

Danuta Grzesiak-Witek  <https://orcid.org/0000-0001-6959-9304>
Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach
e-mail: dgrzesiakwitek@ujk.edu.pl

Trudności z aktualizacją kodu językowego u dziecka z niedokształceniem mowy o typie afazji motorycznej – diagnoza i terapia

Streszczenie

Trudności w nabywaniu sprawności językowych oraz komunikacyjnych stanowią wyzwanie dla logopedy. Artykuł dotyczy problematyki niedokształcenia mowy o typie afazji motorycznej. Zaburzenia rozwoju mowy mają negatywny wpływ na czynności poznawcze dziecka, dlatego tak ważna jest rzetelna diagnoza i właściwie zorganizowana terapia. Po uporządkowaniu terminologii związanej z zaburzeniami rozwoju językowego, wynikających z uszkodzeń struktur mózgowych, ma miejsce prezentacja przyczyn i charakterystyka typu niedokształcenia mowy o typie afazji motorycznej. Autorka przedstawia procedurę diagnostyki tego typu zaburzenia w oparciu o studium przypadku 3-letniego chłopca oraz dokonuje szczegółowego opisu trudności w zakresie ekspresji u badanego dziecka. W artykule zawarta została także propozycja terapii logopedycznej z naciskiem na zminimalizowanie zaburzeń motorycznych.

Słowa kluczowe: niedokształcenie mowy o typie afazji motorycznej, uszkodzenie mózgu, diagnoza i terapia mowy, trudności z ekspresją mowy

Wprowadzenie

Zaburzenia rozwoju mowy mają negatywny wpływ na czynności poznawcze dziecka i na jego rozwój intelektualny. Zdolności intelektualne oraz rozwój myślenia są ściśle powiązane ze stopniem opanowania języka. Nazywanie pozwala oswajać i poznawać rzeczywistość. Słowa i nazwy grupują elementy świata według istotnych cech, związków oraz stosunków między nimi. Natomiast pojęcia porządkują świat fizyczny i kategoryzują otaczające środowisko, a ich generowanie odgrywa znaczenie w kształtowaniu

się myślenia dziecka (Tońska-Szyfelbein, 2017: 4). W praktyce logopedycznej można dostrzec grupę rodziców zgłaszających się do terapeutów mowy ze swoimi 2–3-letnimi dziećmi z problemem rozwoju mowy. Trudności w nabywaniu sprawności językowych oraz komunikacyjnych stanowią wyzwanie dla logopedy, gdyż brak szybkiego rozpoznania i właściwej, systemowej terapii może skutkować opóźnieniem w rozwoju mowy, które później trudno będzie zneutralizować.

Uporządkowanie terminologii

W odniesieniu do problemów 2–3-letnich dzieci z zaburzeniami ontogenezy mowy w polskiej logopedii dominują terminy: alalia, niedokształcenie mowy o typie afazji, alalia prolongata, afazja dziecięca. To jednak tylko niektóre z kilkunastu określeń, jakie można znaleźć w literaturze w grupie zaburzeń rozwoju mowy, wynikających z uszkodzeń określonych struktur mózgu¹. Należy pokrótce je wyjaśnić, by uniknąć chaosu terminologicznego.

Alalia dotyczy specyficznego zaburzenia procesu kształtowania się mowy wskutek uszkodzenia centralnego układu nerwowego w wyniku działania czynników egzogenicznych w okresie prenatalnym, perinatalnym lub postnatalnym (do 2. roku życia dziecka). Niedokształcenie mowy o typie afazji dotyczy dzieci, u których problemy neurologiczne pojawiły się pomiędzy 2. a 6. rokiem życia, tj. w okresie kształtowania się struktur języka (Panasiuk, 2015: 310). Alalia prolongata stanowi jednostkę nozologiczną, spowodowaną zakłóceniami w dojrzewaniu oraz funkcjonowaniu określonych struktur mózgowych (Stasiak, 2008: 40). Z kolei całkowita lub częściowa utrata nabytej zdolności rozumienia i programowania konstrukcji słownych po 6. roku życia w wyniku uszkodzenia pewnych struktur mózgowych to afazja dziecięca (Panasiuk, 2015: 316).

W stosunku do zaburzeń rozwoju językowego Jagoda Cieszyńska-Rożek proponuje obok alalii rozróżnienie na afazję dziecięcą (trudności językowe u dzieci z uszkodzeniami mózgu nabytymi w życiu płodowym, podczas porodu bądź w pierwszych dwóch latach życia) i afazję u dzieci (dotyczącą rozpadu istniejącego wcześniej systemu językowego w wyniku uszkodzenia struktury lewej półkuli mózgu) (Cieszyńska-Rożek, 2013: 240, 249). W niniejszej pracy w odniesieniu do prezentowanych zaburzeń rozwoju mowy pochodzenia centralnego stosuje się termin niedokształcenie mowy o typie afazji.

¹ Poza wymienionymi terminami należy także przytoczyć określenia, które można spotkać w bogatej, lecz starszej literaturze logopedycznej: słuchoniemotę (Mitrinowicz-Modrzejewska, 1963), niemotę pochodzenia centralnego (Styczek, 1980), afazję rozwojową (Szumska, 1982; Bogdanowicz, 1985), wrodzony niedorozwój ekspresji słownej, wrodzony niedorozwój ekspresji i recepcji słownej (Dilling-Ostrowska, 1982), wrodzone zaburzenia rozwoju mowy (Traczyńska, 1982), niedokształcenie mowy pochodzenia korowego (Mierzejewska, Emiluta-Rożyca, 1998), dysfazję dziecięcą (Pruszewicz, 1992).

Przyczyny i prezentacja niedoksztalcenia mowy o typie afazji

Uszkodzenie układu nerwowego dziecka, skutkujące afazją dziecięcą może mieć miejsce w wyniku urazów czaszkowo-mózgowych na przykład podczas upadku, wypadków komunikacyjnych. Zmiany struktur kory mózgowej lewej półkuli mogą nastąpić w życiu płodowym, w czasie porodu albo w pierwszych latach życia dziecka. W kontekście definicji niedoksztalcenia mowy o typie afazji należy uwzględnić jedynie te przypadki, kiedy problemy neurologiczne wystąpiły pomiędzy 2. a 6. rokiem życia. Biorąc pod uwagę ten odcinek czasowy, trzeba wymienić poza urazami mechanicznymi także zmiany w mózgu wywołane wylewami krwotocznymi, zatruciami, niedotlenieniem czy guzami mózgu. Wśród przyczyn niedoksztalcenia mowy o typie afazji należy wskazać: zaburzenia krążenia krwi w mózgu, w wyniku których dochodzi do udarów mózgu, najczęściej niedokrwienych, skutkujących naruszeniem ośrodków mowy; zmiany powstające w mózgu (na przykład nowotwory uciskające tkankę mózgową odpowiedzialną za nadawanie mowy); substancje toksyczne, takie jak tlenek węgla, narkotyki, które docierając z krwią do mózgu, powodują jego uszkodzenia; wstrząśnienie, stłuczenie lub zranienie mózgu, powodujące uszkodzenia obszarów odpowiadających za komunikację i inne funkcje poznawcze; choroby okresu wczesnodziecięcego (na przykład zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, choroby bakteryjne i wirusowe) (Wnukowska, 2015: 11–15; Panasiuk, 2015: 874–877; Cieszyńska-Rożek, 2013: 240).

Zaburzenia afatyczne mowy u dorosłych² różnią się od niedoksztalcenia mowy o charakterze afazji i od afazji dziecięcej. U dzieci ma miejsce szybsza remisja mowy ze względu na fakt, iż rozwijający się mózg jest bardziej plastyczny. Anna Herzyk wskazuje na większe perspektywy kompensacji w przypadku dzieci z afazją, której objawy mają charakter uogólniony z dominacją zaburzeń ekspresji języka (Herzyk, 1998: 90–91). Biorąc pod uwagę specyfikę objawów afazji u dzieci, należy wyróżnić dwa jej typy: afazję motoryczną (ekspresyjną, ruchową) oraz sensoryczną (czuciową, akustyczną). Afazja motoryczna odznacza się brakiem rozwoju ekspresji językowej, natomiast sensoryczna wiąże się z utratą rozumienia przy zachowanej umiejętności mówienia (Cieszyńska-Rożek, 2013: 241).

Ze względu na fakt, iż niniejszy tekst dotyczy prezentacji trudności z ekspresją w przypadku niedoksztalcenia mowy o typie afazji motorycznej, ten rodzaj zaburzeń zostanie przedstawiony bliżej. Do głównych objawów afazji dziecięcej motorycznej należą: kłopoty z zapamiętaniem wzorca ruchowego wyrazu, problemy w zakresie ekspresji mowy, problemy z nazywaniem przedmiotów, problemy z wypowiedaniem i powtarzaniem słów, niewykształcenie bądź zanik mowy spontanicznej, występowanie agramatyzmów, kłopoty z koordynacją ruchu, trudności manualne, męczliwość, zaburzenia koncentracji uwagi,

² Afazja u dorosłych stanowi jeden z objawów uszkodzenia mózgu. Objawia się częściową lub całkowitą utratą mowy i/lub jej rozumienia. W afazji „ulega zaburzeniu zdolność operowania wszystkimi strukturami językowymi (fonemami, grafemami, wyrazami, zdaniami, tekstami)” (Pachalska, 2005: 754). Zarówno u dzieci, jak i u dorosłych zaburzenia afatyczne mowy mają charakter specyficzny i wybiórczy (więcej informacji na temat afazji u dorosłych zob. Grzesiak-Witek, 2013).

kłopoty z pamięcią sekwencyjną, nadpobudliwość ruchowa, problemy emocjonalne (Herzyk, 1998: 90–91; Cieszyńska-Rożek, 2013: 241–242; Jastrzębowska, 1998: 388–392).

Diagnozowanie zaburzeń rozwoju mowy u badanego dziecka

Diagnozowany chłopiec został zgłoszony przez rodziców do poradni logopedycznej w momencie, gdy skończył 3 lata. W celu określenia poziomu kompetencji językowej i komunikacyjnej dziecka użyto narzędzia w postaci afa-skali, które zawiera materiał dający podstawy do diagnozy: „badanie opiera się na obserwacji zachowania dziecka w sytuacji celowo zorganizowanej, po to by sprowokować reakcje dziecka, zarejestrować je i ocenić” (Paluch, Drewniak-Wołosz, Mikosza, 2012: 5). Narzędziem uzupełniającym, służącym uzyskaniu danych na temat stopnia sprawności motorycznej, była karta badania motoryki³. W ramach badań specjalistycznych logopeda skierował na konsultację neurologiczną i psychologiczną⁴.

Badanie neurologiczne potwierdziło występowanie u dziecka niedokształcenia mowy o typie afazji, gdyż wykazało uszkodzenie struktur mózgowych⁵. Z kolei badanie psychologiczne wykonane skalą Leitera⁶ pokazało, iż rozwój intelektualny dziecka zawiera się w normie. Na przeciętnym poziomie kształtują się u badanego 3-latka procesy myślowe: klasyfikowanie, szeregowanie oraz ustalanie relacji. Prawidłowo również przebiegają procesy analizy i syntezy wzrokowej. Chłopiec właściwie wykonuje zadania wymagające dopasowania kolorów, kształtów i obrazków. Dokonuje sortowania według jednej kategorii oraz bezbłędnie układa kilkuelementowe puzzle i klocki według wskazanego wzoru. W zakresie funkcji słuchowo-językowych diagnoza psychologiczna wykazała znaczne opóźnienie rozwoju mowy oraz zdecydowane braki w zakresie słownictwa czynnego. Wskazane zostało dobre rozumienie werbalne, a tym samym prawidłowy zasób słownika biernego. Badanie poziomu rozwoju motoryki dużej i małej pozwoliło zdiagnozować trudności w zakresie równowagi oraz koordynacji ruchowej. Dodatkowo stwierdzono nadmierną ruchomość stawów w obrębie dłoni. Odnosnie do koncentracji uwagi psycholog

³ Sprawność motoryczna dziecka powinna zostać oceniona przy wykorzystaniu odpowiednich narzędzi, które ułatwiają organizację badania oraz stanowią gwarancję, że żaden aspekt motoryki dużej, małej oraz sprawności artykulatorów nie zostanie pominięty. Szczególnie dokładną diagnozę w tym aspekcie zaleca się w sytuacji, gdy logopeda dostrzega trudności w opanowaniu ruchowych wzorców języka.

⁴ Konsultacja neurologiczna oraz psychologiczna to najważniejsze spośród badań wielospecjalistycznych, które wymagane są do postawienia rzetelnej diagnozy logopedycznej w przypadku zaburzeń rozwoju mowy i języka. Poza nimi zaleca się także wykonanie badań: audiologicznych (aby wykluczyć niedosłuch), foniatrycznych (w celu wykluczenia anomalii narządów mowy), psychiatrycznych (w przypadku podejrzeń całościowych zaburzeń rozwojowych). Zob. Jastrzębowska, 2005: 383–384.

⁵ Podczas badań neurologicznych w rozpoznawaniu patomechanizmu zaburzeń rozwoju mowy, które wynikają z uszkodzenia centralnego układu nerwowego, wskazane są techniki neuroobrazowania, takie jak tomografia komputerowa (CT), rezonans magnetyczny (MRI). Trzeba jednak zaznaczyć, że nie zawsze techniki neuroobrazowe wykazują uszkodzenia mózgu, choć dokumentacja kliniczna oraz funkcjonalna ocena dziecka wskazuje na neurologiczne podłoże deficytu (Dougherty, Fischman, Rauch, 2006: 784–785; Panasiuk, 2015: 327).

⁶ Międzynarodowa wykonaniowa skala Leitera P-93 jest narzędziem służącym do mierzenia poziomu inteligencji dzieci, z którymi kontakt słowny jest niemożliwy.

zaobserwował łatwość rozpraszania się dziecka pod wpływem bodźców zewnętrznych oraz krótki czas koncentrowania uwagi na zadaniu. Nie wykazano zaburzeń w sferze emocjonalno-społecznej, opisując łatwość nawiązywania kontaktu dziecka z osobą badającą.

W diagnozowaniu chłopca z zaburzeniami rozwoju językowego poza analizą dokumentów zawierających ocenę neurologiczną i psychologiczną uwzględniono także dane z wywiadu z matką. Dziecko urodziło się z pierwszej ciąży, poród przebiegał bez powikłań, a stan noworodka po porodzie został oceniony na 10 punktów w skali Apgar. Początkowo dziecko rozwijało się prawidłowo. Na początku drugiego roku życia chłopiec przewrócił się na schodach i doznał urazu głowy. Po tym wydarzeniu matka zaobserwowała u niego zahamowanie rozwoju językowego, niemniej jednak rodzice zdecydowali się na wizytę u logopedy dopiero około 3. roku życia dziecka. Chłopiec od niedawna zaczął uczęszczać do przedszkola, gdzie chętnie uczestniczy w zabawach z rówieśnikami.

Obserwacja 3-latka oraz przeprowadzone badania uzupełniające dostarczyły kolejnych, istotnych dla diagnozy i ustalenia programu terapii, informacji. Stwierdzony został obniżony poziom motoryki małej i sprawności manualnej. Chłopiec niewłaściwie chwytą przybory do pisania oraz nożyczki. Nie potrafi wycinać nożyczkami, ma problemy z kolorowaniem. Podczas wykonywania prób rysowania figur geometrycznych dziecko nie było w stanie odwzorować koła. Natomiast badanie stanu oraz sprawności narządów artykulacyjnych wykluczyło wady w budowie anatomicznej artykulatorów z jednoczesnym stwierdzeniem istnienia obniżenia w zakresie ich sprawności. Karta badania motoryki narządów artykulacyjnych umożliwiła przeprowadzenie skrupulatnych prób żuchwy, języka i warg. Podczas ściągania i rozciągania warg oraz cmokania widoczne były nieporadne ich ruchy. Chłopiec nie był w stanie wykonać prób podnoszenia języka do nosa, oblizywania warg ruchem okrężnym przy otwartych ustach oraz kłaskania. Ograniczone ruchy języka uniemożliwiały jego pionizację. Obniżone napięcie mięśniowe w zakresie języka i warg oraz słaba praca mięśnia okrężnego warg dodatkowo negatywnie wpływały na jakość artykulacji. Chłopiec wykazywał poważne trudności w naśladowaniu prezentowanych przez logopedę ruchów żuchwy, języka i warg.

Orientacyjne badanie słuchu fizycznego wskazało, iż dziecko ma prawidłowy słuch. Właściwie reaguje na bodźce dźwiękowe oraz lokalizuje ich źródło. Reaguje na polecenia wydawane szeptem z odległości około 6 metrów⁷. Podczas zabawy kierowanej chętnie manipuluje zabawkami w celu wydobycia z nich dźwięku. Badanie lateralizacji wykazało brak ustalonej dominacji w zakresie ręki, nogi i ucha.

⁷ Było to orientacyjne badanie słuchu, podczas którego bada się reakcję dziecka na bodźce dźwiękowe. „Za normalny słuch uznaje się stan, w którym szept jest słyszany z odległości co najmniej 6 m” (Styczek, 1980, za: Jastrzębowska, Pelc-Pękala, 2001: 640).

Obraz zaburzeń językowych w zakresie ekspresji u badanego chłopca

Nawiązanie kontaktu z dzieckiem było niezbędne do przeprowadzenia oceny czynności mowy. Zabawa kierowana pozwoliła ustalić, że dziecko właściwie wykonuje proste polecenia słowne, a percepcja mowy jest na prawidłowym poziomie. Chłopiec bezbłędnie wskazywał przedmioty w najbliższym otoczeniu. Dalsze badania z wykorzystaniem afa-skali potwierdziły wcześniejsze ustalenia: właściwe rozumienie nazw przedmiotów, czynności i cech (*mały-duży, wesół-smutny*), wykonywanie zadań ściśle z instrukcją słowną. Dziecko potrafiło wskazać na ilustracjach na przykład gdzie jest daleko, a gdzie blisko. Ponadto prawidłowo rozpoznawało kolory, rozumiało znaczenie liczebników (na przykład wskazywało jedną kredkę lub trzy). Działania diagnostyczne wykazały także, iż rozumienie zachowane jest nie tylko na poziomie pojedynczych nazw i prostych zdań, lecz nawet w zakresie złożonych konstrukcji składniowych. Badanie czynności rozumienia z wykorzystaniem obrazka sytuacyjnego pozwoliło na potwierdzenie tego wniosku.

W ramach badań podstawowych oceniono także czynność mówienia. Widoczne były znaczne problemy w zakresie ekspresji języka. Zaburzenia dotyczyły nazywania przedmiotów w najbliższym otoczeniu i na obrazkach. Dziecko zastępowało nazwy czynności i zwierząt wyrażeniami onomatopiecznymi bądź gestami. Zamiast nazwy *pies* pojawiło się *hau, hau*, w miejscu leksemu *kot – miau* itp.

Postać foniczna wypowiedzianych leksemów była zamazana i niezrozumiała. Można było domyślić się znaczenia poszczególnych fraz tylko w powiązaniu z kontekstem sytuacyjnym. W izolacji dziecko właściwie realizowało samogłoski ustne oraz niektóre spółgłoski (*t, d, k, g, w, f, p, b, m, n, h*). Brak natomiast realizacji głosek szeregu syczącego, głósłki *l* oraz zgodnie z normą wiekową – spółgłosek szeregu szumiącego i *r*. W zakresie poziomu fonetyczno-fonologicznego obecne były zniekształcenia jakościowe oraz ilościowe w postaci na przykład substytucji głosek oraz elizji głosek i sylab.

Zakres słownika czynnego był znikomy. Dziecko wymawiało właściwie kilka nazw: *mama, tata, bada, oko, je, pije*. Były to wyrazy zbudowane z dwóch sylab otwartych. Pozostałe przyjmowały formę zniekształconej struktury. Zaburzona była także umiejętność powtarzania słów.

Poziom składniowy charakteryzował się łączeniem wypowiedzianych, niezrozumiałych leksemów w konstrukcje dwuwyrzowe, które wspierane były niewerbalnie poprzez mimikę oraz gestykulację. Podczas mowy spontanicznej słowa stanowiły potok swobodnie wypowiedzianych dźwięków. Zatarła się granica między wyrazami ze względu na liczne zniekształcenia głosek oraz przyspieszone tempo mowy dziecka.

W trakcie badania chłopiec starał się utrzymać kontakt z badającym. Braki w komunikacji werbalnej wypełniał komunikacją niewerbalną, na przykład chwytając rękę logopedy, by zwrócić jego uwagę na dany przedmiot w gabinecie. Łatwość w nawiązaniu kontaktu z badającym, jak również zaangażowanie podczas zabawy oraz badania potwierdziły wcześniej przytoczoną ocenę psychologa na temat właściwego rozwoju społeczno-emocjonalnego 3-latka.

Przeprowadzona diagnoza logopedyczna oraz analiza wyników badań specjalistycznych doprowadziły do postawienia rozpoznania zaburzenia, tj. niedokształcenia mowy o typie afazji motorycznej. Chłopiec przejawiał znaczne problemy w zakresie ekspresji mowy przy zachowanym rozumieniu. Wykazywana przez 3-latka duża gotowość komunikacyjna, zainteresowanie kontaktem z drugą osobą, czynny udział w proponowanych aktywnościach stanowiły doskonałe podłoże dla podjęcia działań terapeutycznych.

Propozycja terapii zaburzeń motorycznych

Wykonane badanie logopedyczne oraz przeprowadzone badania specjalistyczne przyczyniły się do podjęcia terapii mowy w celu usprawniania zaburzonych funkcji. Według wytycznych celem terapii dziecka z niedokształceniem mowy o typie afazji motorycznej „jest zniwelowanie zaburzeń w zakresie rozwoju funkcji motorycznych oraz w dalszym etapie stymulacja rozwoju mowy i języka przez budowanie i rozwijanie kompetencji językowej i komunikacyjnej” (Antczak-Kujawin, 2017: 18). W ramach postępowania logopedycznego należy skoncentrować się głównie na rozwijaniu umiejętności językowych. Uwzględniając wiek dziecka, zaleca się prowadzenie terapii w formie zabawy oraz skupianie się nie tylko na pobudzaniu do produkcji językowej, ale także na oddziaływaniu na wszystkie sfery poznawcze 3-latka.

Dziecko powinno nadawać mowę, działając na przedmiotach i zabawkach. Aktualizując nazwy czynności dnia codziennego, powinno je wykonywać lub prezentować z udziałem misia czy lalki: *pije, je, siedzi, stoi, jedzie, myje, śpi* itp. Podobnie nazywanie części ciała powinno odbywać się poprzez wskazywanie ich na sobie bądź na ulubionym misiu, piasku czy pluszaku.

W ramach programu logopedycznego powinny znaleźć się działania skierowane na budowanie słownika czynnego dziecka wraz ze wzbogacaniem zasobu słownictwa biernego. Rozszerzając słownictwo czynne dziecka, należy zawsze kierować się zasadą opanowywania nazw desygnatów przedmiotów bliskich i znanych dziecku oraz słów ważnych emocjonalnie, takich jak imię domownika czy ukochanego zwierzątka.

Terapia mowy musi zawierać również inne elementy pośrednio wpływające na produkcję słowną. W programie terapii powinny znaleźć się ćwiczenia rozwijające motorykę dużą, koordynację wzrokowo-ruchową i orientację przestrzenną. Nie bez znaczenia są także ćwiczenia usprawniające motorykę małą i sprawność manualną. Nad opanowaniem tych ostatnich umiejętności muszą także pracować nauczyciele przedszkola. Ważne są ćwiczenia narządów mowy⁸ wykonywane jako przerywniki w ćwiczeniach językowych oraz ćwiczenia oddechowe wpływające na wydłużenie fazy wydechowowej. Nie można jednak pozwolić, by zdominowały one większość czasu poświęconego na wizytę dziecka w gabinecie logopedycznym.

⁸ Zdaniem J. Panasiuk (2015: 336) oddziaływanie na rozwój motoryki dużej, małej i oralnej stanowi cel terapeutyczny już w początkowym okresie terapii.

Kierunki działań logopedy w odniesieniu do dzieci z różnymi zaburzeniami mowy wskazuje Metoda Krakowska (MK), która jest „systemem, czyli spójną całością zbudowaną z zespołu elementów wzajemnie powiązanych w relacje, realizujących zadanie nadrzędne (budowanie systemu językowego) w zbiorze działań stymulujących rozwój wszystkich funkcji poznawczych” (Cieszyńska-Rożek, 2013: 274). Spośród technik proponowanych przez MK w terapii dzieci z niedokształceniem mowy o typie afazji motorycznej należy przede wszystkim uwzględnić:

- stymulację słuchową (poprzez słuchanie programu *Słucham i uczę się mówić* dzieci odbierają właściwą kolejność sylab w poszczególnych leksemach);
- gesty wizualizacyjne (artykulacyjne), które ułatwiają różnicowanie głosek poprzez zwracanie uwagi na ich cechy dystynktywne i gesty interakcyjne (związane z mimiką, mową ciała);
- Manualne Torowanie Głosek (MTG), stosowane w sytuacji, kiedy dziecko z afazją samodzielnie nie potrafi ułożyć artykulatorów adekwatnie do układu właściwego dla danej głoski;
- techniki komunikacyjne (dialog jako najważniejszy sposób komunikacji, który umożliwia nawiązywanie relacji społecznych);
- programowanie języka (pomaga uczyć reguł gramatycznych);
- dziennik wydarzeń (nauka mowy z wykorzystaniem przeżytych przez dziecko wydarzeń);
- Symultaniczno-Sekwencyjną Naukę Czytania (stymuluje łączność pomiędzy półkulami mózgu oraz ułatwia tworzenie systemu języka);
- terapię funkcji wzrokowych (pobudzenie analizatora wzrokowego służy utrzymaniu aktywności neuronów oraz stymulowaniu funkcji poznawczych);
- stymulację funkcji motorycznych (szczególnie istotna w terapii afazji motorycznej jest stymulacja dużej i małej motoryki, prakcji oralnej);
- stymulację lewej półkuli mózgu (służy przygotowaniu do procesu przetwarzania informacji językowych, ułatwia stosowanie reguł i dostrzeganie związków między składnikami rzeczywistości)⁹.

Do terapii należy włączyć rodziców, dziadków dziecka oraz w miarę możliwości nauczycieli przedszkola. Wszystkie wskazane osoby powinny dążyć do pobudzania wokalizacji dziecka poprzez wspólne oglądanie książeczek, czytanie i opowiadanie bajek. Nie bez znaczenia są zabawy paluszkowe, rymowanki i zabawy ruchowe z elementami mowy, śpiewu. Rodzina oraz najbliższe otoczenie ma za zadanie utrwalać te słowa, które pojawiły się w gabinecie logopedycznym. Dziecko podczas na przykład mycia, jedzenia, jazdy samochodem powinno nazywać czynności, które wykonuje.

⁹ Podstawowe elementy Metody Krakowskiej to dziewiętnaście technik, które terapeuci wykorzystują w różnym zakresie, biorąc pod uwagę indywidualne potrzeby dziecka oraz jego rodziny (Cieszyńska-Rożek, 2013: 287).

Podsumowanie

W niedokształceniu mowy o typie afazji motorycznej, która została zdiagnozowana u prezentowanego 3-letniego chłopca, zaburzenia dotyczyły rozwoju ruchowego na poziomie motoryki dużej, małej oraz sprawności artykulacyjnej. Dziecko wykazywało problemy w zakresie czynności mówienia i powtarzania wyrazów. Swoje ograniczenia ze względu na deficyty językowe 3-latek kompensował poprzez komunikację niewerbalną oraz kontakt emocjonalny. W proponowanej terapii logopedycznej należy przede wszystkim skupić się na rozwijaniu kompetencji językowej, pamiętając o konieczności stymulowania rozwoju motorycznego i aktywizowania zachowań komunikacyjnych. Przełamanie ograniczeń w opanowaniu ruchowych wzorców języka pozwoli na uzyskanie sprawności w programowaniu wypowiedzi. Terapia logopedyczna powinna uwzględniać ćwiczenia ogólnorozwojowe, skupione na stymulacji rozwoju psychoruchowego dziecka.

Bibliografia

- Antczak-Kujawin J. (2017), *Niedokształcenie mowy o typie afazji u dziecka sześciolatniego – studium przypadku*, „Logopaedica Lodziensia”, nr 1.
- Bogdanowicz M. (1985), *Psychologia kliniczna dziecka w wieku przedszkolnym*, Warszawa.
- Borkowska A., Domańska Ł. (2006), *Neuropsychologia kliniczna dziecka*, Warszawa.
- Cieszyńska-Rożek J. (2013), *Metoda Krakowska wobec zaburzeń rozwoju dzieci. Z perspektywy fenomenologii, neurobiologii i językoznawstwa*, Kraków.
- Dilling-Ostrowska E. (1982), *Rozwój i zaburzenia mowy u dzieci w zależności od stopnia dojrzałości układu nerwowego*, [w:] J. Szumska, *Zaburzenia mowy u dzieci*, Warszawa.
- Dougherty D.D., Fischman A.J., Rauch S.L. (2006), *Neuroobrazowanie funkcjonalne*, [w:] A. Prusiński, *Neurologia w praktyce klinicznej. Zasady diagnostyki i postępowania*, t. 1, Lublin.
- Grzesiak-Witek D. (2013), *Diagnoza i terapia logopedyczna osób z afazją motoryczną. Odbudowanie kompetencji językowej i systemu językowego*, Kraków.
- Herzyk A. (1998), *Afazja dziecięca*, „Biuletyn – Czasopismo Polskich Terapeutów Mowy”.
- Jastrzębowska G. (1998), *Dysfazja, afazja u dzieci*, „Biuletyn – Czasopismo Polskich Terapeutów Mowy”, nr 78.
- Jastrzębowska G. (2001), *Z metodologii opisu alalii (afazji, dysfazji rozwojowej)*, [w:] S. Grabias, *Zaburzenia mowy*, Lublin.
- Jastrzębowska G. (2005), *Diagnoza i terapia rozwojowych zaburzeń mowy*, [w:] T. Gałkowski, E. Szelaąg, G. Jastrzębowska, *Podstawy neurologopedii. Podręcznik akademicki*, Opole.
- Jastrzębowska G., Pelc-Pękala O. (2001), *Metodyka ogólna diagnozy i terapii logopedycznej*, [w:] T. Gałkowski, G. Jastrzębowska, *Logopedia. Pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*, Opole.
- Mierzejewska H., Emiluta-Rozya D. (1998), *Propozycja modyfikacji projektu „Badania Mowy” Ireny Styczek*, „Logopedia”, nr 25.

Mitrinowicz-Modrzejewska A. (1963), *Fizjologia i patologia głosu, sluchu i mowy. Rozpoznanowanie, leczenie i rehabilitacja*, Warszawa.

Paluch A., Drewniak-Wołosz E., Mikosza L. (2012), *AFA-SKALA Jak badać mowę dziecka afatycznego?*, Kraków.

Panasiuk J. (2015), *Postępowanie logopedyczne w przypadkach alalii i niedokształcenia mowy o typie afazji*, [w:] S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak, *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*, Lublin.

Pąchalska M. (2005), *Neuropsychologiczna diagnostyka afazji*, [w:] T. Gałkowski, E. Szela, G. Jastrzębowska, *Podstawy neurologopedii. Podręcznik akademicki*, Opole.

Pruszewicz A. (1992), *Opóźniony rozwój mowy*, [w:] tegoż, *Foniatrya kliniczna*, Warszawa.

Stasiak J. (2008), *Standard postępowania logopedycznego w przypadku alalii prolongaty*, „Logopedia”, nr 37.

Styczek I. (1980), *Logopedia*, Warszawa.

Szumaska J. (1982), *Neurofizjologiczne podstawy zaburzeń mowy u dzieci*, [w:] J. Szumaska, *Zaburzenia mowy u dzieci*, Warszawa.

Tońska-Szyfelbein A. (2017), *Opowiedz o... Terapia zaburzeń mowy u dzieci z afazją, dysfazją dziecięcą lub opóźnionym rozwojem mowy*, Gdańsk.

Traczyńska H. (1982), *Rzecz i zaburzenia czynności ruchowych a funkcja mowy u dzieci*, [w:] J. Szumaska, *Zaburzenia mowy u dzieci*, Warszawa.

Wnukowska K. (2015), *ABC afazji*, Gdańsk.

Abstract

Difficulties with updating the language code of a child with motor aphasia-type speech impairment – diagnosis and therapy

Difficulties in the acquisition of language and communication skills pose a challenge for the speech therapist. Speech development disorders have a negative impact on a child's cognitive activities, which is why reliable diagnosis and properly organized therapy are so important. The article deals with the problem of speech impairment of the motor aphasia type. After organizing the terminology related to disorders of linguistic development resulting from damage to brain structures, a presentation is made on the causes and characteristics of the type of speech retardation of the motor aphasia type. The author presents the diagnostic procedure for this type of disorder based on a case study of a 3-year-old boy, and makes a detailed description of the expressive difficulties of the child studied. The article also includes a proposal for speech therapy with an emphasis on minimizing the motor disorders.

Keywords: motor aphasia-type speech impairment, brain damage, speech diagnosis and therapy speech expression difficulties