

Józef Tadeusz Kania

Problemy badania zaburzeń języka w afazji

Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio F, Nauki Filozoficzne i Humanistyczne 22, 131-150

1967

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Z Katedry Języka Polskiego Wydziału Humanistycznego UMCS
Kierownik: prof. dr Leon Kaczmarek

J ó z e f K A N I A

**Problem badania zaburzeń języka w afazji
(uwagi do metodyki językoznawczej)**

Исследование расстройств речи при афазии (Замечания
к лингвистической методике)

Problème de l'examen des troubles du langage dans l'aphasie
(remarques relatives aux méthodes linguistiques)

W pracach poświęconych afazji wiele uwagi przywiązuje się do metodyki badania. Sytuacja ta ma swoje uzasadnienie w pewnych obiektywnych faktach, jak konieczność konstruowania sądów dotyczących istoty zaburzeń w oparciu o bardzo wybiórcze i najczęściej zmienne, a na pozór nie powiązane symptomy, złożoność samego przedmiotu badania, interdyscyplinarny charakter patologii mowy w ogóle, a afazji w szczególności, bogactwo komponentów afatycznych i symptomów towarzyszących oraz ich ilościowa i jakościowa dynamika itp. Mimo iż przedmiot badania jest wspólny — zaburzenia mowy o określonej etiologii, posiadające niepowtarzalne cechy specyficzne — badaczy, przedstawicieli różnych dyscyplin, interesują odmienne jego aspekty. Tak np. jeśli językoznawcę interesuje w afazji zaburzenie języka jako systemu znaków konwencjonalnych, służących do porozumiewania, to neuropsycholog stara się ustalić objawy zaburzenia mowy i stwierdzić ich charakter, a w oparciu o uzyskane dane określa miejsce uszkodzenia mózgu (diagnostyka) i poszukuje dróg i sposobów kompensacji zaburzeń. Upraszczając zagadnienie można powiedzieć, że badanie zakłóceń języka w afazji jest dla językoznawcy celem, dla neuropsychologa zaś środkiem. Stworzona dla tych częściowo różnych celów metodyka dostarcza danych, z których pograniczna dyscyplina najczęściej w pełni nie może korzystać, gdyż nie mieszczą się one w systemie jej pojęć, a przy tym

jaskrawo narzucają się wszelkie luki w tak zgromadzonym materiale. Ale nawet i wówczas, gdy neuropsycholog wyłącznie koncentruje się na zaburzeniach języka, ujawniają się różnice, będące rezultatem odmiennych poglądów teoretycznych na język. Psycholog bada głównie mowę, językoznawca zaś, mając do czynienia z przeróżnymi faktami mowy stara się badać coś zasadniczo różnego, mianowicie język. Konsekwencje tego faktu są nadzwyczaj doniosłe, ujawniają się m. in. już w odmiennym rozumieniu podstawowych terminów np. funkcji ekspresywnej i impresywnej języka.¹ Naszą konfrontację świadomie ograniczyliśmy do językoznawstwa i neuropsychologii, tj. do dyscyplin najbardziej pokrewnych w zespole nauk badających afazję, by tym jaskrawiej wykazać istniejące rozbieżności.

Z drugiej znów strony sam obraz patologiczny jest uzależniony od szeregu bardzo różnych czynników, których właściwa analiza w obrębie jednej dyscypliny jest często wręcz niemożliwa. Przedstawiciele różnych nauk badając afazję wnoszą do opracowań nie tylko własną terminologię, ale i specyficzny sposób badania (metody najczęściej mechanicznie przeniesione z własnych badań, bez uwzględnienia specyfiki nowego materiału), typ rozumowania przejawiający się w konstruowaniu hipotez, sposobie interpretacji itp. Obecnie warunkiem postępu badań afazji jest nieskrępowana apriorycznymi założeniami współpraca stron zainteresowanych. Tylko w ten sposób będzie można uniknąć, w badaniach afazji szczególnie niebezpiecznej, materiałowej i interpretacyjnej jednostronności. Naszym zdaniem współpraca taka winna obejmować wszystkie ogniwa procesu badawczego, etap wzajemnych konsultacji, przygotowanie metodyki badania, samo badanie i rejestrację (koniecznie uzupełniające się protokoły wszystkich osób uczestniczących w badaniu), interpretację uzyskanych materiałów, powtórne w miarę możliwości ich sprawdzenie i przekonsultowanie. Same wnioski winny być formułowane zawsze w dwu aspektach: a) sugestie dotyczące zaburzenia, jego typu, mechanizmu itp., b) wnioski dla normy, osobno w zakresie każdej dyscypliny. Współpracujący nie mogą stać sztywno na pozycji, które im wyznacza ich własna dyscyplina, winni wykazać elastyczność nie naruszającą jednak ścisłości naukowej. W tej współpracy językoznawców, psychologów, neuropsychologów, neurologów, neurochirurgów, neurofizjologów i teoretyków informacji szczególna rola przypada metodyce badania. W pierwszym okresie musi być ona suma-

¹ Znaczenie ujednoczenia terminologii we współpracy językoznawców i lekarzy było akcentowane w artykule G. Kandlera, por. *Zur Terminologie der zentralen Sprachstörungen. Ein Kernpunkt der Zusammenarbeit von Sprachwissenschaft und Sprachheilkunde*, „Zeitschrift für Phonetik und Allgemeine Sprachwissenschaft” 1959, z. 1—4, s. 145—160.

ryczna, winna uwzględniać w miarę możliwości wszystkie momenty interesujące poszczególne dyscypliny, na dalszych etapach współpracy postępująca integracja doprowadzi do praktycznych uproszczeń i ułatwień, co będzie bez szkody dla dokładności i ścisłości opracowania. Tak więc kompleksowy problem wymaga kompleksowego badania w warunkach harmonijnej współpracy. Jej pouczające przykłady można już odnotować zarówno w fonologii², jak i w gramatyce.³ Ale dziś jeszcze mimo wszystko nie można mówić o afazjologii, tj. o osobnej dyscyplinie badającej wyłącznie afazję, jako o realnej rzeczywistości.⁴

Wypowiedzi językoznawców odnoszące się do metodyki badania afazji są nieliczne i zadziwiająco podobne. Już u Szczerby (1945) znajdujemy niemal wszystkie charakterystyczne cechy metodyki językoznawczej:

„Trzeci typ języków, który według mnie wymagałby skrupulatnego badania — to język wszelkich afatyków. Sam tym nie zajmowałem się, ale stosunkowo dużo rozmyślałem o organizacji podobnych badań. Przede wszystkim trzeba uzyskać dostateczne materiały, tj. zapisy mowy (parole) afatyków. Byłoby dobrze, gdyby te zapisy można było robić na taśmie magnetofonowej przy pomocy bardzo czułego mikrofonu: byłyby to po pierwsze, całkiem wiarygodne teksty, a po drugie, pozwoliłoby to włączyć w zakres badań i fonetykę. Uzyskane teksty trzeba dać doświadczonemu językoznawcy, który oczywiście powinien być obecny przy samym zapisie tekstów, by mieć jak najwięcej danych dla ich rozumienia. Na podstawie tych tekstów lingwiści powinni próbować zestawić „system” (gramatykę i słownik) dialektu afatyka w momencie zapisu, podobnie jak na podstawie dialektologicznych tekstów mogą oni zestawić gramatykę i słownik danego dialektu. Zrozumiawszy system języka afatyka w całości i porównawszy go z normalnym, niekiedy będą oni w stanie zaobserwować przyczyny błędów w mowie afatyka, zalecać celowe środki dla usunięcia tych błędów i w wielu wypadkach zrozumieć związki między poszczególnymi elementami języka.”

„Tak oto znowu i praktyka leczenia zaburzeń mowy (których obecnie tak wiele w związku ze zranieniami i kontuzjami głowy) i nauka o języku wiele by zyskały na współpracy logopedów i lingwistów.”⁵

Zgodnie z wymaganiami współczesnej lingwistyki podstawę materiałową językoznawczych badań afazji mogą stanowić jedynie teksty wyprodukowane przez afatyków w warunkach spontanicznego (naturalnego) użycia języka w celach komunikatywnych. Odrzuca się zatem całkowicie eksperyment lingwistyczny, dlatego że nie oddaje on rze-

² Por. Th. Alajouanine, A. Ombredane, M. Durant: *Le syndrome de désintégration phonétique dans l'aphasie*, Paris 1939.

³ G. Kandler, F. Panse, A. Leischner: *Klinische und sprachwissenschaftliche Untersuchungen zum Agrammatismus*, Stuttgart 1952.

⁴ Taki termin proponuje m.in. W. W. Iwanow w rozprawie: *Lingwistika i issledowanija afazii* [w:] *Strukturno-tipologiczeskije issledowanija*, Moskwa 1962, s. 70—95.

⁵ L. W. Szczerba: *Oczerednyje problemy jazykowiedienija* [w:] *id.: Izbrannyje raboty po jazykowiedieniju i fonietike*, Leningrad 1958, s. 5—24.

czywistego stanu mowy afatyka, wyolbrzymiając lub maskując zaburzenia, które pojawiają się w spontanicznym mówieniu. Za istotny warunek prawidłowej analizy materiału patologicznego uznaje się — i zupełnie słusznie — bezpośredni kontakt lingwisty z badanym obiektem. Sama analiza niczym istotnym nie różni się od stosowanej w interpretacji tradycyjnego materiału. Tak więc uwaga językoznawców skupia się głównie na sposobach gromadzenia wiarygodnego materiału.

W traktowaniu tego zagadnienia często znajdujemy reperkusje poglądu, zgodnie z którym afazja jest pewnym odrębnym rodzajem języka, co szczególnie mocno uwidocznilo się w cytowanej wyżej wypowiedzi Szczerby. U podstaw takiego rozumienia zaburzeń afatycznych leży przeświadczenie, że są one czymś całkowicie stałym i trwałym. Problem stanu systemu językowego w afazji wymaga dopiero szczegółowych badań. Dla ludzi obeznanych z obwodową patologią języka cechą wyróżniającą afazję spośród zaburzeń peryferyjnych jest możliwość występowania zakłóceń obok tych samych elementów prawidłowo używanych, co dało też podstawę Iwanowowi nawet do wyróżniania dwóch stylów w mowie afatyka, jednego zgodnego z normą i drugiego, w którym uzewnętrzniają się zaburzenia.⁶ Nie wdając się w szczegółową ocenę merytoryczną tej obserwacji, co wymaga raczej osobnej pracy, należałoby zalecać dużą ostrożność w stosowaniu nazw i terminów używanych od dawna w ustalonym znaczeniu w językoznawstwie do faktów patologii mowy, gdyż to potencjalnie prowadzić może do nieporozumień, zwłaszcza gdy obraz zakłóceń języka nie jest w całej rozciągłości zbadany. Takie paralele wynikają najczęściej z chęci wykazania, że afazja stanowi poważny problem lingwistyczny i że analiza językoznawcza jest dla właściwego rozumienia zaburzeń nieodzowna.

W interpretacji faktów patologicznych szczególnie ważny jest punkt odniesienia, względem którego oceniać będziemy stwierdzone odstępstwa. Dla nas punktem odniesienia będzie język polski, w szczególności ta jego odmiana, którą dana jednostka posługiwała się przed zachorowaniem — język ogólny, dialekt itp. Fakt ten jest ważny zarówno przy badaniu systemu fonologicznego, jak i innych poziomów języka. Przy składni wyłonią się dalsze dodatkowe trudności wynikające z niedostatecznego opracowania tego działu w pewnych odmianach polszczyzny, np. w języku potocznym (mówionym), a siłą rzeczy takim materiałem dysponuje się przede wszystkim.

⁶ W. W. Iwanow: *op. cit.*, s. 74. Porównaj też uwagi G. Kandlera o tzw. „negative Stilistik” zawarte w artykule: *Linguistische Deutung zentraler Sprachstörungen* [w:] *Aktuelle Probleme der Phoniatrie und Logopädie*, vol. I, Basel — New York 1960, s. 201—207.

Zasadnicza trudność tkwi w tym, że lingwista badający afazję nie wie zgoła nic o języku pacjenta z okresu przed jego zachorowaniem, a koniecznie musi określić odmianę języka, którą chory się poprzednio posługiwał, a także jego indywidualne cechy językowe, równie ważne dla prawidłowej interpretacji zaburzeń języka. W fonologii nie trudno przecież o zbieżności między zakłóceniami afatycznymi, a faktami dialektalnymi, np. podobieństwo zewnętrzne między mazurzeniem w języku polskim i zaburzeniami w zasobie cech dystynktywnych przy spirantach typu *siš*, szczególnie uderzające w tych wypadkach, gdy dialekt cechuje pewne rozchwianie, charakterystyczne i dla zakłóceń afatycznych przy określonym stopniu nasilenia symptomów.

Fakt, że większość nosicieli gwary posługuje się również językiem literackim, jeszcze bardziej utrudnia ocenę zniekształceń. Tak np. chory HT, który dwukrotnie w trakcie kolejnych badań był zmuszony posłużyć się wyrazem *zegar* i dwukrotnie jego formą deminutywną *zegarek* produkuje:

- | | |
|-------------------------|--|
| 1) <i>zegar/zedan</i> , | 2) <i>zer, zerk, zezareze</i> ,zegareczek' |
| 3) <i>zygul/zyder</i> , | 4) <i>zygurek</i> |

Chory zna obydwie formy tego wyrazu, ogólnopolską i gwarową *zygar*, używa jednej lub drugiej z pewną konsekwencją, dokonując licznych korektur w ich składzie fonemowym. Odnoszenie zaburzeń tylko do jednej postaci (np. ogólnopolskiej) prowadzi do przyjęcia innych odpowiedniości fonemicznych, a tym samym do zmiany w układzie fonemów i we wszystkich ogólniejszych kalkulacjach (wyliczeniach statystycznych itp.). Podobnych przykładów można przytoczyć znacznie więcej i nie tylko z zakresu fonologii, lecz z całego języka. Dla pełniejszego ukazania problemu posłużymy się jeszcze jednym przykładem ze składni. Jest on o tyle charakterystyczny, że wskazuje na możliwość nadmiernego rozwinięcia się w przypadku afazji jakiejś cechy językowej dialektalnej. We wcześniejszym artykule⁷ zwracaliśmy uwagę, że w afazji, którą w terminologii R. Jakobsona można scharakteryzować jako afazję o zaburzonej substytucji i selekcji⁸, dochodzi do nadmiernych i bardzo często nieuzasadnionych nawiązań przy pomocy spójnika łącznego też: *„Chłopaczek też porządnie... i też do góry grają”, „Zona też jest Janina B., też żona moja”*. Ale przykłady te można również

⁷ Por. J. Kania, M. Klimkowski: *Próba językoznawczego opisu afazji*, „Logopedia”, Lublin 1968, s. 41—57.

⁸ Por. *Dwa aspekty języka i dwa typy zakłóceń afatycznych* [w:] R. Jakobson, M. Halle: *Podstawy języka*, Warszawa—Wrocław—Kraków 1964, s. 107—133.

traktować jako przejaw składni gwarowej.⁹ Wreszcie nie można zupełnie odrzucić i trzeciej możliwości, zgodnie z którą należałoby szereg tego rodzaju symptomów uznać za zautomatyzowane, utrwalone zwroty językowe, które zawsze były indywidualną cechą językową danego afatyka.

Wszystkie te fakty zmuszają do szczególnej ostrożności w kwalifikowaniu materiałów. Wszędzie, gdzie istnieją podejrzenia o zjawiska gwarowe lub zjawiska języka potocznego, trzeba dokładnych sprawdzeń. Na podkreślenie zasługuje to, że w grę wchodzi bardzo często zjawiska dość szczegółowe, co utrudnia lub niekiedy uniemożliwia nawet jednoznaczne rozstrzygnięcia na podstawie istniejących opracowań, tak np. odróżnienie gwarowych uproszczeń grup spółgłoskowych od takich samych deformacji fonologicznych u afatyków posługujących się dialektem południowo-wschodnio-małopolskim jest w wielu wypadkach niemożliwe.

W warunkach językowych w Polsce zaburzenia mowy u osób posługujących się dialektem nie stanowią tak ważnego problemu jak w innych krajach, gdzie różnice między obydwiema odmianami są znacznie większe, i gdzie raczej winny być rozpatrywane w ramach bilingwizmu oraz zaburzeń mowy u poliglotów.¹⁰ K. Goldstein, który szczegółowiej rozpatruje ten problem, poddając analizie stan powrotu mowy u dwu afatyków opisanych przez Minkowskiego, posługujących się dialektem szwajcarsko-germańskim oraz językiem wysokoniemieckim (Hochdeutsch), a także innymi jeszcze językami (obcymi), zwraca uwagę, że powrót języka wysokoniemieckiego w obu przypadkach przed dialektem jest wynikiem świadomej pracy reedukacyjnej, a nie stanowi jakiegoś wyjątku od ogólnej zasady najpełniejszego i najszybszego powrotu języka opanowanego najwcześniej. Zagadnienie wzajemnego stosunku języka literackiego i dialektu jest dla Goldsteina szczególnym przypadkiem rozróżnienia, które stało się centralnym ogniwem jego jednoczynnikowej koncepcji afazji — obniżenia postawy abstrakcyjnej w wyniku organicznych uszkodzeń substancji mózgowej. Dla Goldsteina „dialekt jest bardziej konkretnym językiem, bardziej biernie wynikającym z sytuacji niż świadome mówienie”.¹¹

Co się zaś tyczy utrważeń, to w badaniach afazji są one zarówno potrzebne do celów składniowych (bez intonacji nie sposób określić przy-

⁹ Zob. P. Bąk: *Dialektyzmy w mowie dzieci szkolnych z okolic Kramska*, „Rozprawy Komisji Językowej Łódzkiego Towarzystwa Naukowego” 1963, s. 33—43.

¹⁰ Ostatniemu problemowi specjalną rozprawę poświęcił I. Wald: *Afazja u poliglotów*, „Postępy Neurochirurgii, Neurologii i Psychiatrii Polskiej”, t. IV, Warszawa 1958, s. 183—211.

¹¹ K. Goldstein: *Language and Language Disturbances*. New York 1948, s. 143—146.

należności eliptycznych składników do odpowiednich wypowiedzi lub ich fragmentów), jak i fonologiczno-fonetycznych — badający nie jest w stanie zapisać całego bogactwa odrębności fonicznych, zwłaszcza w sytuacji, gdy afatyk ciągle dokonuje ulepszeń w zniekształconych wyrazach i wypowiedzeniach. Utrwalenia są również nieodzowne dla wszelkiego rodzaju badań eksperymentalno-fonetycznych, gdyż bezpośrednie ingerowanie w proces artykulacyjny jest z wielu względów utrudnione, a najczęściej w ogóle niemożliwe.

Obecność lingwisty przy rejestracji magnetofonowej, co przez wszystkich uznawane jest za konieczny warunek prawidłowej interpretacji materiału, tłumaczy się tym, że nawet przy najczulszych mikrofonach nie wszystko udaje się zapisać. Afatyk nie musi być dobrym spikerem, zresztą w warunkach organicznego uszkodzenia mózgu istnieje szereg czynników wydatnie obniżających wyrazistość mowy, a samo nagranie często odbywa się w sali chorego lub w pomieszczeniach do tego w pełni nie przystosowanych. Tak więc, mimo wszelkie środki zaradcze, niekiedy całych fragmentów zapisów nie udaje się odczytać i zidentyfikować w sposób nie budzący wątpliwości. Obraz słuchowy musi być koniecznie podbudowany pewnymi wrażeniami wizualnymi (optyczne artykulacje i towarzyszące artykulacji mimika, konsytuacja itp.) oraz uzupełniony w razie potrzeby bezpośrednimi zapisami. By i tu nie zdawać się na zawodną pamięć badającego, W. W. Iwanow proponuje filmowanie całego badania.¹²

Językoznanstwo poszukuje więc tekstów, które uznaje za jedyną podstawę opracowania zaburzeń. Założenie to jest na pewno słuszne pod warunkiem, że będą istniały od niego liczne odstępstwa pozwalające w uzasadnionych przypadkach sięgać do metod eksperymentalnych, które zostały wypracowane w niejęzykoznawczych metodykach badania afazji, a więc w metodyce neuropsychologicznej i neurofizjologicznej. W przeciwnym bowiem przypadku musielibyśmy zrezygnować z całego szeregu chorych, którzy aktywnie niewiele mówią lub w ogóle nie produkują nawet pojedynczych słów, ale rozumieją wiele lub prawie wszystko, co daje się w skromnych rozmiarach sprawdzić. Tak jest przy silnie wyrażonych symptomach afazji ruchowej. W tych przypadkach należałoby badanie poważnie ograniczyć czasowo, co pozostaje w sprzeczności z innymi ważnymi zaleceniami metodologicznymi, które nakazują badanie dynamiki zaburzeń, a tym samym postulują badania długofalowe. To ilościowe i jakościowe ograniczenie byłoby szkodliwe zarówno ze względów ogólnopoznawczych, jak i szczegółowo-teoretycznych i interpretacyjnych. Niezyciowość takiego stanowiska łatwo też wykazać

¹² Iwanow: *op. cit.*, s. 70.

i w terapii, którą należy rozpoczynać możliwie jak najwcześniej, a więc bardzo często w sytuacji, gdy kontakt z chorym jest wciąż niepełny i jednym z podstawowych zadań terapii jest przywrócenie tego kontaktu. Trudno sobie wyobrazić, a tym bardziej trudno programowo zakładać, że terapeuta będzie mógł efektywnie działać bez jakiegokolwiek rozoznania w charakterze obrazu zaburzenia. Lingwistyczna analiza winna temu celowi służyć.

Postulat badania zaburzeń afatycznych w trakcie posługiwania się językiem przez afatyka, zakłada *a priori*, że chory pozostaje w kontakcie werbalnym z otoczeniem. Tymczasem prócz zaburzeń języka *sensu stricto* istnieje w warunkach ogniskowych zaburzeń mózgu szereg dodatkowych czynników, np. ogólnie związanych z procesem chorobowym lub z psychiką i osobowością chorego, które bardzo poważnie obniżają jego aktywność językową. Stymulacja psychologiczna, która niebezpiecznie zbliża nas do eksperymentu lingwistycznego, wykazuje jak wielka jest rola tych czynników. Ale i nierzadko sam dialog, a więc forma dla porozumiewania językowego najbardziej typowa, nosi znamiona jawnej sztuczności i trzeba mieć wiele doświadczenia, by ciągle nadawać mu cechy naturalnej rozmowy. Bardzo często afatyk pozostaje w sytuacji wymuszonego nadawcy (odpowiada na stawiane pytania), sam aktywnie w tej rozmowie nie uczestniczy. Znacznie pomyślniejsze warunki badań są w przypadku spontanicznej rozmowy, w której badający nie bierze udziału, będąc jedynie jej obserwatorem. Ale i w tych zdawałoby się optymalnych warunkach parametry naturalnego procesu porozumiewania łatwo mogą być utracone, zwłaszcza wtedy, gdy nie-afatyk spostrzeże u swego interlokutora zaburzenia kodu, którym się posługują, i gdy każda nowa wypowiedź rozmówcy-afatyka uświadamia mu, że nie osiąga celu. Rozmówca nie-afatyk może w tej sytuacji, nie chcąc rezygnować w ogóle z kontaktu z afatykiem, uczestniczyć w tym procesie jednostronnie, eksponując bardzo mocno funkcję fatyczną ze szkodą funkcji komunikatywnej¹³, co nie odpowiada już warunkom naturalnej rozmowy. Oczywiście podnoszone tutaj obiekcje nie do wszystkich przypadków w jednakowym stopniu będą się odnosiły, niekiedy mogą w ogóle nie obowiązywać, tym niemniej w praktyce należy się z nimi poważnie liczyć i w analizie założeń metodyki językoznawczej nie może ich zabraknąć. Tak więc rygorystycznie stawiany przez niektórych językoznawców postulat, z którym tutaj podjęliśmy dyskusję, okazuje się swego rodzaju *idée fixe*.

¹³ Posługuję się tutaj pojęciem funkcji językowych w tym znaczeniu i w tym zakresie, jakie nadaje im R. Jakobson w artykule: *Poetyka w świetle językoznawstwa*, „Famiętnik Literacki” 1960, z. 2, s. 431—473.

Ale istnieje jeszcze inny powód, który zmusza do posłużenia się eksperymentem, oczywiście w rozsądnych granicach i proporcjach, nawet w przypadkach, gdy od chorego bylibyśmy w stanie zebrać pokaźną ilość tekstów. Zdarza się, że szereg objawów może być ukrytych i bezpośrednia obserwacja ich nie wykryje. Chory w potocznej rozmowie radzi sobie całkiem dobrze, kompensuje zaburzenia do tego stopnia, że w kolejnych badaniach nie stwierdza się żadnych ubytków. W tej sytuacji drobne uchybienia jesteśmy skłonni uznać za rezultat przejęczyzeń lub chwilowych zahamowań, tj. zjawisk nie wynikających bezpośrednio z zaburzeń języka. Ale wystarczy chorego postawić przed takim zadaniem, które wymaga w całym tego słowa znaczeniu aktywnego użycia języka, kiedy wypowiedź nie może być oparta o kontekst i konsytuację i musi być niejako na nowo utworzona z elementów nie należących do najbardziej utrwalonej i zautomatyzowanej warstwy, by przekonać się o zadziwiającej nieporadności chorego, który całkiem gładko prowadził z nami dialog. Zwykle więc badanie, ograniczone obiektywnymi przyczynami do najbardziej elementarnej użycia języka, nie daje nam tych rezultatów, których teoretycznie oczekiwaliśmy.

Częściowo już poruszyliśmy powyżej, z punktu widzenia metodologii nader ważne zagadnienie, mianowicie w jakim stopniu symptomy afazji obserwowane w bezpośrednim kontakcie z afatykiem są istotne dla danego typu afazji i w jakim stopniu są przyczyną obniżenia sprawności językowej afatyka. Warto tu przytoczyć znamienne wypowiedź A. R. Łurii:

„Nigdzie tak ostro nie rozchodzą się zewnętrzne przejawy i wewnętrzna istota, wewnętrzna struktura mechanizmu, jak w patologii specyficznie ludzkich systemów pracy mózgu.”¹⁴

Zagadnienie to pozostaje w ścisłym związku z funkcjonowaniem mózgu i z mózgową organizacją procesów związanych z porozumiewaniem językowym (koncepcja dynamicznej lokalizacji funkcji psychicznych, w której świetle wiele tych faktów znajduje całkiem prawdopodobne wytłumaczenie).

Niekiedy dyskutuje się, w jakim okresie w stosunku do zabiegu operacyjnego badanie dostarcza najbardziej obiektywnych danych o zaburzeniach mowy. Tym, którzy badanie takie podejmują w stosunkowo niedługim okresie od zabiegu, jeśli w jego następstwie rozwija się afazja, można zarzucić to, że obraz rzeczywistych zaburzeń jest tu spotę-

¹⁴ Zob. R. Łuria: *Principy izuczenija trawmaticzeskich afazji i ich wosstanowitielnoj terapii*, „Uczonyje zapiski Moskovskogo Gosudarstwiennogo Uniwiersitietia”, 111. Psychologija. Woprosy wosstanowienija psichofizjologiczeskich funkcji, t. 2, Moskwa 1947, s. 116—119.

gowany patofizjologią całego mózgu (wzmoczone hamowanie, inercja procesów psychicznych itp.). Rozumując w ten sposób należałoby przyjąć, że warunkom badania najbardziej odpowiadają afatycy, u których leczenie zostało w zasadzie zakończone, pozostały jednakże zaburzenia mowy. Ale równocześnie należy zauważyć, że okres czasu od chwili pojawienia się afazji do momentu zakończenia leczenia jest stosunkowo długi i zawsze nieobojętny dla ostatecznego obrazu języka afatyka. U takich pacjentów nie ma wprawdzie zniekształceń spowodowanych ogólnymi zmianami funkcjonalnymi mózgu, ale mogą być utrwalone przejawy autokorekcji i kompensacji, gdyż proces powtórnego zdobywania języka nie ma charakteru procesu, wobec którego afatyk jest bierny, tak że obserwowane zjawiska mogą już nie być tylko prostymi objawami.¹⁵ Do rzędu tych zjawisk zalicza E. S. Biejn nawet tak znamienny dla afazji ruchowej objaw jak „styl telegraficzny”.¹⁶ To samą obserwować można również i poza afazją, w innych typach zaburzeń mowy, a prawdopodobnie cecha ta ma charakter ogólnopatologiczny, wspólna jest bowiem dla wszystkich nosicieli wad mowy dążność do optymalnego przekazywania informacji. Potwierdzenie tego faktu znaleźć można w dyslalii, gdzie obserwujemy wtórne przekształcenia form wadliwych i powstawanie tzw. form rzadkich, osobliwych na tle pozostałych, zrywanie z substytutami techniką niefonologiczną itp.,¹⁷ oraz w jąkanii, gdzie nieprzypadkowe następstwo coraz to trudniejszych form może być rozpatrywane również jako reakcja jąkającego się na nieudane próby przewyciężenia pierwotnych skurczów.¹⁸ W każdym więc okresie należy się liczyć z czynnikami ubocznymi, modyfikującymi podstawowy obraz zaburzenia. Jeśli weźmiemy pod uwagę, że badanie winno być ekstensywne w czasie, a równocześnie uznamy konieczność możliwie wczesnego rozpoczęcia pracy reedukacyjnej, to tym samym zarysowujący się problem traci na swej ważności. Sam proces terapeutyczny dostarcza również bardzo ważnych informacji o zaburzeniu i zawsze wydatnie wzbogaca obraz patologiczny, przesuwając punkt ciężkości ze zwykłej obserwacji na szeroko pojęty eksperyment.

Dotychczasowe wskazania metodyki językoznawczej ukształtowały się niemal w całkowitej izolacji od faktów klinicznych, jedynie w dro-

¹⁵ Rolę autokorekcji w procesie terapii afazji analizuje m. in. J. M. W e p m a n, por. *The Relationship between Self-Correction and Recovery from Aphasia*, „Journal of Speech and Hearing Disorders” 1958, nr 3, s. 302—305.

¹⁶ E. S. Biejn: *Afazija i puti jejo prieodolenija*, Leningrad 1964.

¹⁷ Por. J. T. Kania: *Wady realizacyjne (dyslalie) na tle procesu rozwojowego*, „Biuletyn Fonograficzny”, VIII (1967), s. 49—69.

¹⁸ Ch. Van Riper: *Speech Correction. Principles and Methods*, New Jersey 1963.

dze teoretycznych rozważań. Metodyki niejęzykoznawcze powstawały i rozwijały się w długotrwałej praktyce diagnostyczno-badawczej, operując przeto takim zasobem prób, który w pełni może być zastosowany do każdego typu afazji. Przy pomocy tych prób można stosunkowo szybko określić typ afazji i zlokalizować (z dużym prawdopodobieństwem) uszkodzenie.¹⁹ Postulując rozszerzenie metodyki językoznawczej o eksperyment lingwistyczny, co jak wyżej wykazaliśmy jest zwykłą koniecznością, trzeba w pierwszym rzędzie rozpatrzyć w jakim stopniu mogą być przejęte próby stosowane w metodykach niejęzykoznawczych. Nie wdając się w szczegóły, które doprowadzić by nas musiały do wyczerpującego opisu tych prób, zwrócimy uwagę na stosowane najczęściej badanie nazywania, powtarzania i rozumienia m o w y.²⁰ Oczywiście każda z wymienionych czynności badana jest przy pomocy zestawu szczegółowych prób o różnym stopniu skomplikowania, które pozwalają w ramach tak stworzonego systemu śledzić zmiany zachodzące w poszczególnych przypadkach. W tego rodzaju próbach wykorzystuje się czynności, które w normalnym języku samodzielnie wyodrębnić się nie dają (powtarzanie, nazywanie) i są różne od elementów budowy języka lub też jednostki, które wprawdzie mieszczą się w procesie normalnego porozumiewania językowego, ale badane są poza jego granicami (rozumienie mowy). Przejęciu tej metodyki przez językoznawców przeszkadzają więc całkiem obiektywne przyczyny, a gdy jeszcze stwierdzone zostaną rozbieżności między wynikami spontanicznego mówienia, a niektórymi próbami, sprawa wydaje się z góry przesądzona. Ten właśnie ostatni moment wystarcza wielu językoznawcom, by w sposób jednoznaczny odrzucać wszelką myśl o eksperymentowaniu w badaniach afazji. Tymczasem rozbieżności konstataowane nie są czymś przypadkowym. W pewnym typie afazji (ogólnie-czuciowej) powtarzające się stale różnice między spontaniczną wypowiedzią afatyka a powtarzaniem traktowane są jako ważna przesłanka diagnostyczna. Wniosek ostateczny byłby więc taki: w badaniach afazji należy stosować w miarę możliwości metodykę kompleksową i z jej pomocą uzyskać jak najwięcej danych dla wyjaśnienia spotykanych deforma-

¹⁹ Por. np. odznaczającą się dużą zwartością i ekonomicznością metodykę A. R. Łurii. Przedstawił ją autor kilkakrotnie, najpełniej zaś w pracy: *Wysszije korkowuje funkcji czelowieka i ich naruszenija pri lokalnych poraženijach mozga*, Moskwa 1962.

²⁰ O metodyce neurofizjologicznej daje dobre wyobrażenie praca H. Kozłowskiej: *Wprowadzenie w metodykę badań afazji. Zaburzenia mowy przy uszkodzeniach okolicy skroniowej oraz styku ciemieniowo-skroniowo-potylicznego dolnego dominującej półkuli mózgu* [w:] *Zbiór Prac Państwowego Instytutu Psychoneurologicznego*, Warszawa 1955, s. 29—70.

cji, wszelkie ograniczenia badania do wąskiego zasobu prób są niewłaściwe przede wszystkim dlatego, że dostarczają fragmentarycznego materiału sugerującego jednostronne rozwiązania.

Językoznawstwo oczywiście nie może przejąć biernie prób eksperymentu lingwistycznego. Przede wszystkim musi być wyjaśniona i z językoznawczego punktu widzenia zinterpretowana rola w procesie porozumiewania językowego poszczególnych ogniw badanych w eksperymencie oraz skorelowanie uzyskanych w ten sposób informacji z określonymi podsystemami lub elementami budowy języka, np. nazywanie a leksyka i semantyka. To jedna strona zagadnienia. Druga wiąże się z nieodzowną modyfikacją prób eksperymentalnych. W ramach metodyki niejęzykoznawczej, próby te mają charakter elementarny, jakkolwiek mogą być w różnych sposób komplikowane (próby sensybilizowane, np. powtarzanie zwykle obok powtarzania z dystrakcją), to jednak nie obejmują całego interesującego językoznawcę materiału. Tak np. powtarzanie sylab opozycyjnych badane jest w dość wąskim zakresie, badanie różnicowania fonemów dla celów językoznawczych przy użyciu tej próby wiąże się nieuchronnie z koniecznością poszerzenia jej do bardzo dużej ilości sylab opozycyjnych, które by objęły cały zasób opozycji.

Podobnemu rozszerzeniu winno podlegać i nazywanie. Winno ono objąć różne warstwy leksyki, a nie ograniczać się wyłącznie do ekspozowania rzeczowników. Często podkreśla się, że w zaburzeniach powtarzania można obserwować różnorodne symptomy, zaś zaburzenia nazywania są mniej skomplikowane od strony obrazu patologicznego. Nie negując w całej rozciągłości słuszności powyższych obserwacji należy zauważyć, że już w samej metodyce badania tkwią przesłanki ujawniającej się dysproporcji: zaburzenia nazywania badane są przy pomocy jednej nieskomplikowanej próby, zaś badanie powtarzania obejmuje różne elementy (powtarzanie głosek, sylab, sylab opozycyjnych, wyrazów o budowie prostej i złożonej, kompleksów logotomowych, grup wyrazowych, zdań), w różnych układach i kombinacjach. Uzyskane w tych warunkach informacje o zaburzeniach poszczególnych czynności w dużym stopniu są uzależnione od samej metodyki badania.²¹ Dla metodologii językoznawczej fakt ten ma szczególne znaczenie, bowiem rozbudowywanie prób eksperymentalnych związane jest z potencjalnym niebezpieczeństwem uzależnienia obserwowanych faktów od kwestionariusza. W tej sytuacji wydaje się rzeczą nadzwyczaj ważną, by zestawy do przyszłego kwestionariusza zostały kontrolnie dokładnie sprawdzone w różnych sytuacjach. Dotyczy to tych zwłaszcza prób, które odznaczają

²¹ Do podobnego wniosku dochodzi też M. Maruszewski, por. *Afazja. Zagadnienia teorii i terapii*, Warszawa 1966, s. 282 i nn.

się większym stopniem złożoności. W metodyce niejęzykoznawczej z góry zakłada się, że przedkładane w badaniach zadanie dla wszystkich ludzi przedstawia ten sam stopień trudności. Tego nie można absolutnie przenosić na rozbudowane kwestionariusze językoznawcze. Tak np. w rozszerzonym zasobie sylab opozycyjnych znajdują się i takie, które przypominają swoim brzmieniem wyrazy języka. Te kompleksy dźwięków są z reguły oddawane lepiej od tych samych sylab ułożonych w odwrotnej kolejności: chory KK zestaw sylab *dza-sa* powtarza zawsze jako *za-sa*, ale układ *sa-dza* zawsze prawidłowo. Szeroko są znane fakty, że chory, który nie potrafi powtórzyć dwu sylab opozycyjnych, radzi sobie dobrze z 3. i 4. sylabowymi wyrazami. Trudno oczywiście przewidzieć i z góry odpowiedzieć na pytanie, w jakim stopniu podobieństwo jakiegoś zestawu sylab opozycyjnych do normalnego wyrazu języka polskiego decyduje o takim, a nie innym kierunku przekształcenia ich w percepcji²², ale z czynnikiem tym należy bardzo poważnie się liczyć.

Uważamy również za stosowne poświęcić nieco uwagi pismu chorych i charakterowi uzyskiwanych stąd informacji o zaburzeniach systemu fonologicznego, a to dlatego, że obserwacja pisma chorych staje się integralną częścią metodyki językoznawczej. W tym zakresie łatwo stwierdzić, że tam, gdzie pismo nie jest pierwotnie zaburzone, błędy spotykane w języku pisanym chorego w zasadzie pokrywają się z zakłóceniami obserwowanymi w mówieniu, występują jednak w postaci bardziej nasilonej i utrzymują się znacznie dłużej. Czym należy tłumaczyć te różnice? Odpowiedź może być tylko jedna: różnice są spowodowane odmiennym charakterem procesów mówienia i pisania, nie mogą zaś wchodzić w grę czynniki, które różnią język mówiony i pisany w normie, gdyż te realizują się w otwartych podsystemach języka. Pismo jest procesem więcej skomplikowanym, dokonuje się w drodze licznych transformacji, które wymagają analizy i syntezy składowych elementów oraz utrzymania wydzielonych i zidentyfikowanych jednostek w nieciągłym porządku następczym, aż do chwili ich graficznego utrwalenia. W przypadku afazji pismo jest zdeautomatyzowane, czemu prócz zaburzeń mowy sprzyja szereg zjawisk zewnętrznych, większy lub mniejszy niedowład kończyny górnej, a w konsekwencji konieczność podjęcia nauki pisania lewą ręką itp. Mówienie natomiast przebiega względnie automatycznie i nie daje tylu okazji do wypaczeń. Z drugiej znów strony pismo, które charakteryzują pauzy międzywyrazowe i które może

²² Np. chory BF powtarza zestawy sylab opozycyjnych identyfikując je z odpowiednimi wyrazami języka: *sia-dza* — *sadza*; *ba-pa* — 1) *ba-ka*, 2) *bap-ka*, 3) *bapka* tak; *ba-pa-ba* — 1) *bapka ba*, 2) *bapka ba*.

być dowolnie przerwane²³ stwarza większe możliwości korygowania pojawiających się błędów. Ale obok tych różnic daleko większe wynikają z faktu, że obie realizacje są odmiennymi systemami znakowymi (znaki akustyczne w mowie i wzrokowo-przestrzenne w piśmie), i że elementy obydwu systemów nie zawsze sobie odpowiadają „nie tylko na poziomie fonemów i grafemów, o czym już niejednokrotnie pisano, ale i na poziomie większych jednostek — słów”.²³

Deformacje fonologiczne i proces ich przewycięzania w mowie afatyka są w pewnym stopniu ograniczone jego możliwościami artykulacyjnymi (np. w grupach spółgłoskowych, w uzależnionym otoczeniu fonetycznym), choć trzeba z góry uprzedzić, że uwarunkowania te nie muszą pokrywać się z normą. W piśmie tego rodzaju ograniczenia schodzą na dalszy plan. Prócz tego stopień opanowania czynności pisania podlega wahaniom indywidualnym w dużej zależności od wykształcenia, typu pracy itp.

Skoro język pisany jest względnie samodzielnym systemem należy oczekiwać, że w afazji będziemy mieli do czynienia również ze specyficznymi przejawami zaburzenia tego systemu, np. stosowanie zasad fonetycznej zamiast dominującej w polskiej ortografii zasady morfologicznej. Ujawnią się także analogiczne procesy hiperpoprawnościowe — przejaw niewłaściwego korzystania z reguł obowiązujących w systemie. Udział tych czynników w ostatecznym obrazie zniekształceń nie da się jednoznacznie ocenić, a to głównie dlatego, że w grę wchodzi zawsze czynniki indywidualne oraz dlatego, że konfrontacja z językiem mówionym nie może być wyczerpująca — zakłócenia w obu formach nie obejmują całej produkcji chorego i przeważnie odznaczają się dużą zmiennością.

Badanie zniekształceń fonetycznych w oparciu o pismo chorego wymaga ponadto uwzględnienia, i to w stopniu daleko większym niż przy innych próbach, stanu opanowania tej funkcji w ogóle przez danego osobnika. W rzeczywistości jest to zadanie dużo łatwiejsze od ustalenia indywidualnych cech językowych afatyka, ponieważ przeprowadzony wywiad z rodziną w zupełności wystarcza. Potrzeba ustalenia stopnia opanowania ortografii wynika także z faktu, że zautomatyzowane pismo ma wpływ na sposób rozwiązywania innych prób, np. fonetycznej analizy i syntezy wyrazów (wymienianie liter w wyrazie). Rola pisma w rozwoju tzw. słuchu fonematycznego polega — jak to sformułowali psycholodzy — na tym, że z chwilą rozpoczęcia nauki pisania „fonematyczna

²³ T. N. Nikołajewa: *Pismiennaja riecz i spiecifika jejo izuczenija*, „Woprosy Jazykoznanija” 1961, nr 3, s. 78—86.

strona mowy staje się przedmiotem świadomej analizy, staje się obiektem poznania, jak wszystkie inne zjawiska otaczającego świata".²⁴

Z naszych obserwacji nad stosowaniem prób fonetycznej analizy wyrazów niedwuznanie wynika, że początkowo chorzy rozbijają wyrazy na sylaby, a następnie w obrębie sylab wyodrębniają poszczególne fonemy. W tych przypadkach, gdy obraz zapisanego słowa nie jest podstawą rozwiązywania takiej próby, wydzielanie fonemów z potoku mowy odbywa się w oparciu o analizę procesu artykulacyjnego. Toteż tam, gdzie w obrębie sylaby fonemy powstają przy minimalnej modyfikacji ruchowej, gdy przez cały czas trwania sylaby występuje mniej więcej podobny układ narządów, trudności są największe, np. w sylabie śliwy wyrazu śli m a k. Rozstrzygające okazują się tutaj elementy ruchowe, będące międzysegmentowymi odcinkami potoku mowy.

Jako źródło poznania zaburzeń wykorzystuje się dość często wypowiedzi samych chorych na temat własnych trudności. Odznaczają się one zawsze dużą plastycznością i są uwzględniane głównie w interpretacji zakłóceń, gdyż zawierają pewne sugestie co do wewnętrznych przyczyn zaburzenia i pozwalają na wgląd poza zewnętrzną warstwę symptomów, tj. w mechanizm operacji związanych ze stosowaniem języka. Ten typ informacji ma duże znaczenie przede wszystkim dla leksyki i semantyki. Dla systemu fonologicznego instruktywne i w wielu przypadkach rozstrzygające mogą być informacje uzyskane z obserwacji symptomów towarzyszących procesowi mówienia. To jeszcze dodatkowy argument za tym, by lingwista pozostawał w kontakcie bezpośrednim z badanym obiektem. Trzeba zauważyć, że odpowiedzi na bezpośrednie pytania kierowane do chorych w rodzaju: „co pani(panu) przeszkadza w mówieniu” są raczej stereotypowe: „wymówić po prostu”, „zaczynam się”, „teraz to seplunię”, „nie pamiętam”, „o tu już nie pamiętam”, a ocena własnych trudności przybiera postać wnikliwej analizy dopiero wówczas, gdy chory w trakcie mówienia napotyka na konkretną trudność, którą stara się przezwyciężyć, lub jeśli zostanie postawiony przed przerastającym jego możliwości zadaniem. Obraz taki jest całkowicie zrozumiały — chory zajmuje wobec własnych zaburzeń postawę użytkownika, a nie obserwatora i badacza. Ponadto chory w warunkach zaburzonego języka nie zawsze jest w stanie opisywać własne trudności i nie zawsze w pełni zdaje sobie z nich sprawę. Są to fakty zbyt oczywiste, by szczegółowiej nad nimi się zastanawiać.

Badanie zaburzeń językowych, szczególnie wówczas gdy prowadzi się je regularnie, musi zawierać wyraźne komponenty terapeutyczne.

²⁴ A. N. Rajewskij: *Psychologija rieczj w sowietskoj psichologiczeskoj naukie za 40 let*, Kijew 1958, s. 65 i nn.

Nie wolno chorego traktować wyłącznie jako źródła informacji o zaburzeniach mowy. Taka postawa z góry zakłada ciągle balansowanie na granicach możliwości językowych pacjenta, obnaża w sposób zdecydowany jego wady i niekorzystnie zmienia proporcję wykonanych i niewykonanych prób. Badania nie mogą więc być prowadzone sztywno w ramach schematu: informator — eksplorator, bo w ten sposób zostanie utracony kontakt z chorym. Nieodzownym składnikiem każdego badania są elementy reedukacyjne i psychoterapeutyczne. Sami chorzy o odpowiednim stopniu zachowania zdolności językowych stwarzają ku temu dogodne warunki, które badający musi wykorzystać. Czyste badanie bez dodatkowych momentów reedukacyjnych może być prowadzone na początku badań w celach diagnostycznych lub też w ramach tzw. badań okresowych.

Poruszyliśmy w ten sposób szereg przeważnie ogólnych problemów związanych z metodyką badania afazji. Zagadnienia te są obecnie na czasie, bo w związku z zainteresowaniem się językoznawstwa tą problematyką szeroko są dyskutowane założenia lingwistycznej metodyki badania afazji. Staraliśmy się przede wszystkim wykazać, że dotychczasowe założenia metodyki językoznawczej nie zawsze liczą się z konkretną rzeczywistością kliniczną. Ograniczenie badania do rejestracji spontanicznych produkcji pacjenta z góry eliminowałoby językoznawców z całokształtu badań istoty poszczególnych symptomów. Rozpatrzyliśmy przeto możliwość zastosowania prób eksperymentalnych, uznając niejednorodność uzyskanego w ten sposób materiału w porównaniu z naturalnym użyciem języka. Próby eksperymentalne winny zostać poddane analizie językoznawczej oraz konfrontacji z innym materiałem. Ważne okazuje się zwrócenie uwagi na uzależnienie wyników badania od konstrukcji samej próby (kwestionariusza).²⁵ Dalszego uściślenia problematyki badawczej językoznawczego studium afazji oczekiwać należy od teorii informacji (wykorzystanie cybernetycznych modeli komunikacji językowej). Zagadnienia te będą przedmiotem osobnej pracy.

²⁵ W tej sprawie por. też uwagi G. Kandlera (*Linguistische Deutung...*) o kwestionariuszu gramatycznym do badania stopnia zachowania morfemu -s w języku angielskim, wykorzystanym w pracy H. Googlass i J. Hunt: *Grammatical complexity and aphasic speech*, „Word”, 14 (1958), s. 197 i nn.

РЕЗЮМЕ

Автор работы изучает возможность применения лингвистического эксперимента в языковедческих исследованиях афазии, т.е. возможность исследовать язык и степень сохранения его элементов вне нормального процесса общения. Многие из исследователей эту возможность исключают. Они утверждают, что единственной основой лингвистического описания афазии являются тексты, собираемые у больных, которые произвели их при активном применении языка. Следует признать, что это мнение в основном правильно — для языковедов эти тексты очень ценны, но в конкретных условиях их трудно реализовать. Принимая во внимание экстенсивность исследований во времени, исследование динамики расстройств, раннюю терапию и учитывая все типы афазии и степени интенсивности ее симптомов (в том числе полная афазия и тяжелая двигательная афазия), легко обнаружить, что ригористическое применение этих постулатов выделило бы языковедение из целостности исследований афазии и отрицательно повлияло бы на интерпретацию расстройств речи. Терапию некоторых типов афазии нужно начинать с возвращения самых элементарных контактов с окружающей средой (учитывая „иерархию” знаков можно отметить, что вначале контакт с больным в некоторых случаях не достигает даже уровня а п с л я). Также диалог с больным — наиболее типичная для языкового общения форма — может иметь знаки явной искусственности (афатик остается в ситуации вынужденного подателя — он отвечает на задаваемые ему вопросы). Нужно иметь большой опыт, чтобы этому диалогу надавать параметры естественного процесса. Кроме того, в диалоге афатика с неафатиком наблюдается разная степень доминанции языковых функций у подателя и получателя, например, афатик концентрируется на коммуникативной функции, а неафатик, не будучи в состоянии расшифровать деформированный текст больного, участвует в процессе общения наполовину, так как неафатик настраивается исключительно на контактоустанавливающую функцию языка.

Следует обратить внимание еще на один важный момент в языковедческом анализе текста, созданного афатиком. Больной в разговоре может великолепно компенсировать собственные расстройства, так как разговорная речь, которой они пользуются при беседе, создает для этого благоприятные условия.

Все это говорит о том, что при исследовании афазии нельзя обойтись без некоторых экспериментальных проб, разработанных в нейропсихологической и нейрофизиологической методиках. Однако эти пробы не могут переноситься в лингвистические исследования афазии. Необходимо, во-первых, их критическая, с языковедческой точки зре-

ния, оценка, а во-вторых, разработать и смодифицировать их так, чтобы можно было при их помощи получить информацию о состоянии всех элементов определенной системы языка, а в третьих, следует их проверить на богатом сравнительном материале.

Очень важной предпосылкой к лингвистическим исследованиям афазии является определение пункта отношения, в соответствии с которым должны оцениваться отдельные деформации (общенациональный язык, региональная разновидность языка, диалект и т.д.).

По мнению автора, при интерпретации афазии можно, правда с большой осторожностью, воспользоваться высказываниями самих больных на тему своих расстройств. Полученная таким образом информация прежде всего имеет значение для лексики и семантики, частично и для морфологии; для фонологической системы большое значение имеет наблюдение симптомов, сопровождающих артикуляционный процесс.

Афазия является типичной смежной дисциплиной. В настоящее время условием для дальнейшего изучения как афазии, так и других смежных дисциплин является неограниченное априорными положениями и предубеждениями сотрудничество ученых, занимающихся этими вопросами. Большое значение в этом сотрудничестве имеет методика исследований.

R É S U M É

L'auteur du travail tend à trouver la réponse à la question si dans les examens linguistiques de l'aphasie on peut appliquer l'expériment linguistique, c.-à-d. l'examen du langage et le degré de conservation de ses éléments outre le processus normal de s'entendre avec les autres. Plusieurs chercheurs rejettent cette possibilité. Ils affirment que l'unique fondement de la description linguistique de l'aphasie ce sont les textes reçus des malades les ayant produits en se servant activement du langage. Il faut constater que cette attitude est en principe juste, vu que les textes produits par les malades ont la plus grande valeur pour les linguistes. Cette opinion ne peut pourtant pas être justifiée pleinement. Ayant pris en considération l'extensibilité des examens dans le temps, l'examen de la dynamique des troubles, la thérapie précoce, la mise en évidence dans les examens de tous les types d'aphasie à des grades divers d'intensité des symptômes (y compris aussi l'aphasie totale et l'aphasie motrice grave), on peut démontrer facilement que l'application rigoureuse de ces postulats aurait éliminé la linguistique de l'ensemble de recherches

sur l'aphasie et aurait exercé une mauvaise influence sur l'interprétation des troubles du langage. La thérapie de certains types d'aphasie doit être souvent commencée par le retablisement du contact le plus élémentaire avec l'entourage (ayant pris en considération la hiérarchie des signes il est possible de constater qu'au début le contact avec le malade dans certains cas n'atteint même pas le niveau d'appel). Le dialogue avec le malade, étant une forme la plus typique d'entente linguistique, peut, lui aussi, être empreint de facticité notoire (l'aphatique, restant dans la situation d'un émetteur extorqué, répond aux questions posées). Il faut avoir beaucoup d'expérience pour restituer à ce dialogue les paramètres d'un processus naturel. En plus, dans le dialogue d'un aphasique avec un non-aphatique peut être observé un degré divers de domination des fonctions linguistiques chez l'émetteur et le récepteur: p.ex. l'aphatique se concentre sur la fonction communicatrice, le non-aphatique, ne pouvant pas décoder le texte déformé produit par le malade, participe à moitié dans le processus d'entente et s'oriente presque exclusivement à la fonction phatique.

Il est nécessaire d'attirer l'attention à un autre moment important dans l'analyse linguistique du texte produit par l'aphatique. Dans la conversation le malade peut parfaitement compenser ses troubles propres car la variété commune de la langue dont se servent l'émetteur et le récepteur en fournit des conditions favorables.

Toutes ces considérations démontrent alors que dans les examens de l'aphasie on ne peut pas se passer de certains essais expérimentaux élaborés par les méthodes non-linguistiques d'examiner l'aphasie, donc par les méthodes neuropsychologique et neurophysiologique. Les essais faits dans ces méthodes ne peuvent pourtant pas être appliqués mécaniquement dans l'étude linguistique de l'aphasie: tout d'abord ils doivent être évalués critiquement du point de vue linguistique, ensuite — développés et modifiés de sorte qu'avec leur aide on puisse obtenir des informations sur l'état de tous les éléments d'un sous-système défini du langage et, enfin — vérifiés d'une façon expérimentale sur le matériel comparatif abondant.

Une prémisses importante dans les examens linguistiques de l'aphasie est fournie par la définition précise du point de repère par rapport auquel doivent être évaluées les déformations particulières (langue généralement parlée, variété régionale de la langue, dialecte, etc.).

Dans l'interprétation de l'aphasie on peut, bien qu'avec une grande précaution, mettre à profit des opinions des malades eux-mêmes au sujet de leurs troubles. Les informations ainsi obtenues ont une importance avant tout pour le lexique et la sémantique, et partiellement

aussi pour la morphologie; l'observation des symptômes accompagnant le processus d'articulation a une grande importance pour le système phonologique.

L'aphasie est un domaine typiquement limitrophe. Actuellement une collaboration des représentants des disciplines intéressées, non limitée par des principes aprioriques et des préjugés, est une condition du progrès dans les recherches sur l'aphasie, pareillement que sur d'autres disciplines limitrophes. Dans cette collaboration un rôle important est joué par les méthodes de recherches.