

*Marlena Kurowska*  
(Uniwersytet Warszawski)

## **OPÓŹNIENIA W ROZWOJU MOWY A AFAZJA ROZWOJOWA W PRAKTYCE LOGOPEDYCZNEJ**

### **WPROWADZENIE**

Rozwój mowy i języka dziecka ma charakter indywidualny i zależy od wielu czynników. Przede wszystkim od procesu dojrzewania układu nerwowego uwarunkowanego genetycznie, rozwoju psychomotorycznego oraz środowiska wychowawczego dziecka. Charakter tego rozwoju jest stadialny i każdy wyróżniony etap odpowiada określonemu poziomowi rozwoju dziecka. Najczęściej w procesie rozwoju mowy dziecka wyróżnia się cztery podstawowe etapy [Porayski-Pomsta 2015].

Pierwszym z nich jest stadium przedjęzykowe, które trwa od narodzin dziecka do około 9.–12. m.ż. Na początku tego okresu można wyróżnić krzyk, płacz dziecka, które stopniowo przekształcają się w apele-sygnały. Następnymi, bardziej dojrzałymi formami są głużenie i gaworzenie. Rozwijają się naśladownictwo intonacji, a później – wielokrotne powtarzanie sylab otwartych. Dziecko odtwarza dźwięki produkowane przez siebie oraz docierające do niego z otoczenia. Kolejne stadium rozpoczyna już rozwój komunikacji językowej i przypada na okres od 9.–12. m.ż. do 36. m.ż., czyli na wiek przedprzedszkolny. Początkowo kształtuje się wypowiedź jednowyrazowa. W tym czasie wzbogaca się zasób słownika dziecka, stabilizuje forma wyrazu i jej związek ze znaczeniem, a w konsekwencji dziecko opanowuje podstawy systemu językowego: fonologicznego, morfologicznego i składniowego. Od 37. m.ż. do 6.–7. r.ż. trwa stadium komunikacji przedszkolnej. Rozwijają się w nim umiejętności konwersacji i form narracyjnych tworzonych już samodzielnie przez dziecko. Kończy się kształtowanie systemu fonologiczno-artykulacyjnego. Następny etap przypada na okres wczesnoszkolny – od 6.–7. r.ż. do 10.–12. r.ż. Powstają w nim wzorce rozwiniętej konwersacji, które wykraczają poza ramy konkretnej, aktualnej sytuacji mówienia. Dziecko opanowuje także język pisany [Porayski-Pomsta 2015].

Dla ukształtowania umiejętności swobodnego i dowolnego posługiwania się językiem ojczystym w dojrzałej formie konieczne jest przejście przez wszystkie stadia rozwojowe, przy czym wcześniejsze stadium rozwojowe stanowi podstawę stadium późniejszego [Porayski-Pomsta 2015].

Taki przebieg rozwoju mowy i języka można uznać za prawidłowy. Jednak u niektórych dzieci opanowywanie umiejętności werbalnego porozumiewania się może trwać dłużej – przesuwac się w czasie, tzn. opóźniać się w stosunku do ustalonej normy. Przyjmuje się przy tym, że półroczne różnice mieszczą się jeszcze w zakresie normy, ale tolerancja ta nie dotyczy gaworzenia [Zaleski 2002; Emiluta-Rozya 2007]. W innych wypadkach może się zdarzyć, że dziecko nie osiąga w ogóle danych etapów rozwoju. Zatem rozwój mowy i języka każdego dziecka można ocenić – w sposób ogólny – jako normatywny, opóźniony lub zaburzony. Określenie *opóźniony* lub *zaburzony rozwój mowy* nie jest rozpoznaniem diagnostycznym, a jedynie określeniem poziomu opanowania komunikacji werbalnej [Emiluta-Rozya 2007]. Jednak do sformułowania tego ustalenia konieczna jest dobra znajomość normatywnych zachowań językowych dziecka charakterystycznych dla każdego etapu rozwoju.

### **OPÓŹNIENIA W ROZWOJU MOWY A AFAZJA ROZWOJOWA – TERMINOLOGIA**

Termin *opóźniony rozwój mowy* interpretuję zgodnie z definicją sformułowaną przez D. Emilutę-Rozya. W stanie tym dziecko w danym wieku nie posługuje się mową w stopniu uznanym za prawidłowy dla tego wieku, ale nie rejestruje się głębokich nieprawidłowości, tzn. język rozwija się „bez znamion patologii” [Emiluta-Rozya 2007]. Najczęściej w ogólnym stanie *opóźnionego rozwoju mowy* polscy badacze wyróżniają dwie formy diagnostyczne. Pierwszą jest *proste opóźnienie rozwoju mowy (alalia prolongata)* [Pruszewicz 1992; Zaleski 2002; Emiluta-Rozya 2007], inaczej *samoistne – wycinkowe – opóźnienie rozwoju mowy* [Jastrzębowska, Pelc-Pękala 1999]. Drugą jest *opóźnienie rozwoju mowy*, które – jak się wydaje – można utożsamiać z *zespołem opóźnionego rozwoju mowy czynnej* [Jastrzębowska, Pelc-Pękala 1999; Zaleski 2002; Emiluta-Rozya 2007]. Za cechę wspólną, charakterystyczną dla późniejszego, przesuniętego w czasie rozwoju mowy, uważa się ustąpienie ograniczeń spostrzeganych we wczesnych etapach rozwoju mowy.

W *prostym opóźnieniu mowy* zdolność mówienia kształtuje się z zachowaniem kolejności wszystkich etapów, tyle tylko, że są one przesunięte w czasie. Niejednokrotnie trudno wskazać tego przyczynę. Najczęściej jest to wynik indywidualnego tempa rozwoju dziecka. Może wynikać również z rodzinnych uwarunkowań w postaci późniejszego opanowywania mowy. Rozumienie mowy u tych dzieci jest na poziomie wieku życia. Rozkwit mowy następuje niejednokrotnie w bardzo dynamiczny i spektakularny sposób. Są to tzw. dzieci *late bloomers* i zwykle po 3. roku życia obserwujemy u nich szybkie wyrównanie się opóźnienia. Kolejne okresy rozwoju mowy pojawiają się w krótkim czasie [Smoczyńska 2012]. Rozwój artykulacji przebiega z opóźnieniem, ale – co należy podkreślić – według

prawideł rozwojowych, czyli rejestruje się przede wszystkim występowanie dźwięków właściwych dla wieku młodszego. Realizacje fonemów są stałe [Emiluta-Rozya 2007]. Z kolei jako przyczynę *opóźnienia rozwoju mowy, zespołu opóźnienia mowy czynnej* wskazuje się opóźnienie procesu mielinizacji włókien nerwowych, które w konsekwencji prowadzi do zaburzeń sekwencji programowania ruchów artykulacyjnych [Zaleski 2002; Emiluta-Rozya 2007]. Charakterystyczne objawy ujawniające się w wypadku opóźnienia to: brak umiejętności wypowiedzania się przez dziecko nawet do ukończenia 2 lat, przy jednoczesnym prawidłowym słuchu fizycznym i rozwoju umysłowym. Najczęściej dzieci prawidłowo wykonują polecenia słowne. Niekiedy potrafią wymawiać różne głoski w izolacji, natomiast wyraźna jest trudność łączenia ich w sylaby i wyrazy. Niekiedy pierwsze słowa pojawiają się dopiero ok. 3. r.ż., a zdania ok. 4. r.ż. Pomimo tak znacznego początkowo opóźnienia, ok. 5.–6. r.ż. można obserwować u tych dzieci stopniowe wyrównywanie tych trudności. Jednak ze względu na szerszy zakres objawów rozwój kompetencji językowej nie przebiega bardzo dynamicznie, choć podlega ciągłemu wyraźnemu postępowi. Trudności utrzymują się do okresu szkolnego, a nawet dłużej i często stają się przyczyną kolejnych nieprawidłowości – w nabywaniu umiejętności czytania i pisania [Zaleski 2002; Jastrzębowska, Pelc-Pękała 1999; Emiluta-Rozya 2007].

W rozumieniu stanu *zaburzonego rozwoju mowy* przyjmuję również stanowisko D. Emiluty-Rozya. Jest to stan, w którym komunikacja językowa dziecka rozwija się ze znacznym odchyleniem od przyjętych norm dla danego wieku. Należy podkreślić, że nieprawidłowości ujawniają się zarówno w zakresie mówienia, jak i rozumienia, i mogą być wyrażone z różnym nasileniem. W wypowiedziach dziecka można zarejestrować zakłócenia w morfemach o różnym poziomie złożoności. Mają one charakter systemowy i niesystemowy. W trakcie systematycznie prowadzonego usprawniania obserwuje się postęp w rozwoju werbalnego porozumiewania się, ale następuje on wolniej niż w stanach *opóźnionego rozwoju mowy i języka*. Niejednokrotnie w wypadku *zaburzonego rozwoju mowy i języka* nieprawidłowe objawy są na tyle liczne i poważne, że nie ma możliwości wyrównania ich w przyszłości. W zachowaniach komunikacyjnych dziecka rejestrujemy nieadekwatne reakcje słowne i bezsłowne. Wypowiedzi dziecka są mało komunikatywne, niespójne, a przez to często niezrozumiałe dla rozmówcy [Emiluta-Rozya 2007].

*Afazja rozwojowa* jest jedną z form *zaburzonego rozwoju mowy*. Jest to nazwa oznaczająca specyficzne zaburzenie rozwoju mowy w wyniku wrodzonej, okołoporodowej lub występującej w pierwszych miesiącach życia patologii mózgowej. Mowa dziecka nigdy nie rozwija się normalnie, niemożliwe jest prawidłowe opanowanie języka i mowy, wyraźna jest dysproporcja rozwoju w stosunku do rówieśników w zakresie rozumienia i umiejętności wypowiedzania się [Herzyk 1992]. Od razu należy zauważyć, że nazwa ta nie jest w pełni logiczna. Otóż w wypadku *afazji* mówimy

o utracie umiejętności werbalnego porozumiewania się w wyniku wystąpienia uszkodzenia mózgu u osób, które do tego momentu w sposób prawidłowy i całkowicie swobodny posługiwały się językiem ojczystym w mowie i piśmie. Tymczasem termin *afazja rozwojowa* dotyczy bardzo małych dzieci, u których dochodzi do uszkodzenia i/lub dysfunkcji OUN w bardzo wczesnym okresie ich życia, które nigdy wcześniej nie opanowały języka macierzystego [Herzyk 1992; Emiluta-Rozya 2008]. W *afazji* osób dorosłych dochodzi do dezintegracji języka. U dzieci podstawowy mechanizm zaburzenia polega na trudności w kształtowaniu się i utrwalaniu wzorców brzmieniowo-artykulacyjnych (słuchowo-kinestetyczno-kinetycznych) dźwięków języka polskiego i w konsekwencji prowadzi do trudności w naturalnym i spontanicznym przyswajaniu języka. Aby zasignalizować różnicę w czasie ujawniania się patomechanizmu i wywołanych nim konsekwencji, w opisie zaburzenia u dzieci do terminu *afazja* dodajemy właśnie określenie *rozwojowa*. W ten sposób z jednej strony podkreślamy stopień nieopanowania, nieukształtowania języka, z drugiej akcentujemy okres powstania tej nieprawidłowości – w trakcie rozwoju dziecka, w czasie przyswajania przez nie mowy i języka. W literaturze przedmiotu funkcjonują również inne synonimiczne nazwy tej jednostki. Ich użycie jest bardziej adekwatne i prawidłowe, ponieważ nie stosuje się w nich jako głównego, czy też samodzielnego, określenia *afazja*. Terminy te pochodzą z klasyfikacji logopedycznych lub medycznych. Są to: *alalia*, *niedokształcenie mowy o typie afazji* [Kordyl 1968; Parol 1989; Panasiuk 2008], *niedokształcenie mowy pochodzenia korowego* [Emiluta-Rozya 2008], *specyficzne zaburzenia rozwoju mowy i języka – F 80.1, F 80.2* [ICD-10], *Specific Language Impairment-SLI* [Leonard 2006]. W dalszej części artykułu odwołuję się jednak do terminu *afazja rozwojowa*, choć uznaję jego wewnętrzną sprzeczność i postępuję tak jedynie ze względu na przyjęte obecnie w Polsce rozwiązanie administracyjno-prawne. Na jego podstawie dzieciom z nieprawidłowościami w komunikacji werbalnej tylko z rozpoznaniem *afazji* – tu użytej jako nazwa zaburzeń rozwojowych i nabytych – przysługuje specjalistyczna pomoc i specjalne dostosowania w procesie rozwoju i kształcenia, w postaci m.in. dodatkowych zajęć logopedycznych, pedagogicznych, psychologicznych [Rozporządzenie MEN z dnia 24 lipca 2015 r.].

Analiza przedstawionych definicji może przekonywać, że różnicowanie *prostego opóźnienia rozwoju mowy*, *opóźnienia rozwoju mowy* i *afazji dziecięcej rozwojowej* nie powinno być trudne. Do takiego wniosku może skłaniać istnienie odmiennych uwarunkowań tych jednostek, różnicy w zakresie liczby i jakości objawów, a także rokowania. W praktyce logopedycznej proces ten jednak jest złożony i wymaga czasu.

Rozpoznanie formy *prostego opóźnienia rozwoju mowy* jest dla logopedów łatwiejsze, gdyż stymulacja rozwoju dziecka w takich sytuacjach rzeczywiście prowadzi do stosunkowo szybkich pozytywnych zmian w rozwoju mowy. Wskazane jest jednak systematyczne prowadzenie

zajęć i przekazanie rodzicom dokładnych instrukcji, w jaki sposób powinni budować sytuacje komunikacyjne w codziennym życiu, w czasie zabaw z dzieckiem. Konieczne jest postrzeganie dziecka jako partnera w rozmowach i włączanie go do realizacji różnych zadań, a przez to budowanie jego samodzielności i sprawczości w działaniu. Ważne jest monitorowanie przez logopedę zachodzących zmian w poziomie komunikacji werbalnej [Emiluta-Rozya 2007]. O wiele trudniejsze pozostaje zróżnicowanie *opóźnienia rozwoju mowy* i *afazji rozwojowej*. Dlatego też w dalszej części artykułu będę opisywała przede wszystkim te dwie jednostki.

Istnienie bardzo wczesnego uszkodzenia i/lub dysfunkcji OUN predestynuje do wystąpienia *afazji rozwojowej*, ale w żadnym wypadku nie jest wystarczające. Aby stwierdzić ten rodzaj zaburzenia, konieczne jest przede wszystkim ujawnienie się charakterystycznych objawów językowych, wywołanych nieprawidłowym funkcjonowaniem u dziecka mechanizmów słuchowo-kinestetyczno-kinetycznych. Wówczas diagnoza *afazji rozwojowej* jest pewniejsza i przekonująca. Jednak bardzo często spotykamy się również z dziećmi, u których brak dostatecznych dowodów na istnienie widocznych zmian organicznych i/lub dysfunkcji OUN. Nie ujawniają się one nawet w przeprowadzonych obiektywnych badaniach medycznych, tj. CT i NMR. Jednocześnie u tych dzieci, wraz z rozwojem ich kompetencji językowej, stopniowo pojawia się charakterystyczny repertuar językowych objawów zaburzenia afatycznego, m.in. trudności w rozumieniu nazw wielu pojęć, struktur gramatycznych i składniowych zbudowanych współrzędnie, podrzędnie, a w mowie czynnej: parafazje, persewercje, trudności w aktualizowaniu, niestabilność struktury wyrazu, użycie nieprawidłowych form gramatycznych, zmienność realizacji dźwięków mowy. Niestwierdzenie w wynikach badań jednoznacznych uszkodzeń i/lub dysfunkcji wcale nie wyklucza ich istnienia. Najprawdopodobniej nie są one jeszcze możliwe do wykrycia, a ujawniają się właśnie poprzez niedostateczne i specyficzne funkcjonowanie językowe dziecka [Dąbska 1997; Kułakowska 2003]. Hipoteza ta jest zapewne pewniejsza u dzieci, u których powstaje coraz wyraźniejsza dysproporcja pomiędzy wiekiem życia a poziomem rozwoju ich werbalnej komunikacji.

Ważną informacją w kwestii różnicowania *opóźnień rozwoju mowy* i *afazji rozwojowej* są wyniki badań przeprowadzonych przez M. Smoczyńską. Nie potwierdziło się w nich przekonanie o silnej tendencji do wyrównywania tych opóźnień. Okazało się bowiem, że tylko niewielka część dzieci, u których stwierdzono w wieku 2 lat *opóźniony rozwój mowy*, rzeczywiście opanowała umiejętność posługiwania się mową i językiem na poziomie rówieśników w wieku 5–6 lat. Grupa ta stanowiła zaledwie 15–25%, natomiast w grupie aż 30–50% dzieci opóźnienie wciąż było widoczne i nie nastąpiło oczekiwane wyrównanie [Smoczyńska 2012].

Precyzyjne określenie stopnia rozwoju mowy u dziecka i sformułowanie diagnozy dokonuje się w toku badania logopedycznego. Proces ten wymaga poznania i wzajemnego powiązania uwarunkowań rozwoju ogólnego

i mowy dziecka z rejestrowanymi objawami, a przede wszystkim z dynamiką i tempem zachodzących w tym rozwoju zmian pod wpływem prowadzonych oddziaływań terapeutycznych [Jastrzębowska, Pelc-Pekala 1999; Emiluta-Roza 2007]. Jeżeli rozwój ten, pomimo prowadzonego usprawniania oraz sprzyjających warunków wychowawczych, nadal w znaczący sposób odbiega od normatywnego, a tym bardziej jeśli przejawia się zarówno w zakresie rozumienia, jak i wypowiedzania, to można sądzić, że mamy do czynienia z formą *zaburzonego rozwoju mowy i języka*, np. z *afazją rozwojową*. Do sprecyzowania i weryfikacji diagnozy konieczne jest jednak prowadzenie systematycznej terapii. W ten sposób można sprawdzić podatność dziecka na stymulację, jego potencjał co do rozwoju mowy oraz zarejestrować fakty, które ujawniają się w tym rozwoju [Emiluta-Roza 2002]. Wydaje się, że moment ukończenia przez dziecko 4.-5. r.ż. można uznać za wiek, w którym możliwe staje się wyróżnienie jednej z form: *opóźnienia rozwoju mowy* lub *afazji rozwojowej* [Kordyl 1968; Smoczyńska 2012].

W celu sprecyzowania tego rozstrzygnięcia konieczne jest zgromadzenie reprezentatywnego ilościowo i jakościowo materiału badawczego w toku logopedycznych badań kliniczno-eksperymentalnych o charakterze całościowym [Emiluta-Roza 2002]. Obejmują one: wywiad z rodzicami lub opiekunami dziecka, analizę badań specjalistycznych, obserwację zachowań komunikacyjnych oraz emocjonalno-społecznych dziecka w sytuacji zabawy i realizowania różnych zadań. Konieczne jest sprawdzenie umiejętności rozumienia i budowania wypowiedzi o różnym poziomie złożoności oraz podstaw opanowania języka, m.in. budowy i sprawności aparatu artykulacyjnego, funkcjonowania słuchu fonematycznego i kinestezji artykulacyjnej, pamięci słownej. Najczęściej stosowanymi autorskimi procedurami badawczymi są AFA – SKALA [Paluch, Drewniak-Wołosz, Mikosza 2003] lub Całościowe badanie logopedyczne [Emiluta-Roza 2013].

## **DIAGNOZA RÓŻNICOWA OPÓŹNIENIA ROZWOJU MOWY I AFAZJI ROZWOJOWEJ**

### **Wywiad**

W wywiadzie przeprowadzonym z rodzicami lub opiekunami dziecka szczególnie ważne są wszystkie informacje o czynnikach, które mogły zakłócić rozwój ogólny, w tym rozwój mowy dziecka. Niekiedy w rozmowach tych ujawnia się wiele podobieństw w rozwoju dzieci z obu grup. Są to m.in. choroby w pierwszym roku życia, późniejszy rozwój ruchowy, niezgrabność ruchowa, leworęczność lub brak wyraźnej lateralizacji rąk. W *opóźnieniu rozwoju mowy* nie rejestruje się obciążeń neurologicznych, ale w wielu wypadkach podejrzewamy opóźnienie mielinizacji. Często też potwierdza się uwarunkowanie rodzinne u tych dzieci do później-

szego opanowywania mowy i języka, szczególnie w linii męskiej [Dilling-Ostrowska 1990; Zaleski 2002].

W wywiadzie dotyczącym dziecka podejrzanego o zaburzenia afacyjne poszukuje się różnych faktów świadczących o uszkodzeniu i/lub dysfunkcji mózgu, ale niejednokrotnie pozostajemy jedynie na poziomie sformułowania hipotez o istnieniu takiego uwarunkowania. Najczęściej rozwój zachowań przedjęzykowych i pierwszych już językowych przebiega w obu grupach dzieci według bardzo podobnych schematów. Głuzenie i gaworzenie, a następnie pierwsze wyrazy, pojawiają się u dziecka w odpowiednim czasie. I w tym momencie najczęściej następuje zatrzymanie tego rozwoju. Zdarza się również, że rodzice zauważają u dzieci mniejsze nasilenie i jakościowe zróżnicowanie gaworzenia, znaczne opóźnienie pojawienia się pierwszych wyrazów oraz trudności w rozumieniu poleceń. Te objawy wpisują się bardziej w obraz *afazji rozwojowej*.

### **Zachowania społeczne dziecka**

Zachowania dzieci z obu grup – z *opóźnieniem rozwoju mowy i afazją rozwojową* – w sytuacjach społecznych, tj. przywitanie się i pożegnanie z logopedą, poprzez przyjęcie postawy stojącej, spojrzenie na twarz, w oczy, podanie ręki, są dość podobne. Początkowo dzieci są nieśmiałe, unikają kontaktu wzrokowego twarzą w twarz, gdyż nie znają jeszcze dobrze osoby, z którą się spotykają. Wraz ze wzrostem ilości doświadczeń emocjonalnych i społecznych oraz wdrażaniem dziecka do przestrzegania pewnych zasad, zachowania te stają się dla dziecka naturalne i są sygnałem rozpoczęcia i zakończenia zajęć – zabawy. Dzieci z obu grup potrafią naśladować czynności logopedy, angażować się w proponowane zabawy.

### **Reakcja dziecka na komunikaty werbalne**

Obserwacje reakcji dziecka na komunikaty słowne, tj. reakcja na własne imię, zachęcenie do zabawy poprzez zwroty: *zobacz, chodź*, nasuwają następujące wnioski. Koncentracja uwagi na komunikacie językowym dziecka z *opóźnieniem rozwoju mowy* bywa częściej całkowicie prawidłowa, adekwatna lub lekko osłabiona, tzn. logopeda lub rodzic dla uzyskania uwagi musi powtórzyć swoją wypowiedź. Z kolei reakcja dziecka z *afazją rozwojową* najczęściej jest osłabiona lub jej brakuje. Odnosimy wrażenie, że dziecko „nie słyszy, nie słucha”. Dopiero np. zatrzymanie go w działaniu, dotknięcie, powoduje zwrócenie uwagi na drugą osobę. Często też dziecko szybko traci zainteresowanie treścią komunikatu, który jest do niego kierowany. U dzieci z nieprawidłowym funkcjonowaniem słuchu fonematycznego, a więc z *afazją rozwojową*, w czasie trwania zajęć ujawnia się znaczna męczliwość w odbiorze informacji słuchowych. Dziecko reaguje na komunikaty werbalne wolniej, z coraz mniejszym zainteresowaniem i częściej mniej prawidłowo.

### Poziom wykształcenia umiejętności rozumienia mowy

W literaturze przedmiotu większość badaczy uważa, że rozumienie mowy przez dzieci z *opóźnieniem rozwoju mowy* kształtuje się na poziomie rówieśników [Zaleski 2002; Jastrzębowska, Pelc-Pekala 1999; Emiluta-Roza 2007]. Niekiedy jednak może się zdarzyć niepełne rozumienie przez te dzieci poleceń złożonych, form gramatycznych, np. wyrażen przyimkowych, a także trudność łączenia nazw barw z odpowiednimi kolorami. Najczęściej jednak te nieprawidłowości mają charakter środowiskowy i wynikają z niedostatecznej stymulacji rozwoju dziecka [Zalewska 1998]. Należy też zauważyć, że trudności te mają charakter przemijający i przy właściwym postępowaniu, treningu, dziecko szybko nadrabia te początkowe dysproporcje w rozumieniu. Natomiast dziecko z *afazją rozwojową* prezentuje trudności w rozumieniu niekiedy już w zakresie poleceń prostych, a o wiele większe w rozumieniu bardziej złożonych – kilkuelementowych. Stopień nieprawidłowego rozumienia może być bardzo zróżnicowany – od subtelny do znacznie obniżonego. Stopniowo wraz z rozwojem kompetencji językowej można zauważyć znaczną poprawę rozumienia. Nieprawidłowości nie dotyczą już podstawowego zasobu leksykalnego, prostych zwrotów i zdań odnoszących się do najbliższego otoczenia, ale będą widoczne w rozumieniu np. wyrażen z przyimkami (*pod – nad, przed – za*), nazw nadrzędnych, abstrakcyjnych, czasowników oznaczających przeciwny kierunek działania (np. *schodzi – wchodzi*), zaimków osobowych, zwrotnych, dzierżawczych, konstrukcji zdań podrzędnych, porównań, relacji czasowych oraz przyczynowo-skutkowych. Trudności te ujawniają się przez całe życie dziecka, młodego człowieka, a następnie osoby dorosłej, i są tym głębsze, im dziecko ma mniejszy zasób doświadczeń poznawczych i emocjonalno-społecznych [Panasiuk 2008; Kurowska 2015].

### Poziom wykształcenia umiejętności tworzenia wypowiedzi

W obu wypadkach, dziecka z *opóźnieniem rozwoju mowy* i dziecka z *afazją rozwojową*, większe trudności dotyczą umiejętności budowania wypowiedzi. Dopiero pewien poziom opanowania umiejętności werbalnych, który stopniowo ukazuje się w czasie usprawniania, pozwala na dokładniejsze sformułowanie rozstrzygnięcia. Te działania wymagają jednak zdecydowanie dłuższego czasu w wypadku *afazji rozwojowej* niż *opóźnienia rozwoju mowy*.

Dziecko z *opóźnieniem rozwoju mowy* podejmuje dialog. Najpierw udziela odpowiedzi jedynie za pomocą gestu wskazującego, partykuł: *tak, nie*, zaimków, a następnie: pojedynczych wyrazów. Stosunkowo szybko wzbogaca słownik. Ujawnia również znaczny potencjał do spontanicznego powtarzania i kolejne realizacje są coraz bliższe pod względem formy brzmieniowo-artykulacyjnej prawidłowemu wzorcowi [Emiluta-



-Rozya 2007]. W wypadku *opóźnienia rozwoju mowy* dziecko stopniowo zaczyna używać form gramatycznych, tzn. odmieniać rzeczowniki, czasowniki i wraz z postępem usprawniania wyraźnie formy te stabilizują się, stają się coraz bardziej zgodne z zachowaniami systemowymi. Wyraźnie też zwiększa się sprawność dziecka w stosowaniu prawidłowych końcówek. Nawet te „niewyćwiczone” są stosowane coraz poprawniej. Początkowo jeszcze występują trudności dotyczące właściwej dystrybucji – prawidłowego dostosowania końcówek do danego kontekstu gramatycznego – ale szybko ich użycie jest coraz bardziej właściwe. Również realizacja w zakresie form nieregularnych, np. z alternacjami ilościowymi, jakościowymi, staje się stopniowo prawidłowa. Najdłużej utrzymują się nieprawidłowości w wypowiedziach narracyjnych. Brak w nich spójności i komunikatywności.

Dziecko z *afazją rozwojową* przez długi czas nie uczestniczy w dialogu. Słucha pytań, często wpatruje się w logopedę. Następnie komunikuje się przede wszystkim niewerbalnie i niemożność realizacji wypowiedzi kompensuje gestem wskazującym, niekiedy ilustracyjnym, mimiką. Dopiero po pewnym okresie prowadzonego usprawniania dziecko zaczyna odpowiadać na pytania przy użyciu partykuł: *tak*, *nie*. Stopniowo kształtuje się umiejętność budowania prostych dwusylabowych wyrazów. Ujawniają się trudności w nazywaniu i aktualizowaniu. Struktura wyrazów podlega zniekształceniom. Rejestruje się redukcje części wyrazów, sylab, grup spółgłoskowych. Największe nieprawidłowości dotyczą stosowania właściwych form gramatycznych. Postęp w tym zakresie jest bardzo powolny. Wydaje się też, że trudności w prawidłowym dostosowaniu środków leksykalnych i gramatycznych do zmieniającego się kontekstu językowego będą ujawniać się przez całe życie osoby z *afazją rozwojową* [Panasiuk 2008; Kurowska 2015].

### **Realizacja dźwięków mowy**

W wypadku *opóźnienia rozwoju mowy* w realizacji dźwięków ujawniają się przede wszystkim substytucje o charakterze rozwojowym. Jednak jeżeli do tego obrazu *opóźnienia* dołączy się objaw w postaci *dyslalii wielorakiej*, to podobieństwo między obiema jednostkami może wydawać się duże i trudność w ich zróżnicowaniu większa. W rozstrzygnięciu może pomóc wynik próby sprawdzającej kinestezję artykulacyjną. Jeśli się ujawni tendencja do nieprawidłowego, ale stałego realizowania dźwięków mowy, to jest to dowód potwierdzający *opóźnienie rozwoju mowy* współwystępujące z *dyslalią* [Emiluta-Rozya 2007]. Cechą charakterystyczną *afazji rozwojowej* jest duże zróżnicowanie reakcji zwłaszcza odnośnie do spółgłosek: niestabilność, czyli zmienne różne realizacje tego samego sprawdzanego dźwięku, występowanie obok prawidłowych realizacji dźwięku realizacji nieprawidłowych. Najwięcej można zarejestrować substytucji (parafazji), przede wszystkim rozwojowych. Niekiedy są

one utrwalone w tak silny sposób, że należy je już uznać za realizacje nieprawidłowe. Występują również deformacje, które najczęściej mają charakter dźwięków tzw. przejściowych, o niepełnej jeszcze tożsamości artykulacyjno-brzmieniowej [Emiluta-Rozya 2013; Kurowska 2016].

### **Patomechanizm**

W wypadku *opóźnienia rozwoju mowy i afazji rozwojowej* budowa narządów mowy jest prawidłowa. Ogólna sprawność motoryczna warg, języka i podniebienia miękkiego jest również ukształtowana właściwie do wieku dziecka. Często jednak – w obydwu wypadkach – obserwujemy nieprawidłowości w zakresie pionizacji języka. Różnicę można spostrzec w precyzji, tempie oraz zapamiętywaniu kolejności wykonywanych ruchów, w ćwiczeniach złożonych z kilku prostych elementów połączonych w odpowiednim porządku. Zazwyczaj gorzej będą je wykonywały dzieci z *afazją rozwojową*. Występuje u nich również wyraźna trudność w wykonywaniu ruchów celowych.

Charakter zarejestrowanych (w wynikach prób sprawdzających funkcjonowanie słuchu fonematycznego i kinestezji artykulacyjnej) zakłóceń w odbiorze i w realizacji dźwięków oraz ich liczba pozwalają na dokładniejsze zróżnicowanie *opóźnienia rozwoju mowy i afazji rozwojowej*. Jego podstawą jest przede wszystkim zmienność lub stałość zachowań dziecka. Zmienność jest tu rozumiana jako pojawianie się – w odpowiedzi na ten sam bodziec słuchowy lub powtórzenie tego samego, wypowiedzianego przez osobę badającą dźwięku – zamiennie reakcji prawidłowych i nieprawidłowych, przy czym reakcje nieprawidłowe mogą być różne. Stałość oznacza taką samą, niezmienną się reakcję – wciąż prawidłową lub też stałą, ale nieprawidłową [Mierzejewska 1977; Strachalska 2013]. Zmienność realizacji charakterystyczna jest dla zaburzeń afatycznych, stałość dla *opóźnienia rozwoju mowy*. Najczęściej u dzieci z *afazją rozwojową* stwierdza się współwystępowanie nieprawidłowości funkcjonowania słuchu fonematycznego i kinestezji artykulacyjnej [Emiluta-Rozya 2007; Kurowska 2016].

### **Rokowanie**

W wypadku *opóźnienia rozwoju mowy* spodziewane jest wyrównanie początkowo występujących nieprawidłowości. Natomiast w *afazji rozwojowej* na tle rozwijającego się języka wzrasta liczba charakterystycznych objawów w zakresie rozumienia i wypowiedzania [Panasiuk 2008; Kurowska 2015]. Nasilenie rejestrowanych faktów ma u danego dziecka charakter indywidualny.

Wydaje się, że pomyłki diagnostyczne w różnicowaniu *opóźnienia rozwoju mowy i afazji rozwojowej* zdarzają się najczęściej ze względu na niedostatecznie wnikliwe badanie. Również pewne ogólne podobieństwa

w początkowej fazie rozwoju dzieci mogą utrudniać właściwą diagnozę. W obu wypadkach dzieci powinny być objęte systematyczną opieką logopedyczną połączoną z budowaniem wiedzy i dojrzałych zachowań emocjonalno-społecznych podczas edukacji przedszkolnej i szkolnej.

## Bibliografia

- M. Dąbmska, 1997, *Z patofizjologii rozwoju ośrodkowego układu nerwowego* [w:] H. Mierzejewska, M. Przybysz-Piwko (opr.), *Rozwój poznawczy i rozwój językowy dzieci z trudnościami w komunikacji werbalnej. Materiały z konferencji*, Warszawa, s. 7–9.
- E. Dilling-Ostrowska, 1982, *Rozwój i zaburzenia mowy u dzieci w zależności od stopnia dojrzałości układu nerwowego* [w:] J. Szumska (red.), *Zaburzenia mowy u dzieci*, Warszawa, s. 18–30.
- D. Emiluta-Rozya, 2002, *Projekt „Badania Mowy” Ireny Styczek jako pierwotny wzór Logopedycznego postępowania diagnostycznego*, „Szkoła Specjalna” nr 3, s. 142–154.
- D. Emiluta-Rozya, 2007, *Opóźniony rozwój mowy a opóźnienie rozwoju mowy*, „Poradnik Językowy” z. 8, s. 54–65.
- D. Emiluta-Rozya, 2008, *Modyfikacja zestawienia form zaburzeń mowy H. Mierzejewskiej i D. Emiluty-Rozya* [w:] J. Porayski-Pomsta (red.), *Diagnoza i terapia w logopedii*, Warszawa, s. 25–36.
- D. Emiluta-Rozya, 2013, *Całościowe badanie logopedyczne z materiałem obrazkowym*, Warszawa.
- A. Herzyk, 1992, *Afazja i mutyzm dziecięcy*, Lublin.
- ICD-10 Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. *Rewizja dziesiąta*, 1997 [w:] S. Pużyński, J. Wciórka (red. przekładu), *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, Kraków–Warszawa.
- G. Jastrzębowska, O. Pelc-Pękala, 1999, *Diagnoza i terapia opóźnionego rozwoju mowy* [w:] T. Gałkowski, G. Jastrzębowska (red.), *Logopedia. Pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*, Opole, s. 670–686.
- Z. Kordyl, 1968, *Psychologiczne problemy afazji dziecięcej*, Warszawa.
- Z. Kułakowska, W. Konera, 2003, *Wczesne uszkodzenie dojrzewającego mózgu. Od neurofizjologii do rehabilitacji*, Lublin.
- M. Kurowska, 2015, *Rokowania dotyczące rozwoju mowy i języka u dzieci z zaburzeniami uwarunkowanymi uszkodzeniami i/lub dysfunkcjami ośrodkowego układu nerwowego*, „Poradnik Językowy” z. 5, s. 18–31.
- M. Kurowska, 2016, *Kształtowanie się zachowań komunikacyjnych u dzieci z uszkodzeniami i/lub dysfunkcjami ośrodkowego układu nerwowego*, Warszawa.
- L. Leonard, 2006, *SLI – Specyficzne zaburzenia rozwoju językowego*, Gdańsk.
- H. Mierzejewska, 1977, *Afatyczna dezintegracja fonetycznej postaci wyrazu*, Wrocław–Warszawa–Kraków.
- A. Paluch, E. Drewniak-Wołosz, L. Mikosza, 2003, *Afa-Skala. Jak badać mowę dziecka afatycznego?*, Kraków.

- J. Panasiuk, 2008, *Standard postępowania logopedycznego w przypadku alalii i niedokształcenia mowy o typie afazji* [w:] *Standardy postępowania logopedycznego*, „Logopedia” nr 37, Lublin, s. 69–88.
- J. Porayski-Pomsta, 2015, *O rozwoju mowy dziecka. Dwa studia*, Warszawa.
- A. Pruszevicz (red.), 1992, *Foniatria kliniczna*, Warszawa.
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 24 lipca 2015r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowywania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym.
- M. Smoczyńska, 2012, *Opóźniony rozwój mowy a ryzyko SLI: wyniki badań podłużnych dzieci polskich* [w:] J. Porayski-Pomsta, M. Przybysz-Piwko (red.), *Interwencja logopedyczna. Zagadnienia ogólne i praktyka*, Warszawa, s. 13–37.
- B. Strachalska, 2013, *Zmienność w afazji* [w:] Z. Zaron, J. Porayski-Pomsta, *Język i logopedia*, Warszawa, s. 167–176.
- T. Zaleski, 2002, *Opóźnienia w rozwoju mowy*, Warszawa.
- M. Zalewska, 1998, *Dziecko z zespołem prostego opóźnienia rozwoju mowy* [w:] J. Rola (red.), *Wybrane problemy psychologicznej diagnozy zaburzeń rozwoju mowy*, Warszawa, s. 64–83.

### ***Speech delay and developmental aphasia in the speech therapist's practice***

#### Summary

Speech delay and developmental aphasia are units of abnormal speech and language development in a small child. Their first symptoms can appear as early as at the beginning of the linguistic development, i.e. ca. at the age of 1, and can be quite similar. Differentiating between such units not seldom requires a long and meticulous speech assessment and a systematic observation of speech and language development dynamics in a child during the improvement process. It is a difficult task in particular for young and inexperienced speech therapists who are at the beginning of their career. This paper presents certain tips which could enable a more precise and correct diagnosis of children's linguistic and extra-linguistic behaviours that are characteristic of such units.

Trans. Monika Czarnačka