Grażyna Jastrzębowska

Uniwersytet Opolski
Instytut Studiów Edukacyjnych

Istota i klasyfikacje opóźnień w rozwoju mowy – przegląd stanowisk

The Problem and Classification of Speech Development Retardion

Streszczenie

W polskiej literaturze zagadnieniu opóźnienia rozwoju mowy (ORM) nie poświęcono zbyt wiele uwagi. Zjawisko to jest dość dobrze rozpoznane, gdy chodzi o objawy i przyczyny, wątpliwości natomiast budzi traktowanie opóźnienia rozwoju mowy jako odrębnego zjawiska towarzyszącego różnym zaburzeniom rozwojowym oraz zakres znaczeniowy samego terminu. Wśród autorów nie ma też jednomyślności w kwestii kryteriów ilościowo-jakościowych, niezbędnych do oceny stopnia opóźnienia. Określenie ORM jest wieloznaczne, albowiem termin ten stosuje się do nazwania opóźnień o podłożu patologicznym i opóźnień wynikających jedynie z wolniejszego tempa dojrzewania układu nerwowego. Może to sugerować, że w każdym przypadku opóźnienia rozwoju mowy stosuje się taką samą procedurę badawczą i terapię.

Niniejszy artykuł jest próbą ukazania różnic w podejściu teoretycznym do zagadnienia opóźnienia rozwoju mowy w Polsce i w innych krajach (głównie w Wielkiej Brytanii i Stanach Zjednoczonych).

Summary

Not much attention has been paid to the problem of speech development retardation (SDR) in Polish literature so far. The phenomenon of SDR is quite well known as far as symptoms and causes are concerned, doubts arise, however, when it comes to treatment speech development retardation as a separate phenomenon which accompanies a number of various developmental disorders, and the meaning of the term itself. The problematic case is also lack of unanimity concerning the criterion of

quality and quantity which are inevitable tu judge the level of retardation. The term SDR is ambiguous because is it used to name both: retardation based on pathology and retardation appearing as a result of slower dewelopment of the nerve system.The above statement suggests that in each case of speech development retardation,the same procedure of examination and speech therapy is applied.

This article atlempts to reveal the differences between various theoretical attitudes toward the problem of speech development retardation in Poland and other countries (especially, in Great Britain and the United States of America).

I. OPÓŹNIENIE ROZWOJU MOWY W ŚWIETLE MIĘDZYNARODOWYCH KLASYFIKACJI CHORÓB ICD-10 I DSM-IV

W *Międzynarodowej statystycznej klasyfikacji chorób i problemów zdrowotnych* – ICD-10 [1997 s. 196] czytamy, że „normalnie rozwijające się dzieci różnią się znacznie między sobą wiekiem, w którym zaczynają mówić, oraz tempem, w jakim zdolność posługiwania się językiem zostaje utrwalona. Istnieją bowiem dzieci, które później zaczynają mówić, lecz poza tym rozwijają się zupełnie prawidłowo". Obserwowane u nich opóźnienie rozwoju mowy jest fragmentarycznym, dotyczącym tylko języka, zakłóceniem procesu rozwojowego, które ustępuje samoistnie bez konieczności interwencji specjalistycznej. Ta postać opóźnień w ICD-10 określana jest jako normalne odmiany rozwoju [Międzynarodowa statystyczna klasyfikacja [...] 1997 s. 196]. Trzecią grupę stanowią dzieci z klinicznie znaczącymi zaburzeniami. Ze względu na to, że nie ma ostrej granicy między krańcowymi wariantami prawidłowego rozwoju a różnymi rodzajami zaburzeń rozwojowych mowy, ich rozpoznanie wymaga przede wszystkim badania słuchu, następnie szczegółowego wywiadu, obserwacji klinicznej (używanie mowy podczas twórczej zabawy z partnerem) oraz szeregu badań specjalistycznych – psychologicznych, neurologicznych i logopedycznych. W tych wypadkach opóźnienia w rozwoju sprawności językowej lub/i komunikacyjnej są na tyle poważne, że mieszczą się poza limitem dwu odchyleń standardowych. Są albo izolowanym objawem, albo wchodzą w skład zjawiska zwanego upośledzeniem umysłowym, głuchoty itp. we wczesnym dzieciństwie.

Prawidłowe i wczesne rozpoznanie zaburzeń rozwoju mowy i języka jest ważne. W celu stwierdzenia klinicznie znaczących zaburzeń i odróżniania ich od normalnych odmian rozwoju autorzy ICD-10 proponują cztery kryteria diagnostyczne: 1) ciężkość, 2) przebieg, 3) wzorce mowy i funkcjonowania języka oraz 4) towarzyszące problemy [Międzynarodowa statystyczna klasyfikacja [...] 1997 s. 196].

Zaburzenia rozwoju mowy i języka w klasyfikacji Amerykańskiego Stowarzyszenia Psychiatrów dzieli się na: rozwojowe i nabyte [Diagnostic and

Statistical Manual of Mental Disorders (fourth edition) – DSM-IV, 1994]; pierwotne i wtórne. Wyróżnia się też zaburzenia recepcyjno-ekspresywne, ekspresywne i zaburzenia procesów wyższego rzędu [Rapin 1996]. Podziałów tych dokonano na podstawie różnych kryteriów. Należą do nich: kryterium rozwojowe, patomechanizm, objawy zaburzeń zachowania językowego. Z prac I. Rapin wynika, że wśród amerykańskich klinicystów (głównie neurologów) powszechny jest podział zaburzeń rozwoju mowy i języka na DLD i czystą postać DLD. Podstawę tego wyróżnienia stanowią objawy kliniczne (widoczne oznaki nieprawidłowej mowy), jak również fakt, czy upośledzenie rozwoju języka jest izolowanym deficytem, czy też zjawiskiem, któremu towarzyszą inne zaburzenia rozwojowe.

Gdy rozwojowy typ zaburzeń występuje jako pierwotny deficyt lingwistyczny, wówczas właśnie określa się go mianem czystej postaci **DLD** – *developmental language disorder* [Rapin 1996, s. 643] lub jako **SLI** – *specific language impairment* – specyficzne upośledzenie rozwoju języka [Bishop 1992]. Termin czyste DLD – rozwojowe zaburzenia mowy (dalej: SLI) stosuje się w odniesieniu do dzieci ze specyficznymi (wycinkowymi) zaburzeniami rozwoju mowy i języka, tj. do dzieci z afazją rozwojową i dzieci dotkniętych wyłącznie zaburzeniami artykulacji. W takich przypadkach DLD jest nazwą rozpoznania, albowiem opóźnieniu w przyswajaniu mowy nie towarzyszą inne deficyty rozwojowe. Upośledzenie rozwoju języka jest podstawowym problemem dziecka.

Gdy nieprawidłowościom w przyswajaniu mowy towarzyszą inne zaburzenia rozwojowe lub ogólne upośledzenie zdolności uczenia się, wówczas używa się nazwy **DLD**. Nie stosuje się jednak tego terminu jako nazwy rozpoznania, gdyż upośledzenie rozwoju języka jest tylko towarzyszącym im zaburzeniem wtórnym. W takich przypadkach ustala się rodzaj deficytu, który uniemożliwia lub utrudnia normalne przyswajanie mowy, np. upośledzenie umysłowe, głuchota, autyzm, zaburzenia o spektrum autystycznym, rozszczep podniebienia itd. Z klinicznego punktu widzenia istotne jest bowiem ustalenie, co jest źródłem, a co konsekwencją pojawiających się odstępstw od normy.

Wspólnymi cechami DLD jest opóźnienie rozwoju tych funkcji, które są ściśle związane z procesem biologicznego dojrzewania ośrodkowego układu nerwowego, a także fakt, iż opóźnienie „istniało już wtedy, gdy tylko można je było rzetelnie rozpoznać, bez poprzedzającego okresu prawidłowego rozwoju [Międzynarodowa statystyczna klasyfikacja [...] 1997 s. 195]. Zdaniem I. Rapin [1996 s. 649] „mimo iż większość dzieci z DLD mówi w sposób właściwy dla wieku szkolnego – co dało początek teorii opóźnienia w rozwoju, a nie zaburzenia [Bishop, Edmundson 1987, Locke 1994] – na wiele z tych dzieci zwróci się uwagę po raz drugi, gdy w wieku szkolnym będą miały trudności z czytaniem i ortografią".

Zatem **SLI** (specyficzne upośledzenie rozwoju języka; specyficzne zaburzenia rozwoju mowy i języka) definiuje się jako „niewłaściwe przyswajanie mowy

u dzieci, u których nie rozpoznano uszkodzenia w budowie mózgu, utraty słuchu, znacznego ogólnego upośledzenia zdolności uczenia się i które nie zostały pozbawione kontaktu z otoczeniem" [Rapin 1996 s. 643].

Jest ono „według tradycyjnego podejścia zaburzeniem, którego definicję sformułowano na zasadzie wykluczenia: dziecko ma poważne trudności językowe, których nie da się wytłumaczyć zaburzeniem słuchu, niskim poziomem inteligencji, anormalnym otoczeniem ani upośledzeniem fizycznym" [Bishop 1992 s. 51]. Zaburzenie to traktuje się jako pierwotny deficyt lingwistyczny, albowiem „obserwowane trudności językowe nie są wtórne wobec innych ograniczeń zdolności poznawczych, lecz odzwierciedlają nieprawidłowy rozwój modułu wyspecjalizowanego w procesach językowych" [Bishop 1992 s. 59]. Podając za D. V. M. Bishop [1992] – większość specjalistów w Wielkiej Brytanii i Stanach Zjednoczonych stosuje ten termin zamiast „afazja rozwojowa" czy „dysfazja rozwojowa", gdyż pojęcia te błędnie sugerują, że mamy do czynienia z pojedynczym stanem o wiadomym podłożu neurologicznym.

Z badań wynika, że SLI jest zaburzeniem niejednolitym. Definicja SLI odnosi się:

- do dziecka, które w zasadzie nie rozumie języka, którego wypowiedzi są krótkie i w większości niezrozumiałe,
- do dziecka, które mówi dużo, używa rozwiniętych, wyraźnie artykułowanych zwrotów, lecz rzadko reaguje prawidłowo na próbę nawiązania z nim rozmowy,
- do tych dzieci, które w większości rozumieją, co się do nich mówi, lecz mają ograniczoną zdolność formułowania nawet prostych wypowiedzi,
- do dzieci, które potrafią mówić wyraźnie, gdy używają pojedynczych słów, lecz są zupełnie niezrozumiałe, gdy budują dłuższe wypowiedzi.

D. V. M. Bishop [1992] uważa, iż szeroki wachlarz symptomów lingwistycznych mieszczących się pod omawianym pojęciem diagnostycznym sprawia, że poszukiwanie jednego czynnika, który wyjaśniałby przyczyny wszystkich przypadków SLI, może się okazać nierealne. Zdaniem tej autorki [1992 s. 3] „większość obszernej literatury poświęconej SLI dotyczy dokumentowania trudności, jakich doświadczają dzieci w różnych aspektach mowy. Mniejsza liczba prac naukowych koncentruje się na formułowaniu modeli psychologicznych, które tłumaczą SLI z punktu widzenia upośledzenia określonego aspektu procesów poznawczych".

Zaburzeń rozwojowych mowy prawie nigdy nie wiąże się z ogniskowymi uszkodzeniami w budowie mózgu wykrywalnymi w obrazie neurologicznym. „W ostatnim czasie nastąpiła zasadnicza zmiana w rozumieniu etiologii SLI oraz innych zaburzeń rozwojowych i upośledzenia zdolności uczenia się [...] Odchodzi się od koncepcji minimalnego uszkodzenia mózgu rozpoznawanego na podstawie nieznaczących lub nie istniejących dowodów urazów okołoporodowych niedojrzałego mózgu. Głównego czynnika etiologicznego upatruje się w genetyce

[Rapin 1996 s. 643]. Najnowsze badania potwierdzają dominującą rolę tego czynnika oraz to, że wynik (rozwój zaburzenia) uzależniony jest od kombinacji wpływów genetycznych i środowiskowych.

I. Rapin i D. A. Allen [1988] wyróżniają trzy kategorie kliniczne DLD [za: Rapin 1996]:

– zaburzenia mieszane recepcyjno-ekspresywne,
– zaburzenia ekspresywne,
– zaburzenia procesów wyższego rzędu.

Mogą się one przejawiać nieprawidłowościami na jednym lub kilku poziomach procesów mowy (na poziomie fonologii, składni, semantyki lub pragmatyki).

W obrębie każdej z wymienionych kategorii klinicznych autorzy ci wyróżniają dwa podtypy DLD [Rapin, Allen 1988 – za: Rapin 1996]:

a) w obrębie zespołów zaburzeń mieszanych recepcyjno-ekspresywnych: agnozję słuchowo-werbalną (VAA) oraz deficyt fonologiczno-syntaktyczny,
b) w obrębie zaburzeń ekspresywnych: dyspraksję werbalną i deficyt programowania mowy,
c) w obrębie zaburzeń procesów wyższego rzędu: deficyt leksykalny i deficyt semantyczno-pragmatyczny.

A. **Zaburzenia mieszane recepcyjno-ekspresywne:**

– *agnozja słuchowo-werbalna* – głęboko upośledzona jest zdolność rozumienia z powodu znacznie zaburzonej umiejętności dekodowania fonologicznego – pierwszego kroku koniecznego do rozumienia mowy – w wyniku której występuje poważny deficyt ekspresywny. Dzieci nie posługują się mową lub używają jej w sposób bardzo ograniczony;
– *deficyt fonologiczno-syntaktyczny* – zdolność rozumienia jest nieco lepsza bądź taka sama, jak mówienia. Mowa uboga, krótkie, często niegramatyczne wypowiedzi (brak końcówek fleksyjnych, spójników i zaimków), niedokształcona fonologia, ograniczony zasób słownictwa oraz trudności z doborem słów. To najbardziej rozpowszechniony deficyt wśród zespołów DLD. Przypuszcza się, że obserwowane zaburzenia syntaktyczne, leksykalne i ekspresywne są drugorzędne w stosunku do deficytu rozpoznawania słuchowego, które wyprzedza rozwój mowy.

B. **Zaburzenia ekspresywne** (rozumienie normalne bądź bliskie normalnemu). Ze względu na płynność werbalną [Rapin, Allen 1988 – za: Rapin 1996] wyróżniają dwa podzespoły:

– *dyspraksja werbalna* – podtyp bardzo głębokiego upośledzenia. Dzieci z wysiłkiem wypowiadają pojedyncze słowa bądź skrócone, podobne do słów zlepki wyrazowe z bardzo zniekształconymi spółgłoskami lub z ich całkowitym pominięciem. Dyspraksja werbalna jest zaburzeniem, które przypuszczalnie powstaje w wyniku wadliwego programowania werbalnych czynności motorycznych, tj. transformacji „wyobrażeń" werbalnych na

nakazy motoryczne do narządów artykulacyjnych. Nie należy jej mylić z dyzartrią, która jest sensomotorycznym zaburzeniem artykulacji, a nie zaburzeniem przyswajania mowy;

– *deficyt programowania mowy* – dzieci dotknięte tym zaburzeniem mają tendencję do długich, nieprawidłowych pod względem artykulacyjnym, mało zrozumiałych wypowiedzi. Kiedy zaczynają mówić, mają trudności ze zbudowaniem spójnej, dłuższej wypowiedzi, np. z opowiadań. Rozumienie wypowiedzi może być dość dobrze rozwinięte.

C. **Zaburzenia procesów wyższego rzędu** (nieprawidłowości dotyczą głównie semantyki i pragmatyki):

– *deficyt leksykalny* – to poważny deficyt doboru słów oraz trudności w rozumieniu mowy (szczególnie dłuższych wypowiedzi). Mowa spontaniczna przeważa nad mową na żądanie. Obserwuje się nieprawidłowe formułowanie wypowiedzi. Początkowo częstymi zjawiskami są żargon, zamknięcie się w sobie z powodu trudności w doborze słów oraz uproszczona składnia. Problemy semantyczne na poziomie wyrazu są odzwierciedleniem ograniczonego zasobu leksykalnego, co wyraża się zastępowaniem nazw konkretnych przedmiotów, wyrażeniem „to" lub użyciem mniej dokładnych pod względem kategorii określeń, np. „to do siedzenia" zamiast „krzesło", bądź myleniem pojęć należących pod względem semantycznym do tej samej rodziny, np. „krzesło" zamiast „stół";

– *deficyt semantyczno-pragmatyczny* – polega na wielomówności połączonej z deficytem rozumienia dłuższych wypowiedzi. Często występują trudności w doborze słów lub wyborze nietypowych słów. Fonologia i składnia nie są upośledzone. Zaburzona jest zdolność rozmowy, co się przejawia mówieniem do siebie na głos, ubogimi wypowiedziami na temat poruszony w rozmowie, trudnościami w ścisłym udzielaniu odpowiedzi na stawiane pytania. Najczęściej występuje u dzieci z autyzmem werbalnym, u których może być to związane z: widocznym deficytem pragmatycznym werbalnym i niewerbalnym, natychmiastową bądź opóźnioną echolalią oraz persewerację werbalną. Deficyt ten spotykany jest u dzieci z zespołem Williamsa oraz wodogłowiem – rzadziej występuje w SLI.

Zdaniem I. Rapin [1996 s. 650] „różnorodność w diagnozowaniu nieprawidłowego przyswajania mowy obejmuje cztery główne sfery zjawisk: (1) utrata słuchu; (2) DLD; (3) zaburzenie o spektrum autystycznym oraz (4) ogólna niewydolność poznawcza (opóźnienie umysłowe). Oczywiście te diagnozy behawioralne nie wykluczają się wzajemnie. [...] postawienie jednej z nich nie określa biologicznych przyczyn bądź etiologii, które są różne u różnych dzieci". Zaburzenia ekspresywne, recepcyjno-ekspresywne i zaburzenia procesów wyższego rzędu mogą zatem występować w różnorodnych stanach behawioralnych. Etiologia nie stanowi podstawy tego wyróżnienia. Celem diagnozy jest

określenie rodzaju trudności dziecka, deficytu, który uniemożliwia mu normalne przyswajanie mowy. Dociekanie przyczyn jest zadaniem specjalistów (lekarzy, psychologów). Zdaniem I. Rapin [1996] prezentowany podział zaburzeń rozwojowych (na te trzy główne, szeroko zdefiniowane kategorie i szczegółowe podtypy kliniczne) charakterystyczny jest dla neurologów dziecięcych, którzy dostrzegają szerszy zakres zaburzeń mowy, niż to ma miejsce w wypadku wąskiej grupy dzieci z SLI, wybranej przez eksperymentatorów.

Opóźnienie rozwoju mowy jest zatem wspólną cechą wszelkich zaburzeń rozwojowych. W omawianej literaturze może być specyficzne (wycinkowe) – jeśli dotyczy tylko języka i niespecyficzne (uogólnione) – jeśli dotyczy więcej niż jednej funkcji rozwojowej.

Takie podejście do problemu opóźnień w rozwoju mowy sprawia, że termin ten staje się synonimem określenia „zaburzenie rozwoju mowy", które, jak wiemy, nie jest nazwą kategorii diagnostycznej, lecz stwierdzeniem faktu, iż w procesie nabywania kompetencji i rozwoju sprawności językowej pojawiają się istotne klinicznie – różne pod względem ilościowym i jakościowym – odchylenia od normy. Wspólną cechą tych nieprawidłowości jest wolniejsze niż u rówieśników tempo przyswajania sobie mowy.

II. OPÓŹNIENIE ROZWOJU MOWY W TRADYCJI I LITERATURZE POLSKIEJ

Opóźnienie rozwoju mowy (często określane jako: *niemota*, *alalia prolongata*, *opóźnione opanowanie języka*, *opóźnienie rozwoju języka*, *opóźniony rozwój mowy*) to istotnie niższa sprawność językowa wywołana różnymi czynnikami [Grabias 1997]. To znacząco niższy od przeciętnego poziom rozwoju mowy, obserwowany w pierwszych sześciu latach życia, czyli w okresie intensywnego rozwoju mowy, mogący utrzymywać się również po jego zakończeniu [Tarkowski 1993].

W polskiej literaturze termin ten stosowany jest najczęściej przez foniatrów dla określenia pewnego „stanu zaburzeń" lub „zespołu objawowego". To najogólniejsza i powszechnie stosowana nazwa występującego u dzieci zjawiska polegającego na wolniejszym niż u rówieśników wykształcaniu się kompetencji i sprawności językowych, co sprawia, że dynamika ich rozwoju jest odmienna od normalnej.

Na brak precyzji nazwy „opóźniony rozwój mowy" zwrócili już wcześniej uwagę E. Dilling-Ostrowska [1982], B. Sawa [1990], T. Zaleski [1993] i S. Grabias [1997]. Wieloznaczność tego terminu wynika:

- z faktu, że sformułowanie „opóźnienie" jest równie nieprecyzyjne, jak określenie „prawidłowy" rozwój mowy;
- z braku ustaleń, czy jest to „odrębna kategoria diagnostyczna", pewien „stan

zaburzeń" [Pruszewicz 1986], „symptom zakłóceń rozwoju mowy" [Grabias 1986] czy też „zespół objawowy" [Spionek 1981];

- ze zbyt szerokiego zakresu tego terminu, gdyż – jak już wspomniano – stosuje się go zarówno dla nazwania normalnych odmian rozwoju, jak i w odniesieniu do zjawisk o podłożu patologicznym;
- z braku konsekwencji w jego użyciu, albowiem zamiennie operuje się sformułowaniami „proste opóźnienie rozwoju mowy" i „zespół opóźnienia mowy czynnej", mimo iż różnią się one zakresem znaczeniowym;
- ze stosowania tej samej nazwy bez względu na rodzaj czynnika wywołującego opóźnienie.

Pierwszym z poruszonych problemów jest wieloznaczność terminów „norma" i „opóźnienie". Zdaniem M. Bogdanowicz [1999] istotna jest świadomość, w jakim znaczeniu posługujemy się nimi. W znaczeniu społeczno-klinicznym n o r m a oznacza „brak symptomów zaburzeń, które sygnalizują stan patologiczny" [Bogdanowicz 1999 s. 153]. Z kolei określenie o p ó ź n i e n i e w r o z w o j u „bywa używane jako wstępna, ostrożna diagnoza do zweryfikowania, szczególnie w odniesieniu do małych dzieci" [Bogdanowicz 1999 s. 150]. Mowa jest jedną z funkcji rozwojowych, dlatego też powyższe znaczenie terminów „norma" i „opóźnienie" obejmuje również proces rozwoju mowy i języka. Zgodnie z tym założeniem – n o r m a l n y rozwój mowy stwierdza się wówczas, gdy poziom rozwoju języka jest przeciętny, tzn. charakterystyczny dla większości dzieci w danym wieku. Z kolei o p ó ź n i o n y r o z w ó j m o w y – gdy w procesie nabywania kompetencji i rozwoju sprawności językowych obserwuje się ilościowe lub/i jakościowe odstępstwa od normy, których nie można zakwalifikować jako zjawiska rozwojowe. Standardowe testy językowe powinny więc uwzględniać rozwój fonologii, składni, semantyki i pragmatyki (użycie języka werbalnego i niewerbalnego w celach komunikacyjnych). W praktyce, w wyniku braku odpowiednich narzędzi diagnostycznych, logopedzi koncentrują się na badaniu rozwoju mowy na poziomie wyrazu, mniej na poziomie zdania i prawie w ogóle na poziomie konwersacyjnym, które to badanie mogłoby dostarczyć informacji na temat rozwoju sprawności komunikacyjnej. W postępowaniu diagnostycznym, mającym na celu ocenę rozwoju komunikacji u dzieci, powinno się zatem brać pod uwagę poziom rozumienia przez dziecko mowy innych i rozumienia jego mowy przez otoczenie oraz rozwój ekspresji werbalnej i pozawerbalnej, tj.:

- liczbę głosek wymawianych przez dziecko, zasób jego słownictwa czynnego i biernego, to, czy dziecko konstruuje zdania proste czy złożone,
- poprawność wymowy dźwięków, słów, dobór słów, umiejętność budowania zdań logicznych, gramatycznie poprawnych i zrozumiałych, udzielania adekwatnych odpowiedzi na pytania, umiejętność koncentrowania się na temacie rozmowy,
- ilość i jakość środków pozawerbalnych (czy dziecko nie nadużywa gestów

oraz innych sposobów pozajęzykowego porozumiewania się, czy umie je wykorzystywać w komunikacji),
- płynność wypowiedzi,
- zdolności pragmatyczne, czyli użycie języka werbalnego i pozawerbalnego w celach komunikacyjnych.

Polscy autorzy, podobnie jak autorzy omawianych prac zachodnich, są zgodni w ogólnych kwestiach. Problemy pojawiają się dopiero przy rozważaniu szczegółów, a więc w trakcie ustaleń, kiedy dokładnie stwierdza się opóźnienie rozwoju mowy – czy wówczas, gdy dziecko pierwsze słowa wymawia pomiędzy 18 a 24 miesiącem życia [Dilling-Ostrowska 1983], czy wtedy, gdy trzylatek wymawia zaledwie kilka słów [Zaleski 1992], tj. przy precyzowaniu kryteriów ilościowo-jakościowych. Problemy występują również przy ustalaniu wskaźników dotyczących dopuszczalnych odchyleń pomiędzy poszczególnymi etapami rozwoju mowy. Zdaniem T. Zaleskiego [1992] półroczne opóźnienie w pojawieniu się kolejnych stadiów rozwojowych mieści się w granicach normy. O opóźnieniu rozwoju mowy świadczy dopiero fakt używania przez trzylatka kilku prostych słów [Demelowa 1978; Zaleski 1992; Pruszewicz 1992]. Mowa tu chyba o poważnym stopniu opóźnienia rozwoju mowy? Nie wszyscy autorzy to jednak podkreślają, co może sugerować, że brak rozwoju mowy do drugiego, a nawet trzeciego roku życia dziecka nie powinien niepokoić. I choć stopień opóźnienia rozwoju mowy nie ma wartości diagnostycznej, tzn. nie przesądza o tym, czy zjawisko ma podłoże patologiczne czy rozwojowe, w praktyce ma jednak znaczenie, gdyż decyduje o podjęciu konkretnych działań. Brak precyzji terminów sprzyja nieporozumieniom oraz stanowi ważny argument uzasadniający konieczność porządkowania i ujednolicania w tej dziedzinie.

Podobne problemy pojawiają się przy ustalaniu, jaki zasób leksykalny, poziom rozwoju gramatyki i opanowania systemu fonetycznego w poszczególnych grupach wiekowych świadczy o opóźnieniu rozwoju mowy. W literaturze odnajdujemy wręcz sprzeczne stwierdzenia, np. że jeżeli dziecko kończy trzeci rok życia i wymawia tylko kilka słów – to jest to dopiero sygnał ostrzegawczy [Zaleski 1992], podczas gdy H. Spionek [1982] pisze, że jeżeli dziecko w tym wieku zamiast tysiąca czy kilkuset słów czynnie używa tylko kilkudziesięciu – wówczas jego mowę należy uznać za poważnie opóźnioną.

S. Grabias [1997 s. 29] pisze, że „mało precyzyjny i w gruncie rzeczy wyznaczony intuicyjnie jest zakres pojęcia zachowania językowe odbiegające od normy [...] Wszelkie próby orzekania o normie wymawianiowej powodują burzliwe dyskusje językoznawców. Im jednak głębiej wkraczamy w strukturę języka, tym bardziej orzekanie jest skomplikowane, a na poziomie reguł komunikacyjnych lingwistyka polska nie podjęła jeszcze żadnych prób kodyfikacji normy [...] każdemu logopedzie konieczny w postępowaniu terapeutycznym jest pełny obraz zachowań językowych zarówno systemowych, jak i komunikacyjnych,

odbiegających od normy i zgodnych z normą [...] Logopedia polska ciągle stoi przed zadaniem opracowania narzędzi diagnostycznych dotyczących pełnej kompetencji językowej (poziomu fonologicznego, morfologicznego i składniowego) i pełnej kompetencji komunikacyjnej (poziomu budowania wypowiedzi: reguł społecznych, sytuacyjnych i pragmatycznych)"*.

Drugim poruszonym we wstępie problemem jest brak jasności, jak należy traktować opóźnienie– czy jako odrębne zjawisko towarzyszące różnym schorzeniom i patologiom rozwojowym, czy należy je uznawać za integralną, nieodłączną cechę zaburzeń rozwoju mowy. Interesujące jest również, czym spowodowana jest odmienność stanowisk na temat istoty ORM, dlaczego dla jednych autorów opóźnienie rozwoju mowy jest „zespołem objawowym", dla innych – „stanem zaburzeń", a dla kolejnych „symptomem zakłóceń lub zaburzeń procesu rozwojowego".

Istnieje wiele najrozmaitszych sposobów, jakimi się może manifestować opóźnienie. Dla badaczy, którzy skupiają się głównie na objawach nieprawidłowości w przyswajaniu mowy, opóźnienie rozwoju mowy jest „zespołem objawów", albowiem stwierdza się je zarówno wtedy, gdy:

- określony etap rozwoju mowy dziecka nie pojawił się w czasie powszechnie uznanym za właściwy [Spionek 1981; Zaleski 1992; Dilling-Ostrowska 1982; Demelowa 1978 (i in.)],

jak i wówczas, gdy:

- wydłuża się proces kształtowania i rozwoju mowy [Styczek 1980],
- istnieją znaczące różnice pomiędzy poziomem rozwoju percepcji i ekspresji językowej [Tarkowski 1993; Zaleski 1992],
- występują istotne różnice w rozwoju poszczególnych podsystemów języka [Pruszewicz 1986; Kania 1982; Spionek 1981],
- istnieją różnice w rozwoju poszczególnych aspektów mowy – opóźniony jest rozwój wszystkich aspektów mowy lub tylko niektórych z nich [Sawa 1990],
- są różnice pomiędzy poziomem rozwoju językowej sprawności systemowej i komunikacyjnej [Grabias 1997].

Dla psychologów interesujących się tym zagadnieniem opóźnienie rozwoju mowy jest „symptomem zaburzeń procesu rozwojowego". Wynika to z faktu, że zaburzenia w nabywaniu kompetencji i rozwoju sprawności językowych mogą

---

* Warto w tym miejscu wspomnieć, że ostatnio M. Smoczyńska z UJ podjęła się opracowania polskiej wersji amerykańskiego inwentarza do badania rozwoju mowy dzieci (MacArthur Communicative Development Inventory) – „Inwentarz Rozwoju Mowy i Komunikacji" – a) Słowa i Zdania, b) Słowa i Gesty, powszechnie stosowanego w świecie, gdyż zawiera normy dla amerykańskiego angielskiego, meksykańskiego angielskiego, japońskiego, włoskiego oraz kilku innych języków. Inwentarz ten regularnie jest uzupełniany o dane dostarczane przez rodziców dzieci i stanowi rzetelne źródło informacji o rozumieniu, artykulacji i posługiwaniu się mową przez dzieci od 8 do 18 i od 18 do 36 miesiąca życia.

się przejawiać w rozmaity sposób: brakiem rozwoju, jego zahamowaniem, regresem do wcześniejszych etapów rozwojowych, utratą wcześniej już nabytych sprawności lub postępującym obniżaniem się poziomu rozwoju mowy. Rodzaj objawów i szybkość ich ustępowania wyznacza etiologia, siła oraz czas oddziaływania na organizm dziecka czynnika patogennego. Stany te mogą być przejściowe, szybko ustępujące, nie mające znaczenia dla ogólnego rozwoju, lecz gdy utrzymują się długo, mogą przyczynić się do powstania opóźnień w przyswajaniu języka i do różnych zaburzeń wtórnych (emocjonalnych, w funkcjonowaniu społecznym, trudności w nauce czytania i pisania). Wynika z tego, że brak rozwoju, jego zahamowanie mogą, lecz nie muszą prowadzić do żadnych konsekwencji (nawet do opóźnień), natomiast pojawienie się ORM świadczy już o wystąpieniu zakłóceń lub zaburzeń procesu rozwojowego. W takim ujęciu opóźnienie rozwoju mowy jest „symptomem" nieprawidłowości w przebiegu tego procesu – wyrazem dysharmonii rozwojowej lub przejawem poważnych schorzeń i patologii. W tym świetle stosowanie określenia „opóźnienie rozwoju mowy" może być przydatne, gdy w pierwszych latach życia dziecka obserwuje się brak rozwoju mowy o nie ustalonej etiologii. Termin ten nie sugeruje bowiem, jakie jest podłoże i tym samym charakter występującego odstępstwa od normy rozwojowej, sygnalizuje jednak występowanie – bardziej lub mniej istotnych statystycznie – różnic, co skłania do podjęcia konkretnych działań diagnostycznych i edukacyjnych. W takich wypadkach rozpoznanie ORM jest tylko wstępną, ostrożną diagnozą do zweryfikowania, stwierdzeniem faktu, że w procesie kształtowania się mowy pojawiły się odstępstwa od normy, które mogą, lecz nie muszą mieć znaczenia dla dalszego rozwoju. Podejście to nie uzasadnia jednak stosowania terminu „opóźnienie rozwoju mowy" jako nazwy „kategorii diagnostycznej" (zob. typologia zaburzeń mowy A. Pruszewicza, 1992), tym bardziej iż nie jest to zgodne z międzynarodowymi klasyfikacjami medycznymi ICD-10 i DSM-IV.

Podsumowując, rozumienie i ujmowanie przez polskich autorów istoty ORM jako „stan zaburzeń", „symptom zakłóceń", „symptom zaburzeń", „zespół objawowy" zależy od podejścia teoretycznego i przyjętych kryteriów oceny. Od tego, czy zjawisko to analizuje się pod kątem objawów klinicznych (symptomów zaburzeń zachowania językowego), etiologii, patogenezy, patomechanizmu czy też różnych cech, jak rozległość opóźnienia, jego głębokość itd. W zależności od zainteresowań i przygotowania teoretycznego badaczy różne są perspektywy oglądania tego zjawiska, co sprawia, że w polskiej literaturze spotyka się wiele kategoryzacji i rożne stanowiska na temat istoty ORM.

Zdaniem S. Grabiasa [1997] włączanie ORM (jako odrębnej kategorii o zróżnicowanej etiologii) do typologii zaburzeń komunikacji powoduje, że pojęcie „opóźnienie rozwoju mowy" staje się synonimem wyrażenia „zaburzenia mowy u dzieci". Jeśli potraktuje się opóźnienia w kategoriach najważniejszego objawu rozwojowych zaburzeń mowy (a nie odrębnej kategorii diagnostycznej), stwierdze-

nie to staje się uzasadnione i prawdziwe. W takim ujęciu użycie określenia „opóźnienie" (np. rozwoju fonologii lub semantyki i pragmatyki) będzie sugerować, iż chodzi o któryś z podtypów DLD.

Kolejnym poruszonym we wstępie problemem jest określenie zakresu znaczeniowego stosowanych terminów. Często terminy odnoszące się do różnych zjawisk traktuje się jako synonimy i brakuje wyjaśnienia ze strony autorów, do jakich postaci opóźnień je odnoszą. Zdarza się też, że wszystkie typy opóźnień określa się tą samą nazwą. To sprawia, że na podstawie polskiego piśmiennictwa trudno stwierdzić, czy *zwykłe*, *proste*, *wycinkowe opóźnienie rozwoju mowy*, *alalia prolongata*, *zespół opóźnienia mowy czynnej*, *samoistne opóźnienie rozwoju mowy* i *opóźnienie rozwoju mowy* to tylko synonimy, czy też nazwy utworzone w celu podkreślenia istotnych różnic między nimi; czy są to te same zjawiska, a jeśli nie – to na podstawie jakich kryteriów należy je wyróżniać?

Zgodnie z podejściem psychologicznym – rozwój mowy powinien być oceniany na tle ogólnego rozwoju. Przypomnijmy, że rozwój psychomotoryczny to proces (ciąg zmian progresywnych), w którym motoryka jest ściśle powiązana z psychiką, czyli całokształtem czynności poznawczych i emocjonalno-motywacyjnych [Spionek 1965]. Zaburzenia rozwoju to wszelkie niekorzystne odchylenia zarówno w budowie organizmu, jak i w sposobie jego funkcjonowania, niezależnie od stopnia, zakresu oraz przyczyn, które je wywołały [Spionek 1981]. Biorąc pod uwagę, że u każdego dziecka tempo i rytm rozwoju noszą cechy indywidualne, nie wszystkie odchylenia od normy należy traktować jako zaburzenia. Gdy obserwuje się niewielkie odchylenia od normy rozwoju, to mówi się jedynie o różnicach indywidualnych między dziećmi i dopiero w przypadkach głębszego stopnia odchyleń od normy używa się terminu „zaburzenia rozwoju" [Nartowska 1980].

Wynika z tego, że rozróżnianie pojęć:

- zakłócenie procesu kształtowania i/lub rozwoju mowy oraz
- zaburzenie – upośledzenie procesu kształtowania i/lub rozwoju mowy jest dość istotne, gdyż, zgodnie z powyższą definicją, niosą one konkretną informację.

Termin „zakłócenie rozwoju" wskazuje na nieprawidłowości w przebiegu procesu rozwojowego, lecz nie sugeruje znamion patologii. W ICD-10 zakłócenia w rozwoju mowy, które nie mają większego znaczenia klinicznego, gdyż w końcowym etapie dziecko osiąga prawidłowy poziom sprawności językowych, są zaliczane do normalnych odmian rozwoju. Powstające w wyniku zakłóceń opóźnienia w pojawianiu się poszczególnych etapów kształtowania się mowy najczęściej są jedynie niewielkimi odchyleniami od normy rozwoju, a jeżeli nawet odchylenia te statystycznie są dość znaczące – to mają charakter przejściowy i wyrównują się samoistnie do 4-5 roku życia. Zazwyczaj opóźniony jest tylko rozwój ekspresji językowej, a obserwowane nieprawidłowości są jedynie jakością

odpowiednią dla wcześniejszych faz rozwojowych. Zakłócenia rozwoju mowy mogą być wynikiem niedojrzałości aparatu artykulacyjnego, przejawem różnic indywidualnych, które nie mają większego znaczenia dla ogólnego rozwoju.

Określenia: z a b u r z e n i e – u p o ś l e d z e n i e rozwoju sugerują patologiczny charakter zjawiska. Na skutek działania określonego lub trudnego do stwierdzenia biologicznego czynnika patogennego dana funkcja kształtuje się lub/i rozwija na nieprawidłowym podłożu lub na skutek działania niekorzystnych czynników środowiskowych (jak np. nieprawidłowe odżywianie, ubogi kontakt z otoczeniem) ma ograniczone warunki do rozwoju. Pojęcie „zaburzenie" wskazuje też na większą siłę oddziaływania czynników patogennych i poważniejsze konsekwencje dla dalszego rozwoju. W ICD-10 podkreśla się, że „jeżeli wzorzec mowy jest nieprawidłowy (jest odchyleniem, a nie tylko jakością odpowiednią dla wcześniejszej fazy rozwojowej), albo jeśli mowa i język dziecka zawierają cechy jakościowo nieprawidłowe, zachodzi duże prawdopodobieństwo obecności istotnych klinicznie zaburzeń. Co więcej, jeśli opóźnieniu w rozwoju pewnych specyficznych aspektów mowy i języka towarzyszą trudności w nauce (jak np. specyficzne opóźnienia w czytaniu i analizie dźwiękowo-literowej), zaburzenia w relacjach interpersonalnych i/albo zaburzenia emocjonalne i zachowania – to małe jest prawdopodobieństwo, że opóźnienie jest odmianą normy" [Międzynarodowa statystyczna klasyfikacja [...] 1997 s. 196). Zaburzenia rozwoju zazwyczaj prowadzą do globalnych albo parcjalnych opóźnień w rozwoju percepcji lub/i ekspresji językowej, a następnie do różnych – zdeterminowanych etiologią – postaci zaburzeń mowy.

Na fakt, że te same zespoły objawowe mogą być wywołane różnymi czynnikami, zwrócili uwagę lekarze (w Polsce pisali o tym m.in. Pruszewicz [1986], Zaleski [1993], Diling-Ostrowska [1982], Mitrinowicz-Modrzejewska [1963], że opóźnienie rozwoju mowy może być:

- wywołane przez czynnik biologiczny lub społeczny,
- pochodzenia endogennego i egzogennego,
- przejawem dysharmonii rozwojowych lub symptomem patologii,
- o podłożu somatycznym lub psychicznym,
- uwarunkowane dziedzicznie lub powstawać na skutek działania określonych czynników patogennych w kolejnych stadiach rozwojowych, zakłócających albo mechanizmy programujące, albo wykonawcze mowy.

Podejście medyczne dało podstawę do zrozumienia, dlaczego jedne opóźnienia wyrównują się samoistnie, bez konieczności interwencji specjalistycznej, a inne ustępują z trudem. Wskazało na konieczność oddzielnego traktowania opóźnień powstających na tle różnych patologii oraz będących jedynie przejawem indywidualnego tempa i rytmu rozwoju.

Rozpoznanie przyczyny opóźnienia z wielu powodów jest istotne, niczego jednak nie przesądza. W wypadku małych dzieci nie można bowiem zakładać,

że rozwój uległ już nieodwracalnemu zaburzeniu, i wykluczyć możliwości progresywnych zmian, które w związku z dużą plastycznością dojrzewającego mózgu i przy sprzyjających warunkach środowiskowych mogą nastąpić nawet w przypadkach, gdy nie ma podstaw do formułowania pomyślnych prognoz.

W tym miejscu można się zgodzić z S. Grabiasem [1997 s. 26], że „zasada synkretyzmu przyczyn i skutków jest mało precyzyjnym narzędziem interpretowania zaburzeń mowy". Stosowanie jej w wypadku rozwojowych zaburzeń mowy jest tym trudniejsze, iż nadal trwają dyskusje nad etiologią wielu z nich, m.in. SLI, autyzmu czy innych rozległych zaburzeń rozwojowych [zob. Bishop 1992].

W polskiej literaturze medycznej spotyka się opisy dwóch typów opóźnień rozwoju mowy: prostego opóźnienia rozwoju mowy i opóźnienia rozwoju mowy, które wyróżniono na podstawie kryterium etiologicznego. Termin „proste opóźnienie rozwoju" odnosi się do zjawisk z pogranicza normy, które są następstwem wolniejszego tempa dojrzewania układu nerwowego. „Opóźnienie rozwoju mowy" – odnosi się zaś do opóźnień powstających w wyniku różnych schorzeń i patologii rozwojowych. Właściwie trudno wyjaśnić, czym się kierowali autorzy określeń „prosty opóźniony rozwój mowy" i „opóźniony rozwój mowy". S. Grabias [1997 s. 27] w swoim artykule *Mowa i jej zaburzenia* wręcz stawia pytanie: „dlaczego prosty opóźniony rozwój mowy, gdyby przyjąć jego istnienie, jest opóźnieniem «prostym», skoro przez brak możliwości jego objaśnienia za pomocą konkretnych przyczyn staje się bardziej skomplikowany niż inne typy opóźnień?"

Badacze zajmujący się tą problematyką najczęściej dla obu wymienionych postaci stosują jedno miano – opóźnienie rozwoju mowy. Wywołuje to szereg nieporozumień, o których już wcześniej wspomniano (zob. kryteria ilościowo-jakościowe).

We wcześniejszych publikacjach [zob. Jastrzębowska 1997] autorka proponowała przyjęcie za Z. Tarkowskim podziału opóźnień rozwoju mowy na samoistne i niesamoistne. Zgodnie z ustalonym zakresem terminów: „zakłócenie rozwoju" i „zaburzenie rozwoju" przyjęłam, że konsekwencją zakłócenia rozwoju jest „samoistne opóźnienie rozwoju mowy", a zaburzenia rozwoju – „niesamoistne opóźnienie rozwoju mowy". Założyłam, że termin „samoistne opóźnienie rozwoju mowy" odnosi się do tych postaci opóźnień, które są przejawem dysharmonii rozwoju, wynikających z wolniejszego tempa dojrzewania układu nerwowego bądź z niekorzystnego wpływu środowiska. Zalicza się do nich (wyróżniane tylko w polskim piśmiennictwie!) *wycinkowe opóźnienie rozwoju mowy*, *zespół opóźnienia mowy czynnej*, *opóźnienie rozwoju artykulacji* i *rozwojową niepłynność mowy*. Wymienione postacie opóźnień zazwyczaj są jedynym przejawem zakłóceń procesu rozwojowego, przejściowym stanem, który nie prowadzi do poważniejszych konsekwencji. Dzieci z samoistnym opóźnieniem rozwoju mowy osiągają we właściwym czasie odpowiedni poziom rozwoju sprawności językowej.

Ten typ opóźnień ustępuje samoistnie, bez konieczności interwencji specjalistycznej. Charakter wywołujących je przyczyn i konsekwencje decydują, iż uznaje się je za odmianę rozwoju mieszczącą się w dolnej granicy normy.

Termin „niesamoistne opóźnienie rozwoju mowy" stosuje się w odniesieniu do tych postaci opóźnień w nabywaniu kompetencji i wykształcaniu się sprawności realizacyjnych, które obserwuje się u dzieci ze specyficznymi zaburzeniami rozwoju mowy i języka, z parcjalnymi i całościowymi (rozległymi) zaburzeniami rozwojowymi. Nieprawidłowości w przyswajaniu mowy u tych dzieci mogą się wiązać z czynnikiem genetycznym, wynikać z określonych schorzeń i patologii rozwojowych lub stanowić efekt działania niesprzyjających czynników środowiskowych.

Istotą tego wyróżnienia, dokonanego w celu porządkowania wiedzy na gruncie teorii, było podkreślenie, że nie każde opóźnienie rozwoju mowy ma charakter patologiczny i wymaga interwencji specjalistycznej i że różne mogą być rokowania, nawet jeśli stopień opóźnienia rozwoju mowy oceniany jest jako poważny. Stosowanie tego podziału nie powinno jednak sugerować, że opóźnienie rozwoju mowy należy traktować jako odrębną jednostkę diagnostyczną. Nie byłoby to zgodne z intencją autorki.

Te i inne – przedstawione w drugiej części artykułu – wątpliwości nakazują polskim badaczom problemu włączyć się do ogólnoświatowej dyskusji. O tym, że wciąż trwają prace na rzecz udoskonalania istniejących podziałów, można przeczytać we wstępie do ICD-10 [Klasyfikacja zaburzeń psychicznych [...] Red., tł. S. Pużyński, J. Wciórka, 1997]. Efektem prowadzonych badań i dyskusji na forum międzynarodowym są kolejne edycje, utworzonej na zlecenie WHO, Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10), która obowiązuje polskich lekarzy, oraz klasyfikacji Amerykańskiego Stowarzyszenia Psychiatrów – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (fourth edition), znanej jako DSM-IV.

Bibliografia

Bishop D. V. M. (1992). The Underlying Nature of Specific Language Impairment. „Journal of Child Psychology and Psychiatry" 33, 1, 3-66.

Bogdanowicz M. (1985). Psychologia kliniczna dziecka w wieku przedszkolnym, Warszawa.

Bogdanowicz M. (1999). Zaburzenia rozwoju psychoruchowego dziecka. W: Logopedia. Pytania i odpowiedzi. Red. T. Gałkowski, G. Jastrzębowska, Opole, s. 152-164.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (fourth edition) – DSM-IV (1994), Washington.

Dilling-Ostrowska E. (1982). Rozwój i zaburzenia mowy u dzieci w zależności od stopnia dojrzałości układu nerwowego. W: Zaburzenia mowy u dzieci. Red. J. Szumska, Warszawa, s. 18-30.

Gałkowski T., Fersten E. (1982). Psychologiczne aspekty rozwoju i zaburzeń mowy u dziecka. W: Zaburzenia mowy u dzieci. Red. J. Szumska, Warszawa, s. 82-96.

Grabias S. (1986). Społeczne i sytuacyjne uwarunkowania zachowań językowych. W: Poradnik metodyczny dla nauczycieli polonijnych. Red. K. Krakowiak, J. Mańdziuk, Lublin, s. 27-55.
Grabias S. (1993). Minimalizacja systemu językowego dla potrzeb glottodydaktyki i logopedii. W: Opuscula Logopaedica in honorem Leonis Kaczmarek, Lublin, s. 48-56.
Grabias S. (1997). Mowa i jej zaburzenia. „Audiofonologia" 10, 9-36.
Jastrzębowska G. (1996). Podstawy logopedii dla studentów logopedii, psychologii, pedagogiki, filologii, Opole.
Jastrzębowska G. (1997). Istota i klasyfikacja opóźnień rozwoju mowy. „Audiofonologia" 10, 69-81.
Jastrzębowska G. (1998). Podstawy teorii i diagnozy logopedycznej, Opole.
Jastrzębowska G. (1999). Zakłócenia i zaburzenia rozwoju mowy. W: Logopedia. Pytania i odpowiedzi. Red. T. Gałkowski, G. Jastrzębowska, Opole, s. 309-352.
Kania J. T. (1982). Szkice logopedyczne, Warszawa.
Kordyl Z. (1968). Psychologiczne problemy afazji dziecięcej, Warszawa.
Międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych (rewizja dziesiąta) (1994). Tł. zbiorowe, Kraków.
Międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne (1997). Tł. S. Pużyński, J. Wciórka, Kraków–Warszawa.
Mitrinowicz-Modrzejewska A. (1963). Fizjologia i patologia głosu, słuchu i mowy, Warszawa.
Nartowska H. (1980). Różnice indywidualne czy zaburzenia rozwoju dziecka przedszkolnego, Warszawa.
Nartowska H. (1980). Opóźnienia i dysharmonie rozwoju dziecka, Warszawa.
Parol U. Z. (1989). Dziecko z niedokształceniem mowy, Warszawa.
Pruszewicz A. (1972). Zaburzenia mowy. Opóźniony rozwój mowy. W: Otolaryngologia kliniczna. Red. A. Zakrzewski, Warszawa, s. 236-252.
Pruszewicz A. (1986). Zaburzenia głosu i mowy. W: Otolaryngologia wieku rozwojowego. Red. E. Kossowska, Warszawa, s. 429-459.
Pruszewicz A. (1992). Opóźniony rozwój mowy. W: Foniatria kliniczna. Red. A. Pruszewicz, Warszawa: PZWL, s. 233-241.
Rapin I. (1996). Developmental Language Disorders: A Clinical Update. „Journal of Child Psychology and Psychiatry" 37, 6, 643-655.
Sawa B. (1990). Dzieci z zaburzeniami mowy, Warszawa.
Sovák M. (1971). Alalia. „Logopedia", 10, 18-33.
Spionek H. (1981). Zaburzenia rozwoju uczniów a niepowodzenia szkolne, Warszawa.
Styczek I. (1980). Logopedia, Warszawa.
Szeląg E. (1996). Neurolobiologiczne korzenie jąkania. „Biuletyn Polskiej Fundacji Zaburzeń Mowy", 4, 71-82.
Szeląg E. (1997). Neurobiologiczne podłoże mowy. W: Mózg a zachowanie. Red. T. Górska, A. Grabowska, J. Zagrodzka, Warszawa, s. 429-459.
Tarkowski Z. (1993). Rozwijanie mowy dziecka. Program terapeutyczno-stymulacyjny, Lublin.
Yoder D. E., Kent R. D. (1988). Decision Making in Speech-Language Pathology, Toronto–Philadelphia.
Zaleski T. (1992). Opóźniony rozwój mowy, Warszawa.
Zaleski T. (1993). Opóźniony rozwój mowy. W: Diagnoza i terapia zaburzeń mowy. Red. T. Gałkowski, Z. Tarkowski, T. Zaleski, Lublin, s. 185-192.