

MARZENA BŁASIAK-TYTUŁA,
ZDZISŁAWA ORŁOWSKA-POPEK

Uniwersytet Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie
Wydział Humanistyczny

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-4827-8314>, <https://orcid.org/0000-0002-1770-5889>

Trudności w kształtowaniu funkcji słuchowych u podstaw zaburzeń rozwoju językowego dzieci z afazją dziecięcą

Difficulties in Shaping Auditory Functions at the Basis
of Language Development Disorders in Children with Childhood Aphasia

STRESZCZENIE

Zamieszanie terminologiczne, chęć podjęcia terapii w momencie nazwania trudności i utrudniony dostęp do terapii neurobiologicznej nie są czynnikami sprzyjającymi wyrównaniu deficytów komunikacyjnych, językowych i poznawczych w przypadku dzieci z afazją dziecięcą. Autorki przedstawiają wyniki swoich badań i opisują trudności dzieci uczestniczących w terapii neurobiologicznej. Prezentują także wyniki badań dzieci bez diagnozy zaburzeń komunikacji językowej, aby zwrócić uwagę na zadania językowe, które przysparzają najwięcej trudności. Znalazły się wśród nich ćwiczenia sekwencji słuchowych. Stanowi to dla badaczek punkt wyjścia do istotnych konkluzji terapeutycznych.

Słowa kluczowe: afazja dziecięcą, funkcje słuchowe, sekwencje słuchowe, terapia logopedyczna, terapia neurobiologiczna, zaburzenia rozwoju językowego

SUMMARY

Terminological confusion, readiness for therapy at the time of naming difficulties and difficult access to neurobiological therapy are not conducive factors for compensating communication, language and cognitive deficits in children with infantile aphasia. The authors present the results of their research and describe the difficulties of children participating in neurobiological therapy. They also present the results of studies with children without a diagnosis of a speech communica-

tion disorder to draw attention to the language tasks that cause the most difficulties. These included listening sequence exercises. This is the starting point for researchers to draw important therapeutic conclusions.

Key words: childhood aphasia, auditory functions, auditory sequences, speech therapy, neurobiological therapy, language development disorders

WSTĘP

W logopedycznych klasyfikacjach zwraca się uwagę na specyficzne zaburzenia rozwoju językowego, a wśród nich wymienia się najczęściej niedokształcenie mowy o typie afazji, alalię, alalię prolongatę czy afazję dziecięcą (Panasiuk 2020). Wymienione jednostki różnią się między sobą wieloma czynnikami: przyczynami, głębokością trudności językowych, a także dynamiką ich ustępowania w procesie terapeutycznym, dlatego wszystkie powinny być brane pod uwagę w chwili dokonywania diagnozy (por. Panasiuk 2020). Zaburzenia mowy pochodzenia centralnego w polskiej literaturze są określane w różnorodny sposób i wciąż toczą się dyskusje dotyczące ich trafności. Oto tylko niektóre z nich: afazja dziecięca (Spionek 1965; Jastrzębowska 1999; Cieszyńska-Rożek 2013), afazja u dzieci (Rothenberger 1986; Cieszyńska-Rożek 2013), afazja rozwojowa (Eisenson 1970; Majewska, Dilling-Ostrowska w: Szumska 1982), niedokształcenie mowy o typie afazji (Kordyl 1968; Parol 1989), dysfazja / dysfazja dziecięca (Pruszewicz 1992; Zaleski 1993; Jastrzębowska 1999), niemota pochodzenia centralnego (Styczek 1980), wrodzone zaburzenia rozwoju mowy (Traczyńska w: Szumska 1982), wrodzona niezdolność do nabywania mowy (Szumska 1982), alalia (Kaczmarek 1966; Styczek 1980). Taki stan wpływa na ogromne rozbieżności i nieścisłości w definiowaniu zaburzenia, jego diagnozie (często ją oddala w czasie, opóźnia), jak i planowaniu terapii logopedycznej.

Wśród najczęściej wymienianych przyczyn afazji są: wrodzone wady budowy mózgu, niedostateczny rozwój lub opóźnienie dojrzewania neurologicznych procesów odpowiedzialnych za mowę (np.: opóźniony proces mielinizacji włókien nerwowych) czy mikrouszkodzenia mózgu powstałe w wyniku udarów, guzów, urazów, zatruc toksynami, napromieniowaniem, procesami zapalnymi. Przyczyny te wskazują też czas wystąpienia zaburzenia i w związku z tym mamy tutaj do czynienia z zaburzeniem związanym z niewykształceniem kompetencji językowych (afazja dziecięca, rozwojowa afazja dziecięca), zaburzeniem związanym z niewystarczającym wykształceniem kompetencji językowych (afazja u dzieci, opóźniony rozwój mowy) czy zaburzeniem spowodowanym utratą prawidłowo ukształtowanych kompetencji językowych (afazja typu dorosłego, afazja nabyta). J. Panasiuk (2008) zwraca uwagę na czynnik biologiczny wywołujący zaburzenie i w ten sposób różnicuje pojęcia:

1. alalia, niedokształcenie mowy o typie afazji, afazja dziecięca – spowodowane występowaniem uszkodzenia centralnego układu nerwowego, zależnie od etapu rozwoju dziecka – w okresie prelingwalnym, perilingwalnym oraz postlingwalnym;
2. alalia prolongata (prosty, opóźniony rozwój mowy) – będąca konsekwencją zakłóceń w dojrzewaniu i funkcjonowaniu mózgu (bez uszkodzeń organicznych).

W artykule sięgamy po termin afazji dziecięcej w rozumieniu J. Cieszyńskiej-Rozeł (2013, 241), która podkreśla, że: „afazja dziecięca jest zaburzeniem rozwoju mowy (rozumienia i nadawania) spowodowanym wczesnym (prenatalnym, okołoporodowym, wczesnodziecięcym) uszkodzeniem struktur kory mózgowej lewej półkuli, odpowiedzialnych za odbiór, przetwarzanie i zapamiętywanie informacji językowych”. Ponadto badaczka zwraca uwagę, że w sytuacji afazji często uszkodzeniu ulega także prawa półkula mózgu, co ma wpływ na obniżenie wszystkich funkcji poznawczych, a także przekłada się na trudności w skupieniu uwagi.

Celem artykułu jest:

- zaprezentowanie możliwości komunikacyjnych i systemowych dzieci w wieku 6–8 lat ze zdiagnozowaną afazją dziecięcą, korzystających z terapii logopedycznej,
- charakterystyka trudności ujawniających się podczas wykonywania zadań językowych przez dzieci z afazją,
- przedstawienie zjawisk językowych i deficytów rozwojowych nie tylko badanej grupy, w chwili stawiania diagnozy, ale także ukazanie tych trudności z perspektywy czasowej (kilku lat prowadzonej terapii, doświadczeń klinicznych w pracy z dziećmi z afazją),
- ukazanie możliwości planowania terapii w odniesieniu do umiejętności zaobserwowanych podczas badania,
- nazwanie trudności dzieci z afazją, na jakie natrafiają one w szkole i na co dzień w domu, mimo prowadzonej terapii,
- zestawienie wyników badań dzieci z afazją dziecięcą poddanych terapii logopedycznej z grupą dzieci bez orzeczeń w wieku od szóstego do ósmego roku życia (wyłonienie zadań służących rozwijaniu umiejętności językowych w terapii, które sprawiały trudności także dzieciom bez zaburzeń).

OBJAWY AFAZJI DZIECIĘCEJ

W zależności od momentu wystąpienia oraz zakresu uszkodzenia mózgu w chwili oceny rozwoju umiejętności językowych i poznawczych dziecka diagnosta styka się z różnorodnymi objawami zaburzenia. Zarówno literatura, jak i praktyka kliniczna dostarczają wielu przykładów. Do najczęściej obserwowanych w afazji dziecięcej należą:

- brak lub opóźnienie rozwoju mowy, zaburzony mechanizm rozumienia i oznaczania (nazywanie pojedynczymi wyrazami, trudności w ich artykułowaniu, składanie wyrazów i zdań odbywa się z wysiłkiem, problem z wyborem odpowiednich znaczeń, agramatyzmy, trudności fleksyjne),
- w zdaniach częste reduplikacje zwłaszcza zaimków i brak wyrazów nazywających,
- problemy z zapamiętywaniem sekwencyjnym (zarówno materiału tematycznego, atematycznego jak i językowego; zapominanie słownictwa już używanego i trudności z uczeniem się nowych znaczeń),
- trudności z wyszukiwaniem odpowiedniego znaczenia (wybór wyrazów należy do porządku paradygmatycznego), z dokonaniem selekcji i popełnianie błędów przez stosowanie znaczenia w obrębie jednego pola tematycznego (np. *szalik* zamiast *czapka* czy *bulka* zamiast *chleb*, ale też np.: *czesze* zamiast *zamiata*),
- trudności z różnicowaniem wyrazów podobnych (dokonywanie zamian w polu formalnym),
- trudności z koncentracją i utrzymaniem uwagi zwłaszcza na przekazach werbalnych,
- problemy z podzielnością uwagi (rozdzielanie zadań i wykonywanie ich po kolei),
- zaburzona zdolność do reagowania na dane bodźce przy jednoczesnej konieczności ignorowania innych bodźców,
- substytucje formalne i znaczeniowe podczas powtarzania, rozumienia i nazywania,
- opóźniony rozwój motoryki dużej i małej (zabawy na poziomie niższym niż wiek dziecka, problemy z planowaniem ruchów, odtwarzaniem sekwencji ruchów),
- problemy z planowaniem, naśladowaniem ruchów artykulacyjnych, wykonywaniem ruchów naprzemiennych,
- problem z powtarzaniem głosek i sylab nieposiadających znaczenia,
- brak chęci do podejmowania zabaw ruchowych, gry w piłkę, jazdy na rowerze,

- brak prymarnych symbolicznych zachowań i niemożność wykorzystania: gestów, sekwencji gestów i ruchów ciała czy mimiki do komunikacji (nie wykorzystują gestów na poziomie przedwerbalnym, aby poinformować, że np.: *ktoś je, idzie, śpi*),
- problemy z odkodowaniem znaczenia rysunków (zwłaszcza symbolicznych, konturowych, schematycznych).

Ponadto:

- tworzenie neologizmów i zniekształcanie słów (substytucje i metatezy głoskowe, sylabowe, kontaminacje),
- jedynie sytuacyjne rozumienie słów i zdań,
- rozumienie głównie rzeczowników jako słów kluczowych,
- niechętnie słuchanie czytanych tekstów,
- nieprawidłowości w procesie czytania i pisania i trudności w nauce tych sprawności,
- brak możliwości wypełniania poleceń, instrukcji językowych,
- większe możliwości podczas opanowywania systemu językowego w zapamiętywaniu znaczeń, które są prezentowane jako elementy całości, a nie jako jednostki w izolacji,
- wtórne zaburzenia emocjonalne powstałe na tle dysfunkcji mowy.

Warto też zwrócić uwagę na cechy charakterystyczne trudności językowych i za J. Cieszyńską-Rożek (2013) przywołać następujące ich rodzaje:

1. Zjawiska paradygmatyczne – trudności z wyborem wyrazu spośród innych już znanych (wyrazy są podobne pod względem znaczeniowym i formalnym), a przykładów tego typu zachowań można znaleźć wiele:
 - substytucje: część za całość (*szkoła – zeszyt, dach – dom, słońce – lato*),
 - substytucje wyrazowe w polu znaczeniowym (*stół – krzesło, dziewczynka – chłopiec, ołówek – kredka*),
 - substytucje wyrazowe uwarunkowane formalnym podobieństwem słów (*buty – bułka, pani – pan, siedem – osiem, stolek – kolek*),
 - substytucje poprzez asocjacje z sytuacją (*morze – statek, lodówka – głodny, kalosze – pada, boisko – piłka, myje się – mydło*),
 - substytucje przez zaprzeczenie (*mama: nie tata, pije – nie je, samochód – nie pociąg, kroi – nie smaruje*),
 - substytucje nazwy ogólnej przez szczegółową (*ciasto – tort, warzywo – marchewka, buty – kapcie, kwiatek – róża*),
 - substytucje nazwy szczegółowej przez ogólną (*bluzka – ubranie, Kuba – chłopiec, lipa – drzewo, mama – rodzice*),

- reakcje predykatywne (*nóż – do krojenia, pędzel – maluje to, pies – tak szczeka, telewizor – ogląda*),
- stosowanie rzeczowników, czasowników, przymiotników, przysłówków, przyimków w zastępstwie innych (*mieć i robić* zamiast innych czasowników, *na* zamiast innych przyimków, *mały* zamiast innych przymiotników),
- zastępowanie innych części mowy przez rzeczowniki możliwe do opisanie danej sytuacji (*jako* zamiast *je, na śniadanie; zeszyt* zamiast *zadanie, rozwiązuje; woda* zamiast *pierze brudne ubrania*).

Zjawiska te obecne w języku dzieci z afazją często wynikają z zaburzeń o charakterze amnestycznym. Skoro nie ma możliwości przypomnienia sobie właściwych słów do określenia konkretnych osób, przedmiotów, sytuacji i pojęć, dzieci określają rzeczy i zjawiska opisowo, a także stosując różnego typu substytucje.

2. Zjawiska syntagmatyczne, wynikające z liniowego uporządkowania struktur językowych:
 - trudności w powtarzaniu zdań (dziecko opuszcza niektóre wyrazy, najczęściej te których znaczenia nie zna),
 - problemy w budowaniu zdań (np.: brak przyimków, spójników; nieodpowiedni szyk w zdaniach, pomijanie zaimka zwrotnego przy orzeczeniu),
 - uproszczenia grup spółgłoskowych (z powodów trudności w artykulacji),
 - elizje głosek i sylab w wyrazach,
 - metatezy głosek i sylab wyrazach (zwłaszcza dłuższych i tych, których jeszcze w słowniku nie ma).
3. Kontaminacje
 - powstawanie neologizmów, np.: *zamiotła* (zamiata + miotła), *cieter* (ciepły + sweter), *podgóra* (pod + górę)
 - tworzenie nienormatywnych form odmiany wyrazów, np.: *z babciem, nie ma stóła, ludziów, je się* (tak jak myje się),
 - struktury, których znaczenie niejednokrotnie nie jest zrozumiałe.

Zaobserwowanie, scharakteryzowanie i nazwanie typu zaburzenia jest jednocześnie ważnym momentem w planowaniu procesu terapeutycznego, który niejednokrotnie jest rozłożony w czasie i powinien być systematyczny, jeśli ma być efektywny. Niestety dynamika postępów obserwowanych w terapii jest zależna od wielu czynników i bardzo trudno przewidywać efekty oddziaływań w określonym czasie. Sama terapia opiera się na modelu rozwojowym, więc na bieżąco

powinny być oceniane poszczególne umiejętności językowe i poznawcze, by modyfikować program. U jej podstaw leży wiedza na temat procesów neurobiologicznych, konieczności wspomagania mechanizmów tworzenia ścieżek neuronalnych w ciągle przecież rozwijającej się korze mózgowej dziecka. Skoro jednak mamy do czynienia z zaburzeniem rozwoju, oddziaływanie powinny być systematyczne, tak jak sportowy trening, ale jednocześnie pozbawione rutyny, która niekorzystnie wpływa na motywację dziecka oraz jego percepcję. „Stymulacja odbioru, przetwarzania i zapamiętywania bodźców dźwiękowych ma ogromny wpływ na rozwój pozostałych zmysłów. Jednocześnie, aby prawidłowo odbierać wrażenia słuchowe, dziecko musi mieć rozwinięte także inne funkcje poznawcze” (Cieszyńska-Rożek 2018, 186).

BADANIA

Celem badania było określenie trudności językowych dzieci z afazją zdiagnozowanych w 2.–4. roku życia i poddanych terapii neurobiologicznej. Wszystkie dzieci były prowadzone z wykorzystaniem wczesnej nauki czytania, a ich język był programowany. Dodatkowo każde z dzieci miało możliwość kodowania wzorców językowych, nie tylko podczas słuchania, ale także zapamiętywania wzrokowego gestów artykulacyjnych¹ i zapisu. Ponadto wszystkie brały udział w treningu słuchowym², który opierał się na systematycznym (4–5 sesji w ciągu dnia po 3–5 min.) słuchaniu przez słuchawki spowolnionej w studio nagrań wersji samogłosek, sylab, wyrazów i zdań. Większość z dzieci dzięki takim ćwiczeniom słuchowym zaczęła powtarzać sylaby i wyrazy. Materiał badawczy zebrano podczas zajęć terapeutycznych w ciągu dwóch sesji. W grupie badawczej znalazło się 9 dziewczynek oraz 11 chłopców. Średnia wieku dzieci z afazją w momencie przeprowadzania testu wynosiła 80,7 miesięcy (zob. tabela 1). Dzieci poddane terapii odbywają zajęcia raz lub dwa razy w tygodniu po 60 minut. Ich rodziny czynnie włączają się do pracy nad umiejętnościami językowymi badanych.

¹ GA (gesty artykulacyjne) opracowane przez J. Cieszyńską. Przez Autorkę nazywane też wizualizacją głosek w sylabach. Są to ruchy jednej dłoni wskazujące sposób lub miejsce artykulacji i towarzyszące wypowiedzianym samogłoskom i spółgłoskom w sylabach. Gesty te dodatkowo wspomagają funkcje pamięci i z tego powodu także są niezbędne w terapii dzieci z afazją. Zostały opisane w publikacji J. Cieszyńskiej *Metody wywoływania głosek*, Kraków.

² W programie słuchowym (www.centrummetodykrakowskiej.pl) znajdują się nagrania samogłosek, wyrazów dźwiękonaśladowczych, sylab otwartych i wyrazów oraz czytanek z książeczek (*Na Wsi, W lesie i na łące, Pojazdy*, seria: Tycio i Pajda). Na program *Słucham i uczę się mówić* (www.arson.pl) składają się płyty CD i książeczki – I część: J. Cieszyńska, *Samogłoski i wykrzyknienia*, J. Cieszyńska *Wyrażenia dźwiękonaśladowcze*, II część: E. Wianecka, *Sylaby i rzeczowniki* (1-4), E. Wianecka, *Trudne głoski*, E. Wianecka, *Sylaby i czasowniki* (1-2), III część: E. Wianecka, *Odmiana rzeczownika*, E. Wianecka, *Przymyki*, A. Siudak, *Zdania*.

Wiedza na temat rozwoju neurotypowego dostarcza niezbędnych informacji pozwalających obiektywnie ocenić poziom umiejętności językowych badanych. Biorąc pod uwagę te informacje, zadania wykorzystywane w terapii dzieci z afazją przedstawiono grupie dzieci bez orzeczeń (grupa kontrolna). W grupie kontrolnej znalazło się 10 dziewczynek i 10 chłopców. Średnia wieku dzieci w normie rozwojowej w momencie przeprowadzania testu wynosiła 79.8 miesiące (zob. tabela 1).

Tabela 1. Charakterystyka grupy badawczej

	Dzieci z afazją	Dzieci bez afazji
N	20	20
Średnia	80.7	79.8
Mediana	79.0	80.0
Odchylenie standardowe	7.98	5.48
Minimum	72	73
Maksimum	95	94

Wśród zadań, dzięki którym dzieci z afazją budują umiejętności językowe i poznawcze, znalazły się różnorodne ćwiczenia. Na potrzeby aktualizacji diagnozy i scharakteryzowania nie tylko umiejętności, ale też trudności dzieci z afazją stworzono narzędzie badawcze, w skład którego weszły ćwiczenia:

- powtarzania czteroelementowych sekwencji słuchowych wyrazów znaczących (np.: *czyta, czysty, czapka, czary*),
- powtarzania czteroelementowych sekwencji słuchowych pseudowyrazów (np. *kafu, febo, kito, toma*),
- powtarzania zdań semantycznie normatywnych (np.: *Karol pędzi przed siebie.*),
- powtarzania zdań semantycznie nienormatywnych (np.: *Zmęczony wiatrak zajada kasztanowe placki.*),
- rozumienia poleceń ze słuchu (np. *tupnij*),
- słuchania tekstu czytanego (pytania do tekstu po jego wysłuchaniu).

Maksymalnie dziecko mogło uzyskać 41 punktów. Podczas zajęć terapeutycznych materiał zadaniowy jest bardzo zróżnicowany, jednak do badań wybrano ćwiczenia, które są najbardziej reprezentatywne dla osiągnięcia kompetencji językowej w przypadku afazji dziecięcej.

WYNIKI

Wyniki badań przeprowadzone w dwóch grupach: badawczej i kontrolnej ujawniły bardzo słabe umiejętności dzieci z afazją w zakresie percepcji słuchowej w porównaniu z dziećmi w normie rozwojowej, bez afazji. Średni wynik uzyskany przez dzieci z afazją wyniósł 12.8 (mediana 13.0), natomiast średni wynik w grupie kontrolnej wyniósł 36.3 (mediana 36.0). Minimalna liczba punktów uzyskana w grupie badawczej wyniosła 2, a w grupie kontrolnej 29; natomiast maksymalna liczba osiągnięta w grupie nadawczej wyniosła 28, a w grupie kontrolnej 41, czyli najwyższa liczba punktów, którą dziecko mogło osiągnąć w zadaniach. Odchylenie standardowe jest większe w przypadku grupy badawczej, wyniosło 7.32, co świadczy o dużym rozproszeniu wokół średniej. Wyniki osiągnięte przez dzieci z afazją były zdecydowanie bardziej zróżnicowane niż w grupie kontrolnej, gdzie odchylenie standardowe wyniosło 3.65 (zob. tabela 2). Wyniki te ujawniają, jak bardzo grupa dzieci z afazją jest nieheterogeniczna. I nie chodzi tylko i wyłącznie o przyczyny zaburzeń czy lokalizację uszkodzeń mózgu, ale również o sprawności m.in. słuchowe.

Tabela 2. Wyniki badań

	Dzieci z afazją	Dzieci bez afazji
N	20	20
Średnia	12.8	36.3
Mediana	13.0	36.0
Odchylenie standardowe	7.32	3.65
Minimum	2	29
Maksimum	28	41

Dzieci z afazją najlepiej poradziły sobie z zadaniami wykonywania prostych poleceń po instrukcji werbalnej typu: *tupnij, klaśnij*. Trudność pojawiła się wraz ze wzrostem poziomu trudności zadania, np.: *zrób jeden krok do tyłu* lub *zrób dwa kroki w lewo*. Ćwiczenia powtarzania zdań semantycznie normatywnych również okazały się dla dzieci z afazją łatwiejsze niż zdania semantycznie nienormatywne, których wszystkie dzieci w grupie badawczej nie potrafiły powtórzyć poprawnie. Pozostałe ćwiczenia, czyli powtarzanie czteroelementowych sekwencji słuchowych wyrazów znaczących, pseudowyrazów oraz odpowiadanie na pytania do tekstu po jego wysłuchaniu były dla dzieci z afazją zadaniami bardzo trudnymi.

DYSKUSJA

Terapia dziecka z afazją dziecięcą opiera się na wiedzy neurobiologicznej. Praca nad językiem wynika z samej definicji języka: „język jest systemem sekwencji informacji słuchowych (mowa), wzrokowych (pismo) uporządkowanych linearnie i hierarchicznie (relacyjnie)” (Cieszyńska-Rożek 2022, 120), dlatego sięgając po odpowiednie znaczenia i budując z nich wypowiedzi, terapeuta jednocześnie stwarza podstawy do przetwarzania języka. Uwzględnia w treningu zarówno ćwiczenia percepcyjne, jak i motoryczne, także operacji myślowych czy pamięci. Dzięki terapii z uwzględnieniem wczesnej nauki czytania metodą symultaniczno-sekwencyjną, techniki programowania języka, GA, ćwiczeń spostrzegania słuchowego (także z wykorzystaniem programu słuchowego), ćwiczeń spostrzegania wzrokowego i operacji myślowych, ćwiczeń planowania ruchów (motoryka duża i mała oraz prakcja oralna), ćwiczeń zapamiętywania symultanicznego i sekwencyjnego umiejętności dzieci z afazją rozwijają się stopniowo, choć postępy w terapii nie są identyczne. Niejednokrotnie terapeuta musi uwzględniać konieczność wracania do już wypracowanych umiejętności, powtarzania pewnych ćwiczeń, utrwalania codziennych wypowiedzi, ale też stopniowego podnoszenia stopnia trudności zadań, np.: włączania w większym zakresie ćwiczeń opartych na spostrzeganiu słuchowym, a rezygnacji z ćwiczeń percepcji wzrokowej czy też ćwiczeń językowych wspieranych spostrzeganiem wzrokowym (kiedy dziecko słucha i śledzi tekst, czyta bądź słucha pytań, ale odpowiedzi poszukuje w tekście). Z racji zaburzeń uwagi oddziaływania powinny być ukierunkowane na zautomatyzowanie pewnych umiejętności, w tym językowych, aby nie musiały w dużym stopniu opierać się na procesach uwagi. Według badaczy (m.in. R. Jacobson, M. Halle 1964) informacje zdobywane drogą słuchową są w znacznie większym stopniu niż wzrokowe związane z przetwarzaniem języka, nabywaniem kompetencji językowej oraz komunikacyjnej. Dla prawidłowego rozwoju mowy istotną rolę pełni percepcja słuchowa. Dzieci z afazją dziecięcą, które czytają, prezentują lepsze umiejętności nie tylko językowe, ale także w zakresie spostrzegania słuchowego, które u większości tych dzieci jest na niskim poziomie. Aby terapia mogła być efektywna, konieczne jest uwzględnienie ćwiczeń stymulujących rozwój korowych ośrodków przetwarzania bodźców akustycznych w wolnej przestrzeni, jak i zamkniętej – przy stoliku. Należy położyć duży nacisk na zadania powtarzania sekwencji słuchowych wyrazów znaczących oraz pseudowyrazów, jak również ćwiczenia słuchania tekstu i odpowiadania na pytania do tekstu.

W warunkach naturalnych dziecko ma możliwość kształtować uwagę słuchową i uczy się filtrować dźwięki. W sprzyjających, czyli kierowanych sytuacjach uczy się podążać za obrazem motywowanym dźwiękiem i – co istotne

– wychwytywać komunikaty językowe spośród maskujących je dźwięków niewerbalnych. Z kolei działania przy stoliku warunkują możliwość prowadzenia dialogu podczas sesji i wykorzystywania go w codziennych sytuacjach. Swobodne działania przy stoliku mają charakter zabawy kierowanej w trakcie, której terapeuta nie tylko mówi, ale także prezentuje zapis. Kreowane sytuacje wzmacniają zapamiętywanie, a znaczenia w ten sposób prezentowane są szybciej zapamiętywane. Nauka czytania wpływa także na poprawę umiejętności artykulacji, choć to długi i żmudny proces terapeutyczny, a ponadto usprawnia zapamiętywanie zarówno symultaniczne, jak i sekwencyjne. Niestety terapeuta dziecka z afazją dziecięcą powinien być przygotowany na częste przypadki braku możliwości płynnego przechodzenia od jednej umiejętności do kolejnej, od jednej fazy rozwojowej do wyższej. Tylko systematyczne ćwiczenia i cierpliwość nie tylko terapeuty, który kieruje całym procesem wspierania dziecka w różnych sferach jego aktywności, ale także rodziny, mogą przynieść pozytywne efekty.

„Wiadomo z badań neurobiologicznych nad ludzką percepcją, że struktury językowe nie tylko obiektywizują ogląd rzeczywistości poprzez jego uspołecznianie, ale stają się także filtrem dopływu bodźców do mózgu. Mechanizm tego filtrowania zasadza się na wyborze: spośród ogromnej ilości bodźców zmysłowych płynących zewsząd do organizmu, mózg wybiera najpierw te, które umysł poprzez swoje struktury poznawcze potrafi zinterpretować, czyli umiejscowić w zasobie ujęzykowionych i uporządkowanych doświadczeń jednostki. Umysł ludzki bowiem jest w gruncie rzeczy ujęzykowanym doświadczeniem człowieka” (Grabias 2007, 356).

KONKLUZJA

Spośród wielu różnorodnych ćwiczeń wykorzystywanych w terapii logopedycznej dzieci z afazją dziecięcą duże trudności sprawiają większości tych dzieci zadania wymagające skupienia uwagi słuchowej. Badacze (Eisenson 1970) zajmujący się tym zaburzeniem wskazują, że dziecko z afazją może mieć trudności w przechowywaniu i odzyskiwaniu dźwięków, w uogólnianiu fonemicznym, a także w sekwencjonowaniu. Dziecko z afazją może urodzić się strukturalnie źle przystosowane do nabywania zachowań werbalnych. W związku z tym w życiu codziennym, ale i w terapii tym większe kłopoty są widoczne, im podczas rozwiązywania zadań związanych z przetwarzaniem słuchowym mniej dodatkowego wsparcia, najczęściej wzrokowego (GA, zapis), uzyskują. Proces terapeutyczny powinien być tak zaplanowany, by początkowo dzieci te otrzymywały jak najwięcej informacji pomocniczych przetwarzanych innymi niż słuch zmysłami, gdy z takim trudem koncentrują się na komunikacie werbalnym lub go lokalizują, a przecież powinny go docelowo zapamiętać i przyswoić nowe zna-

czenie. Stopniowo jednak coraz większy akcent powinien być kładziony na różnorodne ćwiczenia słuchowe, zwłaszcza z materiałem językowym, by móc liczyć na efektywność terapii.

BIBLIOGRAFIA

- Cieszyńska J., 2001, *Metody wywoływania głosek*, Kraków.
- Cieszyńska-Rożek J., 2013, *Metoda Krakowska wobec zaburzeń rozwoju dzieci. Z perspektywy fenomenologii, neurobiologii i językoznawstwa*, Kraków.
- Cieszyńska-Rożek J., 2023, *Neurobiologiczne podstawy rozwoju poznawczego. Język*, Kraków.
- Dilling-Ostrowska E., 1982, *Rozwój i zaburzenia mowy u dzieci w zależności od stopnia dojrzałości układu nerwowego* [w:] *Zaburzenia mowy u dzieci*, red. J. Szumska, Warszawa.
- Eisenson J., 1970, *Developmental aphasia*, "Journal of the South African Speech and Hearing Association" 16(1), s.15–25.
- Grabias S., 2007, *Język, poznanie, interakcja*, [w:] *Język-interakcja-zaburzenia mowy. Metodologia badań*, red. T. Woźniak, A. Domagała, UMCS Lublin, s. 355–377.
- Jakobson R., Halle M., 1964, *Podstawy języka*, Wrocław.
- Jacobson R., 1989, *W poszukiwaniu istoty języka. Wybór pism*, t. 1–2, Warszawa.
- Jastrzębowska G., 1999, *Afazja, dysfazja dziecięca*, [w:] *Logopedia. Pytania i odpowiedzi*, red. T. Gałkowski, G. Jastrzębowska, Opole, s. 369–405.
- Kaczmarek L., 1966, *Nasze dziecko uczy się mowy*, Lublin.
- Kordyl Z., 1968, *Psychologiczne problemy afazji dziecięcej*, Warszawa.
- Orłowska-Popek Z., 2017, *Programowanie języka w terapii logopedycznej (na przykładzie rozwoju języka dzieci niesłyszących)*, Kraków.
- Panasiuk J., 2008, *Standard postępowania logopedycznego w przypadku alalii i niedokształcenia mowy o typie afazji*, „Logopedia” 37, s. 69–89.
- Panasiuk J., 2020, *Specyficzne zaburzenia rozwoju mowy w diagnozie i terapii logopedycznej*, [w:] *Wczesna interwencja logopedyczna. Logopedia XXI wieku*, red. K. Kaczorowska-Bray, S. Milewski, Gdańsk, s. 211–246.
- Parol U., 1989, *Dziecko z niedokształceniem mowy*, Warszawa.
- Pruszewicz A., 1992, *Foniatryka kliniczna*, Warszawa.
- Rothenberger A., 1986, *Aphasia in children*, "Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie" 54(3), s. 92–8.
- Spionek H., 1965, *Zaburzenia psychoruchowego rozwoju dziecka*, Warszawa.
- Styczek I., 1980, *Logopedia*, Warszawa.
- Szumska J., 1982, *Zaburzenia mowy u dzieci*, Warszawa.
- Zarębina M., 1965, *Kształtowanie się systemu językowego dziecka*, Wrocław
- Zaleski T., 1993, *Klasyfikacja zaburzeń mowy*, [w:] *Diagnoza i terapia zaburzeń mowy*, red. T. Gałkowski, Z. Tarkowski, T. Zaleski, Lublin.
- Zarębina M., 1965, *Kształtowanie się systemu językowego dziecka*, Wrocław
- Zarębina M., 1973, *Rozbicie systemu językowego w afazji (na materiale polskim)*, Wrocław.