

ALALIJA

Alalija je dječji govorni poremećaj koji se ispoljava u nesposobnosti usmenog sporazumevanja s okolinom. Bitna odlika je nemost, na šta ukazuje i sam termin — alalija.

Nesumnjivo da taj govorni poremećaj spada u najteže, jer su zbog njega poremećeni društveni odnosi logopatske ličnosti i u vrlo velikoj mjeri sprečeno njeno vaspitanje, obrazovanje i osposobljavanje za život.

Etiološki posmatrano taj je govorni poremećaj centralnog porekla, što znači da u njegovoj pojavi učestvuju izvesni faktori koji, u većoj ili manjoj mjeri, oštećuju centralni nervni sistem, naročito govorne oblasti u kori mozga onemogućavajući time spontani govorni razvoj deteta. Od važnosti je za taj govorni poremećaj i to da ta oštećenja centralnoga nervnog sistema nastaju pre onoga vremenskog perioda kad se kod deteta spontano pojavljuje govor. Najčešće je to period majčine bremenitosti s detetom, a naročito prvi meseci trudnoće.

Kod znatnog broja alalične dece sačuvani su čulo sluha, govorni organi i inteligencija. Daskora je vladalo mišljenje da se alalija pojavljuje gotovo isključivo kod oligofrene dece. Tome je razlog činjenica da zbog odsustva govora inteligencija alalične dece sve više zaostaje iza inteligencije njihovih normalnih vršnjaka ukoliko ona bivaju starija. Međutim, kad se logopedskim radom taj govorni poremećaj blagovremeno otkloni, velik broj te dece dostiže ne samo fond znanja već i stepen razvoja inteligencije ostale dece. Nesumnjivo da među takvom decom ima i oligofrene.

Način sporazumevanja alalične dece s okolinom ostvaruje se gestovima i mimikom, što je sve vrlo ograničeno i svedeno na mali broj znakova za označavanje ličnih potreba, predmeta i radnji iz neposredne okoline.

Vrste alaliije

U nauci postoji izvesna podvojenost mišljenja kad je u pitanju taj govorni poremećaj. Ima autora koji različito klasifikuju alaliju, ima ih koji

taj poremećaj ne priznaju kao poseban već ga ubrajaju u afazije. Ipak, većina logopeda (i pedagoga i lekara) iz etioloških i pedagoških, odnosno logopedskih razloga zastupa gledište da je taj govorni poremećaj nešto posebno. Isto je tako većina prihvatila određenu klasifikaciju, prema kojoj imamo tri vrste alalije: **senzornu, motornu i senzorno-motornu**. U praksi se najčešće sreća motorna alalija.

Senzornu alaliju neki autori nazivaju **slušnom nemošću**. Kod logopatskog deteta s tim govornim poremećajem sačuvan je elementarni sluh i ono je u stanju da putem čulnog organa prima akustičke utiske. Međutim, kod njega je oštećen senzorni, fonematski sluh (oblast Vernikea u centralnom nervnom sistemu, u kori mozga), zbog čega ono nije sposobno da formira i reprodukuje akustičke predstave (foneme) glasova i reči. Zbog toga takvo dete ne shvata govor okoline.

Kako se od ranog detinjstva nije mogao razviti impresivni govor (razumevanje govora ljudi koji mu se obraćaju) kod takvog se deteta nije mogao razviti ni ekspresivni govor. Prema tome, dete sa senzornom alalijom niti razume tuđ govor niti govori.

Taj se govorni poremećaj može ispoljiti u nekoliko varijanti: 1. može potpuno izostati impresivni i ekspresivni govor; 2. mogu se izgovoriti neki samoglasnici, a u izvesnim slučajevima i deformisane reči koje se brkaju i zamjenjuju s rečima sličnim po zvučnosti (opet deformisanim) i 3. mogu se stalno ponavljati u izgovoru izvesni slogovi pa čak i reči (mahom tepavo, deformisano) čije značenje dete ne shvata (eholalija).

Senzorno alalična deca odlikuju se slabom akustičkom pažnjom i pamćenjem, ponekad pate od nepravilnosti organa vida i vizuelnog percipiranja. Motornost te dece najčešće je normalno razvijena.

Jedan primer iz prakse:

P. S., devojčica sa 9 godina. Majka je s detetom imala dug i težak porođaj. Dete je u ranom detinjstvu preležalo neku bolest s visokom temperaturom. Dijagnoza bolesti nije bila utvrđena. Devojčica se podjednako služi obema rukama, u stvari je prevezbana levakinja. Pored toga je razroka i kratkovidna. Sluh je normalan, reaguje na raznovrsne zvukove. Inteligencija je nešto zaostala, ali dete nije oligofreno. Devojčica niti shvata govor okoline niti govori. Neke samoglasnike, slogove i deformisane reči često ponavlja, i to eholalično. S okolinom se sporazumeva gestovima koji su malobrojni i odnose se samo na neke radnje i stvari.

Motorna alalija je nemost, odnosno nesposobnost usmenog opštenja s okolinom. Taj poremećaj nastaje kao posledica oštećenja centralnoga nervnog sistema u govornoj oblasti Broka.

Kod većine motorno alalične dece sačuvan je elementarni sluh. Isto je tako kod njih razvijen i senzorni sluh, što uslovljava razvoj sposobnosti impresivnog govora — razumevanja tuđeg govora. Samo kod manjeg broja te dece postoje komplikacije: pored oštećenosti kore mozga za motornu oblast govora pojavljuju se naglupost i nedovoljna razvijenost fonematskog sluha, što se odražava na ekspresivni govor, na njegovu manju ili veću defektnost. Sovjetski logoped **Traugot**, koji je proučio znatan broj motornih alaličara, našao je da je kod 70 odsto razumevanje govora vrlo dobro, kod 20 odsto smanjeno, a kod 10 odsto slabo.

Usmeni je govor kod neke motorno alalične dece potpuno odsutan (totalna nemost), kod druge postoji izvesna vokalizacija (najčešće izgovaranje samoglasnika *a*), dok neka izgovaraju samo po nekoliko reči tepavo, nepravilno. Ta deca vrlo slabo podražavaju tuđ govor, naročito izgovor reči, koje ponavljaju više puta, najčešće obrnutim redom; npr. ona govore »šim« ili »išm« mesto »miš«.

Ako se alalična deca ostave bez logopedске pomoći, njihova nemost može ostati trajno, celog života. To važi za većinu te dece. Međutim, kod izvesnog broja — te dece ima znatno manje — govor se može spontano pojaviti u petoj, nekad i kasnije — u devetoj, desetoj, pa čak i u četrnaestoj godini, što zavisi od stepena oštećenja govornih motornih oblasti (Broka) i od uticaja sredine. Ako je motorna alalija izazvana privremenim zastojima razvoja ili manjim oštećenjima govornih oblasti (Broka) centralnoga nervnog sistema i ako su povoljni uticaji sredine (govorno vaspitanje u porodici, česti govorni podsticaji, motivacija i pravilno op-
hođenje s detetom uopšte), dolazi do pojave spontanog govora, pre ili kasnije. Međutim, ako su moždana oštećenja velika, ako odsustvuju govorni i drugi vaspitni podsticaji (zanemarenost i zapuštenost deteta, sporazumevanje s njim samo gestovima) ili ako je umanjena dečja inteligencija, govor se bez logopedskog rada neće uopšte (spontano) pojaviti.

Kad se kod neke alalične dece govor spontano pojavi, njegov dalji razvoj može biti različit. U nekim je slučajevima taj razvoj vrlo brz, i to dete u relativno kratkom vremenu u govornom pogledu dostigne stepen govornog razvoja normalnog vršnjaka istih ili sličnih intelektualnih sposobnosti. Češće je da se pojavljeni govor takvog deteta razvija vrlo sporo i da je opterećen raznovrsnim nepravilnostima. U takvom su govoru česte dizlarije, nepravilan akcent, monotonost, odsustvo intonacije. Isto je tako rečnik oskudan i vrlo se sporo razvija. Tom detetu naročite teškoće predstavljaju višesložne reči. Ponekad je i logička povezanost slaba.

Ako su vaspitni uticaji okoline pozitivni, naročito ako je govorni primer porodice dobar, dete će postepeno savladivati pomenute nedostatke.

Ipak, se neki od njih ukorene u govoru. Pa i onda kad se govor alaličnog deteta blagovremenim logopedskim radom popravi i ono počne posećivati školu, vrlo često se kod njega ispoljavaju dizleksije i dizgrafije. Nesumnjivo da su ti poremećaji čitanja i pisanja posledica loših uslovnih refleksa usmenog govora koji nisu potpuno iščezli.

Kod alalične dece s neuropatskim poremećajima često se pri pojavi usmenog govora ispolji mucanje.

Motorno-senzorna alalija govorni je poremećaj gde su izraženi simptomi senzorne i motorne alalije. Ovde je uzrok oštećenost govornih oblasti Vernikea i Broka u kori mozga. Nekad će biti — a to je i najčešći slučaj — veća ispoljenost jedne, bilo motorne bilo senzorne, alalije. Logoped **Hvatcev** smatra da je ta vrsta alalije dosta česta.

Psihofizičke odlike alalične dece

Ispitivanja logopeda utvrdila su da ta deca nešto zaostaju u telesnom i psihičkom razvoju iza svojih normalnih vršnjaka. Ukoliko su alalična deca starija, utoliko je ta razlika veća, naročito u intelektualnoj oblasti. To je razumljivo kad se ima u vidu da su kod alalične dece u većoj ili manjoj meri oštećene izvesne oblasti centralnog nervnog sistema i da im nedostaje usmeni govor kojim se u opštenju s okolinom najviše stiču nove predstave i pojmovi te razvija mišljenje.

U pogledu pokretljivosti i spretnosti kod motornih alaličara zapažaju se izvesni nedostaci: slaba motornost tela i govornih organa; tromost i nespretnost pri hodanju, obuvanju, odevanju, hvatanju predmeta i pri drugim radnjama, ponekad neusklađenost i nedovoljna koordinacija izvesnih pokreta ruku i nogu; mlitavost i usporenost pokreta usana, jezika i donje vilice, što sve treba imati u vidu pri pedagoškom radu na razvijanju i prevaspitanju ličnosti deteta, a naročito u logoterapiji pri izvođenju artikulacije i uspostavljanju govora (primeniti gimnastička vežbanja tela i govornih organa). Kod alalične dece sreću se često i neki drugi telesni nedostaci i devijacije. Među njima naročito su upadljivi: razrokost, nedostaci vida, nedovoljna vidna percepcija, slabo razlikovanje boja i oblika i sporije formiranje prostornih predstava zbog čega nastaju smetnje pri orijentaciji u prostoru. I levorukost, kao i pojava drugih vrsta lateralnosti (asimetrija parnih organa i njihovih funkcija, npr. veća razvijenost jedne ruke ili noge od druge, ili veća akustička sposobnost jednog uha, veća vizuelna sposobnost jednog oka od drugog i sl.) češći su kod ove nego kod normalne dece.

Naročito je problem levorukosti kod te dece bio predmet izučavanja nekih logopeda. Među njima se naročito ističu Čeh **M. Sovak** i Nemač

Nadolecni (Nadoleczny). Tako je, na primer, Sovak našao da procent levorukosti kod dece sa zakasnelim govornim razvojem i dece-alaličara iznosi 54 odsto. Naša ispitivanja pokazala su da je od 62 slučaja alalične dece bilo 37 levaka (s izrazitom i prevežbanom levorukosti). S obzirom na veliki značaj respektovanja levorukosti u vaspitanju, u logopedskoj se praksi mora posvetiti puna pažnja levorukom alaličnom detetu. Posebni pedagoški obziri i tretman tog deteta kad ono uči da piše i crta, kad obavlja druge manuelne radnje, odnosno davanje pune slobode detetu da koristi svoju od prirode sposobniju levu ruku, ima ogroman značaj za razvoj govora, za telesnu motornost i za inteligenciju.

I kod neke dece s motornom alalijom zapaža se smanjena sposobnost akustičkog primanja na jedno ili oba uha, što nepovoljno utiče na impresivnu stranu govora. Treba napomenuti da je mahom u pitanju laka naglupost. U pojedinim slučajevima može se zapaziti i nedovoljna razvijenost fonematskog sluha, što opet ima za posledicu pojavu **paralalije** (zamene glasova, slogova i reči sličnih po zvučnosti) u toku logopedskog rada, upravo kad se govor počinje uspostavljati ili kad je već uspostavljen. Kad ta deca počnu učiti pisanje i crtanje, česti su slučajevi dizgrafija i dizleksija.

Da bi se u logopedskoj praksi predupredili ti nedostaci u impresivnom i ekspresivnom govoru prevaspitanog alaličnog deteta, potrebno je u logopadski rad uključiti akustička vežbanja i vežbanja u cilju razvijanja fonematskog sluha.

Kod alalične dece vrlo se često pojavljuju negativne osobine karaktera i loše navike ponašanja: povučенost u sebe i izbegavanje društva, reaktivnost i indiferentnost prema događajima i pojavama u okolini, malodušnost i apatičnost ili preosetljivost, razdražljivost, zločestost i agresivnost. Nesumnjivo je da su te negativne karakterne crte deteta posledice oštećenja centralnog nervnog sistema i poremećaja govora, s jedne strane, a s druge — nepravilnog stava i ophođenja okoline prema njemu. Dete rano uoči da ga njegova nesposobnost govornog opštenja izoluje od dečje igre, zajedničkih poduhvata i doživljava dečjeg društva koji donose radosti i zadovoljstva. To ga podstiče na mučna razmišljanja i u njemu izaziva osjećanja nezadovoljstva, malodušnosti i melanholije. Dete vremenom, naročito ako je izloženo traumama, pada ili u razdražljivo i agresivno ili u apatično i depresivno stanje. Naročito su štetni nepravilni postupci okoline: odsustvo pažnje i topline od strane roditelja i drugih osoba, zapostavljanje, neopštenje usmenim govorom s njim, uskraćivanje rasonode i zabave, nepostavljanje radnih zadataka i obaveza. Ponekad se takvo dete zbog govornog poremećaja ismejava, potcenjuje, svesno

ili nesvesno ignoriše, što u njemu izaziva 'tužna raspoloženja i asocijalna osećanja. Neki roditelji opet — iz sentimentalnosti i saosećanja zbog dečjeg nedostatka — dete maze, sve mu čine i ugađaju, čuvaju ga od svakog napora i svake teškoće, što u njegovu karakteru i ponašanju stvara razmaženost, kapricioznost, jogunstvo i negativizam. To u isto vreme sprečava razvijanje dečje samostalnosti, samoradnje i samoposluge.

Upoznavanje celokupne ličnosti alaličnog deteta, pa i sredine u kojoj ono živi, od velike je važnosti za pedagoški rad i zdravstveno staranje o njemu. Tim radom i drugim merama (na saniranju rđavih porodičnih prilika i otklanjanju loših uticaja društva) kompleksno će se pristupiti dečjem prevaspitanju: iskorenjivanju loših navika i osobina dečjeg karaktera, korigovanju drugih nedostataka i uspostavljanju i razvijanju govora. Nesumnjivo da će se najvažniji deo tog rada odnositi na otklanjanje nemosti i razvijanje pravilnog govora.

Etiologija

Analiju prouzrokuje raznovrsna oštećenja centralnoga nervnog sistema, u prvom redu oštećenja oblasti za govor (Vernike i Broka) pre rođenja ili posle rođenja deteta do perioda kad se kod njegovih normalnih vršnjaka pojavljuje spontani govor. Ta oštećenja izazivaju prenatalni i postnatalni meningoencefalitis, rubeola, trovanja, povrede dečje glave u majčinoj utrobi, za vreme porođaja i posle rođenja do kraja prve godine. Ukoliko su ta oštećenja centralnoga nervnog sistema veća, utoliko je alalija izrazitija, upornija i ustaljenija. Takvi slučajevi pretpostavljaju duži logopedski tretman.

Alaliju može prouzrokovati nasledna manja vrednost (slabija potencijalna razvojnost) nervnog sistema ili samo govornih oblasti mozga (zastoji razvoja fonematskog sluha i motornog analizatora) koja se u izvesnim slučajevima može komplikovati s manjom potencijalnom mogućnošću razvoja izvesnih psihičkih funkcija (volje, pažnje, pamćenja, mišljenja). Najzad, uzroci tog govornog poremećaja mogu biti i dečji rahitis, alkoholizam i duševne bolesti roditelja (Hvatcev).

Utvrđivanje alalije

Utvrđivanje alalije, naročito senzorne, dosta je teško, jer je taj govorni poremećaj vrlo sličan drugim vrstama nemosti i zakasnelog govornog razvoja. Kod svih tih govornih poremećaja zajednički je simptom nemost. Međutim, u svakom od njih postoje simptomi po kojima se razlikuju. Ra-

di primene adekvatnih, specifičnih logopedskih metoda koje će brže dovesti do pozitivnih rezultata potrebno je utvrditi alaliju, njenu vrstu (motorna, senzorna, motorno-senzorna) i diferencirati je od drugih sličnih poremećaja.

Pre nego što se pristupi ispitivanju alaličnog deteta potrebno je pribaviti od roditelja ili bližih srodnika izvesne anamnestičke podatke. Ti se podaci odnose: 1. na trudnoću majke (bolesti i povrede u to vreme), na blagovremeni ili prerani porođaj, na nepravilnosti i povrede glave deteta; 2. na govorne poremećaje roditelja i drugih bliskih srodnika; 3. na vreme kad je dete prohodalo i kako se razvijala njegova motornost i spretnost (samoposluživanje); 4. na to kako se dete sporazumeva s okolinom (gestovima, mimikom), da li razumeva usmeni govor okoline i ume li svesno da izgovara neke reči i 5. kako se dete ponaša (da li je poslušno, povučeno, jogunasto, prkosno, kapriciozno, razdražljivo, agresivno, indiferentno, apatično itd.). Potrebno je ispitati dečji sluh i, ako je on oštećen, treba utvrditi stepen njegova oštećenja. Ta ispitivanja vrši lekar.

Daljnja ispitivanja deteta, koja vrši logoped, odnose se na njegov govorni poremećaj, na motornost, na nedostatke vida, na poremećaje orijentacije u prostoru, na inteligenciju i lateralnost (u prvom redu na levorukost i eventualno na prevežbavanje za desnorukost i posledice tog prevežbavanja).

Kako ovde mahom dolaze u obzir deca predškolskog uzrasta koja ispoljavaju strašljivost i stidljivost prema logopedu i odbijaju da postupe prema njegovim zahtevima, u početku ispitivanja može prisustvovati neko iz najbliže okoline deteta, najbolje majka. Da bi se dete što više oslobodilo straha i pridobilo da postupa po željama ispitivača, treba koristiti igračke, slike i dečje slikovnice. Ispitivanje i utvrđivanje dečjeg govornog poremećaja treba da se obavlja na ovaj način:

Detetu se izdaju naređenja usmenim putem:

1. da pokaže stvari iz neposredne okoline (sto, stolicu, peć, ogledalo, knjigu i dr.) koje logoped prethodno imenuje;

2. da pokaže delove svoga tela (glavu, vrat, kosu, zube, ruke, noge i dr.);

3. da pokaže sliku neke životinje (mačke, psa itd.) čije ime izgovori logoped;

4. da, po naređenju logopeda, izvrši neke radnje (da otvori vrata, zatvori prozor, donese knjigu i sl.);

5. da imenuje izvesne stvari i radnje (logoped pokazuje stvari i pita: »Šta je to?«). Tim se pitanjem želi saznati da li kod deteta postoje neki počeci spontanog govora i u kolikoj meri.

Ako dete shvata logopedova pitanja, ako ukazuje gestom i pokretima glave na imenovane stvari ili izvršava radnje a ne ume da izgovara njihove nazive, posredi je motorna alalija.

Međutim, ako dete ne shvata logopedova pitanja, odnosno ne izgovara ni usmeno ni gestom nazive stvari, niti pak izvršava naređenja koja mu se izdaju, posredi je senzorna ili senzorno-motorna alalija.

Prema Hvatcevu, senzorni alaličar može da ponavlja izvesne logopedove reči (naročito reči kratke i lake za izgovor), slogove i glasove ne shvatajući smisao reči. Osim toga što se te reči izgovaraju eholalično, one su još monotone, bez naglasaka. Kad alaličar ponavlja reči, obično ih deformiše (premešta glasove i slogove).

Prilikom ispitivanja alaličnog deteta potrebno je obratiti pažnju na pravilnost odnosno nepravilnost razvoja dečjih govornih organa, na njihovu motornost. Treba utvrditi kako su kod deteta razvijeni jezik, usne, zubi, vilice, nepce, nos. Motornost govornih organa utvrđujemo kada dete pred ogledalom, a zatim van njega, podražava raznovrsne pokrete usana, jezika i donje vilice logopeda. Ako je pokretljivost govornih organa (i celog tela) slaba, to može poslužiti kao jedna od indikacija da je u pitanju motorna alalija.

Pri ispitivanju opšte dečje motornosti treba poći od igre. Na primer, alaličaru će se pokazati slika dece (ili jednog deteta) koja maršuju. Na čelu je dete s trubicom. Zatim će se alaličnom detetu dati trubica i ono će, prema slici ili prema primeru logopeda, koračati duvajući u trubicu. Kad se dete, prihvatanjem igre, privoli za dalje postupke i radnje, pokaže mu se koračanje napred-nazad, opet napred i nazad. Zatim proste gimnastičke vežbe tela koje će ono oponašati. S njime se može igrati loptom (dobacivanje i hvatanje, bacanje uvis, udaranje loptom o zid itd.). Koristiće se i druge dečje igre i radnje (rukovanje i nošenje predmeta, isecanje hartije, crtanje i sl.). Od roditelja će se uzeti podaci o spretnosti deteta prilikom svlačenja, oblačenja, umivanja, jedenja itd. koji mogu takođe poslužiti za procenjivanje dečje motornosti. Pored toga, ti iskazi roditelja doprineće i utvrđivanju dečje lateralnosti, naročito desnorukosti ili levorukosti, što je opet od značaja za logopedsku praksu.

Posmatranjem deteta u porodici, u predškolskoj ustanovi, u društvu i igri s decom, kao i njegova držanja za vreme ispitivanja može se doći do izvesnog zaključka o njegovim karakternim osobinama i stepenu razvijenosti njegove inteligencije. Radi toga može se angažovati i psiholog.

Diferencijalna dijagnoza

Za vreme ispitivanja i utvrđivanja govornog poremećaja deteta mora se imati u vidu diferenciranje alalije od ostalih vrsta nemosti i zakasnelosti govornog razvitka.

Alaliju treba razlikovati:

1. od **fiziološke nemosti** koja, prema **Semanu** (Seeman), traje obično od 15 meseci do 3 godine dečjeg života. To je produžena faza prirodne nemosti od 0 godina do 15 meseci kroz koju prolazi svako dete. Ta nemost prolazi sama po sebi čim se dovoljno razviju govorni centri u mozgu i govorni organi deteta. Alalija, pak, ostaje i posle navršene treće godine. Dete s fiziološkom nemosti najčešće izgovara izvesne reči (istina, tepavo — nepravilno), dok je alalično dete najčešće u tom periodu života potpuno nemo;

2. od **nemosti prouzrokovane gluvoćom ili teškom nagluvosti**. Alalično dete reaguje na zvukove, kod gluvog deteta ne postoje te reakcije. Kod gluvog i nagluvog deteta nemost je posledica oštećenja organa sluha, kod alaličnog deteta ona je prouzrokovana oštećenjima centralnog nervnog sistema. Osnovni glas alaličnog deteta ima izvesnu modulaciju i izvesnu karakteristiku govornog glasa, kod gluvog i teško nagluvog deteta glas je kričav, neartikulisani, bez boje i modulacije;

3. od **nemosti koja počiva na teškoj oligofreniji** (mutitas idiotica). Alalično dete, za razliku od oligofrenog, svojim postupcima, radnjama i ponašanjem ostavlja utisak inteligentnog deteta. U opštenju s okolinom alalična se deca služe gestovima i mimikom, dok to nije slučaj s oligofrenom. Kod nekih oligofrenih govor se može pojaviti posle treće godine, ali se zatim razvija vrlo sporo i s izrazitim nedostacima i poremećajima koji trajno ostaju. Alaličari su u tom uzrastu najčešće nemi;

4. od **nemosti prouzrokovane defektima govornih organa** (nenormalnosti jezika, rasepljenost nebaca i usana i dr.). Nemost te dece traje nekoliko godina, pa se zatim pojavi spontani govor koji se nepravilno razvija (karakteriše se mehaničkim dizlalizijama i rinolalizijom). Kod alalične dece govorni su organi mahom normalni;

5. od **nemosti nastale zbog telesne zaostalosti deteta** (telesna debilnost). Profesor **Seman** navodi da se često kod dece prevremeno rođene, s malom telesnom težinom, rđavo ishranjene, govor pojavljuje posle četvrte godine života. Ovde je posredi zakasneli govorni razvoj a ne prava nemost kao kod alalične dece koja su najčešće telesno normalno rođena;

6. od **nemosti koja nastaje zbog telesnih i psihičkih trauma**, naročito kod dece s neuropatskom i psihopatskom konstitucijom. Razlika je izme-

đu takvog i alaličnog deteta u tome što je prvo pre trauma govorilo, a drugo nije i što je ta vrsta nemosti privremena, a ona kod alalične dece mahom trajna;

7. od **nemosti zbog socijalne i vaspitne zanemarenosti** — kad se u porodici govorno vrlo malo ili nimalo ne opšti s detetom u doba njegova najintenzivnijeg govornog razvoja (od prve do treće godine dečjeg života). Ta se vrsta nemosti pojavljuje kod dece smeštene u zdravstvene ustanove u najranijem detinjstvu (mahom su to nahočad), gde se — iz predostrožnosti i preventive protiv infektivnih bolesti — s decom ne govori, zatim kod dece gluvonemih roditelja. Ta deca spontano progovore kad se premeste u sredinu gde se s njima govorno opšti. I ta vrsta nemosti ima karakter zakasnelosti govornog razvitka. Isto tako nemost kao posledica nepravilnog ophođenja s detetom, na primer zbog ismejavanja njegovih govornih grešaka ili mana (mucanja), može se pojaviti kao **dragovoljna nemost** (afrasia voluntaria) ili kao forma **negativizma**. Dragovoljna nemost pojavljuje se i kod histerične dece. Sve te vrste dečje nemosti razgraničiće se od alalijske kad se prikupe anamnestički podaci o detetu;

8. od **afazija**. Neki medicinski autori (Seman) ne smatraju alaliju govornim poremećajem, već je ubrajaju u afaziju. Međutim, mnogi logopedi — pedagozi, lekari fonijatri — smatraju alaliju posebnim govornim poremećajem. Po njihovu mišljenju, iako između alalijske i afazijske postoje sličnosti kao što su oštećenost centralnoga nervnog sistema, odnosno govorne oblasti Broke i Vernikea, zatim nemost i dr., između njih postoje i razlike. One su u ovome: 1. u vremenu kad se ta dva poremećaja pojavljuju: alalijska nastaju pre spomenutog govora deteta, tj. od rođenja, afazijske posle perioda pojave spontanog govora (afazična je osoba govorila a zatim je postala nema, alalično je dete od rođenja nemo, ono nikad nije govorilo); 2. afazija se mahom pojavljuje u zrelo doba života (u starosti), alalijska se pojavljuje u najranijem detinjstvu; 3. prema **Hvatcevu**, kod afazičara postoje neki govorni stereotipi iz vremena kad je on govorio, kod alaličara ne postoje nikakvi stereotipi; 4. potencijalne mogućnosti uspostavljanja i razvitka govora kod alaličara veće su nego kod afazičara, i 5. kod većine afazičara više su oštećene intelektualne sposobnosti i motornost (česti su slučajevi paralizovanosti nekog dela tela, gubitak praktičnih navika, radnji, orijentacije u prostoru i vremenu) nego kod alaličara.

Školovanje alalične dece

Kod nas su se alalična deca školovala zajedno s gluvonemom. Neka od njih, kod kojih se spontani govor pojavio kasnije (u sedmoj ili osmoj godini) zbog nedovoljnog znanja i defektnog govora upućivana su u specijalne škole za mentalno nedovoljno razvijenu decu. Međutim, ni škole za gluve ni specijalne škole za mentalno nedovoljno razvijenu decu ne odgovaraju alaličnoj deci. Među gluvim đacima alalično dete sporo napreduje u govoru i sticanju znanja, a pored toga u školi gluvih nauči se gestovno-mimičkom načinu opštenja s okolinom, zbog čega zapostavlja oralni govor. U specijalnoj školi za mentalno nedovoljno razvijenu decu ne poklanja se pažnja korekturi govornih grešaka i nedostataka. Sem toga, ta su deca mahom normalne inteligencije, pa i zbog toga ne bi trebalo da se školuju zajedno s mentalno nedovoljno razvijenom.

Mesto za alalično dete je u predškolskoj logopedskoj ustanovi ili, kad je ono starije, u logopedskoj školi, a eventualno — kad takve škole nema — u logopedskom odeljenju pri nekoj redovnoj osnovnoj školi. Ako se to dete blagovremeno, u četvrtoj ili petoj godini, obuhvati sistematskim logopedskim radom, ono će pod normalnim uslovima u predškolskoj logopedskoj ustanovi razviti govor tako da se u sedmoj ili osmoj godini može upisati u redovnu osnovnu školu.

Logopedska škola primala bi svu tu decu u školskom uzrastu koja nisu prošla kroz predškolsku logopedsku ustanovu, kao i onu alaličnu decu kod koje se kasnije spontano pojavio govor ali se vrlo sporo i nepravilno razvijao. U toku školovanja pojedini inteligentniji učenici s razvijenim govorom i dovoljnim osnovnoškolskim znanjem prevodili bi se u pojedine razrede osnovne škole redovno. Alalična deca na intelektualnom stupnju debilnosti prevodila bi se posle uspostavljanja govora u specijalnu školu za mentalno nedovoljno razvijene učenike. Prema tome, specijalna logopedska škola imala bi samo četiri potpuna razreda. Treba imati na umu da pri selekciji i razvrstavanju te dece prema stepenima inteligencije treba vrlo obazrivo postupati, jer ta deca zbog dužeg trajanja svoje nemosti ispoljavaju izvesnu zaostalost u znanju i razvoju inteligencije u odnosu na svoje normalne vršnjake, što ne treba smatrati oligofrenijom ili demencijom.

U logopedskoj školi, koja obuhvata decu s raznim govornim poremećajima, formiraju se specijalna odeljenja (razredne paralelke) za alaličnu decu kojoj se mogu pridružiti i deca-afazičari. Odeljenje treba da ima najviše 8 do 10 đaka. Nastavni plan odlikuje se time što polovina nastavnih časova otpada na nastavu materinjeg jezika s individualnim i ko-

lektivnim logopedskim vežbanjima. Sem toga, velika se pažnja poklanja telesnom, likovnom i muzičkom vaspitanju, koje u ovoj školi, pored opšteg pedagoškog ima i logopedski značaj. I programi pojedinih predmeta u izvesnim odeljcima moraju sadržavati izvesne specifičnosti — moraju biti u znatnoj meri usmereni na logopedski rad (na primer, veća zastupljenost ritmike u telesnom vaspitanju), moraju više vaspitno delovati (u pravcu prevaspitanja loših osobina karaktera i navika). U nastavi tih predmeta treba da dođe do punog izražaja logopedski princip — korektura govornih nedostataka u usmenoj i pismenoj formi.

U logopedskim odeljenjima pri osnovnoj školi gde ne postoji dovoljan broj alalične i afazične dece radi se individualno.

Zbog kratkoće vremena izostaće metođika logopedskog rada s alaličnom decom, ali ću u ovom napisu ukratko izložiti neke logopedske didaktičke principe i metođske zahteve:

1. Od naročite je važnosti da se taj rad podesi prema individualnim osobenostima (telesnim, govornim i psihičkim) svakog pojedinog alaličnog deteta. Pri tome treba imati u vidu:

a) stepen intelektualne razvijenosti deteta (normalnost, subnormalnost), nedostatke pažnje, pamćenja, mišljenja, emocionalno-voljne oblasti;

b) sposobnost slušnog primanja akustičkih utisaka (naročito nedostatke elementarnog i senzornog sluha i nedostatke vizuelnog primanja);

c) telesni razvoj, naročito razvijenost motornosti tela, a posebno govornih organa, orijentaciju u prostoru;

d) da li je dete desnoruko ili levoruko, da li je levorukost prevežbavana u desnorukost i da li je od toga bilo negativnih posledica;

e) postoji li kod deteta impresivni i ekspresivni govor i u kojoj meri;

f) način sporazumevanja deteta s okolinom (gestovima i mimikom, usmenim govorom i dr.);

g) karakterne odlike deteta, njegove navike i ponašanje, njegovi nedostaci u ponašanju.

2. Kad se otpočne sistematski logopedski rad s tom decom koja pate od senzorne alaliije (i s nekom decom s motornom alalijom), koristiće se gestovi i mimika. Međutim, taj će se način opštenja sve više zapostavljati ukoliko se bude više razvijao usmeni govor. Moglo bi se pokušati s daktilologijom kao načinom sporazumevanja mesto gestovno-mimičkih znakova dok dete u dovoljnoj meri ne savlada oralni govor.

3. Odmeravanje nastavnog gradiva i trajanje zanimanja (nastavnog časa) od velikog je pedagoškog i zdravstvenog značaja. Treba imati u vidu da su kod te dece telesne i psihičke mogućnosti manje nego kod nji-

hovich vršnjaka normalna sluha i govora, da im je pažnja često rasejana, pamćenje slabo, mišljenje u izvesnoj meri ograničeno. Stoga je potrebno povesti računa da ih velikom količinom gradiva na časovima ne preopterećujemo i ne zamaramo. Ni logopedski rad ne sme dugo trajati. Čim se kod dece ispolje znaci umora (rasejanost, gubljenje interesovanja za rad, češće greške u govoru, pisanju i čitanju, pospanost), rad treba prekinuti, deci dati odmor, preduzeti mere relaksacije ili promeniti zanimanje, odnosno omogućiti aktivan odmor.

4. Posebne obzire treba imati prema alaličnoj levorukoj deci. Posmatranjem i ispitivanjem te dece došlo se do ovih zaključaka:

a) nerespektovanjem urođene dečje lateralnosti, u ovom slučaju levorukosti koja je povezana s urođenom dominantnom hemisferom mozga, u predškolskoj ustanovi i školi (kad se ono prevežbava na desnorukost) otežava se, pa čak i sprečava postizanje uspeha i razvoj govora;

b) u govoru tog deteta koji se počeo razvijati često se pojavljuje tepanje ili mucanje (posledica prevežbavanja);

c) takvi postupci (prevežbavanje, naročito kad se izvodi prinudnim merama) sprečavaju često kod alaličnog deteta razvoj motornosti, usporavaju njegov intelektualni razvoj i izazivaju loše karakterne osobine i asocijalno ponašanje (prkos, inat, negativizam, agresivnost ili povučenost).

Zato alaličnom levorukom detetu treba dati punu slobodu korišćenja leve ruke (koja je urođeno sposobnija) u svim radnjama i postupcima: u služenju priborom za vreme jela, u pisanju i likovnom vaspitanju. Njemu ne treba nikad stavljati primedbe što se više služi levom rukom, niti tome uopšte poklanjati pažnju.

5. Pored logopedskog rada, ličnost alaličnog deteta treba svestrano razvijati i prevaspitavati njegovu volju i karakter, njegove intelektualne i telesne sposobnosti. Od naročite je važnosti iskorenjivanje njegovih asocijalnih osobina karaktera (povlačenje iz društva, negativizam, razmaženost, kapricioznost i agresivnost) i formiranje pozitivnih karakternih crta i navika ponašanja, upravo — socijalizacija deteta. Loše karakterne osobine, koje su prvobitno nastale kao posledica njegova govornog poremećaja (zapažanje deteta da mu se onemogućavaju radosti dečjih igara i učešća u dečjem društvu) i nepravilnog ophođenja sredine prema njemu (ismejavanje, maženje, zapostavljanje, popustljivost prema njegovim prohtevima), postaju kasnije (kada dete počne savladivati govor) smetnja njegovu govornom opštenju s okolinom. Na taj se način dete lišava govorne prakse u društvu kao najjačeg i najboljeg podsticaja, stimulusa za dalji govorni razvoj.

U iskorenjivanju dečjih negativnih osobina okolina će najviše uspjeti ako detetu kalem i u njemu razvija pozitivne osobine, na primer: otklanjanje usamljenosti i asocijalnosti obezbeđivanjem dečjeg društva i kolektivnih igara, a zatim pravilnim ophođenjem s detetom koje ne sme biti ni preterano strogo ni suviše blago, ignorisanjem njegovih prohteva i kapricioznosti, itd.

6. U prevaspitanje alaličnog deteta treba uključiti roditelje a, prema potrebi, i lekara. S vremena na vreme roditelji mogu prisustvovati logopedskom času; oni će od logopeda dobijati uputstva kako da postupaju s detetom i kako da podstiču razvoj njegova govora.

L I T E R A T U R A

- M. Z. Hvatcev: Logopedia, Moskva 1962.
M. Sovak: Logopedie, Praha 1967.
L. Luchsinger — G. Z. Arnold: Lehrbuch der Stimm und Sprachheilkunde, Wien 1957.
H. Gutzmann: Sprachheilkunde, Berlin 1924.
M. Seeman: Poruchy dětské řeči, Praha 1957.
Z. Fröschels: Die Sprachheilkunde, Wien.
M. V. Matić: Logopedija, Beograd 1968.
M. Sovak: Metodika vaspitanja levorukog deteta, Beograd 1968. Izdanje Udruženja defektologa, prevod M. V. Matića.

Miodrag V. Matić, Belgrade

ALLALIA

S U M M A R Y

The author gives the definition of allalia and the classification of speech disorders (on the sensory and motor-sensory allalia). He dwells at some length on the psycho-psysical characteristics of allalia in children; he describes the differential diagnosis and the criterion for the purpose of seperating similar speech disorders. He dwells on the etiology education of such children and on the exposition of the logopedic principles in delaying this speech disorder.