

**Grażyna Jastrzębowska**

Instytut Polonistyki i Kulturoznawstwa  
Uniwersytet Opolski  
pl. Kopernika 11a  
45-040 Opole, Collegium Maius  
tel. 77 54-16-003 fax 77 54-16-002  
e-mail: filpol@uni.opole.pl

**Adres domowy:**

45-352 Opole  
ul. Robotnicza 1-3/1  
tel. 503-585-726  
e-mail: gjastrzebowska@gmail.com

**Autoreferat  
do wniosku o przeprowadzenie postępowania habilitacyjnego**

**1. Posiadane stopnie naukowe, dyplomy**

- **magister pedagogiki** – tytuł uzyskany 15 lipca 1983 r. w Wyższej Szkole Pedagogicznej w Opolu (Wydział Filologiczno-Historyczny) na podstawie pracy: *Sympatia i antypatia wśród dzieci i młodzieży*.

**Promotor:** prof. zw. dr hab. Józef Podgórecki

- **doktor nauk humanistycznych** – stopień nadany 3 czerwca 1993 r. przez Wydział Filologiczno-Historyczny Wyższej Szkoły Pedagogicznej w Opolu na podstawie rozprawy doktorskiej: *Stan i perspektywy opieki logopedycznej nad dziećmi w młodszym wieku szkolnym w województwie opolskim*, oraz po złożeniu stosownych egzaminów.

**Promotor:** prof. zw. dr hab. Władysław Puślecki

- **specjalista w dziedzinie neurologopedii** – tytuł nadany 8 marca 2007 r. przez ministra zdrowia na podstawie dorobku naukowego w dziedzinie neurologopedii (mianowanie na podstawie wykładni prawnej: par. 34 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2002 r. w sprawie uzyskiwania tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia – Dz.U. Nr 173, poz. 1419, oraz art. 104 Ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego – Dz.U. z 2000 r. Nr 98 poz. 1071, z późn. zm.);

- **logopeda dyplomowany** – dyplom ukończenia Pomagisterskiego Studium Logopedycznego na Wydziale Polonistyki Uniwersytetu Warszawskiego uzyskany 9 stycznia 1990 r.

## 2. Informacje o dotychczasowym zatrudnieniu i pełnionych funkcjach w jednostkach naukowych

Okres		Nazwa instytucji	Stanowisko
od	do		
1984	1993	Instytut Pedagogiki, a następnie Instytut Nauczania Początkowego (przekształcony później w Instytut Studiów Edukacyjnych), Wyższa Szkoła Pedagogiczna w Opolu	asystent
1993	2012	Instytut Studiów Edukacyjnych, Uniwersytet Opolski (do 1994 r. Wyższa Szkoła Pedagogiczna w Opolu)	adiunkt
2012	nadal	Instytut Polonistyki i Kulturoznawstwa (Zakład Polonistyki Stosowanej), Uniwersytet Opolski, Opole	adiunkt
1993	nadal	Podyplomowe Studium Logopedyczne, Uniwersytet Opolski, Opole	kierownik
1995	2010	Podyplomowe Studium Terapii Pedagogicznej, Uniwersytet Opolski, Opole	kierownik
2000	nadal	Poradnia Foniatryczna, Wojewódzkie Centrum Medyczne, Opole	konsultant społeczny

## 3. Opis dorobku i osiągnięć naukowych: wskazanie osiągnięcia wynikającego z art. 16 ust. 2 Ustawy z dnia 14 marca 2003 r. o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz.U. Nr 65 poz. 595 ze zm.)

Logopedia jako dziedzina mieści się w ramach szerokiej dyscypliny wiedzy, którą w literaturze naukowej opisuje się takimi terminami, jak *komunikacja językowa* czy *metalingwistyka*. Przedmiotem tak usytuowanej dziedziny są rozmaite zachowania językowe, w tym zaburzenia mowy i metody zapobiegania im. Z tak rozumianą logopedią od lat związane są moje zainteresowania naukowe.

Na mój dorobek naukowy składa się łącznie 55 publikacji (w tym 49 po uzyskaniu stopnia doktora), tj. 1 skrypt, 1 monografia, 4 współredakcje prac zbiorowych (w tym dwa wydania podręcznika akademickiego z zakresu logopedii) oraz 49 artykułów i rozdziałów w monografiach. W wykazie moich publikacji znajduje się 28 rozdziałów, które ukazały się w różnych pracach zwartych (z czego 15 autorskich, a 13 ze współautorami) oraz 21 artykułów (14 autorskich, 7 ze współautorami): 8 w języku angielskim, z czego 4 w recenzowanych czasopismach zagranicznych, znajdujących się na liście Filadelfijskiego Instytutu Informacji Naukowej ze wskaźnikiem Impact Factor (notowanych w bazie Journal Citation Reports – JCR); 4 w ogólnopolskich, recenzowanych czasopismach o zasięgu międzynarodowym, notowanych w bazach informatycznych Index Copernicus, Scopus, PsycINFO, wykazanych na liście MNiSW); 13 w języku polskim – w tym 6 sprzed dysertacji doktorskiej – w czasopismach o zasięgu krajowym.

Ponadto dwie publikacje (rozdziały w pracach zbiorowych) uzyskały pozytywne recenzje i mają się ukazać do końca bieżącego roku.

Wśród moich zainteresowań naukowych wyróżniam trzy kluczowe kierunki:

1. Organizacja systemu opieki logopedycznej i kształcenia logopedów w Polsce. Profilaktyka oraz stymulacja rozwoju językowego (obszar logopedii ogólnej: wychowawczej i prewencyjnej).

2. Terminologia logopedyczna i kategoryzacje zaburzeń mowy. Ujednolicanie, porządkowanie i dostosowanie polskiej nomenklatury logopedycznej oraz taksonomii do norm obowiązujących na świecie (zalecanych przez WHO, Europejskie Stowarzyszenie Logopedów i Foniatorów, Amerykańskie Stowarzyszenie Psychiatrów); obszar logopedii teoretycznej.

3. Zakłócenia i zaburzenia rozwoju mowy: rozwojowe zaburzenia mowy (ang. *developmental language disorder*, DLD); opóźnienie rozwoju mowy (ang. *late talkers*, LT) o trudnej do ustalenia etiologii, obserwowane u dzieci ze specyficznym zaburzeniem rozwoju językowego (ang. *specific language impairment*, SLI) i u dzieci z opóźnionym rozpoczęciem mowy (ang. *late bloomers*, LB; dosł. tłum. – opóźniony rozkwit mowy); w tym diagnoza różnicowa i terapia rozwojowych zaburzeń mowy (obszar logopedii specjalnej).

Poza wskazanymi trzema kierunkami zainteresowań badawczych uczestniczyłam w interdyscyplinarnych projektach badawczych z udziałem specjalistów z obszaru neuronauk (neuropsychologów, neurolingwistów, neurologopedów), lekarzy i psychologów, które zaowocowały publikacjami w renomowanych czasopismach o zasięgu międzynarodowym ze wskaźnikiem Impact Factor – 4 artykuły notowane w JCR oraz 4 artykuły w bazach Index Copernicus, Scopus, PsycINFO. Prowadzone badania dotyczyły różnych zaburzeń mowy u dzieci (SLI, dysartria w wyniku mózgowego porażenia dziecięcego) oraz zaburzeń komunikacji u osób dorosłych (po urazach mózgu, z demencją starczą i chorobą Alzheimera). Uczestniczyłam w nich jako specjalista zaburzeń zachowań językowych, analizując wyniki badań z perspektywy neurologopedycznej.

### **3.1. Organizacja systemu opieki logopedycznej i kształcenia logopedów w Polsce. Profilaktyka oraz stymulacja rozwoju językowego (obszar logopedii wychowawczej i prewencyjnej)**

Organizacja systemu opieki logopedycznej i kształcenia logopedów w Polsce i innych krajach to pierwsze z moich zainteresowań naukowych, ściśle związane z problematyką, jaką zajęłam się w rozprawie doktorskiej. Inspiracją do podjęcia owego zagadnienia były doniesienia z badań przeprowadzonych w latach 1930–1935 przez lekarza foniatrę, jednego z prekursorów polskiej logopedii – Benedykta Dylewskiego.

Dylewski postulował stworzenie takiego modelu opieki logopedycznej, który opierałby się nie tylko na specjalistach z zakresu patologii mowy i rodzicach dzieci wymagających logopedycznej pomocy, lecz także na odpowiednio przygotowanych nauczycielach. Nowatorskie pomysły tego uczonego – lekarza, badacza i społecznika, dotyczące systemowych rozwiązań i kształcenia kadr, mimo upływu kilkudziesięciu lat (1989) nadal były niewykorzystanym rodzimym źródłem, na co pod koniec lat siedemdziesiątych zwracała uwagę zasłużona dla polskiej logopedii Genowefa Demelowa, pisząc, że źródło to jest bardzo bogate i że wiele problemów zostało pomyślnie rozwiązanych przez poprzednie pokolenia – wystarczy tylko po te rozwiązania sięgnąć. Niedługo po ukończeniu studiów logopedycznych, kształcąc nauczycieli przedszkoli i nauczania początkowego, postanowiłam sprawdzić, jaki potencjał tkwi w nauczycielach oraz czy rzeczywiście można byłoby wdrożyć do naszego systemu idee Dylewskiego sprzed 60 lat.

Do najbardziej interesujących rozwiązań systemowych przywoływanego badacza, z których po wojnie nie skorzystano, lecz które można znaleźć w systemach opieki logopedycznej i kształcenia kadr innych krajów, należą: organizowanie w szkołach oddzielnych klas dla dzieci z niską sprawnością językową (z opóźnieniem rozwoju mowy, z zaburzeniami mowy i języka), propagowanie wiedzy i doksztalcenie, w ramach kursów specjalistycznych, ludzi mających wpływ na rozwój dziecka (nauczycieli, lekarzy pediatrów i psychologów) oraz aktywne włączanie nauczycieli do procesu opieki nad dziećmi z zaburzeniami mowy. Moja ciekawość poznawcza i pragmatyzm, a także opinia Demelowej, że każde pokolenie budować może świadomie na dorobku poprzednich generacji, spowodowały, że postanowiłam sprawdzić, czy można zaadaptować stare pomysły do nowej rzeczywistości. Dostrzegając problem pomocy dzieciom z nieprawidłowościami w rozwoju mowy i uznając go za społecznie ważny, tuż po ukończeniu studiów logopedycznych rozpoczęłam studia i badania nad tym zagadnieniem.

Mimo iż badania były osadzone w nurcie pedagogiki, to podjęty problem wiązał się ściśle z logopedią. Ich głównym celem było ustalenie determinantów opieki logopedycznej w Polsce oraz wskazanie przyczyn znacząco wyższego niż w innych krajach wskaźnika zaburzeń mowy w populacji dzieci polskich w młodszym wieku szkolnym.

Wyniki przeprowadzonych badań potwierdziły, że wskaźnik ów jest bardzo wysoki w porównaniu do innych krajów. Na podstawie statystyk wad mowy – opracowywanych na przestrzeni lat 1953–1983 przez polskich badaczy: M. Demelę, T. Bartkowską, W. Kłopotką, J.T. Kanię, E. Nitendel-Bujakową, I. Styczek, B. Sawę – obliczyłam, że w owym czasie średnio 28,5% dzieci wymagało specjalistycznej opieki logopedycznej. W 1991 roku

wskaźnik był niższy – 18% (badania własne), lecz mimo tendencji spadkowej nadal wysoki, bo aż 2,5-krotnie wyższy niż w krajach zachodnich.

Uzyskane przeze mnie wyniki nie tyle ukazały rozmiar owego zjawiska, ile umożliwiły ustalenie przyczyn niskiej efektywności polskiego systemu opieki logopedycznej. Brak kadry pomocniczej, tzw. ogniwa pośredniego między matką i logopedą, oraz niedostateczne przygotowanie nauczycieli do aktywnego udziału w procesie terapii logopedycznej – były i nadal są powodem utrzymywania się wciąż wysokiego wskaźnika zaburzeń mowy u dzieci w Polsce. Potwierdziła się diagnoza Dylewskiego, iż główną przyczyną niskiej efektywności opieki nad dziećmi z zaburzeniami mowy jest brak spójności, ciągłości i systematyczności terapii.

Przeprowadzone przez mnie badania były wielokierunkowe – od analizy systemów opieki i kształcenia kadr w różnych krajach, przez ocenę przygotowywania nauczycieli do aktywnego udziału w programach prewencyjnych i terapeutycznych, po opracowanie statystyki i ustalenie frekwencyjności zaburzeń mowy u dzieci w Polsce. Interesował mnie każdy aspekt, każda informacja, które przybliżyłyby mnie do poznania przyczyn opisywanego stanu rzeczy. Wyniki badań opublikowałam w następujących pracach zwartych:

- G. Jastrzębowska, *Podstawy logopedii dla studentów logopedii, pedagogiki, psychologii, filologii*, Wyd. UO, Opole 1995.
- G. Jastrzębowska, *Podstawy teorii i diagnozy logopedycznej*, „Studia i Monografie”, nr 263, Wyd. UO, Opole 1998.
- G. Jastrzębowska, *Stan i perspektywy opieki*, [w:] *Logopedia – pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*, red. T. Gałkowski, G. Jastrzębowska, wyd. 1, Wyd. UO, Opole 1999, s. 219–247.

Podjęta w rozprawie doktorskiej problematyka stanowiła przedmiot moich dalszych badań nad efektywnością polskiego systemu opieki logopedycznej. Początkowo koncentrowałam się na ustaleniu „stanu” i potencjału, jakim dysponujemy, aby można było tę opiekę poprawić; w późniejszych badaniach poszukiwałam perspektyw rozwoju. Czerpiąc z wzorców rodzimych i zagranicznych, podjęłam próbę ustalenia, jakie czynniki determinują sukces systemów opieki, w jakim kierunku powinna zmierzać polityka władz oświatowych i jakie zmiany są konieczne, by ograniczyć zjawisko zaburzeń mowy u dzieci w młodszym wieku szkolnym w Polsce. Propozycje rozwiązań przedstawiłam w dalszych publikacjach w czasopiśmie polskich, adresowanych do polskich logopedów praktyków:

- G. Jastrzębowska, *Determinanty polskiego systemu opieki logopedycznej (na podstawie woj. opolskiego)*, „Biuletyn. Czasopismo polskich terapeutów mowy” [Lublin 1994], nr 2, s. 68–73.
- G. Jastrzębowska, *Funkcjonowanie systemu opieki logopedycznej w Polsce (relacja z badań, część I)*, „Audiofonologia” 1998, t. 12, s. 121–130.

Za swoją najbardziej wartościową pracę w tym obszarze uważam autorski artykuł opublikowany w międzynarodowym czasopiśmie *International Journal of Phoniatics, Speech*

Therapy and Communication Pathology, wykazywanego w bazie JCR (zamieszczonego na Liście Filadelfijskiego Instytutu Informacji Naukowej):

G. Jastrzębowska, *Factors Determining Efficiency of Logopedic Care of Children in Poland*, „Folia Phoniatica et Logopaedica” 2001, vol. 53, no. 1, s. 28–35.

W powyższej publikacji opisałam czynniki determinujące efektywność polskiego modelu opieki logopedycznej. Przedstawiłam tu, w oparciu o wyniki moich wieloletnich badań, nie tylko opis aktualnego stanu wiedzy w zakresie systemu opieki logopedycznej w Polsce, lecz także – co podkreślali światowi specjaliści w dziedzinie logopedii, będący recenzentami wybranymi przez to oficjalne czasopismo Międzynarodowego Stowarzyszenia Logopedów i Foniatrów (*International Association of Logopedics and Phoniatrics, IALP*) – porównanie polskiego modelu kształcenia kadr i opieki logopedycznej z rozwiązaniami systemowymi wypracowanymi i stosowanymi w innych krajach. W dyskusji wykazałam konsekwencje braku spójnego systemu opieki logopedycznej, opartego jedynie na poradnictwie wychowawczo-zawodowym i opiece rodzicielskiej (opiekunach dziecka). Postulowałam zastosowanie modelu francuskiego, czyli klas wyrównawczych, w których umieszcza się uczniów z nieprawidłowościami w rozwoju mowy i otacza intensywną, specjalistyczną opieką w początkowym okresie nauki (maksymalnie przez 3 lata), po czym reintegruje się ich z prawidłowo rozwijającymi się rówieśnikami. System ów obejmuje dzieci z opóźnionym rozwojem, z zaburzeniami emocjonalnymi oraz z niską sprawnością językową i z lekkim upośledzeniem fizycznym. Na uwagę zasługuje również model rosyjski, w którym obok klas logopedycznych w szkołach masowych, dla rodziców dzieci wymagających systematycznej opieki dostępne są punkty logopedyczne organizowane na terenie szkół, w przychodniach zdrowia i w szpitalach dziecięcych.

Jakkolwiek wspomniany artykuł stanowił podsumowanie moich badań nad opieką logopedyczną w Polsce, nie zakończył naukowej refleksji nad tym problemem. Wprawdzie począwszy od 1995 roku swoją uwagę poświęciłam logopedii teoretycznej (porządkowaniu polskiej terminologii logopedycznej i odnoszeniu jej do terminologii ogólnoswiatowej) oraz logopedii specjalnej, rozpoczynając równoległe badania nad afazją dziecięcą i podejmując problematykę małych dzieci (do 3. r.ż.) z opóźnieniem w przyswajaniu języka (głównie z SLI oraz LB), jednak powróciłam jeszcze do zagadnień systemowych. Ostatnią publikacją w tym zakresie jest autorski artykuł naukowy opublikowany w „Acta Neuropsychologica” – oficjalnym periodyku Polskiego Towarzystwa Neuropsychologicznego, wydawanym w języku angielskim o zasięgu międzynarodowym, rejestrowanym w międzynarodowych bazach naukowych Index Copernicus, Scopus oraz PsycINFO:

G. Jastrzębowska, *Organization and functioning of the system of logopedic care in Poland*, „Acta Neuropsychologica” 2011, vol. 9, no. 3, s. 131–154.

W artykule tym dokonałam przeglądu różnych modeli interwencyjno-pomocowych oraz kształcenia logopedycznego kadr i zaprezentowałam swoje stanowisko na temat koniecznych zmian systemowych w tym zakresie.

W wyniku studiów i badań nad przyczynami niskiej efektywności opieki logopedycznej w Polsce ustaliłam, jakie czynniki i rozwiązania systemowe mogą się przyczynić do spadku wskaźnika zaburzeń rozwoju mowy i warunkują efektywność opieki nad tą sferą rozwoju dziecka. Zaliczyłam do nich (poza czynnikami zależącymi od kondycji finansowej państwa, np. ilością środków finansowych przeznaczanych na system pomocowy, liczbą placówek i specjalistów) takie działania, jak:

1) profilaktyka, czyli inne rozłożenie priorytetów oraz zmiana sposobu myślenia decydentów – zwrócenie uwagi na intensywną profilaktykę od pierwszych lat życia dziecka, gdyż zapobiegając zjawisku zaburzeń mowy, mniej środków będzie trzeba przeznaczać na późniejszą terapię;

2) zróżnicowanie kadr konieczne do stworzenia ogniwa pośredniego między logopedą i opiekunem dziecka, co zapewniłoby łatwiejszy dostęp opiekunów do specjalistów. Należą tu odpowiednio wyszkoleni logopedzi, terapeuci mowy, logopedycznie przygotowani nauczyciele przedszkoli, szczebla propedeutycznego i języka polskiego;

3) zróżnicowanie placówek świadczących usługi logopedyczne oraz form opieki (od klas i gabinetów logopedycznych w szkołach masowych, placówkach oświatowych i w placówkach zdrowia, po indywidualną opiekę nad małymi dziećmi do 3. r. ż. z nieprawidłowościami w rozwoju mowy w ich domu, polegającą na pracy nie tylko z dzieckiem, lecz także z jego opiekunem);

4) zmiana systemu kształcenia kadr – uznanie logopedii za kierunek studiów i umożliwienie zdobywania stopni naukowych w tej dziedzinie, co niewątpliwie przyczyniłoby się do rozwoju logopedii teoretycznej;

5) szkolenia nauczycieli, czyli lepsze przygotowanie i włączanie nauczycieli przedszkoli, nauczania początkowego i nauczycieli polonistów do aktywnego udziału w programach profilaktycznych i terapeutycznych;

6) pozyskiwanie do współpracy sojuszników: lekarzy pediatrów, psychologów i neuropsychologów, terapeutów – pedagogów, poprzez wprowadzenie do programów ich studiów logopedii jako obowiązującego przedmiotu oraz włączanie ich do systemu jako kadry pomocniczej;

7) propagowanie w społeczeństwie wiedzy, czyli dostarczanie informacji na temat konsekwencji braku właściwej opieki logopedycznej nad dzieckiem dla jego późniejszego funkcjonowania jednostkowego i społecznego.

Przeprowadzone przeze mnie badania ukazały rozmiar zjawiska zaburzeń mowy u dzieci w młodszym wieku szkolnym i pozwoliły na ocenę polskiego modelu opieki logopedycznej oraz kształcenia kadr. Ich największą wartością było, moim zdaniem, zgromadzenie szczegółowych informacji na temat funkcjonowania takich systemów na świecie i wskazanie, które z już wypracowanych w innych krajach rozwiązań jest możliwe do zaadaptowania w warunkach polskich. Badania dowiodły, że warto sięgać po rodzime źródła w poszukiwaniu systemowych rozwiązań, albowiem potwierdziły się wskazane przez Dylewskiego przyczyny wysokiego wskaźnika zaburzeń mowy u dzieci polskich. Aktualne okazały się również przedstawione przez badacza sposoby ograniczenia owego zjawiska.

Od czasu wzmiankowanych badań minęło wiele lat. Warto podkreślić, że problem dzieci z zaburzeniami mowy został w końcu dostrzeżony przez polskie władze oświatowe,

które uznały go za społecznie istotny, i doczekał się on rozwiązań systemowych. Drogą aktów prawnych wprowadzono obowiązek zatrudniania logopedów w przedszkolach, szkołach masowych, a nawet w gimnazjach. Zwrócono też uwagę na kształcenie kadr (od kilku lat trwają w MNiSW prace – w których również uczestniczyłam – nad ujednoczeniem systemu kształcenia logopedów i uznania logopedii za kierunek studiów), położono większy nacisk na logopedyczne przygotowanie nauczycieli zatrudnianych w owych placówkach. Po wielu latach postulatory i idee Benedykta Dylewskiego, Leona Kaczmarka, Ireny Styczek, Genowefy Demelowej, Marii Zarembiny, Marty Bogdanowicz, Marii Pąchalskiej i innych doczekały się realizacji. Fakt, iż w jakimś stopniu mogłam się do tego przyczynić, uważam za osobisty sukces. Wierzę, iż aktualnie wprowadzane zmiany systemowe niewątpliwie wpłyną w przyszłości na ograniczenie rozmiaru zjawiska zaburzeń mowy u dzieci w młodszym wieku szkolnym w Polsce.

### **3.2. Terminologia logopedyczna i kategoryzacje zaburzeń mowy. Ujednoczanie, porządkowanie i dostosowanie polskiej nomenklatury logopedycznej oraz taksonomii do norm obowiązujących na świecie (zalecanych przez WHO, Europejskie Stowarzyszenie Logopedów i Foniatorów, Amerykańskie Stowarzyszenie Psychiatrów) - obszar logopedii teoretycznej**

Kierunki moich zainteresowań badawczych w głównej mierze wytyczali ci nauczyciele i autorzy prac, którzy stawiali wyzwania, prowokowali i zmuszali do naukowej refleksji. Na gruncie logopedii teoretycznej do takich autorów niewątpliwie należy prof. zw. dr hab. Stanisław Grabias z UMCS, przewodniczący Komisji Zaburzeń i Rozwoju Języka PAN (której członkiem byłam przez dwie kadencje). W swoich artykułach poświęconych logopedii jako nauce, taksonomiom zaburzeń mowy i polskiej terminologii logopedycznej Prof. Grabias wielokrotnie podkreślał, że naukowy opis i wyjaśnianie zjawisk nie tylko w polskiej logopedii pozostają daleko w tyle za nagromadzoną przez wieki wiedzą organizującą tok postępowania praktycznego i że wiele jeszcze trzeba zrobić w zakresie porządkowania tej wiedzy, zwłaszcza w sferze diagnostyki. Teoria logopedii winna zatem rozwijać refleksję w kierunku diagnostyki, prognostyki i anagnostyki.

Już w trakcie studiów pomagisterskich w Uniwersytecie Warszawskim byłam zainteresowana logopedią teoretyczną. Zmagając się z problemami terminologicznymi – najpierw jako studentka, później jako dydaktyk – postanowiłam włączyć się w nurt dyskursu nad nomenklaturą i w prace nad porządkowaniem dorobku polskich badaczy.

Problematyką komunikacji mowy i jej zaburzeń zajmują się reprezentanci różnych, często odległych od siebie dziedzin naukowych. Stosowane przez nich kryteria podziału zjawisk wynikają z przyjętego paradygmatu badawczego oraz z określonych zainteresowań badawczych (objawy, przyczyny, patomechanizm i in.). Różnorodność kryteriów kategoryzacji zaburzeń mowy doprowadziła do wygenerowania takiej liczby specjalistycznych pojęć, że zaczęto opracowywać słowniki terminologii logopedycznej. Mnogość określeń stosowanych do nazywania tych samych zjawisk oraz brak ustaleń dotyczących ich zakresu znaczeniowego wymagały uporządkowania. Po raz pierwszy podjęłam taką próbę w 1998 roku w monografii *Podstawy teorii i diagnozy logopedycznej*, dołączając tym samym do zespołu kontynuującego dzieło prof. Leona Kaczmarka.



Od 1997 roku w swoich publikacjach prezentowałam dorobek polskich i zagranicznych badaczy, przedstawiałam ich poglądy, doniesienia z badań i wskazywałam sposoby podejścia (teoretycznego i praktycznego) do zaburzeń komunikacji językowej. Jako jedna z pierwszych zaczęłam na gruncie logopedii szczegółowo opisywać nomenklaturę i międzynarodowe klasyfikacje medyczne ICD-10 i DSM-IV, opracowane odpowiednio przez WHO i APA (American Psychiatric Association – Amerykańskie Stowarzyszenie Psychiatrów). Postulowałam odejście od rodzimego – zaczerpniętego głównie z rosyjskiej, czeskiej i wschodniemieckiej logopedii – nazewnictwa zjawisk logopedycznych, takich jak alalia, dysglosja, oligofazja, schizofazja, i przyjęcie nazewnictwa ogólnoswiatowego. Podejmując bowiem próby publikowania w czasopismach zachodnich, zderzyłam się z barierami komunikacyjnymi (artykuł w „Folia Phoniatica et Logopaedica” z 2001 roku). Z tego m.in. powodu nigdy nie byłam zwolennikiem tworzenia nowych terminów i starałam się dostosowywać polską nomenklaturę do zalecanej przez WHO i APA.

Porządkując wiedzę, prezentowałam źródła pochodzenia terminów, ich znaczenie i odpowiedniki w literaturze polskiej, wyjaśniałam mechanizmy, które doprowadziły do niepotrzebnego rozrastania się rodzimej nomenklatury, wskazywałam, które są powszechnie znane i stosowane w świecie, a z których należy zrezygnować, bo gmatwiają obraz i utrudniają opis. Podejmowałam próby współtworzenia systemu pojęć, które ułatwiałyby opis zaburzeń rozwoju mowy i różnych form zaburzeń zachowania językowego.

Za jedną z bardziej wartościowych prac w obszarze logopedii teoretycznej uważam monografię:

G. Jastrzębowska, *Podstawy teorii i diagnozy logopedycznej*, „Studia i Monografie” nr 263, Wyd. UO, Opole 1998.

W publikacji tej zebrałam i uporządkowałam dorobek polskich badaczy zajmujących się problematyką najczęściej występujących zaburzeń mowy. Zestawiłam tu i opisałam klasyfikacje ICD-10 i DSM-IV w ich fragmentach dotyczących patologii mowy, a następnie używane w nich nazwy kategorii diagnostycznych i jednostek odniosłam do nazw polskich. Porównanie polskiej terminologii z powszechnie stosowanymi w świecie terminami nie jest zadaniem łatwym, gdyż międzynarodowe klasyfikacje nie zawsze można przełożyć na te obowiązujące w danych krajach. Wynika to z różnic w podejściu teoretycznym, w przyjętych kryteriach podziału, w rozumieniu zjawisk i ich nazywaniu – a w konsekwencji – z różnic w ułożeniu poszczególnych kategorii.

Do innych ważnych osiągnięć w obszarze logopedii teoretycznej zaliczam dwa podręczniki akademickie (w tym pierwszy w dwóch wydaniach), których byłam współredaktorem i współautorem:

*Logopedia – pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*, red. T. Gałkowski, G. Jastrzębowska, Wyd. UO, wyd. 1, Opole 1999 (900 s.);

*Logopedia – pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*, red. T. Gałkowski, G. Jastrzębowska, Wyd. UO, wyd. 2 zm. i rozszerz., t. 1–2, Opole 2003 (1200 s.)

oraz

***Podstawy neurologopedii. Podręcznik akademicki***, red. T. Gałkowski, E. Szelağ, G. Jastrzębowska, Wyd. UO, Opole 2005 (1030 s.).

Podręczniki akademickie, których byłam pomysłodawcą i inspiratorem (a w wypadku *Logopedii...* również pozyskałam fundusze z MEN na ich publikację), wydane przez Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, były pierwszymi – co warto podkreślić – po opracowywanym jeszcze w latach sześćdziesiątych podręczniku Ireny Styczek propozycjami dla studentów, nie tylko logopedii. Bez autorytetu naukowego mojego Mistrza prof. zw. dr. hab. Tadeusza Gałkowskiego z UW, wówczas przewodniczącego Polskiego Towarzystwa Autyzmu, i przychylności władz Uniwersytetu Opolskiego, które sfinansowały pierwsze wydanie zarówno pierwszego podręcznika – z zakresu logopedii, jak i drugiego podręcznika – z zakresu neurologopedii, nie byłoby to możliwe. Napisane przez zespół autorski, w którego gronie są specjaliści – zdaniem recenzenta *Logopedii...*, prof. zw. dra hab. Stanisława Grabiasa – „o najwyższej renomie w kraju”: prof. zw. dr hab. S. Gajda, prof. zw. dr hab. T. Gałkowski, prof. zw. dr hab. M. Pąchalska, prof. zw. dr hab. Z. Tarkowski, prof. zw. dr hab. M. Bogdanowicz, prof. zw. dr hab. E. Szelağ, prof. B.D. MacQueen, Ph.D., dr M. Ligęza, i uznani specjaliści w dziedzinie logopedii stosowanej. Praca redaktora naukowego – u boku prof. zw. dr hab. T. Gałkowskiego – z zespołem specjalistów reprezentujących tak różne dyscypliny była dla mnie niezwykle cennym i inspirującym doświadczeniem. W latach, w których powstawały omawiane publikacje – będąc również autorem licznych, zamieszczonych w nich rozdziałów – miałam znakomitą okazję, by prezentować swoje osiągnięcia naukowe na łamach owych podręczników, dlatego aż cztery ich rozdziały wskazuję w cyklu prac jako podstawę oceny mojego dorobku naukowego.

Własne refleksje nad polską terminologią logopedyczną i podejmowane próby jej uporządkowania, charakterystyki zaburzeń zachowania językowego w różnych typach zaburzeń mowy, doniesienia z badań i prezentacja wyników badań własnych, zestawienia danych statystycznych i analizy porównawcze, a także opracowanie szczegółowej procedury badawczej, kryteriów diagnostycznych i opis przebiegu terapii dla poszczególnych zaburzeń mowy – to treści wielu napisanych przeze mnie rozdziałów zawartych w owych publikacjach.

W podręczniku akademickim *Logopedia – pytania i odpowiedzi* moje starania nad ujednoliceniem polskiej terminologii i stosowanymi w tej nauce pojęciami – szczególnie w odniesieniu do zaburzeń rozwoju mowy – zaowocowały dojrzałą interpretacją niż we wcześniejszych pracach. Za duże osiągnięcie uznaję udaną w końcu próbę uporządkowania wiedzy na temat dyslalii, opóźnienia rozwoju mowy, afazji dziecięcej i dysartrii. Zarówno problematyka opóźnienia, jak i problematyka afazji rozwojowej stały się następnie przedmiotem moich zainteresowań badawczych.

Niewątpliwie nowatorskie w dziedzinie logopedii było opracowanie wraz ze współautorami – zgodnych z zasadami metodologii badań naukowych – schematów postępowania diagnostyczno-terapeutycznego dla najważniejszych typów zaburzeń mowy u dzieci i osób dorosłych, zebranie i opisanie metod badawczych, narzędzi i środków mających zastosowanie w diagnozie i terapii logopedycznej.

Prace nad podręcznikami trwały 10 lat (1995–2005). Było to więc ogromne przedsięwzięcie, w którym uczestniczyłam jako redaktor naukowy i autor wielu rozdziałów.

Jednocześnie pełniłam funkcje kierownika dwóch studiów podyplomowych oraz promotora wielu prac magisterskich i dyplomowych. W tym czasie prowadziłam również badania własne dotyczące specyficznego zaburzenia języka w ramach jednego polskiego projektu badawczego (pkt. 3.3.). Od początku istnienia Polskiego Towarzystwa Neuropsychologicznego interesowałam się wspólnymi projektami prowadzonymi z reprezentantami innych neuronauk. Dopiero zaproszenie mnie w 2001 roku do udziału w pracach interdyscyplinarnego zespołu badawczego pod kierunkiem przewodniczącej Polskiego Towarzystwa Neuropsychologicznego – prof. zw. dr hab. Marii Pąchalskiej stało się szansą i okazją do rozwinięcia moich zainteresowań pracą badawczą, przynosząc zarazem w kolejnych latach konkretne efekty w postaci publikacji w renomowanych czasopismach o zasięgu ogólnoświatowym, znajdujących się na Liście Filadelfijskiego Instytutu Informacji Naukowej (z IF). Ze względu na podjętą problematykę najważniejszy w pracach z owym zespołem był dla mnie udział w badaniach nad SLI, który zaowocował publikacją w „Acta Neuropsychologica” – oficjalnym periodyku Polskiego Towarzystwa Neuropsychologicznego, wydawanym w języku angielskim o zasięgu międzynarodowym, rejestrowanym w bazach naukowych Index Copernicus, Scopus oraz PsycINFO.

Z perspektywy badawczej wciąż interesuje mnie, dlaczego u jednych małych dzieci (do 3. r.ż.) w sferze języka na przestrzeni pół roku życia może się diametralnie zmienić tempo, rytm rozwoju, a u innych nie. Patomechanizm, podłoże, przyczyna powstawania zakłócenia czy zaburzenia rozwoju mowy – to są nieustalone zmienne, które wciąż próbuję opisać. Zadanie to stoi oczywiście przed interdyscyplinarnym zespołem, składającym się ze specjalistów z różnych dziedzin, takich jak genetyka czy neuronauki – w tym neurologopedia, i jako neurologopeda podejmuję taką próbę od lat. Zbyt wąska wiedza pojedynczego człowieka (reprezentanta jednej dziedziny) hamuje moim zdaniem postęp logopedii. Jestem przekonana, że tylko badania zespołowe, współpraca specjalistów z różnych obszarów nauki umożliwią dalszy rozwój tej dyscypliny naukowej.

### **3.3. Zakłócenia i zaburzenia rozwoju mowy: rozwojowe zaburzenia mowy (ang. *developmental language disorder*, DLD); opóźnienie rozwoju mowy (ang. *late talkers*, LT) o trudnej do ustalenia etiologii, obserwowane u dzieci ze specyficznym zaburzeniem rozwoju językowego (ang. *specific language impairment*, SLI) i u dzieci z opóźnionym rozpoczęciem mowy (ang. *late bloomers*, LB, dosł. tłum. – opóźniony rozkwit mowy); w tym diagnoza różnicowa i terapia rozwojowych zaburzeń mowy (obszar logopedii specjalnej)**

Przedstawiony do oceny dorobku naukowego cykl prac: artykułów i rozdziałów podręczników akademickich stanowiących moje osiągnięcie naukowe, o którym mowa w art. 16 ust. 2 ustawy, mieści się w trzecim obszarze moich zainteresowań badawczych.

Tytuł osiągnięcia naukowego: **Opóźnienie rozwoju mowy jako przejaw nieprawidłowości w rozwoju języka u dzieci ze specyficznym zaburzeniem rozwoju językowego (SLI) i z zakłóceniami rozwoju mowy (LB)**

Obejmuje on problematykę zakłóceń i zaburzeń rozwoju językowego oraz ich najważniejszego objawu – opóźnienia rozwoju mowy. Ten najważniejszy symptom nieprawidłowości w rozwoju mowy nie doczekał się należytego udokumentowania i opisu w polskiej literaturze naukowej<sup>1</sup>. A tymczasem powszechnie wiadomo, iż nie ma istotnego klinicznie zaburzenia rozwoju psychomotorycznego, które nie prowadziło do opóźnienia rozwoju mowy. Predyspozycje do powielania schematów genetycznych, choroby matki w ciąży, uszkodzenia w trakcie porodu, różne schorzenia i wady rozwojowe oraz wiele innych patogennych czynników mogą determinować rozwój mowy. Z uwagi na wagę problemu i brak precyzyjnych narzędzi opisu owego zjawiska zainteresowałam się problematyką rozwojowych zaburzeń mowy i ich najważniejszym objawem – opóźnieniem w przyswajaniu języka, i zaczęłam rozwijać ów temat nie tylko teoretycznie, lecz także badawczo<sup>2</sup>.

Do osiągnięć naukowych, które wskazują zgodnie z art. 16 ust. 2 ustawy z dnia 14 marca 2003 r., wybrałam następujący cykl artykułów i rozdziałów prac zwartych:

1. G. Jastrzębowska, *Zakłócenia i zaburzenia rozwoju mowy. Wprowadzenie. Problemy terminologiczne i definicyjne*, [w:] *Logopedia – pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*, red. T. Gałkowski, G. Jastrzębowska, wyd. 2 zm. i rozszerz., t. 2, Wyd. UO, Opole 2003, s. 9–35.
2. G. Jastrzębowska, *Istota i klasyfikacje opóźnień w rozwoju mowy – przegląd stanowisk*, „Logopedia” 2000, t. 28, s. 69–84.
3. G. Jastrzębowska, *Opóźnienie rozwoju mowy – przejaw nieprawidłowości rozwojowych*, [w:] *Logopedia – pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*, red. T. Gałkowski, G. Jastrzębowska, wyd. 2 zm. i rozszerz., t. 2, Wyd. UO, Opole 2003, s. 37–64.
4. G. Jastrzębowska, *Afazja, dysfazja dziecięca*, [w:] *Logopedia – pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*, red. T. Gałkowski, G. Jastrzębowska, wyd. 2 zm. i rozszerz., t. 2, Wyd. UO, Opole 2003, s. 83–119.

---

<sup>1</sup> W polskiej literaturze niewiele publikacji poświęcono temu zagadnieniu – jedną monografię *Opóźniony rozwój mowy*, autorstwa Tomasza Zaleskiego z 1992 roku, oraz kilkanaście artykułów i rozdziałów monografii (J.T. Kani, T. Zaleskiego, A. Pruszcwicza, T. Gałkowskiego, J. Grossmana, Z. Tarkowskiego i mojego autorstwa). W swoich pracach o zjawisku opóźnienia wzmiankują też: Z. Kordyl, I. Styczek, B. Sawa, H. Spionek, H. Nartowska, E. Dilling-Ostrowska, E. Traczyńska, U. Parol, A. Herzyk, B. Kaczmarek, M. Pąchalska oraz Z. Tarkowski (przy okazji opisu rozwojowych zaburzeń mowy), lecz samo zjawisko opóźnienia rozwoju mowy nie było przedmiotem ich zainteresowań naukowo-badawczych.

<sup>2</sup> Aktualnie pracuję nad monografią (będącą doniesieniami z trwających już kilka lat badań), poświęconą dzieciom z trudnościami w przyswajaniu języka o trudnej do ustalenia etiologii (SLI i LB). Nie jest to zadanie łatwe, albowiem interpretacja zgromadzonego materiału wymaga analizy neurolingwistycznej i psycholingwistycznej, dlatego do współpracy przy opracowywaniu wyników zaprosiłam specjalistów z owych dziedzin.

5. G. Jastrzębowska, *Z metodologii opisu alalii (afazji, dysfazji rozwojowej)*, [w:] *Zaburzenia mowy. Mowa – Teoria – Praktyka*, red. S. Grabias, Wyd. UMCS, Lublin 2001, s. 323–350.
6. G. Jastrzębowska, *SLI – specyficzne upośledzenie rozwoju języka*, [w:] *Człowiek wobec ograniczeń – wybrane problemy diagnozy i terapii osób niepełnosprawnych*, red. Z. Tarkowski, G. Jastrzębowska, Wyd. Fundacji „Orator”, Lublin 2002, s. 167–186.
7. M. Pąchalska, G. Jastrzębowska, M. Lipowska, A. Pufal, *Specific language development impairments: neuropsychological and neurolinguistic aspects*, „Acta Neuropsychologica” 2007, vol. 5, no. 3, s. 131–153.
8. G. Jastrzębowska, *Diagnoza i terapia rozwojowych zaburzeń mowy*, [w:] *Podstawy neurologopedii. Podręcznik akademicki*, red. T. Gałkowski, E. Szelaż, G. Jastrzębowska, Wyd. UO, Opole 2005, s. 379–420.

W prezentowanym cyklu połączonych ze sobą tematycznie artykułów i rozdziałów prezentuję zjawisko opóźnienia rozwoju mowy (opóźnienia w przyswajaniu języka), charakterystycznego dla jednej z postaci rozwojowych zaburzeń mowy – specyficznego zaburzenia rozwoju językowego (SLI), gdyż owa problematyka jest przedmiotem moich badań i zainteresowań naukowych.

W omawianych pracach dokonałam przeglądu literatury, doniesień z badań i opisałam zagadnienie istoty rozwojowych zaburzeń mowy, wskazując ich miejsce w typologiach polskich i światowych. Zebrałam i uporządkowałam dane na temat objawów nieprawidłowości w rozwoju mowy o trudnej do ustalenia przyczynie i odbiegających od normy form zaburzeń zachowania językowego, charakterystycznych dla wskazanych zjawisk logopedycznych. Przedstawiłam hipotezy na temat etiopatogenezy SLI i LB, a także dostarczyłam szczegółowych informacji na temat diagnozy różnicowej rozwojowych zaburzeń mowy z SLI i LB. Zebrałam i opracowałam kryteria diagnostyczne dla ich różnicowania. Przedstawiłam również propozycję klasyfikacji zaburzeń i zakłóceń rozwoju mowy uwzględniającą podejście zachodnich klinicystów i obowiązujące w świecie nazewnictwo. Sprecyzowałam znaczenie terminów: *zaburzenie rozwoju mowy*, *opóźnienie rozwoju mowy* i *opóźniony rozwój mowy*. W celu ułatwienia opisu logopedycznych zjawisk do nomenklatury logopedycznej wprowadziłam jedno nowe pojęcie – *zakłócenie rozwoju mowy*.

Przy opracowywaniu owych zagadnień korzystałam z najnowszych omówień znanych światowych badaczy zaburzeń mowy u dzieci: D.V.M. Bishop, I. Rapin, L.B. Leonarda, G. Conti-Ramsden, S. B. Robertson, S. Ellis-Weismer, D. Arama, P. Tallal.

Prezentowane publikacje to również zbiór danych pozyskiwanych ze źródeł rodzimych, które poddałam szczegółowej analizie, a następnie syntezie. Bogatym źródłem informacji okazały się prace polskich badaczy problematyki afazji rozwojowej: Z. Kordyl, A. Herzyk, D. Dilling-Ostrowskiej, U. Parol, T. Zaleskiego, A. Pruszczyk. Wynikiem owych analiz, przeprowadzonych badań i przemyśleń stała się prezentacja własnego

stanowiska w kwestii opóźnienia rozwoju mowy jako zjawiska – charakterystycznego dla dzieci z LB – i jako zespołu objawowego – obserwowanego u dzieci z rozwojowymi zaburzeniami języka (DLD) – oraz uporządkowanie wiedzy i wyczerpujący opis zaburzeń skierowane do logopedów praktyków i klinicystów.

W polskim piśmiennictwie logopedycznym najliczniejszą grupę autorów stanowią lingwiści i lekarze; tylko nieliczni badacze przeprowadzili analizę zjawisk logopedycznych z perspektywy psychologicznej. Należą do nich: T. Gałkowski, B. Sawa, H. Spionek czy H. Nartowska. W wyżej wymienionych publikacjach podjęłam próbę kontynuacji ich dzieła – szerszego wykorzystywania wiedzy i zdobyczy psychologii na gruncie logopedii, gdyż zwłaszcza w odniesieniu do małych dzieci logopedia teoretyczna nie wyczerpała tego źródła. Wykazałam jak duże znaczenie dla pełnego opisu i precyzyjnego wyjaśniania zjawisk – określanych jako *zakłócenia* i *zaburzenia rozwoju mowy* – ma ich ogląd z perspektywy psychologii rozwojowej i klinicznej. Jestem przekonana, że nie można procesu rozwoju mowy analizować bez uwzględnienia szerszego kontekstu, jakim jest ogólny rozwój psychomotoryczny dziecka.

Poniżej znajduje się bardziej szczegółowe przybliżenie treści kolejnych publikacji, obrazujące stopniową ewolucję i dojrzewanie mojej refleksji naukowej oraz rozwój osiągnięć w dziedzinie neurologopedii.

Punktem wyjścia mojej pracy badawczej stało się sprecyzowanie znaczenia wszystkich stosowanych przeze mnie pojęć. Jak wzmiankowałam, polska nomenklatura logopedyczna wciąż wymaga uporządkowania, dlatego autorzy dokonujący deskrypcji i eksplikacji zjawisk logopedycznych w każdym publikowanym tekście są zmuszeni do wyjaśniania znaczenia narzędzi opisu, którymi się posługują. Dlatego w cyklu prac, które prezentuję do oceny, zamieściłam rozdział z podręcznika *Logopedia – pytania i odpowiedzi: Zakłócenia i zaburzenia rozwoju mowy. Wprowadzenie. Problemy terminologiczne i definicyjne*, w którym wyjaśniam najważniejsze pojęcia wykorzystywane w opisie DLD oraz prezentuję najważniejsze informacje na temat kategoryzacji stosowanych – w tym obszarze zagadnień – w Polsce i na świecie.

Jak wzmiankowałam, moim wkładem do logopedii teoretycznej było wprowadzenie do polskiej terminologii logopedycznej narzędzi opisu, którymi posługują się zachodni klinicyści i autorzy międzynarodowej klasyfikacji medycznej ICD-10 (m.in. pojęć: normalne odmiany rozwoju = *krańcowe odmiany prawidłowego rozwoju*), i ich eksplikacja. Uwzględniając stanowisko polskich psychologów (uwagi prof. dr hab. Magdaleny Smoczyńskiej na posiedzeniu Komisji Zaburzeń i Rozwoju Języka PAN), krytycznie odnoszących się do dosłownego tłumaczenia nazwy angielskiej: „normalne odmiany rozwoju” (dokonanego przez autorów suplementu do klasyfikacji ICD-10 S. Pużyńskiego i J. Wciórki), zrezygnowałam z niej i w dalszych publikacjach upowszechniałam już sugerowaną nazwę: *krańcowe odmiany prawidłowego rozwoju*. Korzystając z bogatych źródeł psychologicznych oraz medycznych, wprowadziłam i szczegółowo opisałam znaczenie pojęć: *zaburzenie*, *zakłócenie*, *upośledzenie*, *opóźnienie*, *odchylenie od normy*, w odniesieniu do zjawisk rozwojowych i patologii mowy.

W prezentowanym zbiorze artykułów i rozdziałów dokonałam istotnych ustaleń dotyczących narzędzi opisu owych zjawisk. Zaproponowałam, aby termin *zaburzenia mowy*

odnosić do wszelkich manifestujących się w różny sposób zaburzeń zachowania językowego, będących konsekwencją braku umiejętności budowania bądź percypowania wypowiedzi słownej, ale u dzieci do 3. r.ż. (ze względu na intensywność trwającego procesu rozwojowego i możliwość samoistnego ustąpienia opóźnienia w przyswajaniu języka) nazywać ten zespół objawów - *zaburzeniami rozwoju mowy* i *zakłóceniami rozwoju mowy* (w szerokim, ogólnym znaczeniu). Postulowałam, by ogólne pojęcie *zaburzenia mowy* uszczegółowić i wyróżnić w opisie – na wzór klinicystów zachodnich (S.B. Robertson, E.E. Weismer) – dwa pojęcia: *zaburzenia języka* i *zaburzenia mowy*, odnosząc te pierwsze do trudności w nabywaniu kompetencji językowej i komunikacyjnej, tj. do zaburzeń rozwoju fonologii, składni, semantyki bądź pragmatyki (za przebieg owego procesu odpowiedzialny jest mechanizm centralny, co ma znaczenie dla celu terapii, jakim jest budowanie i rozwijanie kompetencji językowej), natomiast drugie – jedynie do trudności w realizacji wypowiedzi słownej przy prawidłowo rozwijających się sprawnościach językowych. Za końcowy etap formułowania wypowiedzi słownej, tj. za prawidłowy oddech dla mowy, fonację, artykulację i płynność mowy, odpowiada mechanizm obwodowy (celem terapii jest więc usprawnianie realizacyjne). Owo zróżnicowanie ma odniesienie zarówno do rozwojowych, jak i nabytych zaburzeń mowy, precyzyjnie wskazuje też cel terapii, co ma znaczenie dla logopedii specjalnej, a także ma zastosowanie do opisu zaburzeń tak u dzieci, jak u dorosłych. W przypadku dzieci, które nie ukończyły jeszcze 3. r.ż., zaproponowałam wyraźne rozdzielanie zjawisk rozwojowych od istotnych klinicznie. Obok pojęcia *zaburzenie rozwoju mowy* wprowadziłam termin *zakłócenie rozwoju mowy* odnoszący się do krańcowych odmian prawidłowego rozwoju (LB).

W artykułach i rozdziałach na temat zakłóceń i zaburzeń rozwoju mowy i opóźnienia w przyswajaniu języka sprecyzowałam znaczenie pojęcia *opóźnienie rozwoju mowy* obserwowanego zarówno u dzieci z niespecyficznymi zaburzeniami rozwoju mowy, jak i ze specyficznym zaburzeniem rozwoju językowego (SLI) oraz u dzieci z pogranicza normy rozwojowej, z opóźnionym rozpoczęciem mowy (LB). We wszystkich przypadkach termin *opóźnienie rozwoju mowy* stosuję jako nazwę symptomu nieprawidłowości w przebiegu rozwoju. I tylko w wypadku dzieci zagrożonych zaburzeniami językowymi (do 3. r.ż.), u których nie można jednoznacznie ustalić przyczyny opóźnienia (czy jest to SLI, czy LB), używam określenia *opóźniony rozwój mowy* (ORM) w znaczeniu ostrożnej, wstępnej diagnozy, którą należy zweryfikować. Powyższe ustalenia dotyczące znaczenia wzmiankowanych terminów znacznie ułatwiają opis logopedycznych zjawisk, co udowodniłam w późniejszych pracach poświęconych problematyce SLI.

W przywoływanym rozdziale *Zakłócenia i zaburzenia...* opracowałam i przedstawiłam własną propozycję klasyfikacji nieprawidłowości (zakłóceń i zaburzeń) rozwoju mowy, uwzględniającą kryteria taksonomii i nazewnictwo stosowane w naukach medycznych i w psychologii, gdyż podążanie drogą klasyfikacji objawowej czy też przyczynowej (podejście lingwistyczne czy też *stricte* medyczne) okazało się nieskuteczne. Istotą mojej propozycji kategoryzacji owych zjawisk było pokazanie, że podział zaburzeń na rozwojowe i nabyte, a w obrębie rozwojowych wyróżnienie trzech głównych kategorii zaburzeń – na podstawie innych niż wymienione kryteria – pozwala precyzyjnie określić jednostki diagnostyczne i wskazuje miejsce zaburzeń rozwoju mowy, powstających w następstwie innych deficytów rozwojowych. Przy opracowaniu owej taksonomii

uwzględniłam dwa kryteria podziału, które uznałam za bardziej użyteczne w odniesieniu do nieprawidłowości w rozwoju mowy:

- 1) *kryterium rozwojowe* – obejmujące okres rozwoju, w którym czynnik patogeny sprawił, iż mowa nie mogła się rozwijać prawidłowo, utrudniał lub uniemożliwiał jej rozwój;
- 2) *patomechanizm i rozległość zaburzenia* – umożliwiające podział zaburzeń na specyficzne (inaczej pierwotne, fragmentaryczne) i niespecyficzne (wtórne, całościowe – wg ICD-10, bądź rozległe).

Przeniesienie na grunt logopedii ustaleń wiedzy psychologicznej okazało się cenne, gdyż proponowana klasyfikacja nieprawidłowości w rozwoju mowy eliminuje nadmiar pojęć, niezrozumiałych dla reprezentantów innych dyscyplin. Trzeba bowiem jasno podkreślić, że w krajach zachodnich w obszarze logopedii, psychologii i na gruncie nauk medycznych (zob. ICD-10, DSM-IV) tylko zaburzenia pierwotne – jako bezpośrednia konsekwencja działania czynnika patogenego – mają przypisane nazwy jednostek diagnostycznych (np. afazja, SLI, specyficzne zaburzenie artykulacji, jąkanie). Nie stosuje się terminów typu oligofazja czy schizofazja, ponieważ zaburzony rozwój językowy nie jest jedynym objawem nieprawidłowości (w pierwszym przypadku – opóźnienia rozwoju umysłowego, w drugim – choroby psychicznej); innymi słowy to opóźniony rozwój umysłowy lub schizofrenia są przyczyną zaburzeń komunikacji.

W nazwie proponowanej klasyfikacji używam określenia *nieprawidłowości*, a nie *zaburzenia*, bo nie wszystkie odchylenia w rozwoju mowy muszą prowadzić do zaburzeń. W polskich typologiach *opóźniony rozwój mowy* uznawano za odrębną kategorię diagnostyczną (zob. kategoryzacja A. Pruszevicza), co uniemożliwiało uporządkowanie wiedzy dotyczącej tych zagadnień. Umieszczanie wszystkich typów opóźnień bez względu na ich charakter (patologiczny bądź rozwojowy) w ramach jednej kategorii i niebranie pod uwagę, że wśród różnych nieprawidłowości rozwojowych w obszarze języka istnieją również te, które nie powstają na patologicznej podstawie, znacznie utrudniało deskrypcję. Uwzględniając ten fakt, można podzielić nieprawidłowości w rozwoju mowy na dwa rodzaje: zakłócenia i zaburzenia w rozwoju mowy. W obrębie tych pierwszych umieściłam 4 zjawiska opisywane w rodzimej literaturze: a) *wycinkowe opóźnienie rozwoju mowy* – związane z wolniejszym tempem i rytmem rozwoju (propozycja B. Sawy; tę postać opóźnienia identyfikuję ze zjawiskiem LB, opisywanym w klasyfikacjach międzynarodowych jako krańcowa odmiana prawidłowego rozwoju); b) *opóźnienie rozwoju mowy wynikające z zaniedbań środowiskowych* – dotyczy tylko artykulacji i jest również określane jako *dyslalia środowiskowa, funkcjonalna*, przy czym w polskim piśmiennictwie termin *dyslalia* stosowany jest głównie do nazywania patologicznych zjawisk. Używanie tego terminu w odniesieniu do zjawiska nieistotnego klinicznie wprowadza zamieszanie i utrudnia zrozumienie istoty tej postaci opóźnienia; c) *opóźnienie rozwoju artykulacji* (nazywane *dyslalią rozwojową*) – zgodnie z terminologią ICD-10 utożsamiam ów typ opóźnienia ze *specyficznym zaburzeniem artykulacji*; d) *fizjologiczna nie płynność mowy* – zjawisko sprawiające największą trudność w klasyfikowaniu. Uznaję je za postać zakłócenia rozwoju mowy, odchylenie od normy rozwojowej, lecz nie za opóźnienie, bo proces nabywania kompetencji językowej i rozwoju sprawności realizacyjnej u tych dzieci do 3.–5. r.ż. przebiega prawidłowo. Zjawisko fizjologicznej nie płynności mowy pojawia się w okresie syntaksy i jego wystąpienie determinuje szereg czynników: predysponujących, wywołu-



jących i podtrzymujących, najczęściej u dzieci ze słabym typem układu nerwowego. Nie jest to zatem opóźnienie, lecz raczej odchylenie od normy rozwojowej.

Do tej grupy nieprawidłowości nie włączyłam *opóźnienia rozwoju mowy czynnej*, gdyż z opisu T. Zaleskiego wnioskuję, że jest to jedna z lżejszych postaci SLI – wyróżnianych wśród zaburzeń ekspresywnych. Opracowując ową typologię, od początku stałam na stanowisku, że należy zrezygnować z nadmiaru wyodrębnianych postaci opóźnienia i przyjąć ustalenia obowiązujące w kategoryzacjach międzynarodowych, tj. zaliczać do owej grupy tylko zjawisko LB – *opóźnionego rozpoczęcia mowy*.

W polskiej literaturze medycznej (zob. A. Pruszewicz, T. Zaleski) wymienione powyżej zjawiska określa się jako *proste opóźnienie rozwoju mowy* albo *alalia prolongata*. Niemniej jednak należy zgodzić się z S. Grabiasem, że nie jest to opóźnienie „proste”, skoro przez brak możliwości jego objaśnienia za pomocą konkretnych przyczyn staje się bardziej skomplikowane niż inne typy opóźnień.

Przeglądu stanowisk dotyczących wspomnianych rozwojowych zaburzeń mowy (DLD) oraz jednej z ich postaci – SLI, definiowanego jako opóźnienie w przyswajaniu języka, dokonałam w drugim z wymienionych artykułów – ***Istota i klasyfikacje opóźnień w rozwoju mowy – przegląd stanowisk***, opublikowanym w 2000 roku w najważniejszym w ówczesnych latach czasopiśmie polskich logopedów „Logopedia”.

Artykuł został podzielony na dwie części; w pierwszej ukazałam stan badań oraz obowiązującą w tradycji, literaturze polskiej i światowej nomenklaturę. Przedstawiłam poglądy i wyniki takich badaczy, jak: D.V.M. Bishop, I. Rapin, A. Allen, z których prac wcześniej nie korzystano w publikacjach krajowych. Korzystając z najnowszych źródeł wiedzy o DLD (publikacji zachodnich autorów, opisów jednostek diagnostycznych zawartych w – rzadko wówczas wykorzystywanych w rodzimej literaturze logopedycznej – klasyfikacjach ICD-10 i DSM-IV), do których zalicza się SLI, ukazałam, jak zjawisko rozwojowych zaburzeń mowy (DLD) jest klasyfikowane i określane. Opisane przeze mnie kategorie zaburzeń mieszanych recepcyjno-ekspresywnych, zaburzeń ekspresywnych i zaburzeń procesów wyższego rzędu oraz podtypy DLD wcześniej nie były znane i stosowane przez polskich logopedów.

W drugiej części artykułu przedstawiłam historię rodzimych badań nad zjawiskiem opóźnienia rozwoju mowy i na podstawie analizy polskiej literatury ukazałam, jaki był ówczesny stan wiedzy (1997). Artykuł ten zakomunikował *explicite*, jak duże występują różnice w sposobach ujmowania i systematyzowania DLD między polskimi i zachodnimi badaczami. Sądzę, że uznawanie i wyróżnianie opóźnienia rozwoju mowy jako kategorii diagnostycznej (czego nie spotyka się w klasyfikacjach międzynarodowych) jest nieporozumieniem, bowiem tyle ile jest przyczyn zaburzeń rozwoju mowy tyle powinniśmy wyróżniać typów opóźnień. W efekcie wyodrębnienie takiej kategorii w typologii zaburzeń komunikacji jest niepotrzebne, gdyż – jak pisze S. Grabias – staje się ów termin synonimem wyrażenia „zaburzenia mowy u dzieci”. Jeśli nie przyjmie się opóźnienia w kategoriach najważniejszego objawu rozwojowych zaburzeń mowy – stwierdzenie to staje się prawdziwe. Jaką ma jednak wartość kategoryzacja, która niczego nie porządkuje?

Problemy definicyjne, a także różnorodność przyczyn wywołujących opóźnienie rozwoju mowy sprawiły, że proponowane przez polskich autorów terminy są

niejednoznaczne i tym samym mało użyteczne zarówno na użytek opisu, jak i dla klinicystów.

Zjawisku opóźnienia w przyswajaniu języka, towarzyszącemu wszystkim zaburzeniom rozwojowym i niektórym nabytym, poświęciłam kolejny rozdział w *Logopedii...*, tj. ***Opóźnienie rozwoju mowy – przejaw nieprawidłowości rozwojowych***. Stanowi on kontynuację próby porządkowania dorobku polskich uczonych, a także wskazuje, jakie jest stanowisko badaczy zachodnich. Przedstawiłam w nim zagadnienie opóźnienia z perspektywy reprezentantów różnych dyscyplin, zajmujących się patologią mowy: lekarzy, lingwistów, psychologów i logopedów. Dokonałam krytycznej analizy porównawczej definicji, kryteriów oceny owego zjawiska i perspektyw, z jakich się je ogląda. Wykazałam występowanie znaczących różnic wśród polskich badaczy w określaniu granic czasowych przy ocenie stopnia opóźnienia i jego wskaźników. Omówiłam przyczyny i szczegółowo opisałam grupy dzieci z opóźnieniem rozwoju mowy wyróżniane przez klinicystów zachodnich.

Należy podkreślić, że podobną taksonomię do opublikowanej w 1999 roku przez S.B. Robertson i S.E. Weismer zaproponowałam wcześniej, bo już w 1998 roku – w monografii *Podstawy teorii i diagnozy logopedycznej*. Wyróżniłam wówczas trzy grupy dzieci z opóźnieniem:

I. Dzieci z wycinkowym (samoistnym) opóźnieniem rozwoju mowy, które wiąże się z indywidualnym tempem i rytmem rozwoju (przez przywołane autorki nazywane dziećmi z *late bloomers*, LB).

II. Dzieci z niesamoistnym opóźnieniem rozwoju mowy, u których opóźnienie jest następstwem innych wad rozwojowych, schorzeń lub wynikiem działania niekorzystnych czynników społecznych (środowiskowych), będącym jednym z objawów im towarzyszących.

III. Dzieci z opóźnieniem w przyswajaniu języka, u których deficyt językowy jest izolowanym objawem zaburzeń rozwoju; ów typ opóźnienia jest charakterystyczny dla dzieci z zaburzeniami specyficznymi, pierwotnymi, dotyczącymi tylko sfery językowej.

W dalszej części rozdziału dokonałam szczegółowego opisu objawów zaburzeń zachowań językowych u dzieci z opóźnieniem rozwoju mowy (głównie na podstawie prac J.T. Kani, zasłużonego polskiego badacza na polu lingwistyki i logopedii), a na koniec zaprezentowałam własne przemyślenia na temat klasyfikacji owego zjawiska.

Ów rozdział w podręczniku akademickim to podsumowanie dostępnej wówczas wiedzy na temat zjawiska opóźnienia rozwoju mowy i prezentacja własnego stanowiska dotyczącego zagadnień istoty, klasyfikacji i stosowanej nomenklatury, w tym sugestie, w jakim znaczeniu powinno się używać owego terminu, by opis stawał się jaśniejszy.

W późniejszych pracach skupiłam się już na specyficznym zaburzeniu rozwoju językowego u dzieci (SLI) i na zjawisku z pogranicza normy rozwojowej (LB) oraz na towarzyszącej im postaci opóźnienia – opóźnieniu w przyswajaniu języka, a także na diagnozie różnicowej DLD.

Opierając się na skąnym piśmiennictwie rodzimym, wnikliwie analizując stanowiska badaczy – zwłaszcza tych specjalistów, którzy reprezentując różne dziedziny nauki, starali się zgłębić zagadnienie afazji rozwojowej (obecnie – SLI), czyli A. Herzyk, E. Dilling-Ostrowskiej, Z. Kordyl, M. Maruszewskiego, U. Parol – podjęłam w kolejnym rozdziale

*Logopedii...*, tj. *Afazja, dysfazja dziecięca*, próbę zebrania i uporządkowania dotychczasowej (ówczesnej) wiedzy na temat zaburzeń rozwoju mowy u dzieci, wynikających z patologii rozwoju mózgu lub z jego uszkodzenia.

Jakkolwiek stworzenie syntetycznego obrazu jest trudne, ze względu m.in. na wciąż słabe rozpoznanie zjawiska i brak zgodności co do jego istoty, w kilku punktach – podrozdziałach przedstawiłam najważniejsze kwestie i dokonałam możliwych uogólnień.

Bazując na ustaleniach ICD-10 i DSM-IV oraz stojąc na stanowisku, że obowiązująca powinna być terminologia powszechnie znana i stosowana na świecie, przyjąłam, że *afazja dziecięca* przejawiająca się opóźnieniem w nabywaniu zdolności językowych (ekspresji lub/i percepcji) przyjmuje dwie postaci w zależności od okresu rozwojowego dziecka, w którym zadziałał określony czynnik. Są to: *afazja/ dysfazja rozwojowa*, wynikająca z patologii (upośledzenia rozwoju) mózgu, w której przyczyna zaburzeń zaistniała przed rozwojem mowy, oraz *afazja/dysfazja nabyta*, będąca konsekwencją uszkodzenia prawidłowo rozwijającego się mózgu, w której przyczyna pojawiła się w trakcie procesu rozwojowego.

Literatura przedmiotu zawiera cały wachlarz ujęć terminu afazja dziecięca. Przedstawiając zatem często rozbieżne stanowiska badaczy i sformułowane przez nich definicje, wykazałam słusność opinii o zbyt ogólnikowym charakterze objaśnień oraz nieprecyzyjnych kryteriach różnicowania poszczególnych postaci owego zaburzenia. Zebranie w jednym miejscu wielu poglądów pozwoliło na wysunięcie wniosku, że tymi samymi terminami (afazja rozwojowa, afazja wrodzona i afazja dziecięca) opisuje się nieraz odległe zaburzenia: zarówno brak, jak i opóźnienie rozwoju mowy, zarówno utratę wykształconych umiejętności, jak i zahamowanie dalszego procesu rozwoju; lub tę samą nazwę odnosi do różnych zjawisk. Podobnie rzecz się ma w przypadku określenia etiologii omawianego zjawiska – panuje duża różnorodność, choć coraz więcej autorów dostrzega konieczność wskazywania więcej – niż tylko jedna – przyczyn. Zestawiając ze sobą opinie badaczy, omówiłam trudności w opisie i klasyfikacji zaburzeń wynikających z patologii mózgu u dzieci. Dotyczą one przede wszystkim wspomnianej już terminologii, fenotypu, a także jego genezy. Wciąż wiele pytań pozostaje bez odpowiedzi. Jednocześnie warto odnotować, że przynajmniej co do objawów nieprawidłowości w przyswajaniu i rozwijaniu kompetencji językowej badacze są zgodni. Niemniej jednak to za Zofią Kordyl, która niewątpliwie miała największy wkład w badania nad tym zaburzeniem, podałam najbardziej charakterystyczne cechy mowy dzieci z niedokształceniem mowy o typie afazji.

Prezentowany rozdział zawiera również omówienie kryteriów, na podstawie których wyodrębniono różne postacie i typy afazji. Oprócz już przywoływanego podstawowego kryterium rozwojowego stosuje się również czytelne kryterium objawowe związane ze stwierdzeniem nieprawidłowości w nadawaniu lub/i odbieraniu przekazu (afazja typu ekspresyjnego, typu percepcyjnego i typu percepcyjno-ekspresyjnego).

Ze względu na fakt, że zwłaszcza afazja rozwojowa sprawia wiele problemów w postępowaniu diagnostycznym, gdyż często bywa mylona z tzw. prostym opóźnieniem rozwoju mowy, upośledzeniem umysłowym, autyzmem i głuchoniemotą, wypunktowałam kolejne niezbędne działania, mające pomóc w postawieniu diagnozy. Przedstawiłam zarazem różnice między afazją rozwojową a całościowymi zaburzeniami rozwojowymi, które dotyczą głównie sfery zachowań i interakcji społecznych.

Z kolei stan badań, poglądy zachodnich badaczy i stosowaną przez nich terminologię opisałam w kolejnej pracy poświęconej afazji rozwojowej: ***Z metodologii opisu alalii (afazji, dysfazji rozwojowej)***, będącej rozdziałem pracy zbiorowej pod red. S. Grabiasa *Zaburzenia mowy. Mowa – Teoria – Praktyka* z 2001 roku.

Rozdział ów ukazuje podejście do zagadnienia afazji u dzieci i zróżnicowanie stanowisk na temat istoty afazji rozwojowej i używanej terminologii (nazywanie *afazją* zaburzenia mowy, które nie jest następstwem uszkodzenia mózgu, czy stosowanie terminu *alalia*, który nie przyjął się na świecie). Śledząc prace zagranicznych badaczy, już w trakcie pisania owego rozdziału zaczęłam rozważać konieczność odejścia od tradycyjnych pojęć, nieadekwatnych do opisywanych zjawisk i wprowadzania powszechnie stosowanego w świecie terminu – specyficzne zaburzenie rozwoju językowego (ang. *specific language impairment*, SLI).

W omawianej publikacji opisałam, jak na przestrzeni lat zmieniała się nomenklatura i sposoby definiowania afazji dziecięcej. To historyczny przegląd badań nad afazją dziecięcą i dowód przekształcania się terminologii w zależności od podejścia teoretycznego; szczegółowy opis i porównanie, jak w latach powojennych kształtowało się podejście do całości zagadnień dotyczących owego zaburzenia (istoty, objawów, przyczyn, kryteriów diagnostycznych). Cennym źródłem owego studium była praca Z. Kordyl z 1968 roku *Psychologiczne problemy afazji dziecięcej* oraz praca A. Herzyk z 1992 roku *Afazja i mutyzm dziecięcy*.

Wskazałam również, jak afazja rozwojowa i nabyta są określane i umiejscawiane w klasyfikacjach ICD-10 i DSM-IV oraz jak się opisuje fenotyp owego zaburzenia. Omówiłam objawy zaburzeń zachowania językowego charakterystyczne dla afazji nabytej i rozwojowej, a także na podstawie dostępnych materiałów źródłowych zebrałam i przedstawiłam w jednym opracowaniu szczegółowe kryteria diagnostyczne.

Już w rok po artykule *Z metodologii...* skonkretyzowałam swoje przemyślenia dotyczące sposobu ujmowania afazji, a dokładniej jej bardziej interesującą mnie postać – afazję rozwojową (SLI). Po prezentacji dorobku polskich badaczy i historii badań nad afazją dziecięcą skoncentrowałam się na analizie najnowszych doniesień z literatury światowej na temat SLI (ang. *specific language impairment*). Termin ów przetłumaczyłam wówczas jako *specyficzne upośledzenie rozwoju języka*, lecz aktualna nazwa *specyficzne zaburzenie rozwoju językowego* jest chyba trafniejsza, albowiem w tradycji rodzimej przyjęło się, by patologię mowy określać mianem *zaburzenie*.

Efekty moich działań opublikowałam w tekście ***SLI – specyficzne upośledzenie rozwoju języka*** – stanowiącym rozdział w pracy zbiorowej *Człowiek wobec ograniczeń – wybrane problemy diagnozy i terapii osób niepełnosprawnych* pod red. Z. Tarkowskiego, G. Jastrzębowskiej, Opole 2002 (dedykowanej Panu Prof. T. Gałkowskiemu z okazji 45-lecia pracy zawodowej), który uważam za jedną z moich ważniejszych prac. Zawarłam w niej bowiem wyniki badań własnych nad SLI, które porównałam z wynikami badań polskich i zachodnich autorów.

W rozdziale tym wprowadziłam obowiązujące w świecie nazewnictwo oraz uwzględniłam miejsce owego zjawiska w typologiach zaburzeń mowy u dzieci, stosowanych w krajach zachodnich. W pierwszej części rozdziału zaprezentowałam, jak definiowane jest SLI przez znanych badaczy, autorów najważniejszych prac poświęconych owej problematyce

– D.V.M. Bishop i L.B. Leonarda. Przedstawiłam wyniki prowadzonych badań nad zjawiskiem SLI dotyczących opisu nieprawidłowości w rozwoju mowy i ich hipotetycznych przyczyn. Zaprezentowałam również wyniki raportu, który opracowano na spotkaniu klinicystów i badaczy problematyki SLI w kwietniu 1998 roku w amerykańskim Krajowym Instytucie Zdrowia. Ogłoszono wówczas, że SLI jest interesującym, ale mało poznanym zaburzeniem. Mimo postępu badań w tym zakresie nadal trwa dyskusja nad aktualnymi i przyszłymi możliwościami określania fenotypu specyficznego upośledzenia rozwoju mowy. Definicja SLI jest hipotezą roboczą, którą należy zweryfikować w drodze badań. W celu stworzenia podwalin pod rozwinięcie teorii, w tym opracowanie systemu typologii rozwojowych zaburzeń mowy, należy zapewnić środki klasyfikacji i kryteria diagnostyczne umożliwiające rozróżnianie tych, ściśle ze sobą powiązanych, zjawisk. Ów raport ukazuje złożoność problematyki leżącej w kręgu moich zainteresowań oraz uzasadnienie wyzwania, jakie podjęłam, rozpoczynając badania nad SLI.

W dalszej części artykułu przedstawiłam niepublikowane wcześniej w polskiej literaturze – poza wzmiankowanymi pracami D.V.M. Bishop i L.B. Leonarda – poglądy na temat zjawiska SLI i wyniki badań następujących naukowców: S.B. Robertson, S.E. Weismer, H. Tager-Flusberg, J. Cooper, I. Rapin, G. Conti-Ramsden, M. Jones, N. Bolting, A. Grunwalda, R. Dharmaperwira-Prins, W. Mass, E. Plant. Zgromadzenie i przetłumaczenie tak cennych wówczas materiałów źródłowych było możliwe dzięki przyznawanym funduszom na badania własne. Wykorzystałam je w owym czasie właśnie na zapoznanie się z dorobkiem światowych badaczy.

Po wstępnej charakterystyce istoty zjawiska SLI i stosowanej terminologii opisałam kategoryzację DLD opracowaną przez I. Rapin i D.A. Allen. Przedstawiłam kategorie i podtypy rozwojowych zaburzeń mowy stosowane przez klinicystów zachodnich i na podstawie wzmiankowanych źródeł oraz klasyfikacji ICD-10 i DSM-IV wskazałam główne kryteria diagnostyczne dla SLI i towarzyszące temu zaburzeniu trudności dodatkowe.

Teoretyczną część dotyczącą charakterystyki specyficznych zaburzeń zwanych SLI zakończyłam przypomnieniem, że wspomniane najważniejsze dzieło polskiej badaczki Zofii Kordyl dotyczące afazji dziecięcej (rozwojowej i nabytej) niewiele straciło na aktualności i do dziś stanowi wartościowe źródło informacji, do którego warto sięgać przy opisie rozwojowych zaburzeń mowy.

Kolejnym poruszonym przez mnie w omawianym tekście problemem była diagnoza SLI. Po raz pierwszy w literaturze logopedycznej przedstawione zostały szczegółowe kryteria diagnostyczne wykluczające z i włączające do grupy SLI. Wykaz owych kryteriów opracowałam na podstawie wyników badań prezentowanych w książce L.B. Leonarda i innych badaczy (zatem nie tylko opisów zaburzeń dołączonych jako suplement do klasyfikacji ICD-10). Udostępniłam polskim klinicystom szczegółowe informacje umożliwiające przeprowadzanie bardziej skutecznego postępowania diagnostycznego. Dopiero w 2006 roku dzieło Leonarda (dzięki staraniom o prawa autorskie prof. dr hab. M. Smoczyńskiej z UJ, redaktora naukowego) zostało w całości przetłumaczone na język polski i udostępnione szerokiemu audytorium. Tłumaczenia pracy L.B. Leonarda podjęła się (2002–2005) Marta Zubel-Staypan, wybitna tłumaczka owych trudnych tekstów, która udostępniła nam wiedzę ograniczoną językiem.

Prezentacja wyników badań własnych to treść drugiej części rozdziału. Dotyczy ona profilu rozwoju językowego i cech charakterystycznych dla przebiegu rozwoju dzieci z rozpoznaniem afazji rozwojowej. Badaniami objęto grupę 109 – zdiagnozowanych jako afatyczne – dzieci z terenu całej Polski. Na podstawie analizy dokumentacji medycznej, psychologicznej, logopedycznej zgromadziłam materiał, który stworzył obraz polskiej rzeczywistości w interesującym mnie zakresie. Okazało się, że w przypadku ok. 50% badanej próby diagnozę SLI postawiono nie wykonując badań słuchu, badań neurologicznych ani szczegółowych badań psychologicznych, polegających na ocenie ważnych dla rozwoju mowy funkcji. Po cóż więc skomplikowane kryteria diagnostyczne, gdy nie wykonuje się podstawowych badań, wykluczających niedosłuch lub uszkodzenie i dysfunkcję mózgu?

Poziom intelektualny sprawdzano aż u 83,5% dzieci z podejrzeniem o SLI, ale nie badano dzieci skalami niewerbalnego ilorazu inteligencji. Przebieg innych procesów poznawczych (pamięć, uwaga) badano u 73,4% dzieci. Afazję rozwojową (SLI) orzekano w przypadku upośledzenia umysłowego (u 13,4%), niedosłuchu (11,9%), z jednym (40,7%), dwoma (37,3%), a nawet trzema i więcej zaburzeniami rozwojowymi (22,0%). Trudno się do tych wyników odnieść, bo nie zawsze określano stopień owych deficytów, ale zgodnie z kryteriami diagnostycznymi, jeżeli współwystępujące zaburzenia są na tyle poważne, że mogłyby wywołać upośledzenie rozwoju językowego – wówczas uznaje się je za czynniki wykluczające z grupy SLI.

W wyniku badań ustalono, że poziom funkcjonowania społecznego badanych dzieci był zdeterminowany stopniem upośledzenia językowego i towarzyszącymi mu innymi deficytami rozwojowymi. U badanych dzieci najczęściej stwierdzano zaburzenia procesów emocjonalno-motywacyjnych (55,3%), które współwystępowały z zaburzeniami dynamiki procesów nerwowych (aż w 47,8% przypadkach), przejawiających się nadpobudliwością psychoruchową. Stwierdzono też występowanie nerwic i trudności w nawiązywaniu kontaktów, co potwierdzają opisywane przez Leonarda badania własne i innych autorów. U 45,8% dzieci stwierdzono pograniczne normy intelektualnej, a u 18,7% – opóźnienie rozwoju umysłowego. Zaburzenia w przebiegu operacji umysłowych wykazywało 81,1% badanych, nieprawidłowości w obszarze orientacji przestrzennej – 58,8%, koncentracji uwagi – 77,3%, procesów pamięciowych – 33,3%, spostrzegania – 64,3%. Uznałam, że te informacje nie upoważniają mnie do uogólnień, gdyż z braku danych w dokumentacji – w zależności od rodzaju funkcji – były to dane zgromadzone tylko od 17 do 54 dzieci.

Wyraźne zaburzenia obserwowano też w obrębie procesów wykonawczych: obniżona ogólna sprawność motoryczna, zaburzenia małej motoryki i grafomotoryki. Niezręczność manualna wiązała się z zaburzeniami koordynacji ruchowej i wzrokowo-ruchowej. Zaburzenia lateralizacji stwierdzono u 46,4% badanych dzieci. Uzyskany materiał empiryczny w znacznym stopniu potwierdził wyniki badań innych autorów i umożliwił sformułowanie następującego, zgodnego z ich ustaleniami głównego wniosku – nie ma wyraźnej prawidłowości dotyczącej podłoża SLI. Ze względu na brak wiedzy na temat etiopatogenezy owego zaburzenia w badaniach własnych uwzględniono szereg czynników mogących mieć patogeniczny wpływ na organizm dziecka w różnych okresach rozwojowych. Nie uzyskałam jednak przekonujących dowodów, pozwalających jednoznacznie powiązać jedną przyczynę, czy też ich wiązkę, z SLI. W celu lepszego poznania etiopatogenezy owego rozwojowego zaburzenia mowy należy gromadzić szczegółowe informacje z wywiadu

środowiskowego, którego aż u 30% badanych dzieci nie przeprowadzono. W wielu przypadkach stwierdzono występowanie powikłań, schorzeń zaistniałych w czasie ciąży, nieprawidłowości związanych z porodem czy też chorób oraz innych zaburzeń wieku noworodkowego i niemowlęcego. I jakkolwiek na temat przebiegu porodu uzyskano bogate informacje z dokumentacji medycznej, a także zaobserwowano występowanie nieprawidłowości w przebiegu porodu aż u 30% badanej populacji, to uzyskany materiał nie upoważnia do twierdzenia, że istnieje bezpośredni związek między badanymi zjawiskami. Podczas poszukiwań źródła opóźnienia w przyswajaniu języka przez dzieci z SLI, tj. przyczyn owego zaburzenia również w wypadku czynnika, jakim są choroby dziecka przebyte we wczesnym dzieciństwie, nie stwierdzono częstego występowania żadnej pojedynczej jednostki chorobowej, którą można by bezpośrednio powiązać z SLI. Potwierdziła się więc teza D.V.M. Bishop, że poszukiwanie jednego czynnika, który tłumaczyłby przyczyny wszystkich przypadków SLI, jest nierealne. Zatem do wyjaśnienia w dalszym postępowaniu empirycznym pozostaje pytanie: Czy każdy z podtypów SLI jest wywołany tym samym czynnikiem?

Kolejną czynnością badawczą była analiza dokumentacji logopedycznej, na podstawie której starano się opracować profil rozwoju języka dzieci z SLI. Wyniki badań własnych potwierdziły tezę, że podstawowym symptomem SLI jest poważne opóźnienie w przyswajaniu języka oraz że w przypadku owego zaburzenia powinno się mówić raczej o odchyleniu niż o opóźnieniu w rozwoju mowy. Znaczna część badanych dzieci, nawet w wieku 10 lat, wykazywała poziom rozwoju języka różniący się pod względem zarówno ilościowym, jak i jakościowym od prawidłowo rozwijających się 4-letnich dzieci. Stwierdzono również, że język objętych badaniami dzieci rozwija się tylko do pewnego poziomu, po czym następuje zatrzymanie rozwoju mowy. Dzieci te nigdy nie opanowują w pełni systemu językowego, najczęściej nie osiągają nawet minimalnego pułapu umiejętności w tym zakresie (szczegółowe wyniki zawarte są w omawianej publikacji).

Ze wspomnianej analizy dokumentacji logopedycznej wynika, że badane dzieci z SLI pierwsze słowa zaczynały wypowiadać z dużym opóźnieniem (między 2. a 3. r.ż.), a w niektórych przypadkach (w mieszanych postaciach recepcyjno-ekspresywnych) znacznie później. Mimo długotrwałej terapii logopedycznej m.in. w zakładach leczniczo-wychowawczych dzieci te wykazywały poważne problemy w przyswajaniu języka. Największe odstępstwa obserwowano w rozwoju zasobu leksykalnego i gramatyki, najmniejsze w obszarach fonologii i semantyki. Wypowiedzi większości badanych dzieci ograniczały się do pojedynczych słów, wyrazów i do prostych zdań, mimo że niektóre z nich miały już 10 lat. Z kolei dzieci, które potrafiły budować dłuższe wypowiedzi, miały poważne problemy z używaniem właściwych form gramatycznych.

W zakresie percepcji mowy większość dzieci z rozpoznaniem afazji rozwojowej po dłuższej terapii rozumiała mowę otoczenia na poziomie krótkich zdań i prostych poleceń, lecz dłuższe i bardziej złożone konstrukcje składniowe rozumiały tylko nieliczne z nich. Poziom ekspresji i percepcji mowy badanych dzieci zależał od postaci zaburzenia (ekspresywna, recepcyjno-ekspresywna). Większość z nich opanowała poziom czytania i pisanie. Stopień rozwoju tych umiejętności u poszczególnych dzieci nie różnił się zbyt. Dzieci, których rozwój mowy cechował się poważniejszym opóźnieniem, często

porozumiewały się za pomocą pozawerbalnych środków komunikacji, takich jak mimika i gest.

Prezentowane wyniki są w znacznym stopniu zbieżne z wynikami badań innych autorów. Ustaliłam, że w badanej grupie dzieci z SLI były zarówno takie, które: a) nie rozumieją języka i ich wypowiedzi są krótkie, niezrozumiałe; b) mówią dużo, używają rozwiniętych, wyraźnie artykułowanych wypowiedzeń, lecz rzadko reagują prawidłowo na próbę nawiązania z nimi rozmowy; c) w większości rozumieją, co się do nich mówi, lecz mają ograniczoną zdolność formułowania własnych, nawet prostych konstrukcji.

Potwierdziła się zatem słuszność tezy o niejednorodności SLI, co nakazuje klinicytom wyróżnianie aż tak wielu jednostek diagnostycznych (w każdej z trzech kategorii – dwie).

Analogiczne badania nad afazją rozwojową wcześniej przeprowadziły w Polsce tylko Z. Kordyl i U. Parol. Myślę, że opublikowane w 2002 roku (w pracy zbiorowej pod moją współredakcją) wyniki badań własnych zawarte w omawianym artykule, a także informacje na temat postępowania diagnostycznego i dokonany na ich podstawie opis owego zaburzenia wniosły wówczas nową jakość do polskiej nauki o zaburzeniach komunikacji językowej. Mowa tu bowiem o czasie, gdy fundamentalne dzieło Leonarda *SLI – Specific Language Impairment* nie było powszechnie znane, a opisany w nim stan prowadzonych na świecie badań nad grupą dzieci z tym zaburzeniem nie był wiedzą ogólnodostępną. Ów tekst ukazuje również, jaki był rozwój mojej refleksji naukowej – od omawianych wcześniej artykułów o afazji dziecięcej do doniesień z badań nad zjawiskiem SLI.

W 2007 roku wraz z zespołem kierowanym przez prof. zw. dr hab. M. Pąchalską podjęliśmy kolejne badania nad etiopatogenezą i objawami zaburzeń zachowania językowego u dzieci ze specyficznym zaburzeniem rozwoju językowego (SLI) zaliczanym do rozwojowych zaburzeń mowy. Efektem był artykuł: M. Pąchalska, G. Jastrzębowska, M. Lipowska, A. Pufal, *Specific language development impairments: neuropsychological and neurolinguistic aspects*, „Acta Neuropsychologica” 2007, vol. 5, no. 7, s. 131–154.

W części teoretycznej tego artykułu w znacznej mierze wykorzystano analizy – opublikowane już w moich wcześniejszych pracach – dotyczące terminologii, wyróżnianych podtypów oraz profilu charakterystycznych objawów specyficznego zaburzenia rozwoju językowego (SLI). Zaburzenia te, jak już wzmiankowałam, są jednym z ważniejszych i najwcześniej obserwowanych u dzieci symptomów nieprawidłowości neurorozwojowych. Według kategorii WHO – SLI przejawia się jako zaburzenie (ang. *impairment*) poszczególnych funkcji językowych, na skutek którego dochodzi do dysfunkcji (ang. *disability*) w zakresie komunikacji z innymi ludźmi, co z kolei prowadzi do powstania stanu niepełnosprawności (ang. *handicap*) spowodowanego izolacją społeczną, trudnościami szkolnymi i następującą utratą możliwości przystosowania się do dorosłego życia w społeczeństwie. O ile stopień zaburzeń u danego dziecka wynika z patologii powodującej powstanie SLI, o tyle stopień niepełnosprawności zależy od już posiadanej lub wyuczonej w procesie terapii jego zdolności do kompensacji, natomiast stopień ograniczenia – od jego adaptacji do zaistniałej sytuacji.

Celem przeprowadzonych badań była ocena procesów poznawczych (w tym językowych) oraz zdolności komunikacyjnej dzieci z zaburzeniem rozwoju językowego zdiagnozowanych jako dzieci z SLI. Badaniami objęto 20 dzieci. W diagnostyce różnicowej zaburzeń wykorzystano badania MR głowy oraz standardowe testy neuropsychologiczne.



Inteligencję niewerbalną badano za pomocą testu WISC-R. W ocenie zdolności rozumienia znaczeń słów używanych przez innych ludzi – bez względu na to, czy dziecko potrafi używać to słowo we własnych wypowiedziach, czy też nie – wykorzystano eksperymentalną, polską wersję testu Peabody’ego. W ocenie zdolności budowy wypowiedzi, ze szczególnym uwzględnieniem fonologii, zdolności syntaktycznych oraz bogactwa zasobów leksykalnych, wykorzystano standardowe testy badania funkcji językowych u dzieci. Z kolei zdolności komunikacyjne dziecka, czyli stopień, w którym jest ono zdolne do porozumiewania się z osobami w jego otoczeniu – bez względu na specyficzne zaburzenia rozwoju języka – oceniono na podstawie wywiadu z rodzicami oraz obserwacji własnych według następującej skali:

- 100% = mimo ewidentnych deficytów językowych dziecko swobodnie i skutecznie komunikuje się, przynajmniej w obrębie własnej rodziny;
- 75% = występują trudności w porozumiewaniu się z dzieckiem, ale większość problemów daje się rozwiązać;
- 50% = trudno porozumiewać się z dzieckiem, trudności nie zawsze dają się pokonać;
- 25% = dziecko może porozumiewać się z otoczeniem tylko w nielicznych, ściśle określonych sytuacjach;
- 0% = brak kontaktu słownego z dzieckiem.

W wyniku przeprowadzonych badań uzyskano skrajnie różne profile objawów zaburzeń. W analizie końcowej stwierdzono, że w badanej populacji: 4 dzieci (20%) miało wyłącznie zaburzenia fonologiczne, 1 dziecko (5%) miało zaburzenia fonologiczno-syntaktyczne, 4 dzieci (20%) miało zaburzenia fonologiczno-leksykalne, 4 dzieci (20%) miało zaburzenia w zakresie wszystkich zdolności językowych, 7 dzieci (35%) miało zaburzenia syntaktyczno-leksykalne. Nie stwierdzono przypadków dzieci z zaburzeniami wyłącznie syntaktycznymi ani wyłącznie leksykalnymi. W analizie statystycznej nie stwierdzono żadnych istotnych korelacji tych wyników z innymi parametrami klinicznymi czy też demograficznymi.

W polskiej wersji testu Peabody’ego średni wynik dla całej grupy badanej wynosił 83,3 przy odchyleniu standardowym 12,79, co oznacza występowanie zaburzeń zdolności dziecka do rozumienia znaczeń słów używanych przez innych ludzi.

W zakresie zdolności komunikacyjnych nie stwierdzono żadnych problemów u 3 dzieci (15%), u 8 dzieci (40%) komunikacja była trudna, ale na ogół możliwa (częściowo za pomocą gestów i innych zastępczych metod porozumiewania się), u 5 dzieci (25%) występowały znaczne trudności w komunikacji interpersonalnej, natomiast u 4 dzieci (20%) możliwości komunikowania się z otoczeniem były ograniczone do określonych sytuacji.

Analiza wyników badań MR głowy wykazała, że u wszystkich badanych dzieci, oprócz jednego, występowały patologiczne zmiany w tkance mózgowej. Warto jednak podkreślić wagę tego, czego nie znaleźliśmy u badanych przez nas dzieci:

- po pierwsze, nie było przypadków zmian patologicznych występujących wyłącznie w jednej półkuli mózgu. Prawie u wszystkich dzieci stwierdzono uszkodzenie obu półkul mózgu, z tym, że u prawie połowy badanych występowały one w postaci polimikrogyrii (ang. *polimicrogyria*, PMG) w okolicy rowka Sylwiusza, podobnie zresztą, jak w przypadku badań innych autorów. Czy dlatego, że dziecko ze zmianami patologicznymi wyłącznie w jednej

półkuli (powiedzmy – w lewej) rozwija swoje zdolności językowe w przeciwległej półkuli? Trudno o jednoznaczną odpowiedź na to pytanie, gdyż na ogół nie wykonujemy badań neuroobrazowych u osób, u których nie stwierdzamy zaburzeń klinicznych. Przeprowadzone badania nasuwają hipotezę, że objawy SLI występują u dziecka tylko wtedy, gdy przeciwległa półkula nie jest w stanie podjąć pracy w zastępstwie uszkodzonej półkuli;

– po drugie, nie stwierdziliśmy ani jednego przypadku zaburzeń wyłącznie syntaktycznych czy wyłącznie leksykalnych, natomiast zaburzenia wyłącznie fonologiczne stwierdzono u 4 dzieci, tj. 20% badanej populacji. Jeżeli mózg posiada odrębne procesory obsługujące funkcje syntaktyczne i leksykalne, to czy te procesory nie mogą ulec uszkodzeniu, nie wywierając przy tym wpływu na inne procesy językowe? Jeżeli mózg działa holistycznie i jednocześnie zawiaduje wszystkimi funkcjami, czy możliwe jest, że u niektórych dzieci zaburzeniu ulegają wyłącznie funkcje fonologiczne? Czy możliwe jest, że opóźnia się rozwój języka bez widocznych przyczyn?

– po trzecie, stwierdzono brak korelacji między lokalizacją stwierdzonych zmian w mózgu (w którym płacie występowały zmiany) a charakterem zaburzeń mowy występujących w dziecka. Rodzą się więc podobne pytania. Jeżeli funkcje językowe można mapować w mózgu, w stylu np. słynnego „domu” Wernickego i Lichtheima, to dlaczego u tych dzieci nie ma wyraźnych prawidłowości lokalizacyjnych? A jeżeli lokalizacja nie jest czynnikiem istotnym, to dlaczego aż u 9 dzieci zmiany były w okolicy rowka Sylwiusza, a nie gdzie indziej w mózgu? Ani jedna, ani druga hipoteza nie potrafi wytłumaczyć uzyskanych przez nas wyników.

Interpretacja uzyskanych danych została poprowadzona zgodnie z mikrogenetyczną teorią objawu – zgodnie z najnowszymi trendami stosowanymi w nauce, co umożliwiło wyjaśnienie powyższych wątpliwości. W dyskusji omówiono neuropsychologiczne i neurolingwistyczne aspekty SLI, które wynikają z niestabilności przebiegu procesów językowych: fonologicznych, semantycznych i/ lub syntaktycznych i są wywołane czynnikami dziedzicznymi i środowiskowymi mającymi ujemny wpływ na pracę mózgu.

Wyniki badań nad fenotypem i etiopatogenezą SLI potwierdziły, iż: a) specyficzne zaburzenie rozwoju językowego charakteryzuje opóźnienie w przyswajaniu języka; dzieci te zaczynają mówić co najmniej o rok później niż większość dzieci w tym samym wieku, b) od ogólnego zaburzenia rozwoju umysłowego SLI różni prawidłowy rozwój pozostałych funkcji poznawczych, c) od LB różni tym, że u dziecka z SLI zaburzenia nie ustępują samoczynnie wraz z upływem czasu. Ponadto w badanej populacji stwierdzono nieprawidłowości neuroanatomiczne, jednak wyniki nie pozwalają na jednoznaczne wskazanie zależności. Rozkład zaburzeń i zdolności u dzieci z SLI różnicuje wiele nie do końca ustalonych czynników.

Prezentowany cykl prac tematycznych kończę rozdziałem **Diagnoza i terapia rozwojowych zaburzeń mowy** zamieszczonym w drugim podręczniku: *Podstawy neurologopedii. Podręcznik akademicki* (red. T. Gałkowski, E. Szelaąg, G. Jastrzębowska, Opole 2005), który jest swoistym dokumentem świadczącym o tym, jak ewoluowało we mnie ujęcie problemu oraz jak zmieniało się podejście do pracy naukowej. Ukazuje, jak od teorii i diagnozy zwracam się ku drugiemu ważnemu obszarowi logopedii – profilaktyce i wczesnej

interwencji logopedycznej<sup>3</sup>. Terapia dzieci z opóźnionym przyswajaniem języka i metodyka postępowania naprawczego w przypadku małych dzieci do 3. r.ż. to element nowy w opisie naukowym. Wprowadziłam go, wykorzystując swoją wiedzę nie tylko logopedyczną i psychologiczną, lecz także pedagogiczną. W omawianym rozdziale ważnej dla mnie publikacji – poza szczegółową diagnozą różnicową SLI i innych rozwojowych zaburzeń mowy (wiedzą wciąż aktualizowaną) – prezentuję główne założenia, etapy, zasady i cele terapii logopedycznej. Przy tworzeniu programu naprawczego kierowałam się klasyfikacją S. Grabiasa, który „cel terapii” uznał za główne kryterium typologii zaburzeń mowy. W wypadku dzieci z SLI jest nim budowanie i rozwijanie kompetencji językowej (stymulacja rozwoju językowego) wszelkimi możliwymi metodami, środkami i w każdej sytuacji życia codziennego.

Wiedza na temat wychowania językowego dziecka z opóźnionym przyswajaniem języka, którą można wykorzystywać również w ramach profilaktyki w pracy z dziećmi rozwijającymi się prawidłowo i wskazanie, jakie czynniki środowiskowe determinują ów rozwój to treści, od których rozpoczęłam omawianie zagadnień terapii.

W schemacie kolejnych etapów/kroków stymulacji rozwoju językowego (rozwijaniu percepcji i ekspresji językowej), opracowanym wspólnie z dr Anną Walencik-Topiłko z Uniwersytetu Gdańskiego, wskazałyśmy kolejne kroki profilaktyki/terapii logopedycznej dla małych dzieci nie tylko z SLI, lecz także z innymi zaburzeniami rozwojowymi i nabytymi we wczesnych okresach rozwojowych. W omawianej publikacji uporządkowałam oraz opisałam etapy pracy nad budowaniem i rozwijaniem kompetencji językowej/komunikacyjnej i przedstawiłam ją moim studentom.

#### **4. Działalność dydaktyczna**

Od początku mojej kariery dydaktyczno-naukowej jestem związana z logopedią. W 1985 roku, gdy byłam na stażu asystenckim w Instytucie Pedagogiki WSP w Opolu, kierowanym przez długoletniego Rektora mojej uczelni – prof. zw. dra hab. Tadeusza Gospodarka, do programów studiów na kierunkach pedagogicznych wprowadzono nowy przedmiot – logopedię. W tamtym czasie jedynie 4 uczelnie w Polsce kształciły (w ramach 2-letnich studiów podyplomowych) logopedów. Były to kolejno: od 1970 roku – UMCS, od 1974 roku – UW, później dołączyły do nich UG i WSP w Krakowie. Brakowało więc kadry dydaktycznej, która mogłaby prowadzić zajęcia przedmiotowe. Mnie – jako najmłodszej, niemającej jeszcze ukierunkowanych zainteresowań naukowo-badawczych asystentce – prof. Gospodarek zaproponował bliższe przyjrzenie się logopedii i podjęcie kształcenia w tym kierunku.

Po złożeniu egzaminu wstępnego zostałam przyjęta na studia logopedyczne zarówno na UMCS, jak i na UW. Związałam się z ośrodkiem warszawskim i w 1987 roku

---

<sup>3</sup> Planuję trzeci tom podręcznika z zakresu logopedii pt. „Warsztat logopedy”, ukazujący dorobek tej strony logopedii, którą słusznie S. Grabias nazywa „sztuką” (sprawienie, że dzięki jednemu ruchowi szpatułki – metoda Chatcewa – przy wywoływaniu głoski „k” dziecko mówi „k”; dla dziecka jest to sztuką). Po latach poświęconych nauce zaczynam się bowiem skłaniać ku myśleniu, że praktyka jest jej piękniejszą stroną, dlatego praktyce chciałabym poświęcić nieco uwagi.

rozpoczęłam studia w Pomagisterskim Studium Logopedycznym na Wydziale Filologicznym UW, które w 1989 roku ukończyłam z oceną bardzo dobrą.

Od 1986 roku – intensywnie się ucząc, najpierw samodzielnie, a potem na UW – prowadziłam już zajęcia dydaktyczne z logopedii.

W ramach mojej działalności zawodowej w latach 1985–2012 prowadziłam (na studiach dziennych, zaocznych i podyplomowych) zajęcia dydaktyczne (wykłady, proseminaria kierunkowe, seminaria magisterskie, licencjackie, ćwiczenia, konwersatoria, warsztaty) z takich przedmiotów, jak: dydaktyka, wprowadzenie do logopedii, podstawy logopedii, logopedia, jąkanie – nerwice mowy, zaburzenia rozwoju językowego, terapia zaburzeń mowy, metodyka diagnozy i terapii logopedycznej, diagnoza i terapia rozwojowych zaburzeń mowy, logopedia artystyczna, stymulacja rozwoju językowego – profilaktyka logopedyczna.

Po uzyskaniu stopnia doktora byłam promotorem ok. 165 prac magisterskich, 37 licencjackich i łącznie w różnych studiach podyplomowych ok. 750 prac. Wielokrotnie byłam również recenzentem takich prac (dane w archiwum UO).

Aktualnie pracuję w Zakładzie Polonistyki Stosowanej w Instytucie Polonistyki i Kulturoznawstwa Uniwersytetu Opolskiego. Prowadzę dla studentów stacjonarnych wykłady, ćwiczenia oraz zajęcia fakultatywne z takich przedmiotów, jak: wprowadzenie do logopedii, zaburzenia rozwoju językowego, terapia rozwojowych zaburzeń mowy, stymulacja rozwoju językowego – profilaktyka logopedyczna (zajęcia fakultatywne).

W latach 1995–2010 kierowałam Podyplomowym Studium Terapii Pedagogicznej (przekształconym później w Podyplomowe Studium Terapii Pedagogicznej i Oligofrenopedagogiki). Prowadziłam wykłady dla słuchaczy owego studium z następujących przedmiotów: elementy logopedii oraz metody badania i rozwijania sprawności językowej. Byłam wówczas promotorem ok. 200 prac dyplomowych.

We wzmiankowanym okresie prowadziłam też wykłady z logopedii ogólnej (wychowawczej) i specjalnej dla słuchaczy Podyplomowego Studium Wychowania Przedszkolnego i Terapii Pedagogicznej, Podyplomowego Studium Nauczania Początkowego oraz Podyplomowego Studium Oligofrenopedagogiki, których organizatorem był Uniwersytet Opolski.

Przez wiele lat byłam również zapraszana na wykłady gościnne dla słuchaczy podyplomowych studiów logopedycznych w Poznaniu (UAM), Gdańsku (UG) i Katowicach (UŚ).

W 1993 roku podjęłam się zorganizowania kształcenia logopedów. Podyplomowe Studium Logopedyczne UO, którym do chwili obecnej kieruję i w którym prowadzę wykłady z takich przedmiotów, jak: podstawy logopedii, jąkanie – nerwice mowy (przegląd teorii), zaburzenia rozwoju językowego, metodyka terapii i diagnozy logopedycznej, a także seminarium dyplomowe – zyskało uznanie i jest cenione przez środowisko logopedów oraz kandydatów na owe studia dzięki zatrudnianej kadrze i podręcznikom akademickim.

W ciągu 20 lat istnienia studium byłam promotorem ok. 550 prac dyplomowych – słuchaczy podyplomowych studiów logopedycznych. Organizowałam kursy, szkolenia, zajęcia warsztatowe, wyjazdy na konferencje i do ośrodków rehabilitacyjno-leczniczych (m.in. w Reptach Śląskich), wykłady gościnne polskich i zagranicznych autorytetów naukowych, w tym z obszaru neuronauk (neuropsychologii, neurobiologii, neurolingwistyki),

które uważam za przyszłość rozwoju logopedii i jej specjalności neurologopedii. Od początku istnienia studium współpracowały i tworzyły renomę studiów logopedycznych Uniwersytetu Opolskiego czołowe postaci polskiej logopedii: prof. zw. dr hab. Tadeusz Gałkowski – długoletni przewodniczący Polskiego Towarzystwa Autyzmu; prof. zw. dr hab. S. Gajda – przewodniczący wielu towarzystw naukowych, komisji (w tym CKK) i rad naukowych; prof. zw. dr hab. Maria Pąchalska – założyciel i przewodnicząca Polskiego Towarzystwa Neuropsychologicznego; prof. zw. dr hab. Zbigniew Tarkowski – specjalista z zakresu nerwic mowy; oraz wybitni specjaliści w swoich dziedzinach: prof. zw. dr hab. Marta Bogdanowicz – przewodnicząca Polskiego Towarzystwa Dysleksji, prof. zw. dr hab. E. Szela – neuropsycholog, neurologopeda z Instytutu Biologii Doświadczalnej im. M. Nenckiego PAN w Warszawie oraz prof. B.D. MacQueen, Ph.D. – amerykański specjalista w dziedzinie neurolingwistyki.

Od wielu lat polskie studium logopedyczne współpracuje z Niemieckim Towarzystwem Logopedów i Terapeutów Mowy. Wymiana myśli naukowej (biblioteka UO otrzymuje do swoich zbiorów jeden z dwóch wysyłanych do polskich uczelni egzemplarz pisma Niemieckiego Towarzystwa Logopedów i Terapeutów Mowy „Forum Logopädie”), zapraszanie niemieckich logopedów, praktyków na wykłady – to główne formy wzajemnej współpracy.

W Podyplomowym Studium Logopedycznym odpowiadam również za organizację i koordynację zajęć praktycznych (praktyki specjalistyczne) prowadzonych na terenie placówek zdrowia i jednostek oświatowych (m.in. w poradniach pedagogiczno-psychologicznych, szpitalach, poradniach foniatrycznych, ortodontycznych, audiologicznych, neurologicznych, logopedycznych, ośrodkach rehabilitacyjnych i w szkołach specjalnych), tj. tej formy zajęć, która jest nieodłącznym i niezbywalnym elementem edukacji logopedycznej.

Z uwagi na dotkliwy brak opracowań w dziedzinie logopedii na poziomie propedeutycznym w 1995 roku przygotowałam opracowanie ukazujące najważniejsze osiągnięcia dorobku naukowego polskich badaczy z zakresu logopedii: *Podstawy logopedii dla studentów logopedii, pedagogiki, psychologii, filologii*, wydane przez Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego (wyd. 1 – 1995, wznowienie – 1996; recenzowane przez prof. zw. dra hab. T. Gałkowskiego z UW, prof. zw. dra hab. med. J. Grossmana z Akademii Wychowania Fizycznego w Warszawie i prof. zw. dra hab. Z. Tarkowskiego z UMCS w Lublinie). Jedyna dostępna w owym czasie pozycja podręcznikowa w języku polskim autorstwa I. Styczek (*Logopedia*, PWN, Warszawa 1980) była zbyt trudna dla studentów innych niż logopedia kierunków i specjalności.

Jednocześnie owa pierwsza – powstała w odpowiedzi na potrzeby studentów – praca autorska rozpoczęła serię bardziej ambitnych publikacji: monografia, prace zbiorowe – podręczniki akademickie z zakresu logopedii i neurologopedii, które również były tworzone z myślą o studentach (zob. pkt 3). Opolskie studium logopedyczne (a dzięki temu UO jako piąty w kolejności chronologicznej ośrodek kształcący specjalistów w tej dziedzinie) osiągnęło już swoją renomę i liczy się obecnie w kraju.

Działania na rzecz edukacji logopedycznej na wszystkich poziomach (od propedeutycznego do zaawansowanego) zajmowały i nadal będą zajmować istotny obszar mojej aktywności zawodowej. Tworzenie nauki jest moją pasją i ideą.

Moje zainteresowanie podręcznikami rozpoczęło się jeszcze na studiach logopedycznych na UW w latach 1987–1989. Z podziwem obserwowałam wysiłek wykładowców i ówczesnego kierownika Pomagisterskiego Studium Logopedycznego (PSLog) – profesora nadzwyczajnego Janiny Wójtowiczowej, która z myślą o studentach, dbając o wysoką jakość kształcenia (wraz z ówczesnymi pracownikami: Hanną Rodak, Hanną Lewandowską, Marią Przybysz-Piwko, Marią Bończak), tłumaczyła na język polski z języków niemieckiego i czeskiego wiele prac wybitnych znawców problematyki zaburzeń mowy z Europy Wschodniej i Zachodniej, a następnie udostępniała tę wiedzę studentom na łamach Zeszytów Naukowych UW (drukowanych na szarym papierze na tzw. użytek własny, czyli bez praw autorskich). W tamtym czasie po raz pierwszy pomyślałam o książkach pisanych z myślą o studentach logopedii i nie tylko; o nowoczesnym podręczniku w stylu amerykańskich poradników, w których zadaje się pytania i uzyskuje konkretną odpowiedź, zawierającym wszelkie odniesienia do terminologii używanej przez reprezentantów pokrewnych dziedzin, z których logopedia czerpie swoją wiedzę, napisanym zgodnie z zasadami psychologii uczenia się, przez zespół specjalistów, a nie samodzielnie, bo interdyscyplinarność logopedii i szeroki zakres zainteresowań (nie przedmiotu badań) owej nauki wyklucza jednostkowe działanie w tym obszarze.

Kadrze naukowej PSLog z UW zawdzięczam, że już na początku swojej kariery zawodowej zrozumiałam, jak ważny jest dostęp do materiałów źródłowych, do doniesień z badań, oraz że – jeśli nie ma innej możliwości – należy podejmować pionierskie działania. Zeszyty naukowe UW „do użytku własnego” (zob. archiwum biblioteki UW) zainspirowały mnie do kontynuowania dzieła moich Nauczycieli.

Za działalność na rzecz podnoszenia jakości i dbania o wysoki poziom kształcenia logopedów uzyskałam w 2000 roku indywidualną Nagrodę Rektora UO – *Quality*.

## **5. Działalność organizacyjna i promocyjna**

Od 1993 roku aż do chwili obecnej prowadziłam i prowadzę intensywne prace organizacyjne i promocyjne jako organizator i kierownik Podyplomowego Studium Logopedycznego Uniwersytetu Opolskiego, a w latach 1995–2010 również jako organizator i kierownik Podyplomowego Studium Terapii Pedagogicznej Uniwersytetu Opolskiego.

Ponadto działałam jako członek Kolegium Logopedycznego, jako oficjalny reprezentant uczelni wyższych kształcących logopedów w Ministerstwie Nauki i Szkolnictwa Wyższego i w Ministerstwie Zdrowia. Kolegium zajmuje się sprawami dotyczącymi organizacji kształcenia i zatrudniania logopedów; jest stroną w rozmowach z ministerstwami i ma istotny wkład w proces tworzenia aktów prawnych dotyczących owych zagadnień.

W 2009 roku brałam aktywny udział w tworzeniu i opracowywaniu programów nowych kierunków studiów w Instytucie Polonistyki i Kulturoznawstwa UO: stacjonarnych język polski ze specjalnością logopedia, język polski z terapią pedagogiczną; i podyplomowych: język polski z terapią pedagogiczną.

Ponadto współpracuję z placówkami służby zdrowia oraz poradniami prowadzącymi badania i rehabilitację dzieci z zaburzeniami mowy na terenie Opola i kraju. W latach 1995 do 2010 współorganizowałam pobyty szkoleniowe (z zakresu surdologopedii)

dla słuchaczy Podyplomowego Studium Logopedycznego na turnusach terapeutycznych dla dzieci z wadami słuchu, organizowanych przez Ośrodek dla Dzieci z Wadami Słuchu.

## **6. Udział w projektach badawczych**

Biorę aktywny udział w polskim przedsięwzięciu grupy badawczej kierowanym przez prof. zw. dr hab. Marię Pąchalską w ramach Europejskiego Projektu Badawczego QOLIBRI – Quality of Life after Brain Injury (Jakość życia po urazie mózgu). Ów europejski Projekt jest koordynowany przez międzynarodowy zespół pod patronatem kilku towarzystw:

- EBIS (European Brain Injury Society – Europejskie Towarzystwo Urazów Mózgu);
- EMN (Euroacademia Multidisciplinaria Neurotraumatologica);
- NBIRTTF (National Brain Injury Research Training and Treatment Foundation – Narodowa Fundacja na rzecz Badań i Treningu w Zakresie Leczenia Urazów Mózgu);
- EBBS (European Brain and Behaviour Society – Europejskie Towarzystwo Badań nad Mózgiem i Zachowaniem);
- PTNEUR (Polish Neuropsychological Society – Polskie Towarzystwo Neuropsychologiczne).

## **7. Organizacja nauki. Praca w redakcjach i radach naukowych**

Za najważniejsze w tym obszarze nauki uważam swoje członkostwo w Komisji Rozwoju i Zaburzeń Języka PAN w latach 2003–2010 (dwie kadencje).

Przez sześć kadencji byłam też wiceprzewodniczącą Komisji Rewizyjnej Polskiego Towarzystwa Neuropsychologicznego (w latach 1992–2011).

Byłam również członkiem rad oraz komitetów naukowych kilku sympozjów i kongresów o zasięgu międzynarodowym.

### **7.1. Członkostwo w radach naukowych**

Pracuję naukowo w dwóch czasopismach, z których jedno znajduje się na liście czasopism punktowanych MNiSW:

1. „Acta Neuropsychologica”: oficjalne czasopismo Polskiego Towarzystwa Neuropsychologicznego. Redaktor naczelny – prof. zw. dr hab. Maria Pąchalska;
2. „Logopedia Silesiana”: seria wydawnicza Uniwersytetu Śląskiego. Redaktor naczelny – dr Olga Przybyła.

### **7.2. Członkostwo w komitetach naukowych i organizacyjnych**

Pełniłam funkcję członka komitetu naukowego kilku sympozjów i kongresów o zasięgu międzynarodowym:

<b>Funkcja</b>	<b>Kongres/ Sympozjum</b>	<b>Miejsce i data</b>
Członek Komitetu Naukowego	VII Międzynarodowy Kongres Polskiego Towarzystwa Neuropsychologicznego w Bydgoszczy	Bydgoszcz, 21–22 września 2002 r.
Członek Komitetu Naukowego	IX Międzynarodowy Kongres Polskiego Towarzystwa Neuropsychologicznego w Krakowie	Kraków, 24–25 września 2004 r.
Członek Komitetu Naukowego	Master Course, Krakowskie Centrum Rehabilitacji	Kraków, 11–13 lipca 2007 r.
Członek Komitetu Naukowego	XIV Międzynarodowy Kongres Polskiego Towarzystwa Neuropsychologicznego w Krakowie	Kraków, 22–23 lutego 2011 r.

### **7.3. Współpraca z innymi specjalistami w kraju i za granicą**

Moja działalność organizacyjna obejmuje głównie ścisłą współpracę międzynarodową z logopedami i neurologopediami we Francji, Republice Federalnej Niemiec, Słowacji oraz USA.

Najbliższa współpraca zawodowa (od 1994 roku) łączy mnie z Niemieckim Towarzystwem Logopedów i Terapeutów Mowy. W ramach tej współpracy organizowałam i nadal organizuję wykłady niemieckich specjalistów w dziedzinie neurologopedii dla słuchaczy Podyplomowego Studium Logopedycznego Uniwersytetu Opolskiego.

### **7.4. Członkostwo w towarzystwach naukowych**

Jestem członkiem zwyczajnym 1 międzynarodowego i 4 krajowych towarzystw naukowych:

- Pan European Society of Aphasiology;
- Polskie Towarzystwo Kultury Języka;
- Polskie Towarzystwo Logopedyczne;
- Polskie Towarzystwo Neuropsychologiczne;
- Polskie Towarzystwo Neurolingwistyczne.



## 8. Udział w konferencjach międzynarodowych i krajowych

Po obronie pracy doktorskiej, czyli w latach 1993–2012, uczestniczyłam czynnie w 16 konferencjach naukowych, w tym w 6 międzynarodowych oraz w 10 krajowych.

### 8.1. Konferencje międzynarodowe

- 2–4.09.1994 Alborg, Denmark – 6<sup>th</sup> International Aphasia Rehabilitation Congress. Pąchalska M., Jastrzębowska G., Knapik H.: Discontinuities in the perception – action cycle in children with speech disturbances;
- 14–17.09.1994 Kraków – 4<sup>th</sup> International Congress of Neurolinguistics. Jastrzębowska G.: Specific language impairment: neurologopedic perspective;
- 16–18.08.2000 Rotterdam, The Netherlands – 9<sup>th</sup> International Aphasia Rehabilitation Congress. Pąchalska M., Jastrzębowska G., MacQueen B.D.: Disintegration of higher level language functions in children diagnosed with specific language impairment (SLI);
- 11.11.2001 Brussels, Belgium – International Symposium on Case Studies in Neurolinguistics. A tribute to Yvan Lebrun. Pąchalska M., Jastrzębowska G., MacQueen B.D.: Pragmatic failure in a patient with SLI syndrome: A case study;
- 31.05– 1.06.2003 Katowice – International Symposium “The discourse of science, the discourse of power, the discourse of truth: Society as Text in the thought of Richard Harvey Brown”. Jastrzębowska G.: Language and speech disturbances as a mean of inclusion and exclusion in global village;
- 13–15.06.2005 Presov, Slovakia – Poradenstvo specialnej a ličebnej pedagogikie. Jastrzębowska G.: Speech delay and developmental dyslexia.

### 8.2. Konferencje krajowe

- 24–25.10.1993 Kraków – I Kongres Polskiego Towarzystwa Neuropsychologicznego. Jastrzębowska G.: Determinanty opieki logopedycznej nad dziećmi z zaburzeniami mowy w Polsce;
- czerwiec 1994 Kamień Śląski – konferencja zorganizowana przez Instytut Nauk Pedagogicznych UO. Jastrzębowska G.: Przyczyny niskiej efektywności opieki logopedycznej w Polsce;
- 14–17.09.1994 Kraków – II Kongres Polskiego Towarzystwa Neuropsychologicznego. Jastrzębowska G.: Rola logopedy w redukcji zaburzeń mowy u dzieci z afazją rozwojową;
- 28–29.09.1995 Kołobrzeg – III Kongres Polskiego Towarzystwa Neuropsychologicznego. Jastrzębowska G.: Logopeda jako członek zespołu rehabilitacyjnego;

- październik 1997 Kazimierz nad Wisłą – konferencja zorganizowana przez Zakład Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego UMCS: „Najnowsze tendencje w opisie zaburzeń komunikacji”.  
Jastrzębowska G.: Z metodologii opisu afazji i dysfazji rozwojowej;
- 23–24.08.1998 Kraków – IV Kongres Polskiego Towarzystwa Neuropsychologicznego.  
Jastrzębowska G.: Diagnostyka różnicowa dzieci z rozwojowymi zaburzeniami mowy;
- 5–6.09.1999 Kraków – V Kongres Polskiego Towarzystwa Neuropsychologicznego.  
Jastrzębowska G.: Zaburzenia funkcji wykonawczych u dzieci z afazją rozwojową;
- 24–25.09.2004 Kraków – IX Międzynarodowy Kongres Polskiego Towarzystwa Neuropsychologicznego, Wyższa Szkoła Filozoficzno-Pedagogiczna IGNATIANUM.  
Pąchalska M., Jastrzębowska G.: Specyficzne zaburzenia języka w neuropsychologii procesu;
- 11–13.03.2005 Krynica Zdrój – II Międzynarodowy Interdyscyplinarny Kongres Naukowy nt. Współczesne możliwości uzdrowiskowego leczenia schorzeń i urazów narządu ruchu.  
Pąchalska M., Jastrzębowska G.: Propozycja leczenia sanatoryjnego dla matek i dzieci ze specyficznymi zaburzeniami języka;
- 22–24.10.2011 Kraków – XIV Kongres Polskiego Towarzystwa Neuropsychologicznego.  
Jastrzębowska G.: Wyzwania dla neurologopedii XXI wieku.

## 9. Nagrody i wyróżnienia

Za działalność naukowo-badawczą w okresie pracy zawodowej uzyskałam wiele nagród i wyróżnień. Oto najważniejsze z nich:

Rok nadania	Instytucja przydzielająca nagrodę	Tytuł nagrody
2000	indywidualna Nagroda Rektora Uniwersytetu Opolskiego	wyróżniająca się działalność naukowo-badawcza
2000	zespołowa Nagroda Ministra Edukacji Narodowej	główna nagroda na Targach Książki Naukowej ATENA 2000 za podręcznik akademicki: <i>Logopedia – pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki</i> , red. T. Gałkowski, G. Jastrzębowska, wyd. 1, Opole 1999
2000	<i>Quality</i> – indywidualna Nagroda Rektora Uniwersytetu Opolskiego	za działalność na rzecz podnoszenia jakości kształcenia
2004	indywidualna Nagroda Rektora Uniwersytetu Opolskiego	wyróżniająca się działalność naukowo-badawcza
2007	„Virtuti Medicinali” – indywidualna nagroda Polskiego Towarzystwa Neuropsychologicznego	za wybitny wkład w rozwój neuropsychologii polskiej ze szczególnym uwzględnieniem prac nad terminologią w zakresie zaburzeń języka u dzieci

2011	„Copernicus Prize” 2011 – najwyższe wyróżnienie Polskiego Towarzystwa Neuropsychologicznego	za wybitny wkład w rozwój neuronauk w Polsce
------	--	--

Ponadto otrzymałam I nagrodę za prezentację: Zaburzenia funkcji wykonawczych u dzieci z afazją rozwojową podczas V Kongresu Polskiego Towarzystwa Neuropsychologicznego (1999).

## Podsumowanie

Na mój dorobek naukowy składa się zbiór prac, których tematy są usytuowane w trzech obszarach logopedii: ogólnej, teoretycznej i specjalnej. Do każdego z nich wniosłam swój osobisty wkład.

1. W dziedzinie logopedii ogólnej – studia i przedstawienie wyników badań nad efektywnością różnych modeli opieki logopedycznej i kształcenia kadr, funkcjonujących w świecie, oraz zastosowania tych rozwiązań w systemie polskim. Za najważniejsze osiągnięcie w tym zakresie uznaję artykuł opublikowany w recenzowanym czasopiśmie zagranicznym, znajdującym się na Liście Filadelfijskiego Instytutu Informacji Naukowej: G. Jastrzębowska, *Factors Determining Efficiency of Logopedic Care of Children in Poland*, „Folia Phoniatria et Logopaedica” 2001, vol. 53, no. 1, s. 28–35. Przedstawiłam w nim wyniki moich wieloletnich badań oraz przemyśleń naukowych międzynarodowej społeczności logopedów i foniatrów.

2. W obszarze logopedii teoretycznej – uporządkowanie dorobku polskich badaczy problematyki zaburzeń komunikacji językowej, obowiązującej terminologii logopedycznej (zapożyczonej z różnych dyscyplin naukowych) i odniesienie jej do nomenklatury zalecanej przez WHO i APA, używanej w *Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10* oraz w *Klasyfikacji Zaburzeń Psychiczych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-IV*, obowiązujących na świecie. Działania na rzecz ujednoczenia polskiej nomenklatury uważam za istotne dla rozwoju logopedii teoretycznej, gdyż posługiwanie się tymi samymi narzędziami opisu przez badaczy różnych specjalności i z różnych krajów ułatwia wymianę myśli naukowej i śledzenie doniesień z badań.

Wypełniając obecną w tym obszarze lukę, dokonałam opisu zaburzeń komunikacji językowej u dzieci i u osób dorosłych przy wykorzystaniu do tego celu literatury nie tylko polskiej, lecz także zagranicznej oraz udostępniłam szerszemu gronu zainteresowanych wyniki badań prowadzonych na świecie. W międzyczasie wraz ze współautorami opracowałam strategię, cele i etapy badań diagnostycznych dla poszczególnych rodzajów zaburzeń komunikacji językowej. Za największe osiągnięcie moich dokonań naukowych w tym obszarze uważam zainicjowanie powstania i opracowanie wraz z zespołem specjalistów (reprezentujących różne dyscypliny) dwóch podręczników akademickich z zakresu logopedii i jej specjalności – neurologopedii: *Logopedia – pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*, red. T. Gałkowski i G. Jastrzębowska (Opole, wyd. 1 – 1999, wyd. 2 zm. i rozszerz. – 2003) oraz *Podstawy neurologopedii. Podręcznik akademicki*, red.

T. Gałkowski, E. Szelańg i G. Jastrzębowska (Opole 2005). Podręczniki te, z których jeden był nagrodzony na Targach Książki Akademickiej ATENA 2000, do chwili obecnej służą studentom i klinicytom różnych specjalności w Polsce.

3. W obszarze logopedii specjalnej – znajduje się cykl prac: artykułów i rozdziałów podręczników akademickich stanowiących moje główne osiągnięcie naukowe, o którym mowa w art. 16 ust. 2 ustawy i który przedstawiam do oceny.

Tytuł osiągnięcia naukowego: **Opóźnienie rozwoju mowy jako przejaw nieprawidłowości w rozwoju języka u dzieci ze specyficznym zaburzeniem rozwoju językowego (SLI) i z zakłóceniami rozwoju mowy (LB)**

W moim dorobku naukowym w tym obszarze badawczym za najważniejsze uważam przeprowadzenie badań własnych nad specyficznymi zaburzeniami rozwoju języka (ang. *specific language impairment*, SLI), których wyniki opublikowałam w pracy zbiorowej *Człowiek wobec ograniczeń*, pod red. Z. Tarkowskiego i G. Jastrzębowskiej z 2002 roku (rozdział: *SLI – specyficzne upośledzenie rozwoju języka*) i odniosłam je do badań prowadzonych w Polsce i na świecie. Kolejnym ważnym osiągnięciem z tego obszaru tematycznego był udział w badaniach zespołowych i opublikowanie doniesienia z owych badań nad zjawiskiem SLI w czasopiśmie polskich neuropsychologów i neurologopedów „Acta Neuropsychologica”; w artykule – *Specific language impairment: neuropsychological and neurolinguistic aspects*, w którym dokonano analizy SLI z perspektywy neuropsychologicznej, neurolingwistycznej i neurologopedycznej. Publikacje te stanowią istotny wkład naukowy w dziedzinie neurologopedii. Celem owych badań była próba wyjaśnienia etiopatogenezy SLI i specyficznych dla tego zaburzenia objawów zaburzeń zachowania językowego oraz ustalenie stopnia opóźnienia rozwoju językowego. Dodatkowo – cytowana w powyższych pracach literatura umożliwiła w owym czasie zapoznanie się polskich specjalistów z poglądami na temat fenotypu, przyczyn i klasyfikacji oraz z najnowszymi wynikami badań zachodnich autorów nad SLI i towarzyszących mu zjawisk, ze stosowaną na świecie nomenklaturą oraz typologiami i miejscem tego zjawiska w grupie zaburzeń rozwojowych (DLD).

Jednocześnie w prezentowanym zbiorze prac uporządkowałam rodzimą literaturę w tym zakresie, uzupełniłam luki w opisie zaburzeń rozwoju mowy, wykorzystując nowe źródła, wówczas w Polsce niedostępne. Zawarłam w nich szczegółowe informacje na temat wszystkich aspektów zjawisk SLI i LB oraz towarzyszącego SLI opóźnienia rozwoju językowego, które jest jego najważniejszym objawem. Niewątpliwą wartością – nie tylko naukową, lecz także praktyczną – było zebranie i opracowanie przeze mnie kryteriów diagnostycznych, a także obowiązującej procedury badawczej w przypadku małych dzieci z podejrzeniem występowania zaburzenia SLI i różnicowania tego zaburzenia z LB, wskazań profilaktycznych w sytuacji opóźnienia rozwoju językowego i wczesnej interwencji w wypadku dzieci „późno mówiących” (LT).

Moja działalność naukowa zyskała uznanie władz uczelni w postaci nagród rektorskich i licznych listów gratulacyjnych, a minister zdrowia za osiągnięcia naukowo-badawcze w roku 2007 nadał mi tytuł specjalisty w dziedzinie neurologopedii. Doceniło mnie również środowisko naukowe, ze szczególnym uwzględnieniem Polskiego Towarzystwa Neuro-

psychologicznego, które uhonorowało mnie kilkoma nagrodami i dyplomami, w tym swoim najwyższym wyróżnieniem „Copernicus Prize” 2011, za wyróżniającą się działalność naukową.



Opole, 26 sierpnia 2013 r.

---

podpis habilitanta