

Patrycja Pokorska*

Problematyka zaburzeń mowy i języka pochodzenia korowego u dzieci – analiza przypadku dziecka czteroletniego

PROBLEMS OF SPEECH AND LANGUAGE DISORDERS
IN CHILDREN – CASE STUDY OF A FOUR-YEAR-OLD CHILD

Słowa kluczowe: zaburzenia mowy i języka, alalia, dysfazja, afazja dziecięca

Key words: speech and language disorders, dysphasia, childhood aphasia

Uwarunkowania rozwoju mowy i języka

Zdolność do posługiwania się językiem, zasadniczo powiązana z symbolicznym ujmowaniem rzeczywistości, jest największym osiągnięciem ewolucyjnym człowieka. Język stał się bowiem dla ludzi kulturowym narzędziem organizowania doświadczenia, budowania kategorii, tworzenia pojęć, rozwiązywania problemów, przywoływania doświadczeń, a także przewidywania konsekwencji. Językoznawcy podkreślający złożoność języka jako naturalnego środka komunikacji człowieka, ujmują go dwuaspektowo – jako wytwór nadawcy, kierowany w jakimś celu do odbiorcy, a także jako usystematyzowaną wiedzę językową umożliwiającą nadawcy i odbiorcy sprawną wymianę myśli (Łuczyński, 2005, s. 14–15). Związek zachodzący między językiem a rzeczywistością staje się podstawowym problemem teorii poznania, a współczesne językoznawstwo przypisuje językowi aktywną rolę w procesie orientowania się w świecie¹.

* Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 5 w Łodzi, ul. Kopernika 40, 90–552 Łódź; e-mail: patrycja.pokorska@op.pl.

¹ Takie podejście zostało najostrzej przedstawione w wywodzącej się z początku XIX wieku tezie Herdera-Humboldta. Sami twórcy takiego ujmowania języka i poznania byli przekonani, że język jest formą myślenia i w nim zawiera się wiedza, będąca wynikiem doświadczeń pokoleń (Grabias, 2003, s. 41–50). Autorzy twierdzą, że „jeżeli jest prawdą, że nie potrafimy myśleć bez myśli i że uczymy się myśleć za pomocą słów, to język wyznacza granicę i zarys całego ludzkiego poznania” (Herder, 1960,

Należy jednak podkreślić, że dotychczasowy stan wiedzy psycholingwistycznej pozwala na opis i wyjaśnienie dwóch linii rozwoju językowego (kompetencji językowej i kompetencji komunikacyjnej), jak również wskazanie powiązania między nimi, a także innymi funkcjami psychicznymi, tj. myśleniem, emocjami czy zachowaniami społecznymi, bo, jak podaje S. Frydrychowicz, prawidłowy rozwój kompetencji komunikacyjnej jest uwarunkowany rozwijaniem procesów poznawczych w interakcji z otoczeniem. Tym samym autor syntezuje konsekwencje rozwojowe ujmowania kompetencji komunikacyjnej istotne z punktu widzenia rozwoju dziecka i stwierdza, że jakość sytuacji komunikacyjnych, których doświadcza dziecko, może wpływać na rozwój jego kompetencji komunikacyjnej i kompetencji poznawczych, a także aby osiągnąć rozwiniętą kompetencję komunikacyjną, niezbędne jest wytworzenie przez dziecko adekwatnych reprezentacji sytuacji komunikacyjnych, w których ono samo uczestniczy, jak również dynamiczne różnicowanie i scalanie ich elementów składowych (Frydrychowicz, 2009, s. 19).

Obok społecznych uwarunkowań wpływających na rozwój językowy istotne stają się także neurobiologiczne wyznaczniki procesów nadawania i odbierania mowy. Odpowiednio skomplikowana budowa i czynności układu nerwowego wyznaczają bowiem stopień rozwoju, jaki dany gatunek osiągnął w procesie ewolucji. U człowieka to mózg jest podłożem wyższych czynności umysłowych (intelektualnych), tj. myślenia abstrakcyjnego i zdolności posługiwania się mową. Mówienie jest skomplikowanym procesem cząstkowych funkcji neuronalnych rozgrywających się w różnych okolicach ludzkiego mózgowia, jak również innych pobocznych procesów towarzyszących. Mowa służy nie tylko głośnemu porozumiewaniu się między jednostkami, lecz również jest podłożem inteligencji, pamięci i innych cząstkowych lub bardziej złożonych funkcji poznawczych odwołujących się do tzw. mowy wewnętrznej (Zyss, 2011, s. 36). Z punktu widzenia procesów neurofizjologicznych mowa powstaje w rozwoju ontogenetycznym przez scalanie i koordynowanie zespołów morfologiczno-czynnościowych od receptorów do kory mózgowej i od kory do efektorów. Wyróżnić można dwie zasadnicze grupy procesów neurofizjologicznych związanych z mową (Bitniok, 2007, s. 7):

- procesy aferentne – umożliwiające ekspresję mowy, które warunkują jej impresję, a także percepcję informacji zmysłowych niezbędnych do zrozumienia mowy, tzn. sygnałów słuchowych, wzrokowych i kinestetycznych;
- procesy eferentne – pozwalające na ekspresję mowy przez wytwarzanie za pomocą narządu mowy i głosu dźwięków mowy, a za pomocą kończyn (głównie ręki) znaków pisanych wyrażających odpowiednie symbole znaczeniowe.

Uznaje się, że całościowy proces mówienia obejmuje konieczność współdziałania rozmaitych ośrodków i struktur ośrodkowego oraz obwodowego układu nerwowego

s. 15). W takiej interpretacji język umożliwia myślenie, wyznacza granice działania, jest swoistego rodzaju narzędziem.

(Herzyk, 2005, s. 137). Wśród realizacyjnych i percepcyjnych biologicznych sprawności warunkujących rozwój kompetencji językowej, komunikacyjnej i innych powiązanych z porozumiewaniem się, wymienia się szczególnie: sprawnie funkcjonujący mózg, właściwie działający układ nerwowy, sprawny słuch fizyczny, fonematyczny, muzyczny oraz działające bez zakłóceń mięśniowe i kostne układy narządów mowy (Michalik, 2011, s. 38).

Konsekwencjami wynikającymi z uszkodzeń pewnych struktur mózgowych są zaburzenia rozwoju językowego pochodzenia centralnego. W ich charakterystyce często wskazuje się na podłoże organiczne (uszkodzenie lub uraz mózgu), minimalną dysfunkcję mózgu, uszkodzenia neurologiczne, nieregularne zakłócenia czynności mózgu, fragmentaryczne lub nieznaczne zaburzenia czynności mózgu, psychoneurologiczne uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego, zespół minimalnego uszkodzenia mózgu, mikrouszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego. Takie uszkodzenie istotnych struktur prowadzić może do tzw. dysplazji korowej – wynika ona z zaburzeń w rozwoju nowej kory na skutek zakłóceń w przebiegu procesów proliferacji komórek nerwowych, różnicowania i migracji neuronów, apoptozy, eliminacji nadliczbowych synaps i kształtowania się warstwowości kory oraz struktur funkcjonalnych (Panasiuk, 2015, s. 317).

Rozbieżności terminologiczne i definicyjne

Początki badań nad zaburzeniami mowy i języka u dzieci sięgają końca XIX wieku, a zostały zapoczątkowane przez wiedeńskiego lekarza R. Coëna (1888), który opisał przypadki dzieci sprawnych intelektualnie z prawidłowo funkcjonującym słuchem, u których mimo to wystąpiły specyficzne trudności w nabywaniu języka. Zjawisko określono terminem *alalia idiopathica* (grec. *álalos* ‘niemówiący, niemy’), który przyjął się w piśmiennictwie czeskim, słowackim, dawnej literaturze radzieckiej, później rosyjskiej, a także w tradycji polskiej (Panasiuk, 2010, s. 33). Określenie to nie przyjęło się jednak w Europie Zachodniej – w literaturze niemieckiej funkcjonuje pojęcie dysfazji pierwotnej (niem. *primäre Dysphasie*) oznaczającej zaburzenie rozwoju językowego spowodowane uszkodzeniem mózgu przed rozpoczęciem kształtowania się mowy, a w tradycji anglosaskiej termin afazji rozwojowej (ang. *developmental aphasia*) (Panasiuk, 2015, s. 312). W piśmiennictwie francuskojęzycznym występują kolejne określenia, tj. afazja dziecięca (fr. *aphasie infantile*), które odnosi się do zaburzeń rozwoju mowy spowodowanych uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego, jak również zaburzeń rozwoju mowy, którym takowe uszkodzenie nie towarzyszy; afazja wrodzona (fr. *aphasie congenitale*) – w przypadku gdy zaburzenia rozwoju mowy mają nieustaloną przyczynę i trwały charakter, a także tzw. ciężkie zaburzenia opóźnienia mowy, w przypadkach kiedy dzieci realizują pierwsze wypowiedzi około piętego roku życia, a dalszy rozwój językowy przebiega wolno i w sposób niepełny.

W polskiej literaturze przedmiotu brakuje rozstrzygnięć dotyczących terminologii omawianych zaburzeń, a na ich określenie używa się niejednorodnych terminów ujmowanych często odmiennie przez poszczególnych autorów. W piśmiennictwie funkcjonują określenia:

- *niedokształcenie mowy o typie afazji* – termin zaproponowany przez Z. Kordyl, stosowany wymiennie z określeniem *alalia* w odniesieniu do dzieci, u których zaburzony został rozwój mowy na skutek uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego zanim mowa została w pełni ukształtowana lub zanim zaczęła się rozwijać; autorka zakłada ponadto, że słuch funkcjonuje w sposób prawidłowy, występuje prawidłowy rozwój umysłowy, a aparat artykulacyjny jest dostatecznie wykształcony; stwierdza się natomiast „defekt bliżej nieokreślony” w obrębie ośrodkowego układu nerwowego (Kordyl, 1968, s. 20–21); z kolei J. Panasiuk, posługując się terminem *niedokształcenie mowy o typie afazji*, zaznacza dokładniej, że jest to zaburzenie powstałe na skutek schorzeń neurologicznych zaistniałych w okresie kształtowania się struktur języka (od 2. do 6. roku życia), w wyniku których dochodzi do częściowej utraty opanowanych sprawności językowych, a także trudności w dalszym nabywaniu mowy (Panasiuk, 2015, s. 316); widoczna zatem staje się różnica dotycząca zakresu tego samego terminu;
- *niedokształcenie mowy pochodzenia korowego* – nazwa użyta przez H. Mierzejewską oraz D. Emilutę-Rożę, nawiązująca do powyższej propozycji Z. Kordyl, która odnosi się do zaburzonego rozwoju mowy u dzieci z powodu bardzo wczesnego uszkodzenia kory mózgowej (Mierzejewska, Emiluta-Rożya, 1997, s. 40); w swoich badaniach pojęciem tym za autorkami posługuje się także M. Kurkowska (2012, s. 60–75);
- *alalia* – za I. Styczek o alalii można mówić, gdy do uszkodzenia struktur korowych dochodzi jeszcze przed rozwojem mowy i uszkodzenie to uniemożliwia jej normalny rozwój (Styczek, 1980, s. 287); takim samym zakresem pojęcia posługuje się S. Grabias (1994, s. 7–22), a także U.Z. Parol (1997, s. 22); J. Panasiuk rozpatruje pojęcie podobnie, jednakże precyzuje dokładniej czas wystąpienia uszkodzenia, tzn. zaznacza, że następuje ono w okresie przedślowym – do końca 1. roku życia; natomiast J. Cieszyńska, definiując pojęcie alalii, nie skupia się na okresie wystąpienia czynnika patogennego, a na patomechanizmie – autorka w definicji przyjmuje, że zaburzenie spowodowane jest brakiem dominacji lewej półkuli dla przetwarzania języka (Cieszyńska, 2011, s. 5), tym samym nie wskazując na hipotetyczny czas uszkodzenia; należy zauważyć, że taka propozycja podczas diagnozy różnicowej u dziecka, które nie zakończyło jeszcze procesu ustalania lateralizacji, staje się bezużyteczna;
- *afazja dziecięca* – według A. Herzyk termin ten odnosi się do pierwotnych zaburzeń zachowania językowego, mających początek w patologii mózgowej, z zaznaczeniem, że nie wynikają one z głuchoty, niedorozwoju umysłowego czy zaburzeń emocjonalnych; idąc dalej, autorka wyróżniła dwie postacie afazji

dziecięcej, tj. afazję rozwojową (powstałą w wyniku wrodzonej, okołoporodowej lub występującej w pierwszych miesiącach życia patologii mózgowej, gdzie mowa tym samym nigdy nie rozwijała się normalnie) oraz afazję nabytą (w przypadku której dysfunkcja wystąpiła około 2. roku życia lub później, a mowa do tego momentu rozwijała się prawidłowo) (Herzyk, 1992, s. 35); odmienne stanowisko prezentuje J. Panasiuk, zaznaczając, że do afazji dziecięcej dochodzi, gdy uszkodzenie struktur mózgowych ma miejsce w okresie postlingwalnym, tzn. dopiero po 6. roku życia; z kolei J. Cieszyńska (2011) twierdzi, że o afazji dziecięcej mówimy, gdy występuje zaburzenie rozwoju mowy (rozumienia i nadawania) spowodowane wczesnym – prenatalnym, okołoporodowym i wczesnodziecięcym uszkodzeniem;

- *dysfazja* – według G. Jarzębowskiej termin ten, w porównaniu do afazji, która dotyczy całkowitej utraty mowy, obejmuje zaburzenia sprawności językowej, gdy dana czynność została ograniczona lub zniekształcona – zarówno, gdy mowa od początku rozwijała się nieprawidłowo, jak również gdy dochodzi do zaburzeń komunikacji językowej, w trakcie rozwoju lub po jego zakończeniu (Jastrzębowska, 1999, s. 47–50);
- *wrodzony niedorozwój ekspresji słownej* lub *wrodzony niedorozwój percepcji i ekspresji słownej* – propozycja E. Dilling-Ostrowskiej, której podstawa leży w przeświadczeniu, że wrodzone zaburzenia mowy nie mają charakteru afatycznego, ze względu nie na utratę mowy, lecz na nieprawidłowy przebieg jej nabywania; sam termin *afazja* autorka przeznaczona dla zaburzeń rozwoju mowy wówczas, gdy do uszkodzenia dochodzi w okresie werbalizacji słownej, tj. po 12. miesiącu życia (Dilling-Ostrowska, 1982, s. 18–20).

Powyższe rozważania terminologiczne należy uzupełnić o często zestawiane z nimi pojęcie *alalia prolongata*. W literaturze przedmiotu znajduje się wiele określeń tego zaburzenia, tj. prosty/zwykły opóźniony rozwój mowy, samoistny opóźniony rozwój mowy (SORM), wycinkowy/wybiórczy opóźniony rozwój mowy, zespół opóźnienia mowy czynnej i inne. Problem dotyczy zaburzonego procesu uczenia się języka od samego początku nabywania go przez dziecko (Stasiak, 2012, s. 346). Według Z. Kordyl alalię prolongatę stwierdza się, gdy dziecko zaczyna mówić około 3. roku życia, a w 4. roku jego mowa nadal jest słabo zrozumiała dla otoczenia (Kordyl, 1968, s. 37). Alalię prolongatę, rozumianą jako deficyt językowy i komunikacyjny, należy rozpatrywać jako jednostkę chorobową niebędącą konsekwencją innych ograniczeń zdolności psychofizycznych dziecka (Stasiak, 2008, s. 39–54), a więc zaburzeń w funkcjonowaniu zmysłów, uszkodzeń w centralnym układzie nerwowym, nieprawidłowości w budowie i funkcjonowaniu aparatu artykulacyjnego. Tym samym zaburzenie spowodowane wolniejszym dojrzewaniem istotnych struktur mózgowych, przy odpowiedniej stymulacji zewnętrznej jest możliwe do wyeliminowania.

W Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów ICD-10 pojawiają się kolejne terminy dotyczące specyficznych zaburzeń mowy i języka. Zostały

one ujęte w jedną grupę (F80), w obrębie której wyróżnia się wynikające z patologii rozwoju lub uszkodzeń mózgu zaburzenia ekspresji mowy, takie jak rozwojowa dysfazja lub afazja typu ekspresyjnego (F80.1) oraz zaburzenia rozumienia mowy, takie jak rozwojowa afazja lub dysfazja typu recepcyjnego, afazja Wernickiego, głuchota słów i wrodzone zaburzenia percepcji słuchowej, którym prawie zawsze towarzyszą zaburzenia ekspresji mowy (F.80.2) (*Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja...*, 2000, s. 198–200). Podział ten jest zdecydowanie odmienny od tych proponowanych w piśmiennictwie polskim, a mnogość i różnice w ujęciach definicyjnych utrudniają proces diagnostyczny.

Analiza przypadku dziecka czteroletniego urodzonego z hipotrofią wewnątrzmaciczną i krwawieniem dokomorowym II stopnia

1. Dane ogólne o pacjencie

Pacjentem jest czteroletnia dziewczynka urodzona jako jedyne dziecko trzydziestoletnich rodziców. Wraz z rodzicami zamieszkuje w dużym mieście, gdzie uczęszcza do prywatnego przedszkola. W jej wychowaniu uczestniczą także rodzice jej ojca – szczególnie babcia, która sprawuje nad nią opiekę podczas nieobecności rodziców.

2. Problem kliniczny (logopedyczny)

Rodzice po raz pierwszy zgłosili się do logopedy po diagnozie przesiewowej w przedszkolu, gdy dziewczynka miała 3 lata i porozumiewała się kilkoma słowami oraz onomatopejami. Przejawiała wtedy chęć do kontaktu, a komunikaty werbalne zastępowała niewerbalnymi. Rozpoznano deficyty w zakresie uwagi, pamięci i koncentracji. Również percepcja wzrokowa oraz zdolności manualne nie pozostawały w normie. Rozumienie oraz percepcja słuchowa zostały ocenione jako zachowane. Podjęta wówczas terapia logopedyczna, nakierowana na stymulowanie rozwoju mowy dziecka, trwała 5 miesięcy i przynosiła powolne rezultaty. Dziewczynka pracowała niechętnie, zadania sprawiały jej ogólną trudność, obserwowano brak pracy z dzieckiem poza zajęciami z logopedą. Po pięciomiesięcznej przerwie zlecono konsultację neuropsychologiczną oraz przeprowadzono ponowną diagnozę logopedyczną.

3. Dane kliniczne

A. Wywiad

Przeszłość położnicza matki wykluczyła problemy z poczęciem dziecka, poronienia oraz wady genetyczne. Poród odbył się o czasie, siłami natury, przy prawidłowym ułożeniu płodu. Akcji porodowej towarzyszyło odejście wód płodowych koloru zie-

lonego, co uważa się za wskazanie do cesarskiego cięcia (Tadros i wsp., 2008, s. 166) oraz elektronicznego monitorowania stanu płodu (Czajkowski i wsp., 2009, s. 255) ze względu na możliwe niedotlenienie okołoporodowe dziecka. Całość porodu ocenić można jako komplikowany. Noworodek otrzymał 7 punktów w skali APGAR ze względu na nieregularne oddechy, średnie napięcie mięśni oraz odruchy umiarkowanie obniżone. W badaniu USG przeciemiążczkowym stwierdzono krwawienie dokomorowe (IVH) II stopnia bez poszerzenia komór² oraz hipotrofię wewnątrzmaciczną³ z niską masą urodzeniową (2150 g). Ze względu na podejrzenie infekcji noworodek przez trzy dni przebywał w inkubatorze. W tym czasie równolegle prowadzona była antybiotykoterapia, którą zaprzestano po wykluczeniu infekcji. Dokonano także przesiewowego badania słuchu (OAE) z wynikiem prawidłowym. Wystąpiła nieprzedłużona żółtaczką fizjologiczna. Dziecko, ze względu na powikłania towarzyszące porodowi, objęte zostało opieką poradni neurologicznej oraz rehabilitacją ruchową. Rozwój motoryczny podlegał obserwacji – dziewczynka raczkowała, jednak pojawiło się opóźnienie w zakresie samodzielnego chodzenia, a sprawność została opanowana dopiero po 21. miesiącu życia. Dodatkowo w okresie niemowlęcym obserwowano obniżenie napięcia mięśniowego. Za pomocą badań obiektywnych wykluczono także zaburzenia słuchu fizycznego, a z uwagi na astygmatyzm dziewczynka objęta jest leczeniem okulistycznym.

2 Krwawienie dokomorowe (IVH, ang. *Intraventricular Haemorrhage*) to najczęstsza postać krwawienia do ośrodkowego układu nerwowego u noworodków. Rokowanie u dzieci po przebytych krwawieniach wewnątrzczaszkowych zależy od stopnia krwawienia oraz uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego. Krwawienia o niewielkim stopniu nasilenia – I i II stopnia – cechują się nieznacznymi powikłaniami i znikomą śmiertelnością (Szczapa, 2008, s. 118), jednak podkreśla się, że nawet niewielkie uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego mogą powodować istotne z punktu widzenia rozwoju konsekwencje (Kornacka, 1998, s. 68–74). W przypadku III i IV stopnia krwawienia dokomorowego według Papille rokowania są uznawane za niekorzystne dla przeżycia i dalszego rozwoju.

3 W literaturze medycznej przy opisie problemu najczęściej spotyka się określenia: hipotrofia (hipoplazja) płodu, IUGR (ang. *intrauterine growth restriction*), FGR (ang. *fetal growth restriction*), płód zbyt mały w stosunku do wieku ciążowego – SGA (ang. *small to gestational age*). Głównym objawem klinicznym noworodków z tym zespołem jest niska masa ciała w dniu urodzenia. Zgodnie z uznaną definicją do noworodków dotkniętych zespołem wewnątrzmacicznego zahamowania wzrostu zaliczane są te, które urodziły się w 37. tygodniu ciąży (noworodki z tym zespołem rodzą się o czasie), a ich masa ciała w dniu urodzenia jest poniżej 10% zalecanej specyficznej płciowo masy ciała (Kiliańczyk, Ferenc, Zabielski, 2013, s. 771). W konsekwencji zespołowi towarzyszą powikłania, które całościowo oddziałują na rozwój dziecka i mogą powodować dysharmonię w nabywaniu kompetencji i sprawności. Udowodnione są zaburzenia rozwoju neurologicznego oraz intelektualnego, będące konsekwencjami samego wewnątrzmacicznego zahamowania wzrastania płodu, jak również jego powikłaniami pojawiającymi się w okresie okołoporodowym. Stwierdzono, że dzieci pochodzące z ciąży obciążonych IUGR wykazują niedobory w rozwoju somatycznym i funkcji poznawczych jeszcze w 10. roku życia. Dzieci z IUGR od dzieci eutroficznymi różnią się słabszą koordynacją ruchową oraz wzrokowo-ruchową, częstszymi problemami z koncentracją i wysławianiem się, słabszymi osiągnięciami w nauce oraz niższym poziomem intelektualnym zarówno w skali słownej, jak i pozawerbalnej (Wendorff, 2003, s. 167–171).

Z wywiadu wynika, że dziecko gaworzyło, było zainteresowane mową, zaczęło wchodzić w interakcje, jednak nie mówiło, a jedyne posługiwało się wyrażeniami dźwiękonaśladowczymi.

B. Obserwacja

Podczas spotkań dziecko jest w pogodnym nastroju – początkowo nieco onieśmiałe, stopniowo w coraz lepszym kontakcie wzorkowym i emocjonalnym. Dąży do kontaktu z otoczeniem, wykorzystując drogę werbalną i niewerbalną. Przy trudnościach w realizacji wypowiedzi werbalnej stara się zastąpić ją gestem. Mowa badanego jest niekiedy niezrozumiała, występuje opóźniona reakcja na komunikaty werbalne otoczenia. Użyte formy językowe są na ogół adekwatne do przekazu rozmówcy. Dziewczynka jest zainteresowana proponowanymi zabawami, przejawia trudności w skupieniu uwagi na wykonywanych czynnościach – uwaga jest krótkotrwała, a w wyniku jej braku często pojawiają się błędy. Wśród wypowiedzi dziecka przeważają zdania proste, słownik czynny jest ograniczony – obserwuje się znaczne trudności z wydobywaniem z niego słów. Zaobserwowano prawidłowe realizowanie prozodii w wypowiedziach oraz brak kłopotów z oddychaniem i fonacją. Dziecko prawidłowo odczytuje charakter prozodyczny i emocjonalny wypowiedzi rozmówcy.

Dziecko cechuje się wzmożoną ruchliwością, rozkojarzeniem oraz błędzeniem wzrokiem. Aktywność werbalno-komunikacyjna w zabawie symbolicznej jest zaburzona. Dziecko chętnie bierze w niej udział, ale ma trudności z przestrzeganiem reguł, nie przestrzega zasad naprzemienności w dialogu, wypowiedzi tematycznie są adekwatne do sytuacji, jednakże obserwuje się znaczne trudności w ich budowaniu i realizacji, przez co są one często niezrozumiałe.

W zakresie funkcji grafomotorycznych dziewczynka znajduje się poza normą. Niechętnie rysuje, sprawia jej to ogólną trudność, obserwuje się męczliwość. Obniżenie funkcji manualnych w zakresie ręki koreluje z obniżeniem percepcji wzorkowej i koordynacji wzrokowo-przestrzennej – dziecko ma znaczne trudności z dopasowywaniem podobnych kształtów, wyszukiwaniem różnic, odwzorowywaniem.

Zaobserwować można ogólną męczliwość przy realizowanych ćwiczeniach nawet w formie zabaw. Pacjentkę należy napominać i motywować do podjęcia i kontynuacji pracy.

C. Analiza dokumentacji – opinii neuropsychologicznej

Diagnoza neuropsychologiczna dziecka w wieku 3 lat i 8 miesięcy wykazała funkcjonowanie intelektualne w zakresie funkcji pozawerbalnych na poziomie normy dla wieku (Wykonaniowa Skala Leitera, 4 sten).

Ponadto wskazano na obniżenie poziomu: percepcji wzorkowej i koordynacji wzrokowo-ruchowej, sprawności manualnej oraz grafomotorycznej. W zakresie stronności ustalono praworęczność, w zakresie oka lateralizację nieustaloną

oraz lewouszność. Wspomniano również o deficytach w zakresie uwagi i trudności w samodzielnym organizowaniu zabawy. Analizując dojrzałość emocjonalno-społeczną dziecka, wymieniono, że podejmuje ono zabawy tematyczne, chętnie przebywa wśród rówieśników oraz włącza się do zabaw, a w zakresie czynności samoobsługowych ustalono, że potrafi samodzielnie zjeść posiłek, dopomina się pomocy przy ubieraniu i włącza się w czynności domowe. W rezultacie stwierdzono obniżenie ogólnej sprawności ruchowej oraz koordynacji wzorkowo-ruchowej. Uznano, że funkcjonowanie poznawcze dziewczynki jest utrudnione przez utrzymywanie się zaburzeń koncentracji.

D. Analiza wyników badań własnych

Do oceny logopedycznej użyto: Skali do badania mowy dziecka z niedokształceniem mowy o typie afazji – AFA-skala (Paluch, Drewniak-Wołosz, Mikosza, 2015), Karty badania sprawności aparatu artykulacyjnego⁴, Karty oceny ruchomości języka⁵, Kwestionariusza badania mowy (Bilewicz, Ziolo, 2012), a także Kwestionariusza do badania słuchu fonematycznego (Styczek, 1982).

Analiza zgromadzonego materiału diagnostycznego dostarczyła danych na temat funkcjonowania językowego badanego dziecka. Podstawowym objawem zaburzeń języka, który zwrócił uwagę otoczenia, był opóźniony rozwój mowy oraz utrzymujące się od początku trudności w nabywaniu języka. Pozyskane podczas badania dane świadczą o głębokich zaburzeniach kompetencji i sprawności językowych we wszystkich podsystemach języka, ujawniających się we wszystkich zachowaniach językowych.

Na poziomie fonologiczno-fonematycznym objawy zaburzenia dotyczą realizacji dźwięków mowy, powodując zakłócenia artykulacji, niekonsekwentne mylenie i zastępowanie głosek, zmienianie kolejności sylab w wyrazie, tworzenie kontaminacji, elizji i upodobnień w obrębie struktury wyrazu, jak i całej wypowiedzi. Występujące zniekształcenia artykulacyjne mają charakter nieregularny, prawdopodobnie nie są uświadomione, nie zaobserwowano prób ich korekty.

Zaburzenia językowe na poziomie morfologicznym ujawniają się przede wszystkim w postaci naruszania formy gramatycznej wyrazów i zubożenia konstrukcji słotwórczych. Pojawia się zestawianie wyrazów w formach podstawowych lub rzadko w nieprawidłowej formie fleksyjnej. Dziecko używa rzeczowników, zaimków i niekiedy czasowników.

Pod względem leksykalno-semantycznym najwyraźniej zauważa się zaburzenia nazywania, manifestujące się w zastępowaniu nazw onomatopejami, neologizmami, frazami o wysokiej frekwencji w języku mówionym.

4 Opracowana na podstawie *Karty badania motoryki artykulacyjnej* (Rodak, 2002).

5 Opracowana na podstawie *Logopedycznej oceny ruchomości języka* (Ostapiuk, 2005).

Budowane przez dziewczynkę zdania są krótkie, mają postać zdań prostych i równoważników, co świadczy o zaburzeniach na polu składniowym. Obserwowane są trudności w budowaniu wypowiedzi – są one niespójne gramatycznie, semantycznie i pragmatycznie. Zaburzenia dotyczą także rozumienia struktur składniowych.

Ponadto zaburzeniu rozwoju mowy towarzyszą objawy innych nieprawidłowości rozwojowych, tzn. deficyty uwagi i pamięci, zakłócenia procesów wolicjonalno-motywacyjnych, opóźnienia i zaburzenia rozwoju psychoruchowego, funkcji wzrokowych i słuchowych, a także zaburzenia lateralizacji.

W zakresie sprawności i ruchomości zaobserwowano brak precyzyjnych ruchów języka, trudności w wykonywaniu zaleconych prób, a sprawność mięśni aparatu artykulacyjnego oceniono jako obniżoną. Ocena budowy narządów artykulacyjnych nie wykazała odchyień (brak dysproporcji, asymetrii, dysmorfii). W przypadku oceny ruchomości języka nie wykryto zmniejszonego zakresu, asymetrii czy napięcia z powodu skróconego wędzidła, zostało ono zatem ocenione jako pozostające w normie.

Badanie słuchu fonematycznego wykazało znaczne deficyty w jego obrębie. Dziecko niekonsekwentnie wskazywało obrazki podczas badania danych głosek i żadna z par wyrazów nie została zidentyfikowana poprawnie. Z kolei podczas badania artykulacji dziecka wystąpił problem z nazywaniem wybranych obrazków (co wskazuje na ograniczony zasób słownictwa czynnego). W efekcie zaobserwowano, że dziewczynka prawidłowo realizuje samogłoski oraz spółgłoski wargowe, wargowo-zębowe, przedniojęzykowo-zębowe, środkowojęzykowe, tylnojęzykowe, a głoski przedniojęzykowo-dziąsłowe szeregu szumiącego wymienia adekwatnie do wieku głoskami przedniojęzykowo-zębowymi szeregu syczącego, podobnie z głoską przedniojęzykowo-dziąsłową [r], którą wymienia na prawidłowo realizowaną głoskę [l].

4. Przyczyny oraz patomechanizm

Z przeszłości badanego dziecka wynika, że wystąpiły czynniki patogenne powodujące nieprawidłowości w centralnym układzie nerwowym w okresie przedślownym (do 1. roku życia). Mowa tutaj o powikłanym przez krwawienie dokomorowe II stopnia porodzie oraz o wrodzonej hipoplazji, a w konsekwencji niskiej masie urodzeniowej.

Rozważając mechanizm zaburzeń językowych leżących u podstaw rozwoju w omawianym przypadku, należy powiązać go z „zaburzeniami percepcji słuchowej i kinestezji artykulacyjnej, które to doprowadziły do trudności w opanowaniu, aktualizowaniu i realizowaniu słuchowych i czuciowo-ruchowych wzorców języka” (za: Panasiuk, 2015, s. 319). Ograniczenia w poruszonym zakresie utrudniają (uniemożliwiają) rozwój kompetencji językowej i komunikacyjnej. Niedobory te wpływają zaś patologicznie na opanowanie sprawności językowych odzwierciedlających się w nadawaniu mowy. Mimo poprawnie wykształconego słuchu fizycznego, zaburzenie w obrębie funkcji słuchowych ogranicza percepcję słuchową, a istniejące trudności w zakresie opanowywania ruchowych wzorców głosek, wyrazów i zdań

są konsekwencją zakłóceń rozwoju motorycznego. Istniejący patomechanizm należy zatem określić jako mieszany, tzn. sensoryczno-motoryczny.

5. Rozpoznanie jednostki

W omawianym przypadku sądzić można, że widoczne trudności w nabywaniu oraz użyciu języka są efektem zaburzeń mowy i języka pochodzenia korowego. W tym momencie w praktyce logopeda natrafia na zawilości terminologiczne i definicyjne. I tak w przypadku badanego dziecka należałoby zaburzenie uznać za:

- alalię, według J. Panasiuk, I. Styczek oraz S. Grabiasa;
- niedokształcenie mowy o typie afazji, według Z. Kordyl;
- niedokształceniem mowy pochodzenia korowego, według H. Mierzejewskiej oraz M. Kurkowskiej;
- afazję dziecięcą w postaci afazji rozwojowej, według A. Herzyk;
- dysfazję, według G. Jastrzębowskiej oraz Międzynarodowej Klasyfikacji ICD-10;
- wrodzony niedorozwój percepcji i ekspresji słownej, według E. Dilling-Ostrowskiej.

Podsumowanie

Jak wykazano na przykładzie dziecka czteroletniego obciążonego neurologicznie (mowa tutaj o wewnątrzmacicznym zahamowaniu wzrastania płodu oraz krwawieniu dokomorowym II stopnia) w okresie przedślovnym, tj. do 1. roku życia, w polskim piśmiennictwie brak jest jednoznacznych rozstrzygnięć dotyczących klasyfikowania zaburzeń mowy i języka pochodzenia korowego. W proponowanych przez teoretyków ujęciach większość terminów używana jest do opisu odmiennej jednostki chorobowej. W praktyce logopedycznej utrudnia to stawianie jednoznacznej diagnozy ze względu na mnogość ujęć, a także prowadzi do błędów w wymianie informacji między specjalistami korzystającymi obecnie z różnego nazewnictwa. Konieczne wydaje się zatem podjęcie próby usystematyzowania dotychczasowej wiedzy i ujednoczenia klasyfikacji, co sprawi, że obraz zaburzeń stanie się przejrzysty, a orzecznictwo jednorodne.

Literatura

- Bilewicz G., Ziolo B., 2012, *Kwestionariusz badania mowy*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Bitniok M., 2007, *Rola mózgu w procesie językowego porozumiewania się – rehabilitacja logopedyczna w neurologii*, „Logopeda”, nr 2(5), s. 7–18.
- Cieszyńska J., 2011, *Alalia, afazja dziecięca, afazja u dzieci, alalia z komponentem ze spektrum autyzmu*, [w:] B. Cyl (red.), *Diagnoza i terapia dzieci z zaburzeniami rozwoju mowy*, Katowice: Regionalny Ośrodek Metodyczno-Edukacyjny Metis w Katowicach, s. 5–11.
- Czajkowski K. i wsp., 2009, *Rekomendacje zespołu ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące opieki okołoporodowej i prowadzenia porodu*, „Ginekologia Polska”, nr 80, s. 548–557.
- Dilling-Ostrowska E., 1982, *Rozwój i zaburzenia mowy u dzieci w zależności od stopnia dojrzałości układu nerwowego*, [w:] J. Szumska (red.), *Zaburzenia mowy u dzieci*, Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, s. 13–28.
- Frydrychowicz S., 2009, *Sposoby ujmowania kompetencji komunikacyjnej – jej geneza i rozwój w perspektywie sytuacji komunikacyjnej*, „Psychologia Rozwojowa”, t. 14, nr 2, s. 13–28.
- Grabias S., 1994, *Logopedyczna klasyfikacja zaburzeń mowy*, „Audiofonologia”, t. 6, s. 11–18.
- Grabias S., 2003, *Język w zachowaniach społecznych*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Herder J.G., 1960, *Sprachphilosophische Schriften*, Hamburg: Verlag von Felix Meiner.
- Herzyk A., 1992, *Afazja i mutyzm dziecięcy. Wybrane zagadnienia diagnozy i terapii*, Lublin: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Herzyk A., 2005, *Wprowadzenie do neuropsychologii klinicznej*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Jastrzębowska G., 1999, *Afazja, dysfazja dziecięca*, [w:] T. Gałkowski, G. Jastrzębowska (red.), *Logopedia. Pytania i odpowiedzi*, Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, s. 83–119.
- Kiliańczyk R., Ferenc K., Zabielski R., 2013, *Przyczyny i skutki wewnątrzmacicznego ograniczenia wzrostu dla dalszego rozwoju organizmu*, „Życie Weterynaryjne”, nr 88(9), s. 771–774.
- Kordyl Z., 1968, *Psychologiczne problemy afazji dziecięcej*, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Kornacka K.M., 1998, *Możliwości diagnostyczne i leczenie zaburzeń OUN u noworodków*, „Klinika Pediatria”, nr 6, s. 68–74.
- Kurkowska M., 2012, *Niedokształcenie mowy pochodzenia korowego w świetle materiału badawczego*, „Poradnik Językowy”, nr 10, s. 60–76.
- Łucznyński E., 2005, *Mowa a język. Postawy językowe neurologopedii*, [w:] T. Gałkowski, E. Szląg, G. Jastrzębowska (red.), *Postawy neurologopedii. Podręcznik akademicki*, Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, s. 13–42.
- Michalik M., 2011, *Nowa Logopedia a biologiczne uwarunkowania rozwoju i zaburzeń mowy*, [w:] M. Michalik (red.), *Biologiczne uwarunkowania rozwoju i zaburzeń mowy*, t. 2, Kraków: Collegium Columbinum, s. 13–24.
- Mierzejewska H., Emiluta-Roza D., 1997, *Projekt zestawienia form zaburzeń mowy*, „Audiofonologia”, t. 10, s. 37–48.
- Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, 2000, Kraków–Warszawa: Wydawnictwo Vesalius.
- Ostapiuk B., 2005, *Logopedyczna ocena ruchomości języka*, [w:] M. Młynarska, T. Smerka (red.), *Logopedia: teoria i praktyka*, Wrocław: Agencja Wydawnicza a linea, s. 299–306.

- Paluch A., Drewniak-Wołosz E., Mikosza L., 2015, *Afa-Skala. Jak badać mowę dziecka afatycznego?*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Panasiuk J., 2010, *Zaburzenia mowy u dzieci chorych neurologicznie – diagnoza i terapia logopedyczna*, [w:] B. Cyl (red.), *Różne aspekty opóźnionego rozwoju mowy*, Katowice: Regionalny Ośrodek Metodyczno-Edukacyjny Metis w Katowicach, s. 30–69.
- Panasiuk J., 2015, *Postępowanie logopedyczne w przypadkach alalii i niedokształcenia mowy o typie afazji*, [w:] S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak (red.), *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego. Podręcznik akademicki*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 69–88.
- Parol U.Z., 1997, *Dziecko z niedokształceniem mowy. Diagnoza, analiza, terapia*, Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Rodak H., 2002, *Terapia dziecka z wadą wymowy*, Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
- Stasiak J., 2008, *Standard postępowania logopedycznego w przypadku alalii prolongaty*, „Logopedia”, t. 37, s. 39–58.
- Stasiak J., 2012, *Alalia. Perspektywy opisu*, [w:] S. Grabias, M. Kurkowski (red.), *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 337–358.
- Styczek I., 1980, *Logopedia*, Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Styczek I., 1982, *Badanie i kształtowanie się słuchu fonematycznego*, Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Szczapa J., 2008, *Podstawy neonatologii*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie.
- Tadros M. i wsp., 2008, *Cholestaza ciężarnych a wyniki położnicze*, „Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia”, t. 1, z. 3, s. 165–168.
- Wendorff J., 2003, *Neurologia dziecięca – postępy w pediatrii w roku 2002*, „Medycyna Praktyczna. Pediatria”, nr 2, s. 66–75.
- Zyss T., 2011, *Neurofizjologiczne podłoże procesu mówienia – rola somatosensorycznej kontroli zakrętów zaśrodkowych*, [w:] M. Michalik (red.), *Biologiczne uwarunkowania rozwoju i zaburzeń mowy*, t. 2, Kraków: Collegium Columbinum, s. 35–45.
-

Streszczenie

Problematyka zaburzeń mowy i języka u dzieci z uszkodzeniami centralnego układu nerwowego rozpatrywana jest w literaturze przedmiotu z perspektywy różnych dyscyplin naukowych – medycyny, językoznawstwa, pedagogiki, psychologii i logopedii. Jednakże w piśmiennictwie brak jest jednoznacznych rozstrzygnięć co do zakresów znaczeniowych terminów, obrazu klinicznego, istoty zaburzeń oraz ich etiopatogenezy. Diagnostowanie omawianych zaburzeń u dzieci obciążonych neurologicznie jest ustrukturyzowaną i wielospecjalistyczną procedurą wykorzystującą dane neurologiczne, lingwistyczne oraz psychologiczne, dodatkowo utrudnioną niejednoznacznością w kryteriach ich opisu. Wobec różnorodnych ujęć w nazewnictwie i definiowaniu omawianych zaburzeń w praktyce logopedycznej często natrafia się na rozbieżności w zakresie diagnozy, co prowadzi do błędów w komunikacji między specjalistami. W artykule omówiono przypadek dziecka czteroletniego z hipotrofią wewnątrzmaciczną i krwawieniem dokomorowym II stopnia, z występującymi zaburzeniami mowy i języka. Na jego przykładzie wskazano rozbieżności terminologiczne.

Summary

The problems of speech and language disorders on children with central nervous system disorders are dealt with in the literature of the subject from the perspective of various disciplines – medicine, linguistics, pedagogy, psychology and speech therapy. However, there are no clear definitions in the literature of semantic terms, the clinical picture, the substance of the disorder and their etiopathogenesis. Diagnosis of raised disorders in neurologically impaired children is a structured and multi-specialist procedure using neurological, linguistic and psychological data, further impeded by ambiguity in the criteria for their description. In practice, a variety of approaches to naming and defining these disorders often stumbles on the discrepancies in the diagnosis, which leads to errors in communication between specialists. This article discusses the case of a four-year-old child with intrauterine hypothyroidism and second-degree intraventricular haemorrhage with speech and language disorders, the example of which is terminological discrepancies.