

Katarzyna Milczanowska

Alalia prolongata czy oligofazja? Problemy diagnozy logopedycznej

Logopedia Silesiana 3, 210-227

2014

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.

KATARZYNA MILCZANOWSKA

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 1 im. Fryderyka Chopina w Rzeszowie

Alalia prolongata czy oligofazja? Problemy diagnozy logopedycznej

ABSTRACT: This article says about problems with diagnosis of delayed speech and language development and delayed because of oligophrenia. Speech and language therapists have a lots of doubts with analysis of language announcements and causes of speech and language delayed and impairment. There are many causes of delayed speech and language development. Observation and document analysis are very important during differencing diagnosis of speech disorders in children. Educating children with speech and language delay needs intervention speech and language therapists and psychological diagnosis. Speech and language are improving when a child is intelligent. Children often have problem with learning language speaking when the mental development is less than normal, there is any progress. It is necessary to analysis and to observe children's communications behaviour and cause of speech disorders. The examination is very important to diagnose and to create the program of speech and language therapy.

KEY WORDS: Specific Language Impairment, delayed speech and language development, oligophasia, differencing diagnosis, speech and language therapy

Wprowadzenie

Prawidłowo przebiegający proces kształtowania się mowy wpływa na rozwój dziecka we wszystkich sferach jego życia: emocjonalnej, społecznej, a przede wszystkim poznawczej. W tych sferach ujawniają się skutki zaburzeń ontogenezy języka powodowane czynnikami neurologicznymi o charakterze czynnościowym oraz organicznym. Alalia prolongata i oligofazja są zaburzeniami mowy objawiającymi się trudnościami w nabywaniu kompetencji językowej i komunikacyjnej od początku rozwoju dziecka. Od strony mechanizmów i rokowań są to różne jednostki patologii, często jednak trudne do zdiagnozowania u dzieci we wczesnym okresie ich rozwoju.

Opóźnienie rozwoju mowy w przypadku alalii prolongaty objawia się późnym startem mowy, wolnym tempem nabywania kompetencji językowej i komunikacyjnej oraz obniżonymi sprawnościami w realizacji tych kompetencji. Zakłócenia

rozwoju językowego, chociaż mają charakter specyficzny, mogą powodować problemy w rozwoju poznawczym, emocjonalnym i komunikacyjno-społecznym dziecka. Oligofazja natomiast jest zaburzeniem mowy, które występuje u osób z globalnymi deficytami poznawczymi – upośledzeniem umysłowym. Niedobory kompetencji i sprawności językowych w oligofrenii współwystępują z zaburzeniami myślenia, pamięci, uwagi, uczenia się, zachowania, spostrzegania oraz z problemami emocjonalnymi. Współwystępowanie podobnych zakłóceń w sferze rozwoju językowego u dzieci w normie intelektualnej z alalią prolongatą oraz u dzieci z upośledzeniem umysłowym (zwłaszcza lekkim) i oligofazją staje się przyczyną problemów diagnostycznych, szczególnie że ani w pierwszym, ani w drugim przypadku objawy pierwotnych mechanizmów zaburzeń nie występują w izolacji, lecz interferują z innymi, wtórnymi deficytami rozwojowymi. U dzieci z alalią prolongatą zaburzenia językowe mają charakter pierwotny, natomiast zaburzenia poznawcze są wtórne, u dzieci z oligofazją zależność jest odwrotna.

Prawidłowe rozpoznanie zaburzeń rozwojowych u dzieci – alalia prolongata *versus* oligofazja – wymaga złożonej procedury postępowania diagnostycznego. Konieczne jest ustalenie przyczyn opóźnienia w nabywaniu języka w kontekście oceny stanu rozwoju dziecka w sferze motorycznej, poznawczej, emocjonalnej i społecznej oraz obserwacja dynamiki następujących zmian. Płaszczyzną pozwalającą określić mechanizm zaburzeń mowy – specyficzny (językowy) *versus* ogólnopoznawczy – są efekty procesu uczenia się i dynamika ustępowania zaburzeń w trakcie terapii logopedycznej.

Pojęcie mowy

Mowa – zdaniem Stanisława Grabiasa – jest „zespołem czynności, jakie przy udziale języka wykonuje człowiek, poznając rzeczywistość i przekazując jej interpretację innym uczestnikom życia społecznego”¹. W proponowanym przez S. Grabiasa ujęciu mowy można wyróżnić dwa typy czynności. Pierwsza z nich dokonuje się w ramach mowy wewnętrznej, a jej wynikiem jest pozbawiony substancjalnej postaci tekst pomyślany. Taka forma użycia języka bądź służy akomunikacyjnym procesom poznawczym, organizującym w umyśle mówiącego wiedzę o rzeczywistości, bądź porządkuje wiedzę z zamiarem jej przekazania i stanowi czynność *quasi*-komunikacyjną. Drugi typ czynności językowych tworzą zachowania dokonujące się w mowie zewnętrznej, która ma postać dźwiękową (wtórnie graficzną lub gestową) i umożliwia językową komunikację. W rozpoznaniu mechanizmu zaburzeń rozwoju mowy u dzieci w normie intelektualnej i upośledzonych umy-

¹ S. GRABIAS: *Mowa i jej zaburzenia*. „Audiofonologia” 1997, T. 10, s. 11.

słowo przytoczona definicja mowy wydaje się najbardziej użyteczna, gdyż ujmuje swym zakresem osobne rodzaje zachowań spełniających odrębne funkcje:

- **czynności poznawcze człowieka**, które dokonują się wyłącznie za pomocą języka; ich wynikiem jest zorganizowana pojęciowo wiedza, tkwiąca w umyśle i będąca reprezentacją rzeczywistości;
- **językowe czynności komunikacyjne**, które ujawniają się na tle spójnych z nimi zachowań mimicznych i gestowych, stanowiących tak zwane parawerbalne kody mowy;
- **czynności socjalizacyjne i grupotwórcze**, które leżą u podstaw tworzenia się modelu zachowań językowych obowiązujących w obrębie danej grupy.

Wymienione czynności kształtują się w ontogenezie prawidłowo, jeśli spełniona jest norma biologiczna, psychiczna oraz społeczna. Normę biologiczną określa funkcjonalna i morfologiczna zdolność organizmu do rozwoju mowy, której podstawą są:

- dobrze funkcjonujący słuch: fizyczny, fonematyczny, muzyczny;
- sprawnie funkcjonujący mózg i wydolna pamięć;
- brak zakłóceń w funkcjonowaniu obwodowego układu nerwowego;
- zachowana sprawność układu kostnego i mięśniowego w obrębie narządów mowy².

Wśród psychicznych czynników warunkujących zdolność do nabywania języka wskazuje się równoległy i wzajemnie zależny rozwój wielu procesów poznawczych: pamięci, uwagi, spostrzegania oraz myślenia. Jean Piaget definiuje rozwój jako ciąg zmian jakościowych w strukturach poznawczych i aktywności umysłowej dziecka, u którego w kolejnych stadiach rozwoju poprzednio ukształtowane struktury inteligencji organizują się i integrują w nową całość funkcjonalną³. Badacz wyróżnił cztery stadia rozwoju dziecka:

- **stadium inteligencji sensomotorycznej** (0–2 lata) – wtedy następuje rozwój reakcji zmysłowych i ruchowych oraz konstruowanie schematów;
- **stadium myślenia przedoperacyjnego** (2–7 lat) – wówczas następuje rozwój języka i innych form reprezentacji pojęciowej, a rozumowanie ma charakter prelogiczny i jest zdominowane przez percepcję;
- **stadium operacji konkretnych** (7–11 lat) – w tym okresie pojawia się myślenie logiczne, warunkujące rozwiązywanie konkretnych problemów pojawiających się w danej chwili;
- **stadium operacji formalnych** (11–15 lat i więcej) – na tym etapie rozwija się logiczne myślenie, umożliwiające rozwiązywanie wszelkich problemów.

J. Piaget twierdzi, że rozwój mowy opiera się na wcześniejszym rozwoju operacji sensomotorycznych oraz oddziaływaniach środowiska społecznego. Osiągnięcie zdolności do wewnętrznego (umysłowego) reprezentowania doświadczeń jest niezbędne do rozpoczęcia procesu konstruowania języka mówionego. Autor

² Ibidem, s. 9–36.

³ J. PIAGET: *Mowa i myślenie u dziecka*. Warszawa, PWN 1992.

zwraca też uwagę na to, że równoległe z rozwojem mowy następuje rozwój zdolności pojęciowych. Pierwsze pojęcia związane są zawsze z otaczającą rzeczywistością. Język „nakłada się” na dziecięce doświadczenia. Reguły języka nie różnią się zatem zasadniczo od innych reguł poznawczych organizujących ludzkie myślenie. Mowa jest czynnikiem ułatwiającym rozwój pojęciowy po części dlatego, że pozwala na szybszy przebieg, także szerszy – w porównaniu z działaniami sensomotorycznymi – zakres aktywności pojęciowej. Dla wykształcenia się struktur logicznych język ma znaczenie istotne, jednak nie jest czynnikiem konstytutywnym⁴, stąd nie może być źródłem zmian w myśleniu, a jedynie ich symptomem.

Asocjacje pomiędzy rozwojem poznawczym a rozwojem językowym rozważa też Lew Wygotski. Zależność mowy i myślenia badacz ujmuje jako proces dynamiczny i nieustannie zmieniający się. W jego teorii konstytutywnym narzędziem myśli jest pojęcie związane ze znakiem językowym – znaczeniem słowa, uzależnionym od poziomu opanowania mowy. Tym samym mowa wpływa na rozwój myślenia⁵. Autor wyodrębnia w ontogenezie dwa typy myślenia:

- niewerbalne (wcześniejsze),
- werbalne (późniejsze).

Znaczenie słowa jest wymiarem myślenia werbalnego. Zauważając ścisły związek pomiędzy rozwojem myślenia i języka, L. Wygotski nie utożsamia jednak procesu nabywania języka z procesem rozwoju myślenia i głosi prymarność rozwoju myślenia względem języka.

W kontekście obydwu przytoczonych teorii ujawnia się zależność – chociaż różnie hierarchizowana – pomiędzy językiem a poznaniem. Dlatego u dzieci zaburzenia rozwoju funkcji poznawczych – w tym myślenia – muszą skutkować nieprawidłowościami w rozwoju mowy, a opóźniony proces nabywania języka może powodować zaburzenia związane z procesem myślenia.

Rozwój mowy, poza uwarunkowaniami biologicznymi i psychicznymi, zależy od czynników społecznych. Odwołując się do teorii interakcji społecznych i podejścia behawioralnego w procesie nauki języka, podkreślić należy wagę socjalizacji językowej, w tym wzorca językowego, w kształtowaniu się mowy. Środowisko społeczne determinuje też rozwój emocjonalny dziecka, leżący u podstaw ontogenezy mowy, która przebiega prawidłowo jedynie w sytuacji zaspokojenia u dziecka potrzeby miłości i bezpieczeństwa.

W kontekście tak wielu zróżnicowanych czynników wpływających na proces rozwoju językowego dziecka w diagnozowaniu dzieci z opóźnieniami w opanowywaniu mowy pierwszym celem jest określenie źródła – pierwotnego mechanizmu obserwowanych nieprawidłowości rozwojowych. Podłożem zaburzeń w nabywaniu mowy mogą być zarówno globalne deficyty rozwojowe, spowodowane upośledzeniem umysłowym, jak i związane z parcjalnymi deficytami rozwojowymi

⁴ H. SINCLAIR: *Piaget a problemy przyswajania języka – Perspektywa dalszych badań*. „Psychologia Wychowawcza” 1985, T. 28, s. 469–481.

⁵ L. S. WYGOTSKI: *Myślenie i mowa*. Warszawa, PWN 1989.

czynniki specyficzne lub niekorzystne uwarunkowania środowiskowe, które mogą jednak wpływać na rozmaite aspekty funkcjonowania dziecka, w tym poznawczy, emocjonalny i behawioralny, tworząc obraz zaburzeń taki jak w przypadku upośledzenia umysłowego w stopniu lekkim. Interpretowanie tych wtórnych, bo niepowodowanych upośledzeniem umysłowym, ale opóźnieniem rozwoju mowy, objawów zaburzeń wstępujących u dziecka w normie intelektualnej wciąż nastęrcza logopedom wielu trudności. W procedurach diagnozy logopedycznej kryteria różnicowania alalii prolongaty i oligofazji u dzieci z upośledzeniem w stopniu lekkim nie są jasno określone.

Problemy diagnostyczne w ocenie zaburzeń rozwoju mowy u dzieci

W różnicowaniu samoistnego opóźnienia rozwoju mowy (alalii prolongaty) z oligofazją istotne jest określenie u badanego dziecka zależności pomiędzy rozwojem u niego funkcji poznawczych a rozwojem językowym: Czy opóźnienie rozwoju językowego jest jedynym i pierwotnym zaburzeniem, czy też wtórnym następstwem upośledzenia umysłowego? Ważnym czynnikiem wspomagającym proces diagnostyczny jest obserwacja dynamiki w nabywaniu kompetencji oraz rozwoju sprawności językowych i komunikacyjnych dziecka.

Alalia prolongata

W literaturze logopedycznej na określenie zaburzeń procesu uczenia się języka już od pierwszych etapów jego nabywania stosuje się różne terminy: „alalia prolongata, opóźniony rozwój mowy, opóźnienie rozwoju mowy, proste lub zwykle opóźnienie rozwoju mowy, samoistny rozwój mowy, zespół tzw. prostego opóźnienia rozwoju mowy, zespół opóźnienia mowy czynnej”⁶. Wyodrębnianie specyficznego deficytu językowego występującego u dzieci inteligentnych i słyszących jako odrębnej jednostki zaburzeń rozwoju mowy wciąż jest problemem dyskutowanym w wielu środowiskach naukowych ze względu na różne stanowiska dotyczące etiologii tego zaburzenia, a w związku z tym rokowań co do przyszłych efektów usprawniania. Według „Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów

⁶ J. STASIAK: *Standard postępowania logopedycznego w przypadku alalii prolongaty*. „Logopedia” 2008, T. 37, s. 39–54.

Zdrowotnych ICD-10⁷ specyficzne zaburzenia rozwoju językowego są zaliczane do grupy zaburzeń rozwoju psychicznego, oznaczonej kodem F80. W obrębie tej kategorii zaburzeń występują:

- specyficzne zaburzenia artykulacji (F80.0),
- zaburzenia ekspresji mowy (F80.1),
- zaburzenia rozumienia mowy (F80.2),
- nabyta afazja z padaczką (zespół Landau-Kleffnera) (F80.3),
- inne zaburzenia rozwoju mowy i języka (F80.8),
- zaburzenia rozwoju mowy i języka, nieokreślone (F80.9).

W polskich propozycjach taksonomicznych zespoły zaburzeń opisywane w ICD-10 łącznie są klasyfikowane osobno. Pierwszym kryterium ich wyodrębnienia i zróżnicowania jest czynnik biologiczny – występowanie bądź brak organicznych uszkodzeń w obrębie centralnego układu nerwowego. Na podstawie tego kryterium wydzielić można grupę zaburzeń spowodowanych uszkodzeniami centralnego układu nerwowego:

- alalia,
- niedokształcenie mowy o typie afazji,
- afazja dziecięca,
- zaburzenie będące konsekwencją zakłóceń w dojrzewaniu i funkcjonowaniu mózgu, niewynikające jednak z uszkodzeń organicznych,
- alalia prolongata (prosty opóźniony rozwój mowy).

Niniejsze rozróżnienie wskazuje na zasadnicze konsekwencje uszkodzenia centralnego układu nerwowego dla procesu nabywania i rozwijania zdolności językowych⁷. Umieszczenie w jednej grupie jednostek znacznie się różniących, np.: dyslalii i zespołu Landau-Kleffnera, mających odmienny patomechanizm, objawy oraz rokowania, jest – z punktu widzenia metodologii badań logopedycznych i praktyki postępowania logopedycznego – nieuzasadnione.

Alalię prolongatę należy rozumieć jako „deficyt językowy i komunikacyjny, niebędący konsekwencją innych ograniczeń zdolności psychofizycznych dziecka”⁸, a więc zaburzeń w funkcjonowaniu zmysłów, uszkodzeń w centralnym układzie nerwowym, nieprawidłowości w budowie i funkcjonowaniu aparatu artykulacyjnego, całościowych zaburzeń rozwojowych (autyzm). Alalię prolongatę trzeba więc różnicować z opóźnieniem rozwoju języka, będącym jedynie symptomem innych zaburzeń, np. związanych ze stanem upośledzenia umysłowego⁹.

⁷ J. PANASIUK: *Zaburzenia mowy u dzieci chorych neurologicznie – diagnoza i terapia logopedyczna*. W: *Różne aspekty opóźnionego rozwoju mowy*. Red. B. CYL. Katowice, Metis 2010, s. 30–69.

⁸ J. STASIAK: *Standard postępowania logopedycznego...*, s. 51.

⁹ Ibidem.

Etiologia alalii prolongaty

Jako przyczynę alalii prolongaty najczęściej wskazuje się opóźnione dojrzewanie struktur mózgowych. Jedną z hipotez mówi o opóźnieniu w mielinizacji włókien nerwów czaszkowych, prowadzącej do trudności w szybkiej zmianie pozycji mięśni narządów odpowiedzialnych za artykulację i przejawiającej się w zaburzeniach realizacji ruchowych wzorców wyrazu¹⁰. Ostatnie badania wskazują na ważną rolę uwarunkowań genetycznych¹¹.

Wśród czynników środowiskowych i społecznych sprzyjających występowaniu alalii prolongaty wymienia się m.in.:

- choroby występujące do momentu ukończenia pierwszego roku życia;
- opóźniony rozwój w sferze motorycznej;
- zaniedbania wychowawcze;
- brak stymulacji werbalnej;
- trudności w funkcjonowaniu emocjonalnym¹².

Przyjmuje się, że proste opóźnienie rozwoju mowy wiąże się z zaburzeniami w opanowaniu przez dziecko motoryczno-sensorycznych struktur języka, przez co objawiać się może trudnościami zarówno w rozumieniu, jak i w budowaniu wypowiedzi, często zwracając uwagę na to, że trudno określić czynnik etiologiczny, który powoduje te trudności. I chociaż przyczyny alalii prolongaty uznawane są często za nieznanne, to samo zaburzenie dotyka znacznej grupy dzieci – występuje u jednego dziecka na 28 urodzonych¹³.

Objawy alalii prolongaty

Najbardziej charakterystycznymi objawami alalii prolongaty są późny start mowy i wolna dynamika jej rozwoju. Halina Spionek zaznacza, że opóźnienie diagnozuje się, gdy dziecko zaczyna mówić później niż jego rówieśnicy, a także wtedy, kiedy zaczyna mówić w odpowiednim czasie, jednak jego wypowiedzi mają długo utrzymujący się nieprawidłowy kształt formalno-semantyczny. Odchylenia od normy obserwuje się w zakresie: rozumienia złożonych gramatycznie i semantycznie

¹⁰ E. DILLING-OSTROWSKA: *Zaburzenia mowy*. W: *Neurologia dziecięca*. Red. J. CZOCHAŃSKA. Warszawa, PZWL 1985, s. 174–182.

¹¹ Genetyczne pochodzenie potwierdza się na podstawie wywiadów przeprowadzanych z rodzinami dzieci z prostym opóźnionym rozwojem mowy. Potwierdzają one, iż zjawisko to występuje w rodzinach, których członkowie przejawiali trudności w przyswajaniu języka, co szczególnie ujawnia się u mężczyzn. L.B. LEONARD: *SLI – Specyficzne zaburzenie rozwoju językowego*. Gdańsk, GWP 2006.

¹² A. MITRINOWICZ-MODRZEJEWSKA: *Fizjologia i patologia głosu, słuchu i mowy, rozpoznanie, leczenie i rehabilitacja*. Warszawa, PZWL 1963.

¹³ L.B. LEONARD: *SLI – Specyficzne zaburzenie rozwoju językowego...*

nie struktur językowych, realizacji dźwięku, zasobu słownikowego, stosowania reguł gramatycznych¹⁴.

Mowę dziecka z opóźnieniem rozwoju mowy charakteryzuje ograniczenie zasobu dźwięków, objawiające się licznymi substytucjami, co wynika również z wydłużonego okresu rozwoju artykulacji. Dochodzi do zbyt długo utrzymujących się (jeszcze po zakończeniu okresu swoistej mowy dziecięcej) zaburzeń syntagmatycznych w realizacji dźwięków. Należą do nich zmiany ilościowe – elizje (występowanie sylab początkowych w znaczeniu całego wyrazu opuszczanie głosek we wszystkich pozycjach głosowych bądź w jednej, opuszczanie sylab początkowych, zmniejszanie liczby sylab w wyrazie, redukcja grup spółgłoskowych) oraz epentezy (wzbogacenie struktury wyrazu o zbędne elementy), a także zmiany jakościowe, np. asymilacje (częściowe lub całkowite ujednoczenie wymowy grup spółgłoskowych). Symptomami opóźnienia rozwoju mowy są również metatezy (zmiany kolejności elementów w wyrazie) oraz kontaminacje (tworzenie nowych wyrazów ze skrzyżowania dwóch różnych). W konsekwencji powstają rozmaite zniekształcenia w obrębie struktury wyrazu.

Opóźnienie w rozwoju mowy na poziomie leksykalnym przejawia się ograniczeniem słownika biernego i czynnego. Ubogi zasób leksykalny związany jest z niewielką liczbą rozumianych i używanych przez dziecko słów – w 2. roku życia powinno ono wymawiać około 300 słów, a rozumieć znacznie więcej. Mowę dzieci z alalią prolongatą charakteryzuje wyższa frekwencja występowania części mowy pierwotnie nazywających – rzeczowników i czasowników, w stosunku do części mowy wtórnie nazywających – przymiotników i przysłówków. Opóźnienie na poziomie syntaktycznym ma związek z trudnościami w nabywaniu systemu gramatycznego. Dziecko z trudem opanowuje rozumienie kategorii gramatycznych, w wypowiedziach popełnia wiele agramatyzmów i redukuje składniową ich złożoność¹⁵. Zaburzenia w rozwoju systemu językowego są przyczyną dalszych trudności w budowaniu wypowiedzi narracyjnych oraz w stosowaniu językowych reguł społecznych sytuacyjnych i pragmatycznych w codziennych kontaktach językowych.

Zdarza się, że dziecko jest wycofane, niechętnie nawiązuje kontakt wzrokowy, nie wykazuje zainteresowania innymi osobami oraz zdaje się nie reagować emocjonalnie w prawidłowy sposób na różne sytuacje, co może przyjmować postać spektrum zaburzeń autystycznych. Niski poziom sprawności językowych staje się przyczyną ograniczeń komunikacyjnych dziecka, powoduje zaburzenia w zachowaniu, nadpobudliwość, zamknięcie się na kontakty z otoczeniem i rówieśnikami. U dzieci z alalią prolongatą mogą wystąpić deficyty uwagi i nadpobudliwość, stąd czasem błędnie rozpoznawany jest u nich zespół ADHD.

¹⁴ H. SPIONEK: *Zaburzenia rozwoju uczniów a niepowodzenia szkolne*. Warszawa, PWN 1981.

¹⁵ G. JASTRZĘBOWSKA: *Opóźnienie rozwoju mowy*. W: *Podstawy neurologopedii. Podręcznik akademicki*. Red. T. GAŁKOWSKI, E. SZELĄG, G. JASTRZĘBOWSKA. Opole, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego 2005, s. 360–377.

Trudności w nabywaniu struktur języka wiążą się często z opóźnieniem w rozwoju funkcji słuchowych, np. z problemami ze różnicowaniem dźwięków mowy. Deficyty słuchu fonematycznego powodują trudności w opanowaniu słuchowo-ruchowych wzorców wyrazów, a przez to dalsze zaburzenia w analizie i syntezie głoskowej oraz sylabowej słowa, zaburzenia uwagi słuchowej, w konsekwencji zatem ograniczają możliwość rozumienia komunikatów słownych.

W wieku szkolnym pojawiają się trudności w opanowaniu czynności czytania i pisania. To z kolei wpływa na poznawcze i emocjonalno-społeczne funkcjonowanie dziecka w szkole. Dochodzi do zaburzeń koncentracji uwagi na przekazie słownym i trudności w myślowym przetwarzaniu materiału słownego. Poziom motywacji u dziecka do nauki szybko spada, a z powodu wielu niepowodzeń może pojawić się fobia szkolna.

Prognozowanie rozwoju językowego u dzieci z alalią prolongatą

Odpowiednio wcześniej postawione rozpoznanie prostego opóźnienia rozwoju mowy pełni istotną rolę w programowaniu terapii, ustalaniu celów oraz prognozowaniu dynamiki zmian. Alalię prolongatą charakteryzują opóźnienie i trudności w nabywaniu systemu językowego oraz rozwoju sprawności komunikacyjnych przy braku pierwotnych zaburzeń poznawczych. Dzieci z prostym opóźnionym rozwojem mowy przejawiają chęci poznawania otaczającej rzeczywistości, są inteligentne oraz opanowują – przy odpowiedniej stymulacji językowej, a także systematycznie prowadzonych zajęciach logopedycznych – mowę, a także nabywają pełnię sprawności komunikacyjnych i społecznych. Terapia logopedyczna oraz biologicznie warunkowane możliwości umysłowe dziecka z alalią prolongatą umożliwiają prawidłowy jego rozwój we wszystkich sferach i doprowadzają do pełnego uczestnictwa w życiu społecznym. Efekty terapii stają się też podstawą normalnego kształcenia i możliwości nieograniczonego poszerzania wiedzy, a w rezultacie – kontynuowania nauki na kolejnych etapach edukacji.

Oligofazja

Oligofazja jest zaburzeniem mowy występującym u dzieci i osób dorosłych upośledzonych umysłowo. Możliwości porozumiewania się osób upośledzonych umysłowo kształtują się na tle globalnie opóźnionego rozwoju psychofizycznego. Nieprawidłowy i opóźniony rozwój procesów poznawczych u dzieci z oligofrenią utrudnia nabywanie kompetencji językowej i komunikacyjnej. Stopień opanowania mowy i języka jest uzależniony od stopnia rozwoju umysłowego człowieka. Im

większy deficyt poznawczy zauważa się u dziecka, tym większe trudności występują podczas procesu kształtowania kompetencji językowej i komunikacyjnej.

W praktyce logopedycznej wyróżnia się różne grupy osób upośledzonych umysłowo, charakteryzujące się odmiennymi deficytami poznawczymi, uzależnionymi od stopnia rozwoju intelektualnego. Możliwości porozumiewania się osób z upośledzeniem umysłowym kształtują się bowiem zawsze w kontekście głębokości globalnego zaburzenia rozwoju psychoruchowego. U osób z upośledzeniem umysłowym najbardziej zaburzony jest rozwój mowy i myślenia – czynności poznawczych o najbardziej skomplikowanej organizacji¹⁶.

Przyczyny oligofazji

Przyczyną oligofazji jest oligofrenia, nazywana w literaturze pedagogicznej niedorozwojem umysłowym lub upośledzeniem umysłowym, czyli stan obniżonej sprawności intelektualnej, powstały w okresie rozwojowym. Zofia Sękowska¹⁷ definiuje oligofrenię bardzo szeroko, uwzględniając zróżnicowany stopień upośledzenia i zróżnicowany zakres objawów, obejmujących zaburzenia w sferze motorycznej, behawioralnej, emocjonalno-motywacyjnej, którym towarzyszą jeszcze inne dysfunkcje. Autorka zwraca uwagę na odniesienie pojęcia upośledzenia umysłowego do całej osobowości, a nie jedynie do zaburzenia funkcjonowania poznawczego. Ann M. Clarke i A.B. Clarke określają niedorozwój umysłowy jako ograniczenie rozwoju umysłowego, powstające w okresie rozwojowym, któremu towarzyszy obniżenie zdolności przystosowania się społecznego. J. Kostrzewski zwraca uwagę na poziom funkcjonowania intelektualnego, określane jako istotnie niższy od przeciętnego (dwa odchylenia standardowe od normy), wiążący się ze zmianami w ośrodkowym układzie nerwowym¹⁸.

Diagnoza oligofrenii obejmuje analizę medyczną oraz uwzględnienia zaburzenia w obrębie sfer: poznawczej, emocjonalnej oraz kontaktów społecznych. Klasyfikacja DSM-IV przy diagnozie oligofrenii zwraca uwagę na konieczność współwystępowania deficytów i upośledzenia zdolności przystosowania się w co najmniej dwóch z następujących sfer:

- komunikacja;
- zaradność osobista;
- prowadzenie domu;
- umiejętności społeczne i interpersonalne;
- korzystanie z zasobów środowiskowych;

¹⁶ U. JĘCZEŃ: *Standard postępowania logopedycznego w przypadku oligofazji*. „Logopedia” 2008, T. 37, s. 89–97.

¹⁷ Z. SĘKOWSKA: *Wprowadzenie do pedagogiki specjalnej*. Warszawa, WSPS 1998.

¹⁸ J. KOSTRZEWSKI: *Z zagadnień psychologii dziecka umysłowo upośledzonego: materiały pomocnicze do psychologii upośledzonych umysłowo*. T. 1. Warszawa, WSPS 1976.

- samostanowienie;
- umiejętność uczenia się;
- umiejętność pracowania;
- umiejętność wypoczywania;
- umiejętność dbania o zdrowie;
- umiejętność dbania o bezpieczeństwo¹⁹.

W procesie diagnozy istotnym czynnikiem jest wystąpienie trudności przed 18. rokiem życia. Biorąc pod uwagę wskaźnik ilorazu inteligencji, wyróżnia się stopnie upośledzenia umysłowego według punktacji określonej poprzez badanie skalą Wechslera:

- norma rozwojowa: 85–115 punktów;
- pograniczne normy i upośledzenia umysłowego: 70–84 punkty;
- lekki stopień upośledzenia umysłowego: 55–69 punktów;
- umiarkowany stopień upośledzenia umysłowego: 40–54 punkty;
- znaczny stopień upośledzenia umysłowego 25–39 punktów;
- głęboki stopień upośledzenia umysłowego 0–24 punkty.

Czynniki patologiczne doprowadzające do upośledzenia umysłowego są dość niejednorodne: mogą być dziedziczne, a także nabyte w okresie prenatalnym, perinatalnym lub postnatalnym. Wśród czynników dziedzicznych wskazuje się zespoły genetyczne spowodowane aberracjami chromosomów, a także aberracjami autosomalnymi. Do czynników mogących zadecydować o upośledzeniu umysłowym dziecka, działających w okresie płodowym zalicza się: wirusy, bakterie, pasożyty (kiła, różyczka), niezgodność immunologiczną, szkodliwe substancje chemiczne (leki, narkotyki, alkohol), a także promieniowanie rentgenowskie. Do czynników okołoporodowych należą: zamartwica płodu, nieprawidłowy przebieg porodu, prowadzący do niedotlenienia mózgu, mechaniczne uszkodzenia struktur centralnego układu nerwowego. O upośledzonym rozwoju dziecka mogą zdecydować także czynniki działające po urodzeniu, np. choroby zakaźne, zatrucie ołowiem, nieprawidłowe żywienie, urazy czaszki i mózgu. Bezpośrednią przyczyną oligofrenii są zatem zmiany strukturalne i funkcjonalne w obrębie centralnego układu nerwowego.

Objawy oligofazji

Upośledzenie umysłowe (oligofrenia) wiąże się z występowaniem zaburzeń rozwojowych w wielu sferach funkcjonowania dziecka: motorycznej (spowolnienie i zaburzenie rozwoju ruchowego w sferze motoryki dużej i małej), poznawczo-wykonawczej (zaburzenia spostrzegania, pola i zakresu uwagi, pamięci i uczenia się, mowy, myślenia, obniżony krytycyzm) i emocjonalno-społecznej (nieadekwat-

¹⁹ *DSM-IV: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Draft criteria. Task force on DSM-IV. Washington 1994.*

ne reakcje emocjonalne, obniżony poziom uczuciowości wyższej, mniejsza wrażliwość i powinność moralna, impulsywność, agresywność, brak inicjatywy).

Zaburzenia mowy są jednym z objawów oligofrenii. Głębokość oligofazji wiąże się ze stopniem upośledzenia umysłowego. Trudności językowe – bez względu na stopień niedorozwoju intelektualnego – zawsze mają jednak charakter całościowy i wynikają z deficytów występujących na każdym podsystemie języka. U dzieci upośledzonych umysłowo w stopniu lekkim mowa rozwija się z opóźnieniem, słabo poszerza się system pojęciowy, przez co słownik czynny i bierny jest zubożony, występują ograniczenia w przyswojeniu i stosowaniu reguł gramatycznych, którym mogą towarzyszyć rozmaite wady wymowy (sygmatyzm, rotacyzm, mowa bezdźwięczna). Obraz zaburzeń językowych w przypadkach oligofazji jest zbliżony do objawów alalii prolongaty. Dlatego pojawiają się liczne wątpliwości przy różnicowaniu i rozpoznawaniu tych jednostek w diagnozie logopedycznej.

Prognozowanie rozwoju językowego u dzieci z oligofazją

Rokowania dotyczące rozwoju językowego u dzieci z upośledzeniem umysłowym nie są pomyślnie, zwłaszcza w porównaniu z dziećmi z opóźnionym rozwojem mowy, ale w normie intelektualnej. Występujący u dzieci z oligofrenią zespół zaburzeń, obejmujący przede wszystkim deficyty w funkcjonowaniu poznawczym, uniemożliwia pełny rozwój mowy oraz samodzielność w niektórych dziedzinach życia. Ograniczenia wynikające z niskiego poziomu intelektualnego ujawniają się jako rozmaite zaburzenia poznawcze, decydujące o możliwościach edukacyjnych dziecka. Kształcenie dziecka z oligofrenią staje się możliwe przy respektowaniu ograniczeń wynikających z całości kształtu zaburzeń we wszystkich sferach jego funkcjonowania i przy realizowaniu jego specjalnych potrzeb edukacyjno-terapeutycznych. Efekty edukacji i wszelkich form wspomagających rozwój, w tym terapii logopedycznej, uzależnione są od stopnia nasilenia zaburzeń, czyli od stopnia upośledzenia umysłowego. Im większy deficyt w zakresie funkcjonowania umysłowego, tym wolniej przebiega proces kształcenia i tym słabsza jest skuteczność oddziaływań terapeutycznych, a przez to – mniejsze postępy i mniej zadowalające efekty podjętych działań.

Diagnoza różnicowa alalii prolongaty i oligofazji

Proces diagnozowania zaburzeń rozwoju mowy powinien przebiegać według określonej procedury, którą wyznaczają kolejne etapy postępowania. W pierwszym etapie istotne jest określenie paradygmatu zaburzeń, ze szczególnym uwzględ-

nieniem objawów językowych, oraz ustalenie ich przyczyn. Należy tu uwzględnić opinie lekarza, psychologa oraz pedagoga, które weryfikują się w podjętych następnie działaniach terapeutycznych. Bogatym źródłem informacji „istotnych diagnostycznie” są także dane z wywiadu i obserwacji wskazujące na dynamikę w dotychczasowym rozwoju dziecka w sferach: motorycznej, poznawczej, emocjonalnej i społecznej. Ustalenie pierwotnego mechanizmu zaburzeń mowy ma najistotniejsze znaczenie w różnicowaniu alalii prolongaty i oligofazji. Określenie tego, czy zaburzenia rozwoju językowego mają charakter względnie trwałe i są skutkiem globalnych zaburzeń rozwojowych związanych z uszkodzeniami i dysfunkcjami centralnego układu nerwowego, czy też mają charakter specyficzny, który wtórnie doprowadza do zakłóceń w funkcjonowaniu dziecka w innych sferach, ustępujących wraz z poprawą sprawności językowej, pozwala postawić hipotezę: w pierwszym przypadku – o występowaniu oligofazji, w drugim zaś – o występowaniu alalii prolongaty.

TABELA 1. Diagnoza różnicowa alalii prolongaty i oligofazji

Mechanizmy	Alalia prolongata Opóźnienie rozwoju pewnych struktur korowych	Oligofazja Obniżony poziom funkcjonowania intelektualnego
1	2	2
Rozwój motoryczny	Istnieje prawdopodobieństwo wystąpienia opóźnień w rozwoju ruchowym w zakresie motoryki dużej. Częściej zauważane są opóźnienia w rozwoju motoryki małej i kinestezji artykulacyjnej.	Opóźnienia w rozwoju motoryki dużej (siadanie, wstawanie, chodzenie) oraz małej (precyzyjne ruchy rąk), zaburzenia kinestezji artykulacyjnej. Rozwój ruchowy odbiega od normy.
Mogą wystąpić zaburzenia lateralizacji oraz orientacji przestrzennej		
Spostrzeganie	pierwotne*	Spostrzeganie wzrokowe zwykle prawidłowe i dokładne, zakłócenia spostrzegania słuchowego – zaburzenia funkcji słuchowych – różnicowanie dźwięków mowy, analizy i syntezy słuchowej.
	wtórne**	Zaburzenia spostrzegania wzrokowego i słuchowego wynikające z zaburzonej lateralizacji.
Uwaga	pierwotne	Mogą wystąpić zaburzenia koncentracji uwagi. Lepsze funkcjonowanie w zakresie uwagi wzrokowej, niż uwagi słuchowej.
	wtórne	Zaburzona uwaga słuchowa.

cd. tab. 1

1		2	3	
Pamięć	pierwotne	Trudności w przebiegu procesów pamięciowych. Pamięć materiału wzrokowego funkcjonuje na dobrym poziomie.	Osłabienie pamięci wzrokowej i słuchowej – mniejsza dokładność, trudności z zapamiętywaniem i odtwarzaniem, wolne przyswajanie nowego materiału.	
	wtórne	Pamięć słuchowa funkcjonuje na niskim poziomie, uczenie się oparte na analizatorze słuchowym przebiega wolniej.		
Mowa	fonologia i fonetyka	odbiór	Zaburzenia różnicowania słuchowego głosek. Zakłócenia analizy i syntezy słuchowej.	Zaburzenia różnicowania słuchowego głosek. Zakłócenia analizy i syntezy słuchowej.
		ekspresja	Zaburzenia artykulacji głosek oraz zakłócenia w obrębie struktury wyrazu.	Możliwe wystąpienie wad wymowy.
	słowotwórstwo i fleksja	odbiór	Rozumienie konstrukcji słowotwórczych i fleksyjnych kształtuje się na wyższym poziomie niż tworzenie.	Trudności w rozumieniu konstrukcji słowotwórczych i fleksyjnych.
		ekspresja	Trudności w tworzeniu konstrukcji słowotwórczych. Agrammatyzmy.	Trudności w tworzeniu konstrukcji słowotwórczych. Agrammatyzmy.
	zjawiska leksykalno-semantyczne	odbiór	Większy zasób słownika biernego w stosunku do czynnego. Rozumienie relacji semantycznych kształtuje się na wyższym poziomie niż przywoływanie nazw.	Ubogi słownik bierny. Trudności w rozumieniu relacji semantycznych kształtują się na takim samym poziomie, jak przywoływanie nazw je określających.
		ekspresja	Niski zasób słownictwa czynnego. Trudności w przywoływaniu: antonimów, synonimów, hiperonimów i hiponimów.	Niski zasób słownictwa czynnego. Trudności w przywoływaniu: antonimów, synonimów, hiperonimów, hiponimów.
	składnia	odbiór	Zachowane rozumienie krótkich konstrukcji składniowych, trudności w rozumieniu dotyczą zdań złożonych.	Problemy w rozumieniu konstrukcji składniowych.
		ekspresja	Ograniczenie zdolności w budowaniu zdań złożonych.	Trudności w budowaniu zdań.

1		2	3	
Mowa	sprawność narracyjna	odbiór	Rozumienie krótkich wypowiedzi narracyjnych zachowane. Trudności w rozumieniu dłuższych tekstów narracyjnych.	Trudności w rozumieniu wypowiedzi narracyjnych.
		ekspresja	Trudności w konstruowaniu wypowiedzi narracyjnych.	Trudności w konstruowaniu wypowiedzi narracyjnych.
Myślenie		pierwotne	Zaburzenia myślenia abstrakcyjno-pojęciowego. Zachowane myślenie konkretne i myślenie przez analogię.	Zaburzenia myślenia pojęciowo-abstrakcyjnego, brak myślenia przyczynowo-skutkowego. Zachowane jedynie myślenie konkretno-obrazowe.
		wtórne	Trudności w myśleniu przyczynowo-skutkowym, wynikające z braku kompetencji językowej.	
Uczucia i emocje		pierwotne	Prawidłowy rozwój i kontakt emocjonalny oraz uczuciowy.	Niedorozwój uczuć wyższych, mniejsza wrażliwość i powinność moralna, impulsywność, agresywność.
		wtórne	Impulsywność, agresywność, nadpobudliwość, frustracje spowodowane trudnościami komunikacyjnymi.	
Aktywność			Zachowana inicjatywa.	Brak inicjatywy, naśladowanie zachowań innych.
Samoocena			Adekwatna samoocena, dostrzeganie własnych trudności.	Nieadekwatna, brak świadomości trudności.
Postępy			Widoczny postęp w zakresie ogólnego rozwoju dziecka wraz z kształtowaniem się języka, pozostałe sfery rozwijają się dynamiczniej.	Mała dynamika rozwoju.

* Pierwotny charakter zaburzeń

** Wtórny charakter zaburzeń, będący konsekwencją opóźnień w rozwoju mowy

Studium przypadku chłopca z opóźnieniem rozwoju mowy

Badaniu poddany został uczeń trzeciej klasy szkoły podstawowej. Wywiad dotyczący ciąży i porodu nie był obciążony – ciąża przebiegała prawidłowo, dziecko urodziło się przez cięcie cesarskie. Jednak od samego początku rozwój dziecka

odbiegał od normy. Chłopiec siadał dopiero w wieku 9. miesięcy, stawał samodzielnie w 12. miesiącu życia, chodził – w 14. miesiącu. Matka opisywała nieporadne ruchy syna – często potykał się i przewracał. Gdy miał 6 lat, rozpoznano u chłopca upośledzenie umysłowe w stopniu lekkim i objawy nadpobudliwości psychoruchowej – ADHD.

Mowa dziecka rozwijała się z opóźnieniem, była niezrozumiała dla otoczenia. Dopiero w 7. roku życia chłopiec został poddany ocenie logopedycznej, która pozwoliło ustalić rzeczywisty stan kompetencji i sprawności językowych. Badanie wykazało znaczne deficyty w rozwoju każdego z podsystemów języka, ujawniające się w czynnościach rozumienia, powtarzania, a przede wszystkim mówienia. Stwierdzono zniekształcenia artykulacyjne o charakterze paradygmatycznym – brak artykulacji głosek ś, ź, ć, ż, i syntagmatycznym – zmiany ilościowe: elizje i epentezy, oraz jakościowe: asymilacje i dysymilacje, zmiany kolejności elementów. Wystąpiły także zmiany kombinowane i niesystemowe, będące skutkiem niewykształcenia słuchowo-ruchowych wzorców wyrazów. Dyskretne zaburzenia słuchu fonematycznego, słaba pamięć słuchowa i zakłócenia kinestezji artykulacyjnej były podłożem głębokich zaburzeń fonetycznych, występujących w wypowiedziach chłopca, czyniąc je niezrozumiałymi zarówno dla osób postronnych, jak i dla najbliższego otoczenia. Głębokie były również zaburzenia na poziomie morfologicznym. Niedobory w zakresie fleksji i słowotwórstwa ograniczały zdolności rozumienia i tworzenia konstrukcji gramatycznych oraz słowotwórczych. Trudności leksykalno-semantyczne ujawniały się pod postacią zaburzeń rozumienia, nazywania, definiowania. Opóźnienie w rozwoju podsystemu składniowego wyrażało się trudnościami w rozumieniu i tworzeniu złożonych struktur gramatyczno-semantycznych. Wypowiedzi chłopca były krótkie, budowane przeważnie ze zdań prostych i złożonych współrzędnie. Rozumienie ograniczało się do krótkich tekstów narracyjnych o znaczeniu dosłownym i kontekstowym.

U chłopca zaburzony był również rozwój funkcji poznawczych: percepcji i pamięci słuchowej, orientacji czasowo-przestrzennej, myślenia przyczynowo-skutkowego, procesów wykonawczych. Deficyty wystąpiły w sferze rozwoju społeczno-emocjonalnego – nieadekwatne zachowania, obniżony krytycyzm. Na tle tych objawów patologicznych ujawniały się jednak szczególne zdolności dziecka, przede wszystkim w sferze pamięci wzrokowej, percepcji wzrokowej, analizy i syntezy wzrokowej oraz wyraźne zdolności do uczenia się, wyrażające się znaczną dynamiką w przełamywaniu istniejących trudności.

Niespecyficzny obraz występujących u chłopca zaburzeń rozwojowych wiązał się z dylematami diagnostycznymi, które dotyczyły ustalenia, czy trudności językowe są rzeczywiście objawem upośledzenia umysłowego, czy są może izolowanym problemem, który wynika z zakłóceń w rozwoju językowym, powodując zaburzenia w innych sferach funkcjonowania dziecka.

Intensywna terapia logopedyczna prowadzona od 6. do 9. roku życia przyniosła pożądaný skutek: znaczne wyrównanie deficytów w rozwoju językowym, a w kon-

sekwencji – poprawa poznawczego i komunikacyjnego funkcjonowania dziecka. Nastąpiła korekta wyrazistości artykulacyjnej, znaczący przyrost zasobu leksykalnego oraz rozwój zdolności do rozumienia i tworzenia struktur gramatycznych, co umożliwiło powolny rozwój rozumienia wypowiedzi monologicznych i sprawności w budowaniu narracji. Rozwijały się czynności czytania, pisanie i liczenia.

Obecnie chłopiec dysponuje lepszą pamięcią słuchową i słowną, chętniej i sprawniej uczestniczy w rozmowie z rówieśnikami i nauczycielami. Zmieniło się jego zachowanie w szkole – stał się bardziej przyjazny, ma większą motywację do nauki, podporządkowuje się poleceniom, koncentruje się na zadaniach, zwiększył się zakres jego uwagi i nie wykazuje cech nadpobudliwości psychoruchowej.

W kontekście obserwowanej u chłopca dynamiki w nabywaniu sprawności językowych, skutkującej znaczącą poprawą w funkcjonowaniu komunikacyjnym i poznawczym oraz sukcesami edukacyjnymi chłopca, pierwotne rozpoznanie psychologiczno-psychiatryczne – upośledzenie umysłowe i ADHD – zweryfikowało się negatywnie. Przyjęty schemat postępowania diagnostycznego, oparty na interpretacji dokumentacji medycznej oraz analizie rozwoju dziecka we wszystkich sferach: motorycznej, poznawczej, emocjonalno-społecznej, pozwolił na wykluczenie upośledzenia umysłowego jako przyczyny zaburzeń rozwoju mowy. W procesie terapii logopedycznej, ukierunkowanej na stymulowanie u chłopca rozwoju wszystkich podsystemów języka, wyrównywały się również wtórne deficyty rozwojowe, dając podstawę do rozpoznania u niego alalii prolongaty.

Podsumowanie

W różnicowaniu alalii prolongaty i oligofazji należy wskazać pierwotny mechanizm opóźnień w kształtowaniu się mowy. Wnikliwa analiza dokumentacji medycznej, psychologicznej oraz pedagogicznej, dane z wywiadu o dotychczasowym rozwoju dziecka, wyniki ukierunkowanej obserwacji zachowań językowych i komunikacyjnych stanowią pierwszy zaledwie krok w procedurze diagnostycznej. Kolejnym etapem badań jest ustalenie stanu kompetencji i sprawności językowych oraz komunikacyjnych dziecka w kontekście jego rozwoju motorycznego, emocjonalno-społecznego i poznawczego. Deskrypcja powinna obejmować: poziom opanowania i sposoby realizowania jednostek podsystemu fonologiczno-fonetycznego, morfologicznego i składniowego, zakres umiejętności leksykalno-semantycznych, rozwój struktur pojęciowych i zdolności narracyjnych, wskazujących na poznawcze możliwości dziecka. Ocena powinna dotyczyć również językowych sprawności komunikacyjnych, w tym społecznej, sytuacyjnej i pragmatycznej. Szczegółowa procedura badania i szerokie spojrzenie na trudności dziecka z opóźnieniem rozwoju mowy pozwalają na określenie pierwotnego mechanizmu obserwowanych

zaburzeń i postawienie hipotezy diagnostycznej. Jej weryfikacja następuje czasem dopiero w trakcie prowadzonych zajęć terapeutycznych, kiedy okazuje się, czy współwystępujące z zaburzeniami mowy deficyty poznawcze mają charakter pierwotny czy też wtórny. Pewien rodzaj ostrożności w stawianiu ostatecznego rozpoznania logopedycznego – alalia prolongata *versus* oligofazja – może czasem przesądzić o przyszłości dziecka.