

Angelika Kubiczak\*

## Wczesne wspomaganie rozwoju mowy u dziecka z alalią sensoryczno-motoryczną – studium przypadku

Early Support Of Speech Development Of Child With Sensory-Motor Alalysis – The Case Study

**Słowa kluczowe:** językoznawstwo, logopedia, studium przypadku, alalia motoryczno-sensoryczna, wczesne wspomaganie rozwoju dziecka, zaburzenia rozwoju mowy i języka

**Keywords:** linguistics, speech therapy, case study, motoro-sensory alalia, early support of child development, speech and language development disorders

### Wprowadzenie

Prawidłowy rozwój mowy, który dokonuje się w pierwszych latach życia człowieka, wpływa na jego proces edukacyjny, zwłaszcza na etap przedszkolny i wczesnoszkolny. Dzięki rozumieniu tekstów słownych oraz umiejętności mówienia dziecko poznaje siebie i innych, poszerza wiedzę o otaczającej rzeczywistości, uczy się wartości, zasad i praw obowiązujących w społeczeństwie, potrafi nawiązać relacje międzyludzkie, kształtuje swoją osobowość, rozwija wyobraźnię, wyraża własne opinie i spostrzeżenia, informuje o swoich uczuciach i emocjach. Od dziecka przekraczającego próg szkolny i rozpoczynającego naukę w klasie pierwszej oczekuje się m.in. samodzielności, zaangażowania, skupienia, rozumienia i wykonywania poleceń, współpracy z nauczycielami, współdziałania w grupie rówieśniczej, ale również właściwej artykulacji głosek oraz ukształtowanej umiejętności opowiadania, opisu czy dialogu – bogatych w słownictwo i poprawnych pod względem gramatycznym [Węsierska, 2013, s. 10]. Zaburzenia rozwoju

\* Szkoła Podstawowa nr 6 im. Janiny Majkowskiej w Sieradzu, ul. Uniejowska 199, 98–200 Sieradz, e-mail: [angelika\\_sdz@wp.pl](mailto:angelika_sdz@wp.pl).

mowy w znacznym stopniu hamują proces osiągnięcia dojrzałości szkolnej (gotowości szkolnej), czyli takiego poziomu rozwoju psychofizycznego, intelektualnego i społeczno-emocjonalnego dziecka, który pozwala sprostać wymaganiom szkolnym i umożliwia opanowanie wiadomości, umiejętności i nawyków określonych programem nauczania, zwłaszcza w obszarze czytania i pisanie [Pilch, 2003, s. 722–723]. Aby zapewnić więc przedszkolakom z nieprawidłowościami w procesie nabywania mowy i języka dobry start oraz powodzenia szkolne, niezwykle ważne jest jak najwcześniejsze podjęcie odpowiednich czynności terapeutycznych i zapewnienie specjalnej formy kształcenia.

Przykładem specjalistycznych i kompleksowych działań o charakterze rewalidacyjno-edukacyjno-rehabilitacyjnym jest wczesne wspomaganie rozwoju dziecka (WWRD), którego warunki określa Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 24 sierpnia 2017 r. w sprawie organizowania wczesnego wspomaganie rozwoju dzieci (<http://dziennikustaw.gov.pl/du/2017/1635>). Program ten obejmuje dzieci od momentu wykrycia niepełnosprawności do podjęcia nauki w szkole. Głównym jego celem jest pobudzenie psychoruchowego i społecznego rozwoju, wyrównywanie istniejących dysharmonii, zmniejszanie ograniczeń, przy uwzględnieniu indywidualnych potrzeb, możliwości oraz mocnych stron dziecka. Co ważne, proces wspomaganie zakłada także ścisłą współpracę z rodzicami, polegającą m.in. na: uwzględnieniu w planowaniu terapii dysfunkcji zauważanych przez nich podczas swobodnych i spontanicznych działań dziecka, udzielaniu porad i wskazówek w zakresie pracy w domu, nauce sposobów i metod realizacji założeń terapeutycznych, przystosowaniu warunków środowiskowych do potrzeb dziecka, pozyskiwaniu odpowiednich środków dydaktycznych i niezbędnego sprzętu.

Wczesne wykrycie problemów, zdiagnozowanie pierwszych symptomów zaburzeń oraz właściwe zorganizowanie interdyscyplinarnych działań wspomagających dla dzieci z nieprawidłowościami rozwojowymi to wymóg współczesnych czasów, w których szczególną rolę odgrywa profilaktyka [Cytowska, Winczura, 2008, s. 16]. Na rzecz wczesnej interwencji i wspomaganie rozwoju małego dziecka przemawia ponadto duża plastyczność jego ośrodkowego układu nerwowego oraz tworzenie (w wyniku stymulacji i aktywności intelektualnej) połączeń mózgowych odpowiedzialnych za efektywne uczenie się. Dzieciństwo to właśnie czas, który sprzyja pokonywaniu trudności i eliminowaniu braków w wyniku szybko i prawidłowo podjętej pracy terapeutycznej. Wczesna interwencja daje dużo większą szansę na przywrócenie czy odbudowanie uszkodzonych struktur mózgowych lub przejęcie pewnych funkcji przez zdrowe obszary mózgu [Skibska, 2015, s. 89]. Zwiększa także możliwości w zakresie syntetyzowania i przyswajania wypracowanych kompetencji i umiejętności, niezbędnych do podjęcia nauki w szkole i realizowania założonych celów edukacyjnych [Kaczmarek, 1966, s. 30].

Opinią o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju oraz orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego w przedszkolu i szkole<sup>1</sup> objęte są dzieci z różnymi

1 Warunki wydawania opinii i orzeczeń szczegółowo określa Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych na podstawie art. 127 ust. 18

nieprawidłowościami rozwojowymi. Dużą grupę stanowią te z opóźnieniami rozwoju mowy na tle zaburzeń neurologicznych. W przypadku zaburzeń powstałych na skutek uszkodzenia lub dysfunkcji pewnych struktur mózgowych istnieją w polskiej literaturze logopedycznej duże rozbieżności dotyczące kryteriów klasyfikacji i samej terminologii<sup>2</sup>.

Głównym kryterium różnicującym specyficzne zaburzenia rozwoju mowy u dzieci jest czynnik biologiczny (określający występowanie bądź brak organicznych uszkodzeń centralnego układu nerwowego) oraz czynnik temporalny (czyli czas, w którym nastąpiło uszkodzenie mózgu i stopień opanowania języka) [Panasiuk, 2015, s. 315]. Na ich podstawie można wyodrębnić następujące zaburzenia komunikacji językowej:

- 1) alalię prolongatę (prosty/zwykły opóźniony rozwój mowy) – zaburzenie będące konsekwencją zakłóceń w dojrzewaniu i funkcjonowaniu mózgu, niewynikające z uszkodzeń organicznych, gdzie mowa od początku rozwija się nieprawidłowo [Stasiak, 2015, s. 245];
- 2) alalię – zaburzenie powstałe na skutek uszkodzenia struktur mózgowych w okresie przedślowym (do końca pierwszego roku życia), gdzie od początku występują trudności w opanowaniu języka [Panasiuk, 2015, s. 316];
- 3) niedokształcenie mowy o typie afazji – zaburzenie mowy pochodzenia centralnego, powstałe na skutek schorzeń neurologicznych zaistniałych w okresie kształtowania się systemu językowego (od drugiego do szóstego roku życia), w którym następuje utrata częściowo nabytych sprawności językowych, a dalszy rozwój mowy może zostać zahamowany lub spowolniony [Panasiuk, 2015, s. 316];
- 4) afazję dziecięcą – zaburzenie powstałe na skutek uszkodzenia pewnych struktur mózgowych w okresie postlingwalnym, kiedy system językowy został już opanowany (po szóstym roku życia), gdzie nastąpiła całkowita lub częściowa utrata nabytych umiejętności językowych i komunikacyjnych [Panasiuk, 2008, s. 72; 2015, s. 316].

Ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe (Dz.U. z 2017 r., poz. 59 i 949) ([www.dziennikustaw.gov.pl/du/2017/1743/1](http://www.dziennikustaw.gov.pl/du/2017/1743/1)).

2 Spotykamy się z takimi pojęciami, jak: *alalia* [Kaczmarek, 1966; Styczek, 1980; Panasiuk, 2008; 2015; Cieszyńska-Rożek, 2013], *alalia z komponentą autyzmu* [Cieszyńska-Rożek, 2013], *niedokształcenie mowy o typie afazji* [Kordyl, 1968; Parol, 1989; Panasiuk, 2008; 2010; Drewniak-Wołosz, Palusz, 2009], *afazja dziecięca* [Spionek, 1965; 1973; Sawa, 1990; Herzyk, 1992; Jastrzębowska, 1998; Panasiuk, 2008; 2010; Cieszyńska-Rożek, 2013], *afazja rozwojowa* [Majewska, Szelożyńska, 1959; Dilling-Ostrowska, 1982; Szumska, 1982; Bogdanowicz, 1985], *wrodzony niedorozwój ekspresji słownej* oraz *wrodzony niedorozwój ekspresji i recepcji słownej* [Dilling-Ostrowska, 1982], *niemota* [Majewska, Szelożyńska, 1959], *niemota pochodzenia centralnego* [Styczek, 1980], *słuchoniemota* [Mitrinowicz-Modrzejewska, 1963], *wrodzone zaburzenia rozwoju mowy* [Traczyńska, 1982], *niedokształcenie mowy pochodzenia korowego* [Mierzejewska, Emiluta-Rożya, 1998], *wrodzona niezdolność do nabywania mowy* [Szumska, 1982], *dysfazja/dysfazja dziecięca* [Pruszewicz, 1992; Zaleski, 1993; Jastrzębowska, 1998].

Ponadto w alalii i niedokształceniu mowy o typie afazji, z uwagi na objawy trudności językowych oraz mechanizm ich powstawania, można wyróżnić zaburzenia sensoryczne (percepcyjne), motoryczne (ekspresyjne) lub mieszane, czyli sensoryczno-motoryczne [Panasiuk, 2015, s. 330–331].

W artykule przedstawiono studium przypadku sześciolatniego chłopca objętego programem wczesnego wspomagania rozwoju dziecka z uwagi na zaburzenia mowy mające postać alalii motoryczno-sensorycznej. Dokonano oceny sprawności komunikacyjnych i językowych dziecka na podstawie wywiadu z rodzicami, interpretacji wyników diagnozy poradni psychologiczno-pedagogicznej oraz własnego badania logopedycznego. W pracy ukazano również program i efekty terapii logopedycznej oraz wskazano kierunki działań w kolejnych etapach postępowania logopedycznego.

## Diagnoza logopedyczna

Studium przypadku dotyczy chłopca w wieku 6 lat i 5 miesięcy, ucznia oddziału przedszkolnego szkoły podstawowej. K.S. jest dzieckiem z drugiej ciąży, której przebieg był prawidłowy. Urodził się siłami natury w 38. tygodniu, z masą ciała 3710 g i długością 57 cm. Podczas porodu, z powodu przedwczesnego oddzielenia łożyska, doszło do krótkotrwałego niedotlenienia noworodka, w wyniku czego otrzymał 6 punktów w skali Apgar. Po podaniu tlenu umieszczono chłopca w inkubatorze, choć nie stwierdzono zespołu zaburzeń oddychania. W trzeciej dobie jego stan oceniono jako dobry. W pierwszych miesiącach życia ani rodzice, ani pediatra nie zauważyli ogólnych nieprawidłowości rozwojowych. K.S. zaczął siadać w szóstym miesiącu życia, w ósmym raczkować, a w trzynastym stawiać pierwsze kroki. Z relacji matki dziecka wynika, że chłopiec nie głużył, nie gaworzył, nie wypowiadał spontanicznie żadnych słów. Pierwsze sylaby i podstawowe wyrazy typu *mama*, *tata* pojawiły się dopiero około osiemnastego miesiąca życia, a zwroty przypominające zdania znacznie później (po ukończeniu trzeciego roku życia). Uwagę rodziców zwrócił ponadto brak reakcji mimicznych i werbalnych na otoczenie (z wyjątkiem rozumienia prostych poleceń, popartych gestem, np. *nie wolno*, *chodź do mamy*, *daj mamie* oraz utrzymywania kontaktu wzrokowego), który wskazywałby na występujące od początku zaburzenia rozumienia mowy.

Z wywiadu z rodzicami uzyskano także informacje, iż we wczesnym dzieciństwie chłopiec nie doznał żadnych urazów czaszkowo-mózgowych ani nie przebył chorób zakaźnych o podłożu bakteryjnym lub wirusowym.

Kiedy K.S. ukończył trzy lata, zaniepokojeni brakiem mowy u dziecka rodzice zgłosili się po raz pierwszy do logopedy, który zdiagnozował opóźniony rozwój mowy. Terapia nie trwała jednak długo i nie przyniosła zbyt wielu efektów. Przez częste infekcje gardła i górnych dróg oddechowych chłopiec niesystematycznie

uczęszczał na zajęcia. Rodzice sygnalizowali również, z uwagi na ten fakt, trudności w wykonywaniu w domu zalecanych ćwiczeń. We wrześniu 2016 roku, w wieku pięciu lat, K.S. zaczął uczęszczać do oddziału przedszkolnego szkoły podstawowej, gdzie w wyniku badań przesiewowych ponownie został objęty opieką logopedyczną. Z uwagi na znaczne trudności artykulacyjne i komunikacyjne oraz zaburzenia funkcji percepcyjno-motorycznych, jakie zauważono w przedszkolu, wychowawca zasugerował rodzicom konieczność specjalistycznych badań.

W marcu 2017 roku rodzice zgłosili się do miejscowej poradni, gdzie dokonano diagnozy psychologicznej, pedagogicznej i logopedycznej. Badanie neurologiczne wskazało na uszkodzenie struktur korowych mózgu. Przeprowadzone w maju 2017 roku badanie audiologiczne potwierdziło z kolei, że słuch fizjologiczny jest w normie, co pozwoliło wykluczyć zaburzenia rozwoju mowy i języka spowodowane niedosłuchem lub głuchotą. Konsultacja foniatryczna i laryngologiczna wykluczyła anomalie strukturalne i funkcjonalne w obrębie aparatu mowy. Logopeda orzekł, iż proces nabywania kompetencji językowej i sprawności komunikacyjnej od początku przebiegał w nieprawidłowy sposób (zarówno w aspekcie ekspresji, jak i percepcji mowy), co wskazuje na zaburzenia mowy mające cechy alalii motoryczno-sensorycznej. Konsultacja psychologiczna dowiodła, że nieharmonijny rozwój intelektualny chłopca mieści się w granicach poziomu przeciętnego, a tym samym wykluczyła upośledzenie umysłowe jako przyczynę opóźnienia rozwoju mowy i ograniczonych kompetencji językowych. Badania pedagogiczne pozwoliły ustalić m.in. niski poziom funkcji słuchowo-językowych, ważnych dla procesu czytania i pisanie, a także kształtujące się poniżej norm wiekowych: zasób słownictwa, umiejętność definiowania pojęć, rozumienie poleceń, analizę i syntezę głoskową wyrazu. Na tej podstawie w czerwcu 2017 roku zespół orzekający poradni psychologiczno-pedagogicznej wydał opinię o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka i orzekł o potrzebie kształcenia specjalnego dla dzieci z afazją do czasu rozpoczęcia obowiązków szkolnego w ogólnodostępnym oddziale przedszkolnym. Zgodnie z zaleceniami K.S. od września 2017 roku uczęszczał w przedszkolu na zajęcia rewalidacyjne prowadzone przez pedagoga szkolnego, stymulujące rozwój poznawczo-społeczny i wspierające proces edukacyjny. Rozpoczął także, pod moim kierunkiem, indywidualną terapię logopedyczną w zakresie skorygowania wady wymowy, usprawniania kinestezji artykulacyjnej, stymulowania percepcji słuchowej i słuchu fonematycznego, usprawniania lewej półkuli mózgowej, nabywania kompetencji językowych i komunikacyjnych. Dodatkowo chłopiec podjął w miejscowym centrum wspierania rozwoju terapię integracji sensorycznej.

Podczas naszego pierwszego spotkania we wrześniu 2017 roku (wiek pacjenta w momencie badania to 6 lat i 5 miesięcy) przeprowadziłam własne badanie aspektów mowy K.S. Wykorzystałam w tym celu narzędzie diagnostyczne *Afa-Skala. Jak badać mowę dziecka afatycznego?* [Paluch, Drewniak-Wołosz, Mikosza, 2012]. Celem kolejno wykonanych prób badawczych była ocena: podejmowania przez dziecko

kontaktu społeczno-emocjonalnego, rozumienia prostych i złożonych poleceń, umiejętności naśladowania i działania naprzemiennego, rozumienia rzeczowników, czasowników, przymiotników, przysłówków, liczebników, zaimków, nazywania obrazków – desygnatów, rozumienia i samodzielnego nazywania kolorów, powtarzania głosek izolowanych, sylab otwartych i zamkniętych oraz pojedynczych wyrazów dwusylabowych i dłuższych, rozumienia zdań, odpowiedzi werbalnej na pytania, ułożenia historyjki obrazkowej, umiejętności samodzielnego opowiadania. Diagnostyka objęła również badanie lateralizacji i funkcji poznawczych. Wnioski pomogły mi przy tworzeniu indywidualnego programu terapii logopedycznej dla chłopca na rok szkolny 2017/2018.

K.S. w czasie wspólnej zabawy z łatwością podjął współpracę, choć wymagał zachęty i motywowania do komunikacji werbalnej. Reagował na proste polecenia, naśladował czynności i powtarzał pojedyncze dźwięki, znane zapewne z codziennych sytuacji (np. *Zamknij oczy; Weź talerzyk; Płacz – uuuu*). W większości prawidłowo wskazał na obrazkach rzeczowniki (np. *dom, buty, piłka, pies, lody, żaba, sanki*) oraz ilustracje prezentujące czynności (np. *je, czyta, gotuje, siedzi*), liczebniki (*jeden, dwa*). Poprawnie wykonał także ćwiczenia sprawdzające rozumienie prostych poleceń typu *Wstań; Podnieś rękę; Pokaż oko*. Zachowana była także umiejętność naśladowania pokazywanych czynności (np. tupnięcie nogą, dotknięcie palcem ucha, gest na pożegnanie, ruch głowy oznaczający negację). Trudności pojawiły się przy prawidłowym wskazaniu na prezentowanych obrazkach przymiotników (*stary – nowy, wesół – smutny*), przysłówków (*blisko – daleko*), zaimków (*ona – on*), a także przy wykonaniu złożonych poleceń dodatkowo badających kojarzenie relacji przestrzennych (*Weź łyżkę i połóż obok misia; Daj mi małpkę, a misia połóż pod stołem*). Kłopotów przysporzyły chłopcu także próby testujące rozumienie zdań prostych i zdań z przyminikami (np. *Pokaż, co mama ma na głowie; Pokaż, kto siedzi pod parasolem; Pokaż, co stoi obok budzika; Pokaż, gdzie można chować ubrania*), przy których konieczne okazało się budowanie przez logopedę dodatkowych określeń naprowadzających chłopca na właściwą odpowiedź.

Znaczne problemy wystąpiły w zakresie mowy czynnej. K.S. w wielu przykładach nie podejmował w ogóle prób powtarzania dźwięków, sylab, wyrazów. Właściwie wyartykułował głoski izolowane *a, u, i, p, m, t, l, n*, sylaby *ma, ta, fu, pi, ci, am, ap, al, ot*. Podczas nazywania desygnatów odnotowano liczne zakłócenia artykulacji głosek, mimo wykształconej anatomiczno-fizjologicznej podstawy do prawidłowej ich realizacji. W mowie pojawiały się substytucje fonemowe dotyczące przede wszystkim szeregów dentalizowanych (np. *safa* [szafa], *zaba* [żaba], *śamolot* [samolot], *fóset* [wózek]), a także pararotacyzm (*lypa* [ryba]). Występowały opozycje spółgłosek dźwięczna – bezdźwięczna (*puta* [buda], *fota* [woda], *taleta* [daleko]), tylnojęzykowa – przedniojęzykowa (*todu* [kogut], *dane* [garnek], *tat* [ptak]). Chłopiec zniekształcał wzorzec wyrazu przez upraszczanie grup spółgłoskowych, redukcje głosek, opuszczanie sylab w nagłosie i śródgłosie wyrazu (np. *mole* [motyle], *lefo* [telefon]). Obserwując



dziecko, można zauważyć, że zniekształcenia artykulacyjne mają charakter nieregularny. Chłopiec nie ma świadomości popełnianych przez siebie błędów, nie został wykształcony u niego proces autokontroli czy autokorekty, co jest charakterystyczne dla zaburzeń językowych w alalii [Panasiuk, 2015, s. 321].

Próby budowania zdań, prowadzenia dialogu, narracji nie były możliwe do przeprowadzenia. K.S. odpowiadał pojedynczymi wyrazami, co świadczy zarówno o ubogim zasobie słownictwa, jak i nieumiejętności budowy zdań. Zaburzenia rozwoju języka u chłopca są widoczne również na poziomie morfologiczno-syntaktycznym. Dziecko nie stosowało form fleksyjnych (rodzaju, liczby, osoby, czasu, przypadku), nie różnicowało części mowy. Budowało krótkie, proste, niespójne gramatycznie zdania, zawierające jedynie podmiot i orzeczenie lub posługiwało się równoważnikami zdań (np. *Mama meto* [Mama daje kotkowi mleko], *Tata je* [Tata niesie lody]). Nie została zatem wykształcona umiejętność budowania dłuższych wypowiedzi monologicznych, wchodzenia w dialog, adekwatnej odpowiedzi na pytania, opowiadania historyjki, opisu obrazka sytuacyjnego.

Zaburzenia językowe u K.S. przybierają więc postać zaburzeń percepcyjno-motorycznych – trudności występują przede wszystkim przy tworzeniu komuników werbalnych, ale również rozumienie mowy nie jest w pełni prawidłowe.

## Ocena pozostałych sfer rozwoju dziecka

Z moich obserwacji, a także diagnozy psychologiczno-pedagogicznej, zawartej w opinii o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka jasno wynika, iż u chłopca obok zaburzeń językowych występują inne zakłócenia rozwojowe, tj. deficyty uwagi i pamięci słuchowej, problemy z koncentracją uwagi na wykonywanym zadaniu, spowolnienie procesów myślenia przyczynowo-skutkowego, słaba orientacja czasowo-przestrzenna. Widoczne są także zaburzenia w zakresie kompetencji społecznych. Chłopiec nie stosuje form grzecznościowych, nie ma utrwalonych norm i zasad dotyczących funkcjonowania społecznego. Ma pewne trudności w zakresie motoryki dużej – utrzymywania równowagi i kontroli dużych grup mięśniowych podczas aktywności fizycznej.

Do mocnych stron chłopca zaliczyć można natomiast: koordynację wzrokowo-ruchową, spostrzegawczość, sprawność w zakresie analizy i syntezy wzrokowej podczas pracy z materiałem przestrzennym. Prawidłowo przebiega ponadto rozwój motoryki małej – chłopiec chętnie koloruje elementy obrazka, nie przekracza konturu, rysuje podstawowe figury geometryczne, odwzorowuje proste szlaczki, porządkuje elementy układanki. Widoczna jest przy tym lateralizacja prawostronna.

## Program terapii logopedycznej

Zajęcia logopedyczne odbywały się w przedszkolu dwa razy w tygodniu (po 45 minut). Mimo iż nie były prowadzone w obecności rodziców, mocno zaangażowali się oni w proces terapeutyczny. Wykonywali zalecane ćwiczenia, na bieżąco informowali o czynionych przez chłopca postępach, dawali cenne wskazówki pomocne przy planowaniu i gromadzeniu środków metodycznych, dzięki którym chłopiec chętnie i aktywnie uczestniczył w zajęciach. Równolegle chłopiec brał udział w zajęciach rewalidacyjnych oraz terapii integracji sensorycznej, których program w dużej mierze korelował z założonymi celami terapii logopedycznej. Wychowawca oddziału przedszkolnego, do którego uczęszczał chłopiec, także zwracał szczególną uwagę na mowę, wspierał podejmowane przez logopedę działania.

Głównym założeniem terapii było stymulowanie rozwoju mowy i usprawnianie procesu mówienia oraz rozumienia, w aspektach: semantyczno-leksykalnym (znaczeniowym), syntaktyczno-morfologicznym (gramatycznym), fonetyczno-fonologicznym (artykulacyjnym). W programowaniu terapii logopedycznej dzieci z alalią należy zwrócić szczególną uwagę na dobór technik terapeutycznych, które powinny umożliwiać współdziałanie obu półkul mózgowych, a także materiału ćwiczeniowego odpowiadającego komunikacyjnym oraz poznawczym potrzebom dziecka i opierającego się na wykształconych sprawnościach i mocnych stronach pacjenta. Należy ponadto oddziaływać stymulująco na wszelkie sfery aktywności, zarówno werbalnej, jak i pozawerbalnej [Panasiuk, 2015, s. 332].

Zgodnie z przyjętymi założeniami program terapii logopedycznej dla K.S. w roku szkolnym 2017/2018 obejmował<sup>3</sup>:

- 1) stymulowanie rozwoju poznawczego przez gry i zabawy pobudzające zmysł wzroku, słuchu, dotyku, węchu, smaku, wykorzystujące mocne strony dziecka, stanowiące jednocześnie doskonałą okazję do „otaczania” chłopca mową, dostarczania wzorców artykulacji oraz prezentowania rozmaitych zachowań komunikacyjnych;
- 2) zachęcanie i motywowanie chłopca do aktywnego udziału w zajęciach, chwalenie i nagradzanie za najdrobniejsze sukcesy, aby wzmocnić jego pewność siebie i zwiększyć otwartość;
- 3) nawiązywanie i utrzymywanie kontaktu emocjonalnego, pozostawianie w kontakcie wzrokowym, który ma gwarantować dziecku poczucie akceptacji i powodzenia;
- 4) zajęcia ogólnorozwojowe, aktywizujące myślenie przyczynowo-skutkowe, rozwijające pamięć, uwagę, koncentrację, dokonywanie analizy i syntezy (wzrokowej, słuchowej, czuciowo-ruchowej), kształtowanie zapamiętywania, przechowywania i odtwarzania informacji, ćwiczenie orientacji czasowej i przestrzennej;

<sup>3</sup> Moim zamiarem nie jest podanie konkretnych ćwiczeń, wykorzystywanych materiałów i pomocy dydaktycznych, lecz przedstawienie ogólnego planu i kierunków podejmowanych przeze mnie działań.



- 5) rozbudzanie potrzeby werbalnego komunikowania się z otoczeniem (zwłaszcza rówieśnikami), uświadamianie, że za pomocą języka można wyrazić własne emocje, uczucia, spostrzeżenia, poznać otaczający świat, nawiązać przyjaźnie, co jest niezwykle istotne dla dziecka w wieku przedszkolnym;
- 6) nawiązywanie dialogu z dzieckiem w każdej możliwej sytuacji, zadawanie częstych pytań, oczekiwanie na reakcję werbalną, ale także docenianie pozawerbalnych znaków i nadawanie im językowego znaczenia;
- 7) mówienie krótkimi, jednoznacznymi i jasno sformułowanymi zdaniami o sytuacjach, w których uczestniczyło dziecko; stosowanie dodatkowych wyjaśnień, powtórzeń, pytań naprowadzających lub w przypadku trudności demonstrowanie sposobu wykonania zadania;
- 8) stymulowanie funkcji słuchowych, „otaczanie” chłopca dźwiękami otoczenia, prowadzenie zabaw dźwiękonaśladowczych, rozwijanie umiejętności różnicowania i identyfikowania dźwięków, wskazywanie lokalizacji źródła dźwięku, rozwijanie pamięci i uwagi słuchowej;
- 9) rozwijanie słuchu fonematycznego i różnicowania dźwięków mowy, ćwiczenia analizy i syntezy słuchowej wyrazu, nauka rozpoznawania rymów i aliteracji, wydzielanie głosek w nagłosie, śródgłosie i wygłosie;
- 10) usprawnianie motoryki narządów artykulacyjnych, tj. języka, warg, podniebienia miękkiego, żuchwy; opanowanie umiejętności świadomego kierowania ruchami narządów mowy, pionizacja języka, uwrażliwienie miejsc w jamie ustnej istotnych dla prawidłowego wymawiania głosek;
- 11) kształtowanie prawidłowego toru oddechowego, wzmocnienie mięśni biorących udział w oddychaniu, poszerzenie pojemności płuc, wyrobienie umiejętności szybkiego, pełnego wdechu, wydłużenie fazy wydechowej, dostosowanie długości wydechu do czasu trwania wypowiedzi, nauka odróżniania fazy wdechu i wydechu;
- 12) korygowanie wady wymowy (parakappacyzm, paragammacyzm, sygmatyzm, pararotacyzm, mowa bezdźwięczna): wywoływanie i utrwalanie prawidłowego wzorca artykulacji głosek w izolacji, sylabach, wyrazach, kojarzenie dźwięków mowy ze wzorcami wzrokowymi i bodźcami dotykowymi;
- 13) kształtowanie biernego i czynnego słownika chłopca, łączenie nazw z przedmiotem znajdującym się na obrazku lub rzeczywistym oraz czynnością wykonywaną na zajęciach, w domu, ale też w sytuacji ukazanej na ilustracjach;
- 14) kształtowanie umiejętności nazywania cech przedmiotów (przymiotników) oraz cech czynności (przysłówek);
- 15) rozwijanie rozumienia prostych i złożonych poleceń oraz zachęcanie do ich wykonywania w różnych codziennych sytuacjach;
- 16) kształtowanie kompetencji językowo-komunikacyjnych: umiejętności wchodzenia w dialog, formułowania pytań oraz udzielania odpowiedzi na nie, umiejętności opowiadania i narracji, budowanie zdań gramatycznie poprawnych

i sensorycznych, wyrażanie i nazywanie uczuć i emocji, tworzenie zderzeń i zgrubień, zestawień przeciwstawnych i synonimów, dobór odpowiednich słów adekwatnie do sytuacji komunikacyjnej, opis ilustracji, opowiadanie historyjek obrazkowych, uzupełnianie brakujących słów w zdaniu, nauka znaczenia przyimków;

- 17) stymulowanie półkul mózgowych – zapamiętywanie sekwencji znaków (ruchów, dźwięków, obrazów, symboli), ćwiczenie umiejętności szeregowania, układania, ujmowania relacji, powtarzanie elementów w odpowiedniej kolejności, ćwiczenie linearnego porządkowania od strony lewej do prawej, wypracowanie umiejętności dostrzegania różnic i podobieństw między elementami, ćwiczenie umiejętności kategoryzowania i rozumienia zależności przyczynowo-skutkowych;
- 18) usprawnianie umiejętności manualnych (motoryki małej) i koordynacji wzrokowo-ruchowej: kolorowanie elementów obrazka, rysowanie nieprzekraczające konturu, rozplanowanie elementów na kartce, odtwarzanie prostych i złożonych figur geometrycznych, odwzorowanie szlaczeków.

## Podsumowanie

Po dziesięciu miesiącach terapii logopedycznej zaobserwowano u chłopca rozwój w zakresie sprawności językowo-komunikacyjnych, co świadczy, że prowadzone działania przyniosły zamierzone efekty. K.S. zaczął sam nawiązywać interakcje werbalne z rówieśnikami i dorosłymi. Podejmował próby prowadzenia dialogu w zakresie podstawowym. Budował proste, sensoryczne zdania, choć nie zawsze poprawne pod względem gramatycznym. Chłopiec w codziennych sytuacjach komunikacyjnych używał słów we właściwym znaczeniu. Zaczął poprawnie budować wyrażenia przyimkowe.

Nastąpiło znaczne polepszenie w zakresie rozumienia poleceń, co pozytywnie wpłynęło na wykonywanie codziennych zadań w przedszkolu. Dziecko wzbogaciło swój zasób słownictwa o rzeczowniki, czasowniki, przymiotniki, przysłowki, liczebniki (desygnaty nazywające przedmioty codziennego użytku, proste czynności, nazwy zwierząt, roślin, kolorów, pojazdów, zabawek, posiłków i ich cechy).

K.S. usprawnił swój aparat artykulacyjny oraz zyskał umiejętność prawidłowego oddechu. Skorygowane zostały nieprawidłowości w artykulacji głosek: *k, g, s, z, c, dz, ś, ź, ć, dź* oraz uświadomiono chłopcu kategorię dźwięczności.

Nastąpił rozwój percepcji słuchowej. Chłopiec z powodzeniem dzielił dwu- i trzysylabowe słowa na sylaby oraz określał pozycje głoski w wyrazie. Radził sobie z naśladowaniem i różnicowaniem dźwięków otoczenia. Na dobrym poziomie rozwinęła się pamięć i uwaga słuchowa.

Ponadto zauważono poprawę w zakresie: ujmowania relacji przestrzennych oraz umiejętności szeregowania i kategoryzowania. Usprawniono koordynację

wzrokowo-ruchową oraz motorykę małą, w wyniku czego chłopiec z łatwością wykonywał ćwiczenia polegające na kolorowaniu, odwzorowywaniu figur i szlaczków. Podejmował też pierwsze próby pisania liter.

Warto podkreślić, że pozytywne efekty terapii to w dużej mierze zasługa zaangażowania najbliższych. W codziennych sytuacjach domowych rodzice przestrzegali zasad dobrej komunikacji z dzieckiem i systematycznie wykonywali zalecane przez logopedę ćwiczenia.

Prowadzona terapia wymaga kontynuacji, zwłaszcza że przed dzieckiem nowy etap edukacyjny – nauka w klasie pierwszej. Zaleca się więc doskonalenie zdobytych umiejętności językowych w zakresie podsystemów: fonetyczno-fonologicznego, morfologicznego, syntaktycznego, semantyczno-leksykalnego oraz sprawności komunikacyjnych (społecznej, sytuacyjnej, pragmatycznej). Konieczne wydaje się także rozwijanie funkcji poznawczych, umiejętności motorycznych oraz podjęcie działań w kierunku rozpoczęcia nauki czytania i pisania.

Przedstawione w artykule studium przypadku potwierdza, że choć terapia logopedyczna dzieci z alalią jest procesem długotrwałym, daje jednak szansę na rozbudowywanie sprawności językowych, poprawę funkcjonowania emocjonalno-społecznego i poznawczego. Dzięki systematycznej pracy, zaangażowaniu i wsparciu najbliższego otoczenia, podtrzymywaniu w dziecku nadziei na osiągnięcie sukcesu i motywowaniu do pokonywania swoich ograniczeń program wczesnego wspomagania rozwoju dziecka jest dla niego ogromną szansą na przezwycięzenie trudności i w efekcie osiągnięcie dojrzałości szkolnej.

---

## Literatura

- Bogdanowicz Marta, 1985, *Psychologia kliniczna dziecka w wieku przedszkolnym*, Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Cieszyńska-Rożek Jagoda, 2013, *Metoda krakowska wobec zaburzeń rozwoju dzieci*, Kraków: Centrum Metody Krakowskiej.
- Cytowska Beata, Winczura Barbara, 2008, *Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju małego dziecka*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Dilling-Ostrowska Ewa, 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. 18–30.
- Drewniak-Wołosz Elżbieta, Paluch Anna, 2009, *Niedokształcenie mowy o typie afazji – rozważania nad kryteriami diagnozy*, „Logopeda”, nr 1(7), s. 90–99.
- Herzyk Anna, 1992, *Afazja i mutyzm dziecięcy. Wybrane zagadnienia diagnozy i terapii*, Lublin: Wydawnictwo Polskiej Fundacji Zaburzeń Mowy.
- Jastrzębowska Grażyna, 1998, *Podstawy teorii i diagnozy logopedycznej*, Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego.
- Kaczmarek Leon, 1966, *Nasze dziecko uczy się mowy*, Lublin: Wydawnictwo Lubelskie.
- Kordyl Zofia, 1968, *Psychologiczne problemy afazji dziecięcej*, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.

- Majewska Zofia, Szelożyńska Katarzyna, 1959, *Zaburzenia mowy u dzieci z niedowładami prawymi i lewostronnymi*, „Neurologia, Neurochirurgia i Psychiatria Polska”, t. IX, nr 6, s. 751–758.
- Mierzejewska Halina, Emiluta-Rozya Danuta, 1998, *Propozycja modyfikacji projektu „Badania mowy” I. Styczek*, „Logopedia”, nr 25, s. 49–63.
- Mitrinowicz-Modrzejewska Aleksandra, 1963, *Fizjologia i patologia głosu, słuchu i mowy*, Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Paluch Aneta, Drewniak-Wołosz Elżbieta, Mikosza Lucyna, 2012, *Afa-Skala. Jak badać mowę dziecka afatycznego?*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Panasiuk Jolanta, 2008, *Standard postępowania logopedycznego w afazji*, „Logopedia”, nr 37, s. 69–89.
- Panasiuk Jolanta, 2015, *Postępowanie logopedyczne w przypadkach alalii i niedokształcenia mowy o typie afazji*, [w:] S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak (red.), *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 309–345.
- Parol Urszula, 1989, *Dziecko z niedokształceniem mowy: diagnoza, analiza, terapia*, Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Pilch Tadeusz, 2003 *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.
- Pruszewicz Antoni, 1992, *Foniatria kliniczna*, Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 24 sierpnia 2017 r. w sprawie organizowania wczesnego wspomagania rozwoju dzieci, [www.dziennikustaw.gov.pl/du/2017/1635](http://www.dziennikustaw.gov.pl/du/2017/1635) (dostęp: 10.04.2018).
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych, [www.dziennikustaw.gov.pl/du/2017/1743/1](http://www.dziennikustaw.gov.pl/du/2017/1743/1) (dostęp: 11.04.2018).
- Sawa Barbara, 1990, *Dzieci z zaburzeniami mowy*, Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Skibska Joanna, 2015, *Neuroplastyczność mózgu wsparciem rozwojowym dziecka we wczesnym dzieciństwie*, „Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły HUMANITAS. Pedagogika”, nr 10, s. 79–92.
- Spionek Halina, 1965, *Zaburzenia psychoruchowego rozwoju dziecka*, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Spionek Halina, 1973, *Zaburzenia rozwoju uczniów a niepowodzenia szkolne*, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Stasiak Joanna, 2015, *Postępowanie logopedyczne w przypadku alalii prolongaty*, [w:] S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak (red.), *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 239–264.
- Styczek Irena, 1980, *Logopedia*, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Szumaska Jadwiga, 1982, *Neurofizjologiczne podstawy zaburzeń mowy u dzieci*, [w:] taż (red.), *Zaburzenia mowy u dzieci*, Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, s. 7–17.
- Traczyńska Halina, 1982, *Rozwój i zaburzenia czynności ruchowych a funkcja mowy u dzieci*, [w:] J. Szumaska (red.), *Zaburzenia mowy u dzieci*, Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, s. 31–37.
- Węsierska Katarzyna, 2013, *Opieka logopedyczna w przedszkolu. Profilaktyka – diagnoza – terapia*, Toruń: Wydawnictwo Edukacyjne Akapit.
- Zaleski Tomasz, 1993, *Klasyfikacja zaburzeń mowy*, [w:] T. Gałkowski, Z. Tarkowski, T. Zaleski (red.), *Diagnoza i terapia zaburzeń mowy*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 47–50.

## Streszczenie

Artykuł dotyczy problematyki wczesnego wspomagania rozwoju dziecka w przypadku zaburzeń mowy pochodzenia centralnego. Stanowi studium przypadku sześciolatniego chłopca z alalią motoryczno-sensoryczną. Autorka poddaje ocenie możliwości językowe i komunikacyjne dziecka. Dokonuje charakterystyki jego mowy w odniesieniu do wszystkich podsystemów języka (fonologicznego, morfologicznego, leksykalnego i składniowego). W opracowaniu przedstawiono również program i efekty terapii logopedycznej oraz wskazano kierunki działań w kolejnych etapach postępowania.

---

## Summary

The article concerns the problem of early support of child development in the case of speech disorders of central origin. It constitutes the case study of a 6-year-old boy with motor-sensory alaly. The author evaluates the language and communication possibilities of the child. The complex characteristics of child's speech is conducted with the reference to all subsystems of language (phonological, morphological, lexical and syntactic). The paper also presents the program and effects of speech therapy and indicates the directions of activities in proceedings subsequent stages.