowy (należy sądzić, że mamy jeszcze przed sobą renesans jego poglądów); wreszcie Tytusa Benniego (1877-1935), nauczyciela i badacza języka niesłyszących, twórcę polskiej fonetyki artykulacyjnej.

Przychodzi także czas refleksji nad osiągnięciami osób, które odeszły niedawno, ale wywarły decydujący wpływ na obecny kształt dyscypliny. Są to: Józef Kania (1937-1974), Irena Styczkówna (1924-1981) i Leon Kaczmarek (1911-1996).

Odpowiedź na pytanie: Czy przedmiot logopedii wyodrębniony jest dostatecznie jasno? – wymaga głębszego namysłu.

Na początek trzeba odnotować ciągle obecne w literaturze polskiej dwa stanowiska skrajne:

1. Przedmiotem logopedii jest mowa, a dyscyplina wiedzy zajmująca się mową winna być nauką autonomiczną. Stanowisko takie prezentował od trzydziestu lat L. Kaczmarek.

2. Logopedia zajmuje się zaburzeniami mowy, a wyodrębniony tym pojęciem zakres wiedzy mieści się bądź w obrębie nauk medycznych, bądź w obrębie pedagogiki.

Rozpatrzmy trochę bliżej konsekwencje płynące z przyjęcia poszczególnych stanowisk.

Wydaje się, że stanowisko L. Kaczmarka, prezentowane z uporem przez trzydzieści lat, przyniosło efekty. Środowisko polskich logopedów praktyków, a także teoretyków dyscypliny przyzwyczało się do opinii, że logopedia jest samodzielną dyscypliną wiedzy i w związku z tym zawodowi logopedy należą się odrębny status. Nie sposób jednak bez oporu zaakceptować poglądu, że przedmiotem logopedii jest „mowa”¹⁸.

Gdy L. Kaczmarek formułował swoje stanowisko, strukturaliści definiowali mowę jako układ czterech składników: procesu nadawania komunikatu; procesu odbioru komunikatu; języka – kodu, w którym komunikat jest formułowany; tekstu, będącego wynikiem komunikacji.

Istnieją co najmniej trzy autonomiczne dyscypliny wiedzy, które posługując się własnymi systemami pojęć oraz odrębną metodologią i budując swoje przedmioty badań, wskazując na komponenty mowy wyodrębnione przez strukturalistów. Przede wszystkim lingwistyka zakreśla największy obszar tego zjawiska. Zajmuje się bowiem, jak już była o tym mowa, bądź kodem

¹⁸ „Przedmiotem logopedii/logologii polskiej jest mowa, którą definiuję jako akt w procesie porozumiewania się językowego słownego (= społeczny punkt widzenia) albo jako budowanie i odbiór tekstu (= indywidualny punkt widzenia)” [Kaczmarek 1991 s. 6].

językowym (który to kod został opisany jako system), bądź kompetencją językową (w interpretacji gramatyki generatywnej), wreszcie kompetencją językową i komunikacyjną jednocześnie (w interpretacji socjolingwistyki).

Nie znajduję żadnych podstaw, aby można było tak samodzielną dyscyplinę wiedzy, szczytującą się wiekową tradycją, włączyć do logopedii. Istnieją natomiast rozsądne próby postępowania odwrotnego – tak poszerza się przedmiot badań lingwistyki, że ujmuje on już cały proces komunikacji językowej. Poszerzeniem tego przedmiotu badań było – zaprezentowane wyżej – dokonane w XX w. przejście od „systemu języka” poprzez „kompetencję językową” do „kompetencji komunikacyjnej”. Twórca pojęcia kompetencji komunikacyjnej D. Hymes [1980] postuluje przemianować lingwistykę w „etnografię mówienia”, którą z kolei widzi w obrębie „metalingwistyki” – nauki o komunikacji językowej we wszystkich jej przejawach.

Podobnie rysuje się problem pozostałych komponentów mowy: tekst jest przedmiotem badań „tekstologii”, nauki powiązanej ściśle z teorią literatury, procesy mówienia i słyszenia są obiektem fzyjologii, częściowo także neuro-psychologii.

Zatem miejsce logopedii w obrębie innych dyscyplin wiedzy – w myśl koncepcji L. Kaczmarka – nie rysuje się dostatecznie jasno. Logopedia bowiem nie jest – w jego intencji, wbrew wielokrotnie powtarzanej formule – nauką o komunikacji językowej w ogóle, lecz raczej dyscypliną zajmującą się zaburzeniami mowy i profilaktyką: układem zabiegów nie dopuszczających do zaburzeń¹⁹.

Najbardziej jasno prezentuje się przekonanie, że przedmiotem logopedii są zaburzenia mowy. Widzi się jednakże te zaburzenia w rozmaitych kontekstach, ograniczających tak sformułowany zakres. Mówi się więc o „logopedii lingwistycznej” [Rittel 1993; Tarkowski 1993], która ma być przeciwieństwem logopedii nielingwistycznej, a więc „pedagogicznej” [Surowaniec 1994] albo „terapeutycznej” [Tarkowski 1993]. Lekarze, szczególnie foniatrzy, widzą zaburzenia mowy w obrębie nauk medycznych, ponieważ – jak sądzą – nauki te potrafią docierać do przyczyn zaburzeń mowy i legitymują się długą tradycją zabiegów nad ich usuwaniem.

Każdy taki pogląd zawiera oczywiście presupozycje, że logopedia jest częścią bądź lingwistyki, bądź pedagogiki, bądź wreszcie medycyny. Kontynuując analizowany sposób rozumowania, można by z powodzeniem twierdzić, że istnieje logopedia biochemiczna, fizyczna, psychologiczna i socjo-

¹⁹ Logopedia, zdaniem L. Kaczmarka [1991 s. 9], obejmuje następujące działy wiedzy: 1) teorię mowy; 2) kształtowanie mowy u dzieci z upośledzonym słuchem; 4) porozumiewanie się (językowe) głuchociemnych; 5) percepcję wypowiedzi słownych (słuchowa i wzrokowa) oraz pisanych (wzrokowa i czuciowa); 6) fonetykę artykulacyjną i akustyczną oraz, jako część składową działu piątego, audytywną i wizualną; 7) zaburzenia porozumiewania się językowego słownego i pisanego; 8) teorię kultury żywego słowa.

logiczna, bo w biologiczno-fizycznej, psychicznej oraz społecznej sferze rzeczywistości komunikacja się dokonuje i w funkcjonowaniu tych sfer powstają zaburzenia komunikacji.

Bardzo niejasny jest upowszechniany przez Z. Tarkowskiego podział na „logopedię lingwistyczną” i „logopedię terapeutyczną”. Rozróżnienie takie miałooby sens jedynie wówczas, gdyby terminem „logopedia terapeutyczna” objęto się metodę usprawniania komunikacji, opartą na technikach psychoterapeutycznych (mają one istotne znaczenie przy zaburzeniach komunikacji o podłożu nerwicowym – jękanie, mutyzm), a „logopedią lingwistyczną” te zabiegi, które polegają na racjonalnym budowaniu systemu językowego (np. u dzieci niesłyszących). Wszelkie inne przeciwstawianie tych terminów prowadzi do podziału na praktykę logopedyczną i na teoretyczny aspekt tej dyscypliny, w którym lingwistyka odgrywa rolę istotną, ale przecież nie jedyną [Grabias 1991]; w związku z tym twierdzenie, że istnieje „logopedia lingwistyczna”, jest niepotrzebnym stwarzaniem nowych bytów o niejasnej, wprowadzającej w błąd konotacji.

Pogląd prezentowany w niniejszej pracy wynika również z przekonania, że logopedia jest nauką o zaburzeniach mowy. Chcę jednak traktować mowę – zgodnie ze współczesnym rozumieniem tego pojęcia – jako byt złożony z kompetencji językowej, kompetencji komunikacyjnej oraz procesu realizacji tych kompetencji. Utożsamiam w ten sposób mowę z komunikacją językową. W obrębie samodzielnej dyscypliny o tak sformułowanym przedmiocie teoria logopedii i praktyka logopedyczna muszą tworzyć wzajemnie warunkującą się całość. Ma ona wynikać z istnienia spójnego systemu pojęć i metod ujmowania zjawisk stosownych do rozległości przedmiotu badań.

Teoria logopedii winna rozwijać refleksję w kierunku diagnostyki, prognozy i anagnostyki. Diagnostyka ma dostarczać empirycznych opisów zaburzeń mowy (tworzy deskrypcję) oraz ich interpretacji (buduje eksplikację). Obydwie te procedury badawcze muszą ujmować zaburzenia z perspektywy biologicznej, psychicznej i społecznej. Prognozyka winna prowadzić do racjonalnych, uzasadnionych badaniami programów postępowania terapeutycznego. Anagnostyka zaś ma śledzić wiedzę na temat sposobów interpretowania rozmaitych przejawów zaburzeń mowy w przeszłości i na temat – istniejących zapewne od zarania dziejów ludzkich – metod prowadzących do ich usuwania.

Praktyka logopedyczna, operując stosownymi do typu zaburzenia metodami i technikami postępowania, ma bądź budować kompetencje (językową i komunikacyjną), bądź usprawniać realizację aktów komunikacyjnych, bądź wreszcie budować kompetencje i usprawniać realizację.

Tak pojęta logopedia mieści się w ramach szerokiej dyscypliny wiedzy, którą wyodrębnia się terminami „komunikacja językowa” albo „metalingwistyka” i której przedmiotem są wszelkie zachowania językowe.

III. OBJAWOWE I PRZYCZYNOWE KLASYFIKACJE ZABURZEŃ MOWY

Zaburzenia mowy oglądane są od wieków z dwu perspektyw. Najpierw wskazywano na postać zniekształconego tekstu, jaki powstał w wyniku zaburzonych czynności biologicznych warunkujących mowę. Budowano interpretacje, które dzisiaj nazywamy klasyfikacjami objawowymi. Druga perspektywa ukazuje zaburzenia mowy poprzez ich przyczyny, których lekarze doszukiwali się także przede wszystkim w dysfunkcjach czynności biologicznych. Próbowano wreszcie połączyć obydwie perspektywy, tworząc klasyfikacje przyczynowo-objawowe – i takie właśnie najczęściej spotykamy we współczesnej literaturze medycznej i logopedycznej.

Warto na wstępie zauważyć, że rozwój myśli logopedycznej ujawnił się najpierw w naukach medycznych. Nauki te i tylko one przez długi czas wyznaczały zakres refleksji teoretycznej i jej głębokość. Kształtowały także kierunki i metody terapii rozpoznanych i opisanych zaburzeń mowy.

Klasyfikacje objawowe

Pierwsze syntetyczne ujęcie zaburzeń mowy, przedstawione w postaci typologii, przypisuje się żyjącemu w XVIII w. francuskiemu lekarzowi o nazwisku Francois Boissier de Lecroix Sauvages (1706-1767). Wyróżnił on trzy grupy zaburzeń²⁰:

- 1) zaburzenia głosu,
- 2) niemotę,
- 3) zaburzenia w mówieniu („bełkotanie”), a wśród nich:
 - jękanie,
 - mogilalię (chodziło zapewne o zaburzenia w realizacji fonemów),
 - paralalię (zaburzenia ciągu fonicznego).

Łatwo dostrzec, że zarys tej klasyfikacji, ujmującej przejawy zaburzeń w tekstach językowych, odnajdujemy i w typologiach współczesnych. Dopiero w połowie XX w. do dyskusji nad istotą zaburzeń mowy, ich pełnym obrazem, włączyła się lingwistyka i częściowo psychologia (szczególnie neuropsychologia). Zastanawiające jest, że lekarze, przedstawiciele dyscypliny, której istotą pozostaje objaśnianie stanów poprzez przyczyny, w syntetycznych opisach zaburzeń mowy akurat przyczyny pozostawili na uboczu. Stan taki trwał jeszcze w XIX w. Obowiązywała klasyfikacja F. de Sauvages'a, rozmaicie modyfikowana pod względem terminologicznym. I tak np. Józef Frank (1771-1842), pracujący w Wilnie lekarz pochodzenia niemieckiego, wyróżniał²¹:

²⁰ Referuję zgodnie z interpretacją W. Ołtuszewskiego [1905], zawartą w książce *Szkice nauki o mowie i jej zboczeniach*.

²¹ Por. [Ołtuszewski 1905 s. 21].

- 1) zaburzenia głosu (parafonię),
- 2) dyslalię (do której zaliczał niemotę na tle głuchoty i niedorozwoju umysłowego),
- 3) mogilalię (utrudnione wymawianie poszczególnych głosek, jąkanie).

W zaprezentowanych typologiach łatwo dostrzec zamęt terminologiczny, nieokreślone, krzyżujące się, a czasami tożsame zakresy znaczeniowe pojęć. Jest to zresztą cecha i współczesnych nam rozpraw, świadcząca o tym, że zręby teoretyczne logopedii ciągle się chwieją.

Trwały schemat objawowej typologii zaburzeń mowy, aktualny do dziś, ustalił lekarz niemiecki Adolf Kussmaul (1822-1902). Z ogólnej klasyfikacji de Saurages'a wyłączył zaburzenia głosu i do zaburzeń artykulacyjnych dodał (co było nowością) „zaburzenia mowy”, które należy rozumieć jako zaburzenia formy językowej (gramatycznej postaci wypowiedzi), oraz oddzielnie zaburzenia ujawniające się w znaczeniu wypowiedzi. Klasyfikacja Kussmaula rysuje się następująco:

1. Zaburzenia artykulacji
 - jąkanie,
 - bełkotanie.
 2. Zaburzenia mowy (w tym także mowy wewnętrznej), określone terminem „dysfazje”.
 3. Zaburzenia treści – „dyslogie”.
- Zaburzenia wymowy, a więc „jąkanie” i „bełkotanie”, zalicza A. Kussmaul do zjawisk, które nazywa „dyzartrią”.

We współczesnej polskiej literaturze logopedycznej trwałe miejsce znalazła objawowa klasyfikacja zaburzeń mowy opracowana przez Leona Kaczmarka. Łatwo zauważyć, że Kussmaulowski zrab klasyfikacji został uzupełniony i zmodyfikowany w myśl strukturalistycznych założeń analizy językowej. Wyróżnia więc L. Kaczmarek:

- I. Zaburzenia treści:
 1. Zaburzenia procesu uogólniania i abstrakcji.
 2. Brak logiki w zbudowanych tekstach.
 3. Nieprawidłowości w ukierunkowaniu myślenia.

Zaburzenia te, zdaniem Kaczmarka, właściwe są schizofrenii (zaburzenia mowy w tym schorzeniu nazywa się schizofazją) i psychopatii.
- II. Zaburzenia języka (formy językowej):
 1. Niemota.
 2. Afazja.
 3. Alalia.
 4. Agramatyzm.
 5. Przejęzyczenie (pomyłka).
- III. Zaburzenia substancji:
 - a) w płaszczyźnie suprasegmentalnej: jąkanie, rynolalia, wymowa bezkrtaniowców, afonia, gielkot, bradylalia, tachylalia,

- b) w płaszczyźnie segmentalnej: dyslalia,
- c) w płaszczyźnie suprasegmentalnej i segmentalnej: palatolalia, mutyzm.

W późniejszej pracy dotyczącej tego zagadnienia L. Kaczmarek [1977] dokonał korekty swojej koncepcji i zaproponował oddzielenie zaburzeń mowy od zniekształceń wypowiedzi. Zaburzenia mowy, w jego interpretacji, polegają na tym, że „albo nie umiemy właściwie zbudować wypowiedzi, albo też jej percypować”. Każde zaburzenie „zniekształca w mniejszym lub większym stopniu [...] wypowiedź”, tj. jej treść, formę i substancję. Skonstatujmy zatem, że zaburzenia – zdaniem Kaczmarka – polegają na braku kompetencji językowej lub na niedostatecznie wykształconej sprawności w realizowaniu tekstu. Zniekształcenia wypowiedzi zaś są usterkami tekstu.

To słuszne, jak sądzę, przeciwstawienie nie doprowadziło w nowej propozycji do istotnych zmian poza zastąpieniem słowa „zaburzenia” słowem „zniekształcenia”. Wyróżnia więc L. Kaczmarek wśród „zaburzeń mowy”: „zniekształcenia treści”, „zniekształcenia języka” i „zniekształcenia substancji”, a w ich obrębie zjawiska wydzielone w pierwotnej klasyfikacji.

Krytyki klasyfikacji Kaczmarka dokonałem w artykule *Logopedyczna klasyfikacja zaburzeń mowy* [Grabias 1994 b]. Poddane tam krytyce tezy sprowadzają się w dużej mierze do poglądu, że w proponowanym przez Kaczmarka obrazie funkcjonowania języka ujawnia się autonomia jego komponentów: treść, forma i substancja są bytami od siebie niezależnymi. Nieprawdziwe to – jak sądzę – stanowisko, będące zresztą wynikiem przyjęcia tezy funkcjonującej swego czasu w lingwistyce strukturalnej, prowadziło do fałszywej interpretacji afazji, alalii i niemoty, które, zdaniem Kaczmarka, polegają na zaburzeniu formy językowej. Tymczasem ujawniają się w nich zaburzenia realizacji wszystkich składników wypowiedzi. Nieprawdą też jest, że schizofazja dotyczy tylko zaburzeń treści, a jąkanie – tylko zaburzeń substancji. W schizofazji w znacznym stopniu ujawniają się zaburzenia formy tekstu (niekiedy również substancji), a komunikacyjne strategie w wypadku osób jękających się prowadzą do wypowiedzi tautologicznych (zaburzenia treści) i zakłóceń w spójności tekstu (zaburzenia formy).

Zaletą klasyfikacji L. Kaczmarka jest udana w dużej mierze próba uporządkowania terminologicznego i pojęciowego chaosu, szczególnie w grupie zaburzeń w zakresie substancji. Jednakże wprowadzenie pojęcia dyslalii na oznaczenie wszystkich zaburzeń ujawniających się „w płaszczyźnie segmentalnej” uważam za jeden z ważniejszych mankamentów propozycji L. Kaczmarka. Termin ten uczynił Kaczmarek nośnikiem tak różnych w swych przyczynach i sposobach terapii zjawisk (np. realizacja fonemów w rozszczepach podniebienia i w afazji), że upodabniający mechanizm (niewłaściwa realizacja fonemów) wydaje się w procesie poszukiwania ich istoty zupełnie drugorzędny.

Niewątpliwym osiągnięciem L. Kaczmarka jest przełamanie mechanicznego biologizmu, zawartego w objawowych klasyfikacjach zaburzeń mowy poprzedzających jego typologię. Wprowadzenie pojęć: „forma językowa”, „cerebracja”, „język wewnętrzny” pozwoliło dostrzegać w procesie komunikacji językowej i jego zaburzeniach także wymiar umysłowy.

Klasyfikacje przyczynowe

Spójną, ciągle niedocenioną – jak sądzę – klasyfikację przyczynową zaproponował w 1905 r. polski lekarz Władysław Ołtuszewski. Wykorzystując klasyfikację niemiecką, szczególnie autorstwa H. Gutzmana, wyróżnia Ołtuszewski:

1. Zaburzenia ośrodkowe:

- afazje – powstają na tle zaburzeń wszelkiej percepcji: afazja percepcyjna, zaburzenia związane z głuchotą, zaburzenia związane z niedorozwojem umysłowym, „bełkotanie”,
- dyzartrie – powstają na tle zaburzeń motorycznych: zaburzenia związane z porażeniem, jękanie pochodzenia centralnego, nosowanie na tle porażenia.

2. Zaburzenia obwodowe:

- dyzartrie: zaburzenia związane z rozszczepami podniebienia, zniekształceniami narządów mowy, inne „bełkotania”.

Zamysł W. Ołtuszewskiego wynika z chęci uporządkowania opisywanych zjawisk. Proponuje on wszelkie zaburzenia związane z percepcją zaliczyć do „afazji”, a zaburzenia dotyczące realizacji i objąć terminem „dyzartria”. Badania nad afazją ten klarowny obraz już wkrótce zmały: afazję powiązano z lokalizacją mózgową, a nie z typem czynności, jakimi poszczególne ośrodki korowe kierują. Trzeba także zauważyć fakt, że dziewiętnastowieczna w gruncie rzeczy koncepcja Ołtuszewskiego ujmująca problem zaburzeń mowy zgodnie z interpretacją, jaką mowie w ogóle nadają lingwistyczne teorie powstałe pod koniec XX stulecia, które budują swoje założenia na pojęciach kompetencji i wykonania (realizacji).

Powszechnie obecnie przyjmowana w praktyce logopedycznej przyczynowa klasyfikacja zaburzeń mowy została opracowana przez Irenę Styczek i opublikowana w 1970 r. w książce *Zarys logopedii*. Zaburzenia mowy I. Styczek dzieli na: 1) zewnątrzpochodne, tj. egzogenne (w rozumieniu autorki – środowiskowe), i 2) wewnątrzpochodne, tj. endogenne. Zaburzenia wewnątrzpochodne nazywa „wadami” i proponuje w ich obrębie wyróżniać:

- dysglosję: w związku z nieprawidłową budową narządów mowy lub z obniżeniem słyszalności,
- dyzartrię (anartrię): w związku z „uszkodzeniem ośrodków i dróg unerwiających narządy mowne”,
- dyslalię (alalię): w związku z „opóźnieniem wykształcenia się funkcji pewnych struktur mózgowych”,

- afazję: w związku z „uszkodzeniem pewnych struktur mózgowych”,
- jękanie: „zaliczane do nerwic”,
- nerwice mowy (mutyzm, afonia, zaburzenia tempa mowy),
- oligofazję: w związku z upośledzeniem umysłowym,
- schizofazję: w związku z chorobami psychicznymi.

Zrąb tej typologii znajdujemy w klasyfikacjach istniejących wcześniej – z pewnością w foniatrycznej klasyfikacji A. Mitrynowicz-Modrzejewskiej [1963]. Niejasny w typologii I. Styczek jest podział „zaburzeń mowy” na „zaburzenia mowy” (sic!) i „wady mowy”. Zupełnie nie wiadomo, jak w tej koncepcji należy traktować błąd językowy, skoro błędy właśnie – zjawiska wynikające z mieszania różnych socjolektalnych odmian języka (np. zjawisk języka literackiego i zjawisk języka potocznego) zalicza autorka omawianej typologii do „zaburzeń zewnątrzpochodnych”²². Zabrakło też miejsca na głuchotę, a umieszczenie zaburzeń mowy wynikających z niedosłuchu w obrębie dysglosji (pojęcie to odsyła tylko do niedostatków wymowy) musi budzić wątpliwości. Istotnym osiągnięciem I. Styczek jest oddzielenie dysglosji (zaburzenia związanego z realizacją systemu fonologicznego) i dyslalii (zaburzenia wynikającego z niemożności opanowania tego systemu). Myśl ta wynika zresztą z przesłania W. Ołtuszewskiego, by inaczej traktować te zaburzenia mowy, które rodzą się na tle kłopotów z percepcją, a inaczej te, które wynikają z niemożności realizacyjnych.

Zauważmy także, że klasyfikacja I. Styczek stanowi luźny, nie powiązany w gruncie rzeczy z sobą zbiór zaburzeń, które wyodrębnione zostały na zasadzie relacji między wiązkami przyczyn a ich skutkami. Postać tego typu klasyfikacji zależy od arbitralnych decyzji badacza. On bowiem decyduje o tym, jak rozległa jest wiązka przyczyn i czy to będzie rzeczywiście wiązka, czy też tylko jedna przyczyna (np. niezestawialne musi być upośledzenie umysłowe prowadzące do oligofazji i polip w jamie nosowej będący powodem rynolalii, porażenie mózgowe z upośledzeniem umysłowym i porażenie bez upośledzenia). W związku z tym każda typologia oparta na relacji przyczyny i skutku jest układem otwartym, ponieważ istnieje nieskończenie wiele przyczyn prowadzących do zaburzeń mowy i wiele możliwości kombinowania tych przyczyn. W wypadku omawianej typologii liczba zaburzeń wyodrębnionych przez I. Styczek wynika z tradycji ustalonej w literaturze medycznej, szczególnie w foniatrii.

²² Brakuje realnych podstaw, aby sądzić, że dziecko w normie intelektualnej, obdarzone słuchem i pozostające w kontakcie przynajmniej z kilkoma osobami (nawet w obrębie rodziny), właśnie od jednej z nich przejmuje niezgodne z normą wzorce artykulacyjne. Jeśli u dziecka ujawnia się analogiczne zaburzenie mowy jak u matki i jeśli dziecko kontaktuje się przy tym także z innymi osobami, to należy sądzić, że istnieją jakieś wewnętrzne przyczyny tego stanu rzeczy. Sądzę więc, że wydzielanie zaburzeń zewnątrzpochodnych jest nieporozumieniem, które wynika z mieszania pojęć: „błąd językowy” i „zaburzenie językowe”.

Przy okazji omawiania klasyfikacji przyczynowych warto pokusić się o refleksję ogólną. Klasyfikacje te wynikają z biologicznej interpretacji mowy, która istniała od wieków, a w wypadku opisu jej zaburzeń utrwaliła się w połowie XIX w. Biologizm ów wyraża się w zasadzie „synkretyzmu przyczyn i skutków”, która przyjmuje następującą postać: jeśli istnieje jakiś odbiegający od normy stan X, to musi istnieć i przyczyna Z.

W obrębie zjawisk biologicznych działania takiego mechanizmu nie sposób podważać. Zasada jest zweryfikowana i prawdziwa. Jeśli jednak wkraczamy z tą zasadą w zachowania językowe, gdzie mamy do czynienia z bytami biologicznymi, psychologicznymi i społecznymi jednocześnie, to biologiczna zasada prostego synkretyzmu przyczyn i skutków przestaje wystarczać. Człowiek w swoich zachowaniach językowych jest przecież nie tylko uwarunkowany, ale również i kreatywny. Dotyczy to szczególnie sfery psychicznej i sfery społecznej. Ale nawet i w biologicznej sferze brakuje prostej relacji synkretycznej. Okazuje się bowiem, że różne przyczyny prowadzą często do tych samych skutków i te same przyczyny powodują niekiedy różne skutki. Jeśli jeszcze uświadomimy sobie, że wyodrębnia się zaburzenia związane z jedną przyczyną oraz zaburzenia wynikające z istnienia rozmaicie układanych wiązek przyczyn, to dochodzimy do wniosku, iż zasada synkretyzmu przyczyn i skutków jest mało precyzyjnym narzędziem interpretowania zaburzeń mowy. W prawdziwości tej tezy utwierdza mnie interpretacja zaburzeń mowy zawarta w *Foniatryi klinicznej*, opracowanej pod redakcją A. Prusze-wicza [1992], w której zapewne dla pełności opisu w ogóle odstępiono od wyznaczania jednoznacznych relacji synkretycznych.

Typologia zaburzeń mowy prezentowana w tej publikacji rysuje się następująco:

1. Opóźniony rozwój mowy:
 - prosty,
 - na skutek uszkodzeń obwodowego narządu mowy,
 - na skutek uszkodzenia narządu słuchu i wzroku,
 - w niedorozwoju umysłowym,
 - w braku motywacji do mówienia,
 - w uszkodzeniach ośrodkowego układu nerwowego,
 - uwarunkowany rodzinie,
 - spowodowany słuchoniemotą,
 - spowodowany agnozą akustyczną,
 - spowodowany schorzeniami przemiany materii.
2. Zaburzenia artykulacji: bełkotanie, dysglosje.
3. Nosowanie.
4. Jąkanie.
5. Nerwowe, ośrodkowe i obwodowe, zaburzenia mowy i głosu: afazja, dyzartria, mutyzm.

6. Zaburzenia w schorzeniach psychicznych.

7. Dysgramatyzm.

8. Autyzm, mutyzm, logofobia.

Trudno doprawdy doszukać się w tej typologii jakiejś ogólnej zasady porządkowania wyodrębnionych zaburzeń. Interpretacje przyczynowe (opóźniony rozwój mowy; nerwowe, ośrodkowe i obwodowe, zaburzenia mowy i głosu; zaburzenia w schorzeniach psychiatrycznych) krzyżują się z ujęciami objawowymi (zaburzenia artykulacji; nosowanie; jąkanie; dysgramatyzm). Tak zbudowana typologia sugeruje, że w opóźnionym rozwoju mowy nie obserwuje się zaburzeń artykulacji, nosowania, jąkania, dysgramatyzmów i odwrotnie – autyzm, jąkanie, zaburzenia artykulacji nie prowadzą do opóźnień w rozwoju mowy, co przecież przeczy faktom.

Bardzo niejasne jest pojęcie „opóźniony rozwój mowy”. W omawianej publikacji zaprezentowane zostało jako zbiór dziesięciu zaburzeń, wyodrębnionych na zasadzie synkretyzmu przyczyn i skutków. Zaburzenia te są uotywowane różnorodnymi przyczynami, które prowadzą do tak dalece nieporównywalnych stanów, że interesujące nas pojęcie traci moc diagnostyczną i staje się synonimem wyrażenia „zaburzenia mowy u dzieci”. W przeciwieństwie jednak do tej formuły sugeruje, że wraz z upływem czasu rozwój mowy wyrówna się sam, co w większości wymienionych wypadków zupełnie jest niemożliwe.

Jak w każdej przyczynowej typologii, tak i w układzie przyczyn prowadzących do „opóźnionego rozwoju mowy” zawarte są zjawiska nieporównywalne, cechujące się różnitą komplikacją, np. brak motywacji do mówienia i uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego. Rysuje się przy tej okazji pytanie, dlaczego autorzy nie uwzględnili jeszcze innych przyczyn. Zbiór tych przyczyn jest bowiem całkowicie otwarty, skoro na przykład brak motywacji do mówienia i nie sprzyjające rozwojowi mowy uwarunkowania rodzinne stanowią dwie odrębne przyczyny. Dlaczego „prosty opóźniony rozwój mowy”, gdyby przyjąć jego istnienie, jest opóźnieniem „prostym”, skoro przez brak możliwości jego objaśnienia za pomocą konkretnych przyczyn staje się bardziej skomplikowany niż inne typy opóźnień?

W konsekwencji stosowania zasady „synkretyzmu” obraz zaburzeń mowy się gmatwa, a ich opis staje się zatomizowany. Wydziela się bowiem wielorakie zbiory, które są otwarte i nieporównywalne, bo zakresy ich składników wcale się nie pokrywają. Sytuacja taka utrudnia diagnozowanie konkretnych przypadków.

IV. LOGOPEDYCZNA KLASYFIKACJA ZABURZEŃ MOWY

Własną refleksję nad istotą zaburzeń mowy chcę rozpocząć od kilku założeń teoretycznych.

1. Przyjmuję stanowisko pozwalające utożsamiać mowę z komunikacją językową, a zaburzenia mowy traktować jako swoisty aspekt tej komunikacji, zdeterminowany jakimiś dysfunkcjami biologicznych lub psychicznych czynności jednostki.

2. W związku z tym za istotne uznaję oglądanie zaburzeń mowy z trzech perspektyw jednocześnie: z perspektywy biologicznej, psychicznej i społecznej. Postawa taka pozwoli, jak sądzę, uniknąć ciasnego biologizmu, jaki w opisach zaburzeń mowy niepodzielnie panuje od dwu stuleci²³.

3. Chcę widzieć zaburzenia mowy na tle pełnego obrazu komunikacji językowej. Postępowanie takie umożliwi znacznie szerszą ich interpretację, pozwoli bowiem dostrzegać nie tylko to, co w związku z określoną dysfunkcją istnieje – jej symptomy ujawniające się w zachowaniach językowych, ale również i to, czego nie ma, a co powinno istnieć, aby zachowania językowe były skuteczne i poprawne.

Poruszony problem wymaga głębszego objaśnienia. Proces diagnozowania zaburzeń mowy przebiega według następującego schematu:

– Ustalanie inwentarza zachowań i wyodrębnienie zachowań odbiegających od normy. W diagnozowaniu zaburzeń mowy najistotniejszy pozostaje inwentarz odbiegających od normy zachowań językowych.

²³ Dzieje się tak zapewne dlatego, że podstawy tych opisów tworzyli lekarze. I choć obecnie niemal wszyscy badacze podzielają stanowisko, że kompetencja językowa i kompetencja komunikacyjna są wiedzą (zatem bytem psychicznym) i że wiedza ta musi być kształtowana w sprzyjających warunkach społecznych, a jej niedostatek powoduje zwykle społeczną izolację jednostki i ograniczenie jej możliwości umysłowych, to stanowisko takie w niewielkim stopniu wpływa na interpretację zaburzeń mowy. Świadczy o tym choćby obowiązująca w praktyce medycznej klasyfikacja A. Pruszevicza, a w postępowaniu logopedycznym typologia I. Styczek, korzystnie zmodyfikowana ostatnio przez H. Mierzejewską (por. artykuł H. Mierzejewskiej i D. Emiluty-Roży w niniejszym tomie „Audiofonologii”).

W klasyfikacjach tych funkcjonowanie tak skomplikowanego, wielowymiarowego zjawiska, jakim jest mowa, chce się wprost powiązać z dysfunkcją jakiejś czynności biologicznej i następnie ustalić zakres związanych z dysfunkcją, a odbiegających od normy zachowań w zakresie mowy. Postępowanie takie musi prowadzić do rażących uproszczeń, ponieważ, jak dotąd, nie ma możliwości ustalenia, związanych z danymi przyczynami, w miarę pełnych inwentarzy zachowań językowych. Inwentarze, jakimi dysponujemy obecnie, ograniczają się tylko do zachowań odbiegających od normy i dotyczą przeważnie wymowy (w artykule H. Mierzejewskiej i D. Emiluty-Roży znajdujemy jedynie postulat, aby oglądać inne niż poziom fonologiczny komponenty systemu językowego i tylko językowego – autorki nawet nie wspominają o systemie komunikacyjnym). Tego typu opisy w niewielkim stopniu uwzględniają potrzeby praktyki logopedycznej. Każdemu logopedzie bowiem konieczny w postępowaniu terapeutycznym jest pełny obraz zachowań językowych zarówno systemowych, jak i komunikacyjnych, odbiegających od normy i zgodnych z normą.

– Orzekanie o dysfunkcjach w zakresie przebiegu określonych czynności biologicznych, psychicznych i społecznych i powiązanie tych dysfunkcji z odbiegającymi od normy zachowaniami językowymi.

– Docieranie do przyczyn dysfunkcji generujących zaburzenia mowy.

Słabość procesu diagnostycznego w logopedii dotyczy kilku momentów zarysowanego wyżej ciągu rozumowania.

3.1. Okazuje się, że mało precyzyjny i w gruncie rzeczy wyznaczony intuicyjnie jest zakres pojęcia „zachowania językowe odbiegające od normy”. Formy językowe bowiem mienia się różnorodnością, są wariantywne. W obrębie samej wymowy występują tak duże zbiory wariantów fonologicznych, że wszelkie próby orzekania o normie wymawianej powodują burzliwe dyskusje językoznawców. Im jednak głębiej wkraczamy w strukturę języka, tym bardziej orzekanie jest skomplikowane, a na poziomie reguł komunikacyjnych lingwistyka polska nie podjęła jeszcze żadnych prób kodyfikacji normy. W praktyce logopedycznej diagnozowanie zachowań językowych dokonuje się wyłącznie na podstawie wymowy, co przecież dotyczy niektórych tylko zaburzeń.

Logopedia polska ciągle stoi przed zadaniem opracowania narzędzi diagnostycznych dotyczących pełnej kompetencji językowej (poziomu fonologicznego, morfologicznego i składniowego) i pełnej kompetencji komunikacyjnej (poziomu budowania wypowiedzi: reguł społecznych, sytuacyjnych i pragmatycznych).

3.2. Dalece rozmyte są granice inwentarza zachowań językowych odbiegających od normy, a wyznaczanych w związku z określonymi dysfunkcjami.

Zachowania językowe wymagają skoordynowanego udziału czynności biologicznych, psychicznych i społecznych. Angażują pełną aktywność człowieka – aktywność fizyczną, intelektualną, wolicjonalną i emocjonalną. Próby ustalenia pełnych inwentarzy anormalnych zachowań językowych, generowanych określonymi dysfunkcjami, kończą się niepowodzeniem. W opisie jakiejś dysfunkcji ograniczamy się zwykle do wyodrębnienia kilku najbardziej dostrzegalnych cech (najczęściej w sferze wymowy, czasami tylko w sferze semantyki i składni), co powoduje, że opis jest banalny i uproszczony. Traci on swoją diagnostyczną moc, ponieważ zestaw analogicznych odbiegających od normy zachowań językowych można często przypisać jeszcze wielu innym dysfunkcjom.

Sprawę ponadto komplikuje fakt, że różne natężenia tej samej dysfunkcji prowadzą do rozmaitych inwentarzy anormalnych zachowań językowych.

3.3. Wiadomo wreszcie, że i ustalanie przyczyn dysfunkcji rozmaitych generujących zaburzenia mowy czynności biologiczno-psychicznych jest niezwykle skomplikowane i dalece niezadowolające. W literaturze medycznej operuje się analogicznymi wiązkami przyczyn przy objaśnianiu takich dysfunkcji, jak porażenie mózgowe, głuchota, rozszczep podniebienia, afazja dziecięca itp.

Wszystko to, co dotychczas zostało powiedziane, skłania do wniosku, że diagnozowanie osób dotkniętych zaburzeniami mowy musi angażować wszystkie sfery aktywności ludzkiej, a odbiegające od normy zachowania językowe pozostają jedynie wąskim odcinkiem procesu diagnostycznego.

Odwrotnie natomiast problem rysuje się w postępowaniu logopedycznym. Ustalanie inwentarzy anormalnych zachowań językowych stanowi ważny etap pracy nad programami terapeutycznymi. Jednakże równie ważnym etapem tej pracy musi być orzekanie pozytywne – przynosi je odpowiedź na pytanie: jaką kompetencją językową i komunikacyjną oraz jaką wiedzę o rzeczywistości diagnozowana osoba ma i jakimi sprawnościami komunikacyjnymi dysponuje?

Większość opisów zaburzeń mowy ogranicza się, niestety, do inwentaryzowania zachowań językowych odbiegających od normy, lekceważy realne możliwości komunikacyjne osób dotkniętych dysfunkcjami. W ten właśnie sposób ujmują problem wszystkie klasyfikacje. Tymczasem właśnie szerokie wykorzystywanie wszelkich możliwości komunikacyjnych człowieka z określoną dysfunkcją winno decydować o programach pracy terapeutycznej i o samym postępowaniu logopedycznym.

Aby te możliwości można było najpierw ujawnić, a następnie wykorzystać w terapii, zarówno badacz, jak i logopeda-praktyk muszą mieć głęboką znajomość reguł rządzących komunikacją językową.

4. Trzeba odróżnić „zaburzenia mowy” od „błędów językowych”. Różnica między obydwojoma pojęciami jest subtelna. W obydwu wypadkach mamy do czynienia z odstępstwem od norm językowych i komunikacyjnych. Jednakże pojęcie zaburzenia należy wiązać z niemożnością realizacji prawidłowej. Zaburzenie jest zawsze jedynie możliwym zachowaniem jednostki. Błąd językowy natomiast można poprawić – jest on dla jednostki zachowaniem jednym z wielu możliwych.

Perspektywa, która ma wyznaczyć zakres mojej refleksji, wynika z takiej oto postawy badawczej:

1. Aby człowiek mógł bez przeszkód uczestniczyć w komunikacji językowej, musi mieć do dyspozycji pewnego rodzaju kompetencje oraz pewnego typu sprawności. Trzeba podkreślić, że owe kompetencje i sprawności stanowią dwie strony tego samego zjawiska. Wzajemnie się warunkują tak, że kompetencje, które są wiedzą, nie mogą się pojawić w umyśle ludzkim bez określonych sprawności. Pewne sprawności zaś, przynajmniej te, które przyjmują postać realizacyjnych umiejętności, nie ujawniają się bez nabytej wcześniej kompetencji.

Jakie to są kompetencje i jakie sprawności?

2. W procesie komunikacji uczestniczą trzy rodzaje kompetencji:

– Kompetencja językowa: jest nią nieuświadamiana wiedza na temat zasad budowania zdań gramatycznie poprawnych. O kompetencji językowej decy-

dują: a) tkwiący w umyśle człowieka pełny zasób właściwych polszczyźnie fonemów, zbiór morfemów leksykalnych i gramatycznych oraz b) znajomość reguł morfonologicznych, morfologicznych i składniowych, pozwalających z fonemów budować konstrukcje morfemowe, z morfemów zaś zdania.

– Kompetencja komunikacyjna: stanowi ją, jak już o tym była mowa, wiedza na temat zasad użycia języka w grupie społecznej. Wiedzę tę zdobywamy w procesie socjalizacji. Ujawnia się ona w postaci systemu reguł, które organizują zachowania językowe na trzech płaszczyznach. Są to: reguły organizujące językowe role społeczne i reguły organizujące wypowiedzi przystające do sytuacji (tzw. reguły odpowiedniości), reguły organizujące wypowiedzi skuteczne (dotyczą wiedzy na temat sposobów realizowania intencji)²⁴.

– Kompetencja kulturowa: jest wiedzą na temat zjawisk rzeczywistości. Wiedza ta powstaje przy udziale języka. Bez języka poznajemy rzeczywistość w sposób namiastkowy. To w języku zawarte są narosłe przez wieki interpretacje zjawisk rzeczywistości. Bez pewnego zasobu tej wiedzy, właściwego członkom danej społeczności, komunikacja jest niemożliwa.

Warunkiem opanowania zarówno kompetencji komunikacyjnej, jak i kompetencji kulturowej jest wcześniejsze dysponowanie odpowiednim stopniem kompetencji językowej.

3. Sprawności decydujące o procesie nabywania kompetencji oraz o sposobach ich wykorzystania ujawniają się jako procesy biologiczne i jako czynności umysłu. Pierwsze z nich – sprawności biologiczne – przyjmują postać procesów percepcyjnych i realizacyjnych, drugie – komunikacyjne czynności umysłowe – są sprawnościami realizacyjnymi.

a) Układ percepcyjnych i realizacyjnych sprawności biologicznych, istotnych w procesie komunikacji językowej, rysuje się następująco:

– sprawny słuch fizyczny (jego dysfunkcja prowadzi do głuchoty lub niedosłuchu),

– właściwie funkcjonujący słuch fonematyczny (dysfunkcja ujawnia się w wielu zaburzeniach mowy, np. w alalii lub dyslalii),

– właściwie funkcjonujący słuch muzyczny (dysfunkcja prowadzi do zaburzeń prozodii mowy),

– mobilny mózg i wydolna pamięć (upośledzenie umysłowe zawsze, w różnym stopniu, wiąże się z zaburzeniami mowy, mechaniczne uszkodzenia mózgu prowadzą do afazji),

– właściwie funkcjonujący obwodowy układ nerwowy i działające bez zakłóceń mięśniowe, a czasami i kostne układy narządów mowy (zaburzenia w funkcjonowaniu tych układów ujawniają się w dysartrii lub dysglosji).

²⁴ Na temat kompetencji komunikacyjnej piszę w książce *Język w zachowaniach społecznych*, [Grabias 1997 s. 245-313].

b) Umysłowe sprawności realizacyjne²⁵, do których zaliczam sprawność systemową (umiejętność budowania zdań gramatycznie poprawnych) oraz sprawność komunikacyjną (umiejętność posługiwania się językiem w różnych sytuacjach życia społecznego), jawią się jako sposoby korzystania z wymienionych wyżej kompetencji (językowej, komunikacyjnej i kulturowej), zbudowanych wcześniej w umyśle człowieka.

Człowiek, obdarzony określonymi sprawnościami biologicznymi, zdobywa kompetencje od grupy społecznej, w której się pojawił i w której przychodzi mu wyrastać. Tajemnicą języka i językowej komunikacji pozostaje fakt, że istoty owych bytów psychicznych nie da się sprowadzić do sumy warunkujących je czynników (procesów biologicznych i społecznych). Są one ich kumulacją.

Przyczynowe i objawowe klasyfikacje zaburzeń mowy są dziełem bądź lekarzy, bądź językoznawców, bądź wreszcie psychologów. Wynikają one z rozstrzygania pytań konstruujących przedmioty badań dyscyplin reprezentowanych przez autorów tych klasyfikacji. Dla lekarza i psychologa istotna jest odpowiedź na pytanie: dlaczego doszło do zaburzenia czynności warunkujących mowę i jaki jest mechanizm zaburzonej czynności? Lingwista pyta o kształt budowanej w takich warunkach wypowiedzi oraz o skutki ułomnej wypowiedzi dla procesu porozumiewania się i poznawania rzeczywistości. Ostatni problem mieści się także w zainteresowaniach psychologa. Dyscypliny te nie odpowiadają na pytanie najważniejsze dla logopedy: co należy zrobić, aby zaburzony ciąg czynności komunikacyjnych poprawić?

Aby zbudować logopedyczną klasyfikację zaburzeń mowy, trzeba, uznając prawdziwość przedstawionego wyżej obrazu uwarunkowań procesu komunikacji językowej, dysponować jeszcze dwoma pojęciami: „procedura postępowania logopedycznego” i „strategia postępowania logopedycznego”. Na procedurę postępowania logopedycznego składa się całokształt zabiegów logopedycznych (terapeutycznych) stosowanych w określonym postępowaniu. Da się wyróżnić trzy procedury logopedyczne: budowanie kompetencji (językowej, komunikacyjnej, kulturowej); usprawnianie realizacji; odbudowywanie (odszukiwanie) kompetencji. Strategia postępowania logopedycznego jest rodzajem takiego postępowania, dokonywanego w ramach danej procedury, które wynika z percepcyjnych i realizacyjnych możliwości osoby dotkniętej zaburzeniami mowy.

Klasyfikacja zaburzeń mowy porządkująca postępowanie logopedyczne rysuje się następująco:

1. Zaburzenia mowy związane z niewykształconymi sprawnościami percepcyjnymi – procedurą logopedyczną jest budowanie kompetencji języko-

²⁵ Por. dokładnie na ten temat [Grabias 1994 a].

wej, komunikacyjnej i kulturowej (usprawnianie realizacyjne staje się procedurą wtórną):

– głuchota i niedosłuch: kompetencje nie wykształcają się w ogóle lub wykształcają się w stopniu nie wystarczającym do prawidłowej realizacji wypowiedzi w związku z niewłaściwie funkcjonującym słuchem fizycznym;

– alalia i jej wycofujące się stadium – dyslalia: kompetencje nie wykształcają się w ogóle lub wykształcają się w stopniu nie wystarczającym do prawidłowej realizacji wypowiedzi w związku z niewłaściwie funkcjonującym słuchem fonematycznym;

– oligofazja: kompetencje nie wykształcają się w ogóle lub wykształcają się w stopniu nie wystarczającym do prawidłowej realizacji wypowiedzi w zależności od stopnia niedorozwoju umysłowego.

Brak kompetencji (językowej, komunikacyjnej, kulturowej) lub kompetencje niedostatecznie wykształcone prowadzą albo do niemoty, albo do namiastkowych realizacji wypowiedzi. W wypadkach dyslalii brak kompetencji ogranicza się tylko, w większym lub mniejszym stopniu, do systemu fonologicznego, a niewłaściwa realizacja dotyczy albo grupy fonemów, albo jednego fonemu, albo wreszcie jednej kategorii fonologicznej (dźwięczności w wypadkach tzw. mowy bezdźwięcznej). W oligofazji na niedostatecznie opanowane kompetencje nakładają się zwykle trudności związane z motoryką narządów mowy.

2. Zaburzenia mowy związane z brakiem lub niedowładem sprawności realizacyjnych (przy zdobytych kompetencjach) – procedurą logopedyczną jest usprawnianie realizacji różnych poziomów systemu komunikacyjnego:

a) zaburzenia realizacji fonemów:

– dysglosja: wynika z anomalii tkwiących w budowie narządów artykulatoryjnych (np. w wypadkach rozszczepów podniebienia, nieprawidłowościach zgryzu); prowadzą one do niewłaściwej realizacji fonemów, czasami także do realizacji niektórych prozodycznych komponentów ciągu fonicznego (np. nosowanie w wypadkach rozszczepów podniebienia);

b) zaburzenia realizacji ciągu fonicznego:

– mowa bezkrtaniowców: ujawnia się w postaci bezgłosu lub niewłaściwej realizacji oddechu i prozodycznych komponentów ciągu fonicznego, szczególnie natężenia i barwy dźwięków,

– gielkot: ujawnia się w postaci wzmożonego tempa realizacji ciągu fonicznego,

– jąkanie: zaburzeniu ulega płynność realizacji ciągu fonicznego, a wraz z nią zaburzone są intonacja i akcent; zaburzenia ciągu fonicznego prowadzą zwykle do zaburzeń spójności wypowiedzi;

c) zaburzenia realizacji fonemów i ciągu fonicznego:

– anartria i dyzartria: związane są z uszkodzeniami ośrodków i dróg unerwiających narządy mowy; ujawniają się albo w postaci braku możliwości

realizacyjnych, albo w niewłaściwej realizacji fonemów i zaburzonej realizacji niemal wszystkich prozodycznych komponentów ciągu fonicznego (rytmu, natężenia dźwięków, tempa mówienia, intonacji, akcentowania itp.).

Każde zaburzenie pomieszczone w tej grupie jest w gruncie rzeczy zaburzeniem sprawności komunikacyjnych: utrudnia interakcję językową, prowadzi do namiastkowego wykorzystania zdobytych przecież kompetencji (językowej, komunikacyjnej i kulturowej). I tak np. jękający się mówią niechętnie, ograniczają długość wypowiedzi, co odbija się na jej strukturze, a bloki realizacyjne zniekształcające ciąg foniczny prowadzą do tekstów tautologicznych.

3. Zaburzenia mowy związane z rozpadem systemu komunikacyjnego – procedurą logopedyczną jest odbudowywanie wszystkich typów kompetencji i usprawnianie realizacji:

– afazja: zaburzenia wynikające z uszkodzeń korowych ośrodków mowy, ujawniające się w postaci pełnego lub częściowego rozpadu wszystkich typów kompetencji (afazja sensoryczna) i/lub zaburzeń sprawności realizacyjnych (afazja motoryczna); pojawia się tendencja odchodzenia od wyraźnych podziałów afazji, a wraz z nią teza, że uszkodzenia ośrodków lewej półkuli prowadzą do rozpadu kompetencji językowej (niemożność budowania zdań gramatycznie poprawnych), a uszkodzenia innych ośrodków (np. płatów czołowych i/lub ośrodków półkuli prawej) – do rozpadu kompetencji komunikacyjnej (niemożność budowania wypowiedzi spójnych językowo i sytuacyjnie);

– schizofazja: jest wynikiem schizofrenii, a ujawnia się w postaci niespójnych wypowiedzi językowych; zaburzenia w rozmaity sposób dotyczą struktury całych tekstów (struktura zdania w zasadzie pozostaje nienaruszona), i to zarówno tekstów dialogowych, jak i monologowych; wiążą się one ze swoistą interpretacją zjawisk rzeczywistości.

Poszczególne rodzaje zaburzeń mowy, wydzielone w obrębie zaprezentowanych klas odznaczających się jednolitą procedurą logopedyczną, wymagają swoistych strategii postępowania. I tak np. inna strategia postępowania logopedycznego potrzebna jest osobom dotkniętym głuchotą (należy od podstaw budować wszystkie rodzaje kompetencji), inna – dotkniętym niedosłuchem (należy kompetencje rozbudowywać). Podobnie problem rysuje się w wypadkach alalii: alalia wymaga budowania wszystkich typów kompetencji, dyslalia – budowania tylko elementów systemu fonologicznego, ponieważ nie zdołał się on w pełni ukształtować w umyśle.

Łatwo zauważyć, że zaburzenia grupy drugiej dotyczą tylko realizacji systemu fonologicznego: w dysglosji ujawnia się niewłaściwa realizacja fonemów; mowa bezkrtaniowców, jękanie i gielkot polegają w zasadzie na wadliwej realizacji prozodycznych komponentów ciągu fonicznego (natężenie głosu, tempo i płynność mówienia); w dyzartrii obserwujemy zaburzenia reali-

zacji wszystkich komponentów systemu fonologicznego. Wymienione wypadki zaburzeń łączy wspólna procedura, jaką jest usprawnianie realizacji (korekcja przebiegu czynności mówienia), a różnicują odrębne dla każdego typu strategię postępowania logopedycznego. Wreszcie w afazji (pomieszczonej w grupie trzeciej) strategia polega bądź na odnajdywaniu w umyśle mówiącego wszystkich rodzajów kompetencji (afazja sensoryczna), bądź bardziej na usprawnianiu realizacji systemu językowego i komunikacyjnego (afazja motoryczna). Należy też dodać, że schizofazja raczej nie poddaje się metodom terapii wypracowanym przez logopedię.

Bibliografia

- Baudouin de Courtenay J., 1889: O zadaniach językoznawstwa, „Prace Filologiczne” 3 (prze-
druk w: O języku polskim. Wybór prac. Red. J. Basara, M. Szymczak, Warszawa 1984
s. 399-422).
- Bogdanowicz M., 1989: Trudności w pisaniu u dzieci, Gdańsk.
- Bogdanowicz M., 1990: Integracja percepcyjno-motoryczna. Metody diagnozy i terapii, War-
szawa.
- Bokus B., 1991: Tworzenie opowiadań przez dzieci. O linii i polu narracji, Kielce.
- Boniecka B., 1995: Pragmatyczne aspekty wypowiedzi dziecięcych, seria „Komunikacja języ-
kowa i jej zaburzenia” 10. Red. S. Grabias, Lublin.
- Boniecka B., 1997: Kształt dziecięcego słowa, seria „Komunikacja językowa i jej zaburzenia”
11. Red. S. Grabias, Lublin.
- Borowiec H., 1996: Słownictwo elementarzy a możliwości umysłowe dziecka, seria „Komuni-
kacja językowa i jej zaburzenia” 12. Red. S. Grabias, Lublin.
- Chomsky N., 1957: Syntactic structures, Mouton.
- Chomsky N., 1982: Zagadnienia teorii składni, Wrocław.
- Gałkowski T., 1995: Dziecko autystyczne w środowisku rodzinnym i szkolnym, Warszawa.
- Głuchota a język, 1994: Red. S. Grabias, seria „Komunikacja językowa i jej zaburzenia” 7,
Lublin.
- Grabias S., 1991: Logopedia, jej przedmiot i stopień zaawansowania refleksji metanaukowej.
W: Przedmiot logopedii. Red. S. Grabias, seria „Komunikacja językowa i jej zaburzenia”
1 s. 26-48.
- Grabias S., 1994 a: Język w nauczaniu niesłyszących. Zasady programowania systemu komu-
nikacyjnego. W: Głuchota a język. Red. S. Grabias, seria „Komunikacja językowa i jej
zaburzenia” 7, Lublin.
- Grabias S., 1994 b: Logopedyczna klasyfikacja zaburzeń mowy. „Audiofonologia” T. VI.
- Grabias S., 1997: Język w zachowaniach społecznych, Lublin.
- Gruca F., 1983: Zagadnienia metalingwistyki. Lingwistyka – jej przedmiot, lingwistyka sto-
sowana, Warszawa.
- Herzyk A., 1992: Afazja i mutyzm dziecięcy, Lublin.
- Herzyk A., 1993: Asymetria mózgowa a zachowanie. Wybrane zagadnienia diagnozy i terapii
neuropsychologicznej, Lublin.
- Herzyk A., Kądziaława D. (red.), 1996: Zaburzenia w funkcjonowaniu człowieka z perspek-
tywy neuropsychologii klinicznej, Lublin.
- Herzyk A., Kądziaława D. (red.), 1997: Związek mózg–zachowanie w ujęciu neuropsychologii
klinicznej, Lublin. Hymes D., 1980: Socjolingwistyka i etnografia mówienia. W: Język
i społeczeństwo. Red. M. Głowiński s. 41-82.

- Kaczmarek B., 1993: Płaty czołowe a język i zachowanie człowieka, Lublin.
- Kaczmarek L., 1975: Korekcyjna klasyfikacja zaburzeń słownego i pisemnego porozumiewania się. „Logopedia” 12 s. 5-13.
- Kaczmarek L., 1977: Rewalidacja dzieci i młodzieży z zaburzeniami mowy. W: Pedagogika rewalidacyjna. Red. A. Hulek, Warszawa s. 284-302.
- Kaczmarek L., 1988: Nasze dziecko uczy się mowy, Lublin.
- Kaczmarek L., 1991: O polskiej logopedii. W: Przedmiot logopedii. Red. S. Grabias, seria „Komunikacja językowa i jej zaburzenia”. Lublin.
- Kielar-Turska M., 1989: Mowa dziecka. Słowo i tekst, Kraków.
- Krakowiak K., 1995: Fonogesty jako narzędzie formowania języka dzieci z uszkodzonym słuchem, seria „Komunikacja językowa i jej zaburzenia” 9. Red. S. Grabias, Lublin.
- Krakowiak K., 1998: W sprawie kształcenia języka dzieci i młodzieży z uszkodzonym słuchem, seria „Komunikacja językowa i jej zaburzenia” 14. Red. S. Grabias, Lublin.
- Kurkowski M., 1996: Mowa dzieci sześciolletnich z uszkodzonym narządem słuchu, seria „Komunikacja językowa i jej zaburzenia” 13. Red. S. Grabias, Lublin.
- Kussmaul A., 1877: Die Störung der Sprache, Berlin (polski przekład: Zboczenia mowy, Warszawa 1879).
- Mitrynowicz-Modrzejewska A., 1963: Fizjologia i patologia głosu, słuchu i mowy, Warszawa.
- Mystkowska H., 1970: Właściwości mowy dziecka sześciu- i siedmioletniego, Warszawa.
- Oftuszewski W., 1905: Szkic nauki o mowie i jej zboczeniach, Warszawa.
- Osiejuk E., 1994: Problematyka dyskursu w neuropsychologii poznawczej, Warszawa.
- Parol U., 1989: Dziecko z niedokształceniem mowy. Diagnoza, analiza, terapia, Warszawa.
- Prusiewicz A. (red.), 1992: Foniatria kliniczna, Warszawa.
- Rakowska A., 1992: Rozwój systemu gramatycznego u dzieci głuchych, Kraków.
- Rittel T., 1993: Logopedia w systemie pojęciowym lingwistyki edukacyjnej. W: Opuscula logopaedica in honorem Leonis Kaczmarek, Lublin s. 72-81.
- Rośłowski B., 1990 a: Badanie poziomu tempa czytania, Gdańsk.
- Rośłowski B., 1990 b: Nauka czytania i pisanie, Gdańsk.
- Rośłowski B., 1991: Słuch fonemowy i fonetyczny, Gdańsk.
- Shugar G. W., 1995: Dyskurs dziecięcy. Rozwój w ramach struktur społecznych, Warszawa.
- Sołtys-Chmielowicz A., Tkaczyk G., 1993: Usprawnianie mowy u dzieci specjalnej troski, seria „Komunikacja językowa i jej zaburzenia” 6. Red. S. Grabias, Lublin.
- Saussure F. de, 1961: Kurs językoznawstwa ogólnego, Warszawa (pierwsze francuskie wydanie w 1916 r.).
- Styczek I., 1970: Zarys logopedii, Warszawa.
- Styczek I., 1981: Logopedia, Warszawa.
- Surowaniec I., 1994: Przedmiot logopedii, „Logopedia” 21.
- Tarkowski Z., 1992: Jąkanie wczesnodziecięce, Warszawa.
- Tarkowski Z., 1993: Od logopedii lingwistycznej do terapeutycznej. Powrót do źródeł, „Biuletyn” 1 s. 66-69.
- Woźniak T.: Zaburzenia języka w schizofrenii (w druku), seria „Komunikacja językowa i jej zaburzenia” 16. Red. S. Grabias, Lublin.