

JOLANTA PANASIUK

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin  
Zakład Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego

## Standard postępowania logopedycznego w przypadku alalii i niedokształcenia mowy o typie afazji

---

The Standard of Logopedic Treatment  
in Alalia and in Underdeveloped Aphasia-Like Speech

### DEFINIOWANIE JEDNOSTKI

Alalia i niedokształcenie mowy o typie afazji to w logopedii osobne jednostki nozologiczne. Odnoszą się do zaburzeń ontogenezy mowy u dzieci słyszących i inteligentnych z organicznymi uszkodzeniami struktur mózgowych nabytymi w okresie pre- i perilingwalnym, charakteryzują się specyficznym paradygmatem objawów powstałych w wyniku działania określonych mechanizmów, wymagają swoistej metodyki w postępowaniu diagnostyczno-terapeutycznym, wskazują na przebieg związanych z ich występowaniem rokowań.

W medycznych klasyfikacjach zaburzeń psychicznych alalia oraz niedokształcenie mowy o typie afazji nie są różnicowane i ujęte są łącznie z alalią prolongatą i afazją. *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Zaburzeń Psychicznych* (ICD-10) wśród zaburzeń ekspresji mowy, wynikających z patologii rozwoju lub uszkodzeń mózgu, wymienia **rozwojową dysfazję lub afazję, typ ekspresyjny** [F80.1]. Określenie **zaburzenia rozumienia mowy** obejmuje: **rozwojową afazję lub dysfazję typ recepcyjny**, **rozwojową afazję Wernickego**, **głuchotę słów** i **wrodzone zaburzenia percepcji słuchowej**, którym prawie zawsze towarzyszą zaburzenia ekspresji mowy [F80.2].

W drugiej ze znanych klasyfikacji — *Diagnostycznej i Statystycznej Klasyfikacji Zaburzeń Psychicznych*, opracowanej przez Amerykańskie Stowa-

rzyszenie Psychiatrów (DSM-IV) — wśród jednostek nozologicznych, odnoszących się do zaburzeń komunikacji językowej, wymienia **zaburzenia ekspresji mowy (typ rozwojowy i nabyty)** oraz połączone **receptyjno-ekspresyjne zaburzenia mowy i języka (typ rozwojowy i nabyty)**. W prezentowanym ujęciu nie wyróżnia się zaburzeń percepcyjnych, gdyż deficyty w rozumieniu mowy nie mogą występować bez zaburzeń w mówieniu. Konsekwencją przyjęcia takiego stanowiska jest wyróżnianie wśród zaburzeń rozwoju mowy jedynie dysfazji i afazji typu ekspresyjnego oraz typu percepcyjno-ekspresyjnego, z pominięciem zaburzeń czysto percepcyjnych, opisywanych zarówno w polskiej literaturze przedmiotu, jak i w klasyfikacji ICD-10.

Brak zgodności w ujmowaniu istoty zaburzeń rozwoju mowy warunkowanych czynnikami neurologicznymi, a także niedostateczna wiedza na temat ich symptomatologii powodują tendencję do tworzenia wciąż nowych terminów. Tylko w polskiej literaturze przedmiotu na określenie zaburzeń rozwoju mowy pochodzenia centralnego (wynikających z patologii rozwoju lub uszkodzeń pewnych struktur mózgowych w okresie rozwojowym) stosuje się ich aż kilkanaście:

- a) alalia (I. Styczek, 1980; L. Kaczmarek, 1966),
- b) niedokształcenie mowy o typie afazji (Z. Kordyl, 1968; U. Parol, 1989),
- c) afazja dziecięca (H. Spionek, 1965; G. Jastrzębowska, 1999),
- d) afazja rozwojowa (J. Szumska, 1982; Z. Majewska, Bogdanowicz, E. Dilling-Ostrowska),
- e) wrodzony niedorozwój ekspresji słownej oraz wrodzony niedorozwój ekspresji i receptji słownej (E. Dilling-Ostrowska, w: J. Szumska, 1982),
- f) niemota (Z. Majewska, K. Szelożyńska, 1959),
- g) niemota pochodzenia centralnego (I. Styczek, 1980),
- h) słuchoniemota (A. Mitrinowicz-Modrzejewska, 1963),
- i) wrodzone zaburzenia rozwoju mowy (H. Traczyńska, w: J. Szumska, 1982),
- j) wrodzona niezdolność do nabywania mowy (J. Szumska, 1982),
- k) dysfazja/dysfazja dziecięca (A. Pruszewicz, 1992; T. Zaleski, 1993; G. Jastrzębowska, 1999).

Istotnym problemem utrudniającym nazywanie i definiowanie zaburzeń rozwoju mowy u dzieci jest również brak dostatecznej wiedzy na temat neuropatologicznych mechanizmów powodujących trudności w opanowaniu języka przez inteligentne i słyszące dzieci. W istniejących definicjach i typologiach zaburzeń rozwoju mowy u dzieci z problemami neurologicznymi zwraca się uwagę na:

- a) czas, w którym nastąpiło uszkodzenie mózgu (prenatalny, perinatalny, postnatalny);
- b) stopień rozwoju strukturalno-czynnościowego mózgu w chwili jego uszkodzenia;
- c) rozległość uszkodzenia mózgu (ogniskowe, nieogniskowe);
- d) charakter przyczyn wywołujących zaburzenia rozwoju mowy (konstytucjonalne i nabyte);
- e) etap rozwoju mowy dziecka w chwili uszkodzenia mózgu (okres pre-, peri- i postlingwalny);
- f) podstawy, na jakich kształtowała się mowa dziecka (patologiczne lub prawidłowe);
- g) objawy zaburzeń rozwoju mowy (motoryczne, sensoryczne, motoryczno-sensoryczne);
- h) możliwości restytucji mowy i szybkość ustępowania objawów zaburzeń.

Takie zróżnicowanie kryteriów, na podstawie których definiuje się i kategoryzuje zaburzenia rozwoju mowy pochodzenia centralnego u dzieci, powoduje znaczne rozbieżności w ujmowaniu istoty zjawiska, jego definiowaniu, diagnozowaniu, rozpoznawaniu, a w konsekwencji ustalaniu celów i metod terapii logopedycznej. W kontekście nowszych badań nad trudnościami w opanowaniu języka przez dzieci z obciążeniami neurologicznymi, a także w związku z potrzebą budowania skutecznych programów terapeutycznych przyjęto, by w obrębie tej grupy zaburzeń w nabywaniu języka, których nazwy funkcjonowały dotychczas jako synonimy określające ten sam rodzaj zaburzeń, dokonać zróżnicowania na odrębne jednostki patologii mowy.

Pierwszym kryterium ich wyodrębnienia i zróżnicowania jest czynnik biologiczny — występowanie bądź brak organicznych uszkodzeń w obrębie centralnego układu nerwowego. W związku z tym kryterium wyodrębnia się osobną grupę zaburzeń spowodowanych uszkodzeniami centralnego układu nerwowego — **alalia, niedokształcenie mowy o typie afazji, afazja dziecięca**, oraz zaburzenie będące konsekwencją zakłóceń w dojrzewaniu i funkcjonowaniu mózgu, niewynikające jednak z uszkodzeń organicznych — **alalia prolongata (prosty opóźniony rozwój mowy)**. Powyższe rozróżnienie wskazuje na zasadnicze konsekwencje uszkodzenia centralnego układu nerwowego dla procesu nabywania i rozwijania zdolności językowych. Wskazanie etiopatogenezy uszkodzenia mózgu bywa trudne. Przypuszcza się, że mogą to być: zakłócenie jego rozwoju w okresie prenatalnym, uszkodzenia urazowe, choroby naczyniowe, stany zapalne, zwyrodnieniowe czy postępujące procesy chorobowe (E. Dilling-Ostrowska, 1990; I. Styczek, 1980).

Kiedy zaburzenia językowe wynikają z opóźnionego rozwoju funkcjonalnego pewnych struktur mózgowych — jak w alalii prolongacie — dzieci prze-

kracząc kolejno każdy z etapów ontogenezy mowy tak jak dzieci zdrowe, ale z kilkuletnim opóźnieniem. W alalii i niedoksztalceniu mowy nie obserwuje się płynnego przechodzenia z jednej fazy rozwojowej w drugą, a trudności są bardziej intensywne i nie ustępują tak szybko jak u dzieci z zaburzeniami funkcjonalnego rozwoju pewnych struktur mózgowych.

Alalia może występować z podobną częstością po uszkodzeniach lewej i prawej półkuli mózgu — około 35% przypadków związanych jest z uszkodzeniami półkuli prawej (A. Herzyk, 1992b) — gdyż czynności mowy w mózgu dziecka nie mają ustalonej lateralizacji oraz lokalizacji, a funkcje uszkodzonych obszarów mózgu mogą być regulowane przez inne nieuszkodzone struktury. Ze względu na częste ograniczenia diagnostyczne w ustalaniu etiologii zaburzeń rozwoju mowy pochodzenia korowego, kryterium przyczynowe nie może stanowić jedynej podstawy rozróżniania tych jednostek patologii. Dodatkowym czynnikiem różnicującym mechanizm patologii mowy jest dynamika ustępowania trudności językowych, u dzieci bez uszkodzeń neurologicznych — widoczna jest znaczna poprawa sprawności językowych pod wpływem prowadzonych ćwiczeń stymulujących i ogólnorozwojowych, natomiast usprawnianie mowy u dzieci z organicznymi zmianami w mózgu jest procesem długotrwałym i mniej efektywnym.

Innym ważnym kryterium w diagnozowaniu zaburzeń językowych u dzieci z uszkodzeniami neurologicznymi jest czynnik temporalny, uwzględniający stopień specjalizacji strukturalno-czynnościowej mózgu w czasie jego uszkodzenia. Stąd w grupie zaburzeń mowy spowodowanych uszkodzeniami ośrodkowego układu nerwowego należy wyodrębnić te, które są skutkiem uszkodzenia zaistniałego w okresie przedślownym (do 1. roku życia) — **alalia**, w okresie kształtowania się struktur języka (od 2. do 6. roku życia) — **niedoksztalcenie mowy o typie afazji**, kiedy następuje utrata częściowo nabytych sprawności językowych i trudności w dalszym rozwoju mowy, i wreszcie w okresie, kiedy system językowy był już opanowany, a uszkodzenie mózgu spowodowało pełną lub częściową utratę nabytych zdolności porozumiewania się słownego (od 7. roku życia) — **afazja dziecięca**.

Kryterium najbardziej różnicującym wyodrębnione jednostki patologii mowy jest symptomatologia. Objawy trudności językowych, ich głębokość i złożoność znacząco się różnią w poszczególnych zaburzeniach. W przypadkach alalii mowa od początku rozwija się nieprawidłowo, stąd obserwuje się zaburzenia sprawności we wszystkich czynnościach językowych. Ponadto, zaburzeniom w przebiegu procesu ontogenezy mowy towarzyszą zakłócenia w rozwoju rozmaitych innych wyższych funkcji psychicznych.

W przypadkach niedoksztalcenia mowy o typie afazji mowa do jakiegoś etapu rozwija się prawidłowo, po czym następuje zakłócenie tego procesu.

Może nastąpić regres w przyswajaniu struktur języka, a w konsekwencji utrata nabytych wcześniej sprawności językowych. Dalszy rozwój mowy może zostać zahamowany bądź spowolniony. W takich wypadkach objawy zaburzeń językowych są skutkiem zarówno procesu dezintegracji, jak i procesu integracji mowy. Objawy niedokształcenia mowy w afazji u dzieci mają charakter uogólniony i niespecyficzny, z przewagą zaburzeń ekspresji językowej, nie występują selektywne — jak w afazji dziecięcej — trudności w rozumieniu lub nazywaniu. Zaburzenia językowe są tym bardziej specyficzne i wybiórcze, im później w okresie ontogenezy mowy doszło do incydentu neurologicznego, który spowodował utratę nabytych wcześniej sprawności językowych i zdeteminował przebieg dalszego rozwoju mowy.

W przypadkach afazji dziecięcej uszkodzenie odpowiednich struktur mózgowych, odpowiedzialnych za rozwój języka, następuje po ukończeniu 7. roku życia. U normalnie rozwijających się dzieci mowa jest w tym okresie wykształcona i odpowiednio rozwinięta. W wyniku uszkodzenia mózgu następuje utrata zdolności porozumiewania się — dezintegracja mowy, co jest charakterystyczne dla afazji występującej u ludzi dorosłych. Symptomatyka zaburzeń językowych w afazji dziecięcej koreluje z afazją u osób dorosłych. W afazji dziecięcej i w afazji następuje bowiem utrata w pełni opanowanych sprawności językowych, zatem zaburzenia mowy mają specyficzny i wybiórczy charakter. Po 7. roku życia jest już ukształtowana specjalizacja funkcjonalna struktur mózgowych, stąd istnieje silna zależność pomiędzy lokalizacją ogniska uszkodzenia a zespołem objawów afatycznych. Różnica między afazją a afazją dziecięcą wynika przede wszystkim z dynamiki ustępowania trudności językowych. Plastyczność i możliwości kompensacyjne mózgu rozwijającego się pozwalają stawiać w przypadku dzieci optymistyczne rokowania. Remisja mowy następuje szybciej i pełniej niż u dorosłych, często w sposób spontaniczny. W przeciągu kilku tygodni lub miesięcy od zachorowania możliwy jest nawet zupełny powrót funkcji językowych, co niezwykle rzadko obserwuje się u dorosłych.

Z przyjętej typologii zaburzeń rozwoju mowy o podłożu neurologicznym, uwzględniającej patomechanizm trudności w nabywaniu mowy, stopień funkcjonalnej specjalizacji mózgu i poziom rozwoju mowy w chwili uszkodzenia mózgu, wynikają osobne procedury diagnostyczno-terapeutyczne, właściwe dla wyodrębnionych jednostek.

## DIAGNOZOWANIE ALALII I NIEDOKSZTAŁCENIA MOWY O TYPIE AFAZJI

Diagnozowanie i leczenie dzieci ze schorzeniami neurologicznymi wymaga procedur interdyscyplinarnych, obejmujących — prócz oceny neurologicz-

nej — wyniki badań psychiatrycznych, psychologicznych, pedagogicznych, audiologicznych. W standardach postępowania klinicznego kluczowym elementem jest badanie logopedyczne.

### BADANIE LOGOPEDYCZNE

Standard logopedycznego postępowania diagnostycznego dziecka z zaburzeniami rozwoju mowy i języka przewiduje także ustalenie następujących danych na podstawie wywiadu i obserwacji:

W strukturze wywiadu powinny znaleźć się pytania umożliwiające zebranie następujących typów informacji:

- a) dane szczegółowe o rozwoju dziecka z okresu prenatalnego (przebieg ciąży), perinatalnego (przebieg porodu i stan noworodka) i postnatalnego,
- b) dane na temat uwarunkowań genetycznych i środowiskowych,
- c) informacje dotyczące dynamiki rozwoju mowy,
- d) ocena charakteru objawów zaburzeń rozwoju mowy: specyficzne (językowe) i (niespecyficzne — dotyczące rozwoju psychomotorycznego, emocjonalnego i społecznego dziecka).

Obserwacja dziecka i jego opiekunów ukierunkowana jest na rozpoznanie zachowań ważnych dla kształtowania się mowy i ustalenia programu terapii.

Czynności poddane obserwacji to:

- a) zachowanie się dziecka,
- b) sprawność motoryczna,
- c) funkcje recepcyjne i percepcyjne,
- d) orientacja przestrzenna,
- e) lateralizacja (dominacja stronna oka, ucha, ręki, nogi),
- f) sposoby inicjowania kontaktu przez dziecko (czy występują i jakie),
- g) metody komunikowania się dziecka z otoczeniem (w tym z osobą najbliższą — werbalne/niewerbalne),
- h) zdolność koncentracji uwagi,
- i) rozwój emocjonalny (przejawy reakcji emocjonalnych),
- j) komunikacja niewerbalna.

Ocena czynności mowy obejmuje następujące sprawności.

1. W zakresie językowej sprawności systemowej:
  - 1.1. artykulacja, prozodia, tempo mowy,
  - 1.2. leksyka (słownik bierny i czynny),
  - 1.3. sprawność gramatyczna (ocena form fleksyjnych, operacji słowotwórczych oraz konstrukcji składniowych),
  - 1.4. sprawności narracyjne.

## 2. W zakresie pozostałych sprawności (językowych i komunikacyjnych):

- 2.1. sprawność sytuacyjna,
- 2.2. sprawność społeczna,
- 2.3. sprawność pragmatyczna.

Badanie mowy obejmuje zarówno ocenę funkcji percepcyjnych, jak i recepcyjnych.

## 1. Badanie funkcji percepcyjnych:

- 1.1. rozumienie tekstów,
- 1.2. rozumienie zdań,
- 1.3. rozumienie nazw,
- 1.4. funkcje słuchowe (słuch fonematyczny, uwaga i pamięć słuchowa).

## 2. Badanie funkcji realizacyjnych:

- 2.1. nazywanie,
- 2.2. powtarzanie,
- 2.3. budowanie zdań,
- 2.4. tworzenie wypowiedzi dialogowych,
- 2.5. tworzenie wypowiedzi narracyjnych (opis, opowiadanie).

Analiza uzyskanego materiału językowego powinna być prowadzona według następujących kryteriów lingwistycznych.

## 1. Jaki rodzaj wypowiedzi tworzy dziecko?

- 1.1. jednoklasowe (strzępkowe; jednosymbolowe; wielosymbolowe),
- 1.2. dwuklasowe (przejściowe; pełne — zdanie, równoważnik; eliptyczne).

## 2. Jaki rodzaj struktur składniowych tworzy dziecko?

- 2.1. związki (orzekające; określające — zgody, rzędu, przynależności);
- 2.2. rodzaje wypowiedzi:
  - a) ze względu na znaczenie (oznajmujące, pytające, rozkazujące, wykrzyknikowe),
  - b) ze względu na formę (zdanie; równoważnik zdania),
  - c) ze względu na budowę (pojedyncze — rozwinięte, nierozwinięte; złożone — współrzędnie, podrzędnie).

## 3. Czy dziecko używa cytatu?

## 4. Jakie osobliwości językowe występują w wypowiedziach dziecka?

- 4.1. mutylacja,
- 4.2. metateza,
- 4.3. opuszczanie zaimka zwrotnego,
- 4.4. pomieszanie kategorii osoby, rodzaju, liczby,
- 4.5. użycie przeczenia „nie” po czasowniku,
- 4.6. zmiana szyku zdania.

5. Jak dziecko realizuje kategorie gramatyczne?
  - 5.1. deklinacyjne,
  - 5.2. koniugacyjne.
6. Jakie konstrukcje słowotwórcze tworzy dziecko?
  - 6.1. zdrobnienia,
  - 6.2. zgrubienia,
  - 6.3. neologizmy.
7. Jaki jest słownik dziecka?
  - 7.1. części mowy (ile, w jakich grupach znaczeniowych),
  - 7.2. zjawiska szczególne (znajomość nazwy bez znajomości desygnatu, opisywanie desygnatu w wypadku nieznaności nazwy).
8. Jak dziecko realizuje fonemy?

Ponadto, ocenie podlegają następujące czynności fizjologiczne: połykanie i żucie, oddychanie (tor oddechu, typ oddechu), fonacja, a także budowa i funkcjonowanie aparatu artykulacyjnego, recepcja słuchowa (słuch fizyczny) — o ile pacjent nie miał wykonanych badań audiologicznych, logopeda wykonuje orientacyjne badanie słuchu).

Ze względu na możliwość współwystępowania z alalią i niedokształceniem mowy o typie afazji zaburzeń innych niż czynności językowe wyższych funkcji psychicznych, logopeda winien poddać ocenie następujące funkcje i czynności: analizę i syntezę wzrokową, myślenie, pamięć itp. W przypadku stwierdzenia dodatkowych dysfunkcji lub zaburzeń logopeda kieruje pacjenta na badania specjalistyczne.

#### ANALIZA WYNIKÓW BADAŃ SPECJALISTYCZNYCH

W przypadku podejrzenia u pacjenta zaburzeń rozwoju mowy i języka do postawienia rzetelnej diagnozy logopedycznej niezbędne są następujące badania specjalistyczne: konsultacja audiologiczna (w celu wykluczenia niedosłuchu, głuchoty jako podłoża braku rozwoju języka lub jego opóźnienia), konsultacja psychologiczna (wykluczenie upośledzenia umysłowego), neurologiczna (wykluczenie uszkodzeń OUN w obszarze mowy), foniatryczna (wykluczenie zaburzeń głosu), ortodontyczna i laryngologiczna (wykluczenie dysglosji), psychiatryczna (wykluczenie autyzmu i innych zaburzeń zachowania o podłożu psychiatrycznym). Szczególne znaczenie w rozpoznawaniu wad rozwoju mowy wynikających z uszkodzeń neurologicznych ma badanie neuroobrazowe mózgu (TK, RM, SPECT, PET) oraz funkcjonalne (EEG). W diagnozowaniu małych dzieci w okresie prelingwalnym niezbędna jest wielospecjalistyczna ocena (pediatryczna, neurologiczna, fizjoterapeutyczna itp.).



## DIAGNOZA RÓŻNICOWA

W praktyce logopedycznej wszelkie przypadki, które można wiązać z patologią mózgu, w których oczywiście wykluczy się opóźnienie rozwoju umysłowego, głuchotę, autyzm i nie obserwuje się niedowładów lub porażień w obrębie aparatu wykonawczego mowy, mogących stanowić bezpośrednią przyczynę upośledzenia rozwoju mowy, właściwie trudno jest ustalić ich przyczynę. Zespół objawów właściwych alalii i niedokształceniu mowy o typie afazji należy różnicować z symptomami następujących jednostek patologii mowy:

— **alalia prolongata** — wywiad rodzinny, diagnoza pedagogiczna, brak uszkodzeń neurologicznych, obserwacja dynamiki ustępowania zaburzeń;

— **dyslalia [F80.0]** — specyfika zaburzeń językowych, brak uszkodzeń neurologicznych;

— **dysglosja [Q35]** — badanie stanu anatomicznego i sprawności motorycznej narządów mowy, ocena foniatryczna, laryngologiczna, ortodontyczna;

— **mutyzm [F94.0]** — specyfika mechanizmu i objawów zaburzeń językowych, ocena psychiatryczno-psychologiczna;

— **zaburzenia mowy w autyzmie [F84]** — obserwacja interakcji społecznych w sferze werbalnej i niewerbalnej, ocena psychiatryczno-psychologiczna;

— **zaburzenia rozwoju mowy i języka spowodowane upośledzeniem umysłowym [F70–F79]** — testy niewerbalne, ukierunkowana obserwacja, ocena psychologiczno-pedagogiczna;

— **zaburzenia rozwoju mowy i języka spowodowane niedosłuchem lub głuchotą [H90–H91]** — ocena audiologiczna w obiektywnych badaniach słuchu, ukierunkowana obserwacja.

— **dyzartria [R47.1]** — badanie sprawności realizacyjnych, ocena czynności fizjologicznych w obrębie aparatu mowy, ocena neurologiczna.

U dzieci chorych neurologicznie występują różnorodne zaburzenia mowy. Patomechanizmy i symptomatologia zaburzeń językowych i komunikacyjnych korelują z rozpoznaniem klinicznym (głuchota, upośledzenie umysłowe, autyzm, dziecięce porażenie mózgowe, zespoły chorobowe ze zmianami strukturalnymi w obrębie twarzoczaszki itp.).

W logopedycznych standardach oceny sprawności językowych i komunikacyjnych należy zastosować instrumentarium wielospecjalistyczne, uwzględniając interferencję zmiennych biologicznych, psychicznych i lingwistycznych w kształtowaniu odrębności i specyfiki zaburzeń u poszczególnych dzieci z problemami neurologicznymi.

W diagnozowaniu alalii i niedokształcenia mowy o typie afazji należy uwzględnić, czy:

- a) mowa od początku rozwija się nieprawidłowo, czy też obserwowano okresy prawidłowego jej rozwoju;
- b) dziecko było diagnozowane bądź leczone neurologicznie;
- c) objawy zaburzeń rozwoju mowy są pierwotne, czy współwystępują z innymi zaburzeniami rozwoju (głuchotą, upośledzeniem umysłowym, zaburzeniami emocjonalnymi itp.);
- d) są to zaburzenia specyficzne (dotyczące tylko trudności językowych, czy też są konsekwencją innych zaburzeń wynikających z dysfunkcji mózgu, np. zaburzeń myślenia, uwagi itp.);
- e) dziecko miało wykonane badania specjalistyczne (np. psychiatryczne, psychologiczne, audiologiczne itp.);
- f) mógł zaistnieć jakiś czynnik patogeny wywołujący zaburzenia (alkoholizm w rodzinie, urazy OUN, zapalenie opon mózgowych itp.);
- g) poziom oraz przebieg (tempo i dynamika) rozwoju psychoruchowego są zaburzone;
- h) poziom rozwoju językowego dziecka jest opóźniony w stosunku do norm;
- i) dziecko korzystało dotychczas z terapii logopedycznej, jakie metody usprawniania rozwoju mowy w jej trakcie stosowano.

#### ROZPOZNANIE LOGOPEDYCZNE — OPIS PRZYPADKU

Rozpoznanie alalii dotyczy zaburzeń rozwoju językowego u dzieci, które mogły doznać uszkodzenia mózgu w okresie prenatalnym (choroby matki, wstrząsy i urazy psychiczne, krwawienia — zwłaszcza w pierwszej połowie ciąży; skłonności do poronień, zatrucie środkami chemicznymi), perinatalnym (urazy okołoporodowe, zaburzenia krążenia płodu) oraz rozmaite schorzenia doprowadzające do patologii rozwoju mózgu w okresie postnatalnym do końca pierwszego roku życia.

Niedokształcenie o typie afazji rozpoznaje się u dzieci, u których wystąpiły problemy neurologiczne w związku z chorobami przebytymi w okresie kształtowania się struktur językowych, czyli między 2. a 6. rokiem życia, należą do nich choroby wirusowe — grypa, ospa wietrzna, zapalenie ślinianek przyusznych, zapalenie opon mózgowych; choroby bakteryjne — zakażenia gronkowcowe i paciorkowcowe; powikłane choroby wirusowe z zakażeniem bakteryjnym, a także na skutek wszelkich urazów czaszki z utratą i bez utraty przytomności, operacji chirurgicznych krwiaków, guzów mózgu itp.

Pomimo istniejących różnic odnośnie do terminologii oraz przyczyn alalii i niedoksztalcenia mowy o typie afazji, istnieje powszechna zgodność poglądów na temat objawów językowych.

Alalię rozpoznaje się wówczas, gdy u dziecka opóźnia się początek rozwoju mowy, występują zaburzenia artykulacyjne, słownik czynny i bierny jest ograniczony zarówno w aspekcie ilościowym jak i jakościowym, obserwuje się ubogą i niepoprawną strukturę gramatyczną wypowiedzi, nie występują zdolności narracyjne. Postępy w przyswajaniu poszczególnych sprawności językowych cechuje wolne tempo, co skutkuje ograniczeniem możliwości komunikacyjnych i poznawczych dziecka. Na charakterystyczny kształt zachowań komunikacyjnych dzieci z alalią, których wypowiedzi słowne są zredukowane lub niezrozumiałe dla otoczenia, w dużym stopniu wpływają czynniki pozawerbalne, takie jak: gest, mimika, układ sytuacyjny. Sprawności komunikacyjne wyrażające się w zachowaniach niewerbalnych mają doniosłe znaczenie w porozumiewaniu się tych dzieci z otoczeniem (Z. Kordyl, 1968).

Przypadki niedoksztalcenia mowy o typie afazji rozpoznaje się wówczas, gdy w pewnym okresie życia dziecka obserwowano prawidłowy rozwój sprawności językowych, a zaistniały epizod neurologiczny, doprowadzając do uszkodzenia mózgu, spowodował regres rozwoju mowy i utrzymujące się trudności w jej ponownym opanowaniu.

Obraz rozwoju mowy w alalii i niedoksztalceniu mowy o typie afazji może dotyczyć ekspresji, percepcji lub przybierać postać mieszanych — ekspresyjno-percepcyjnych zaburzeń mowy. Trudności w porozumiewaniu się mogą ujawniać się jako całkowity brak możliwości słownego porozumiewania się lub też dotyczyć nieprawidłowości w rozwoju poszczególnych sprawności językowych (fonologiczno-fonetycznych, fleksyjnych, słowotwórczych, leksykalno-semantycznych, syntaktycznych, narracyjnych).

Zaburzenia rozwoju języka na poziomie fonologicznym wyrażają się jako zakłócenia artykulacji. Pomimo tego, że dzieci z alalią i niedoksztalceniem mowy o typie afazji mają wykształcone anatomiczno-fizjologiczne podstawy prawidłowej artykulacji, mylą głoski, niekonsekwentnie zastępując jedne drugimi, zmieniają kolejność głosek i sylab w strukturze wyrazu, tworzą kontaminacje dźwięków i sylab w obrębie wyrazów, zniekształcają wzorec wyrazu wprowadzając epentezy lub stosując elizje, mają problemy w realizowaniu procesów asymilacji (i to zarówno w postaci upodobnienia poszczególnych dźwięków w obrębie wyrazu czy całej wypowiedzi, jak i poprzez upodobnienie całego wyrazu do zbliżonego fonicznie, znanego im już). Zniekształcenia artykulacyjne mają charakter nieregularny, wynikają bowiem z zaburzeń kinestezji artykulacyjnej — przesadne ruchy warg, języka, szczęki są objawem

poszukiwania właściwego ułożenia artykulatorów w trakcie realizacji wypowiedzi słownych.

Prócz zaburzeń w płaszczyźnie segmentalnej obserwuje się zakłócenia w realizacji zjawisk suprasegmentalnych. Charakterystyczne są zaburzenia tempa i rytmu wypowiedzi — następuje wydłużanie artykulacji niektórych sylab, kontur melodyczny i intonacyjny zakłócony jest przez skandowanie.

Zaburzenia językowe na poziomie morfologicznym ujawniają się przede wszystkim pod postacią agramatyzmów. Trudności obejmują realizację wykładników wszystkich kategorii fleksyjnych. W koniugacji charakterystyczny jest brak różnicowania w zakresie kategorii liczby, osoby i rodzaju (przeważnie używają czasowników w 3 osobie liczby pojedynczej i to zarówno na określenie czasu teraźniejszego, przeszłego, jak i przyszłego). Nieprawidłowo i rzadko używają przyimków, a często swoiste zestawienie przyimka z danym rzeczownikiem stanowi dla dziecka jeden wyraz.

Zaburzenia sprawności językowych na poziomie morfologicznym przejawiają się również ograniczeniami w stosowaniu konstrukcji słowotwórczych, niską frekwencją neologizmów strukturalnych i długim utrzymywaniem się infantylnych formacji.

Zakłócenia rozwoju leksykalno-semantycznego ujawniają się najwyraźniej jako zaburzenia nominacji. Ubóstwo zasobu leksykalnego manifestuje się zastępowaniem nazwy obiektu czy zjawiska nazwą gatunkową, nazwą innego obiektu pozostającego w metonimicznym związku z nazywanym obiektem bądź nazwą przedmiotu zastępuje się określeniem jego funkcji. Trudności w nazywaniu dziecko z zaburzeniami leksykalno-semantycznymi kompensuje poprzez wykorzystanie omówienia. W słowniku dzieci z zaburzeniami rozwoju mowy wynikającymi z uszkodzeń mózgu znajdują się głównie rzeczowniki i czasowniki, natomiast niewielki jest udział innych części mowy. Dzieci te najszybciej przyswajają często używane zwroty, którymi na ogół posługują się prawidłowo.

Zaburzenia składni przejawiają się w tym, że zdania budowane przez dzieci z alalią i niedokształceniem mowy o typie afazji są krótkie, najczęściej stanowią ciąg kilku słów połączonych związkiem semantycznym i sytuacyjnym. Większa część wypowiedzi to równoważniki zdań, rzadziej mogą wystąpić zdania proste, zawierające jedynie podmiot, orzeczenie, przydawkę. Dzieci z alalią i niedokształceniem mowy o typie afazji mają duże trudności z budowaniem dłuższych wypowiedzi, nie tworzą spójnych gramatycznie, semantycznie i pragmatycznie struktur monologowych, lepiej funkcjonują w realizacji form dialogowych.

Następstwem alalii i niedokształcenia mowy o typie afazji u dzieci w wieku szkolnym są zwykle trudności w czytaniu i opanowaniu poprawnej pi-

sowni, zaburzenia w relacjach interpersonalnych oraz zaburzenia emocjonalne i behawioralne, a nawet wtórne upośledzenie umysłowe, jeśli trudności w opanowaniu kompetencji językowej są na tyle duże i długotrwałe, że uniemożliwiają rozwój myślenia pojęciowego.

Rokowania w przypadkach alalii i niedoksztalcenia mowy o typie afazji są różne. W alalii, zwłaszcza przy uszkodzeniach mózgu nabytych w okresie prenatalnym, rozwój zdolności językowych jest powolny i mowa zazwyczaj nie osiąga normalnego poziomu rozwoju. W niedoksztalceniu mowy o typie afazji, które może się pojawić w każdym etapie procesu kształtowania i rozwoju struktur językowych, czyli między 2. a 6. rokiem życia — przebieg terapii logopedycznej i jej rokowania są znacznie lepsze. Zależą od lokalizacji patologii mózgu, wieku dziecka oraz stopnia opanowania przez nie języka w chwili wystąpienia zaburzenia. W niektórych przypadkach usprawnianie logopedyczne prowadzi do szybkiej i całkowitej poprawy zdolności językowych, opóźnienie może się wyrównać i nie pozostawić poważniejszych konsekwencji. W innych przypadkach uzyskuje się jedynie niewielką poprawę, a gdy zaburzenie ma charakter postępujący, obserwuje się wzmocnienie defektów i narastanie patologii językowej.

U niektórych dzieci z niedoksztalceniem mowy o typie afazji, mimo szybkiego wycofywania się zaburzeń językowych, bardzo często pozostają trwale trudności w wykonywaniu zadań wymagających umiejętności syntaktycznych i leksykalnych — dzieci nie potrafią ocenić, czy zdanie jest poprawne pod względem gramatycznym, gorzej wykonują test fluencji słownej, mają problemy w zapamiętywaniu materiału językowego. Jeżeli nawet dzieci rozwiązują dobrze testy językowe, to bardzo często mają trudności w uczeniu się. Prócz czynników biologicznych, na możliwości usprawniania dziecka z alalią i niedoksztalceniem mowy o typie afazji znaczący wpływ mają uwarunkowania środowiskowe.

#### RODZAJE ZABURZEŃ JĘZYKOWYCH W ALALII I NIEDOKSZTALCENIU MOWY O TYPIE AFAZJI

Niedorozwój układu nerwowego lub uszkodzenie mózgu nabyte w okresie ontogenezy mowy wywołuje różne zespoły objawów. Symptomy zaburzeń językowych oraz mechanizm ich powstawania pozwalają na rozróżnienie trzech rodzajów trudności w przypadkach alalii i niedoksztalcenia mowy o typie afazji: motorycznych (ekspresyjnych), sensorycznych (percepcyjnych) i motoryczno-sensorycznych (mieszanych). W przypadku zaburzeń ekspresyjnych rokowania są lepsze niż przy zaburzeniach percepcyjnych i percepcyjno-ekspresyjnych.

## ZABURZENIA O CHARAKTERZE MOTORYCZNYM

W przypadku zaburzeń ekspresyjnych objawy patologii dotyczą przede wszystkim realizacji wypowiedzi. U podłoża tych objawów leżą zaburzenia wynikające z niewykształcenia lub utraty, a następnie trudności w ponownym opanowaniu motorycznych wzorców głosek, wyrazów i zdań:

- a) dziecko poprawnie wykonuje proste polecenia słowne (dobry stan słuchu i gnozyji słuchowej oraz zachowane sprawności poznawcze);
- b) dziecko nie mówi, unika mówienia, posługuje się okrzykiem, gestem, pantomimą;
- c) dziecko nie powtarza słów i prostych zdań;
- d) dziecko wolniej i gorzej rozwija się ruchowo;
- e) dziecko jest często leworęczne, ma trudności w orientacji przestrzennej;
- f) dziecko wykazuje trudności z koncentracją uwagi w stopniu właściwym dla wieku;
- g) dziecko nawiązuje właściwy kontakt uczuciowy i intelektualny z otoczeniem;
- h) dziecko jest inteligentne.

## ZABURZENIA O CHARAKTERZE SENSORYCZNYM

W przypadku zaburzeń percepcyjnych objawy trudności językowych dotyczą przede wszystkim rozumienia wypowiedzi słownych. Mechanizmem powodującym powstanie tego typu objawów są trudności niewykształcenia lub utraty, a następnie trudności w ponownym opanowaniu słuchowych wzorców głosek i wyrazów. Ze względu na ubóstwo słownika biernego i czynnego, u dzieci z tym typem zaburzeń obserwuje się brak gotowości werbalnej, przejawiający się trudnościami w aktualizacji nazwy określonego desygnatu. Rozumienie ma charakter globalny, tzn. opiera się na rozpoznawaniu kontekstu sytuacyjnego, prozodycznego konturu wypowiedzi i pojedynczych słów, które są najbardziej znane i zrozumiałe. Trudności w rozpoznawaniu relacji semantycznych i gramatycznych pomiędzy strukturami języka uniemożliwiają prawidłowe i precyzyjne rozumienie komunikatów słownych:

- a) dziecko przejawia znaczne trudności w rozumieniu wypowiedzi słownych,
- b) dziecko posługuje się neologizmami i szczątkową formą wyrazów;
- c) dziecko wypowiada deformowane *quasi*-słowa bez stałego związku ze znaczeniem;
- d) dziecko ma trudności w powtarzaniu słów;
- e) dziecko dobrze rozumie gest, mimikę, pantomimą;

- f) dziecko nie jest zainteresowane mową;
- g) dziecko prawidłowo reaguje na muzykę;
- h) dziecko nawiązuje dobry kontakt uczuciowy z otoczeniem;
- i) dziecko ma zaburzony kontakt intelektualny z otoczeniem;
- j) dziecko jest inteligentne.

#### ZABURZENIA O CHARAKTERZE SENSORYCZNO-MOTORYCZNYM

Mieszane zaburzenia rozwoju mowy mogą występować z przewagą komponenty motorycznej (zaburzeń ekspresji mowy) lub sensorycznej (zaburzeń percepcji mowy).

#### ZABURZENIA WSPÓLWYSTĘPUJĄCE Z ALALIĄ I NIEDOKSZTAŁCENIEM MOWY O TYPIE AFAZJI

Z alalią i niedokształceniem mowy o typie afazji u dzieci inteligentnych mogą współwystępować następujące **objawy zaburzeń rozwoju poznawczego, emocjonalnego i społecznego**:

- a) zaburzenia myślenia pojęciowego (zredukowana zdolność do wyodrębniania cech istotnych przedmiotu),
- b) spowolnienie i tzw. lepkość procesów myślenia,
- c) obniżenie zakresu uwagi,
- d) zakłócenia procesów wolicjonalno-motywacyjnych,
- e) zaburzenia pamięci,
- f) opóźnienia i zaburzenia rozwoju psychoruchowego, funkcji wzrokowych i słuchowych,
- g) zaburzenia koordynacji i integracji ruchowej, wzrokowo-ruchowej, słuchowo-ruchowej (integracji percepcyjno-motorycznej),
- h) zakłócenia w ujmowaniu stosunków przestrzennych,
- i) zaburzenia lateralizacji,
- j) zaburzenia procesów emocjonalnych,
- k) zaburzenia zachowania.

Należy zaznaczyć, że u dzieci z alalią zespoły objawów zaburzeń są mniej specyficzne niż u dzieci z niedokształceniem mowy o typie afazji. Konsekwencje dysfunkcji i uszkodzeń mózgu we wczesnym okresie jego rozwoju doprowadzają do uogólnionych zaburzeń w rozmaitych sferach aktywności. Trudności w rozwoju poznawczym, emocjonalnym i społecznym, które współwystępują z symptomami zaburzeń językowych wymagają indywidualizacji postępowania diagnostyczno-terapeutycznego prowadzonego przez logopedę.

## PROGRAMOWANIE TERAPII

### CELE POSTĘPOWANIA LOGOPEDYCZNEGO

Celem postępowania logopedycznego w przypadkach alalii i niedokształcenia mowy o typie afazji jest przełamanie deficytów w zakresie rozwoju funkcji motorycznych i/lub percepcji słuchowej, korygowanie istniejących zaburzeń emocjonalnych, społecznych i behawioralnych, a w dalszym etapie systematyczna i planowa stymulacja rozwoju mowy i języka dziecka poprzez systemowe budowanie i rozwijanie kompetencji komunikacyjnej i kompetencji językowej.

Formułowanie celów postępowania logopedycznego (wspomaganie, stymulacja, wczesna interwencja) uzależnione są od stanu dziecka i wyników diagnozy neurologopedycznej. Cele terapeutyczne należy dostosować, uwzględniając wyniki badań wielospecjalistycznych, do potrzeb i możliwości dziecka. W przypadkach sprzężonych zaburzeń rozwoju mowy niezbędne może być wykorzystanie alternatywnych metod w rozwijaniu sprawności komunikacyjnych u dzieci z uszkodzeniami mózgu. Skuteczność terapii mowy w przypadkach alalii i niedokształcenia mowy o typie afazji jest zdeterminowana umiejętnością nawiązania współpracy z najbliższym otoczeniem poprzez zbudowanie właściwego kontaktu terapeutycznego pomiędzy dzieckiem a jego opiekunami. Program postępowania neurologopedycznego należy włączyć w procedury wielospecjalistycznego leczenia dziecka z uszkodzeniem układu nerwowego.

### STRATEGIE I METODY POSTĘPOWANIA

Metody i formy pracy dostosowane są do indywidualnych możliwości pacjenta (jego wieku, tempa pracy, kondycji psychofizycznej, poziomu rozwoju, zainteresowań) oraz rodzaju współwystępujących zaburzeń wynikających z patologii mózgowej. Procedura oddziaływań logopedycznych w poszczególnych jednostkach zaburzeń mowy (alalia, niedokształcenie mowy o typie afazji) i rodzajach trudności (motoryczne, sensoryczne) jest różna.

Terapia dzieci z alalią polega na programowaniu kompetencji językowej — w przypadku trudności percepcyjnych, i usprawnianiu realizacji — w przypadku trudności ekspresyjnych. Oddziaływanie terapeutyczne w odniesieniu do dzieci z niedokształceniem mowy o typie afazji ma odmienny charakter: w początkowym etapie polega na przywróce-



dentem neurologicznym. I w tych przypadkach sprawności realizacyjne są usprawniane po uprzednim odbudowaniu lub zbudowaniu kompetencji językowej.

Kiedy zaburzenia mowy są głębokie lub towarzyszą im uogólnione trudności w zakresie rozwoju innych wyższych funkcji psychicznych, należy oddziaływać stymulująco na wszelkie sfery aktywności zarówno językowej, jak i niejęzykowej dziecka. W przypadkach, gdy zaburzenia mowy są mniej nasilone i specyficzne, dobór metod i wyznaczenie kierunku postępowania logopedycznego wynika z analizy struktury zaburzonych wyższych czynności psychicznych i wówczas stymulacja może dotyczyć poszczególnych funkcji, np. słuchowych, wzrokowych, ruchowych, czuciowych i ich koordynacji.

Z kształceniem językowym dzieci z alalią i niedokształceniem mowy o typie afazji należy wiązać ich rozwój poznawczy i umysłowy. Dzięki językowi rozwija się myślenie abstrakcyjne, rozwój myślenia intelektualizuje użycie języka.

Poprzez uczestnictwo w rozmaitych sytuacjach komunikacyjnych następuje interioryzacja reguł funkcjonowania języka, a zaistnienie określonych warunków sprzyja ich aktualizacji w formie zachowań językowych, język wyrasta z działania. Trudności językowe u dzieci z alalią mogą dotyczyć bądź etapu interioryzacji, bądź etapu aktualizacji języka, co odpowiada zaburzeniom w nabywaniu kompetencji językowej lub/i sprawności językowej. Nie można ćwiczyć realizacji, jeżeli nie ma uprzednio zdobytych kompetencji.

W strategiach postępowania terapii mowy u dzieci z alalią i niedokształceniem mowy o typie afazji należy odwołać się do biologicznych praw warunkujących nabywanie języka w ontogenezie przez dzieci zdrowe, które określają następujący porządek oddziaływań.

1. **Kształtowanie odruchów.** W trakcie rozwoju część odruchów zanika, a przetrwanie niektórych jest objawem patologii. Prawidłowy rozwój zachowań odruchowych, w wyniku których funkcje aparatu artykulacyjnego doskonalą się i precyzują (np. odruch ssania, żucia, połykania) jest podstawą dla rozwoju zachowań intencjonalnych.

2. **Kształtowanie spostrzeżeń.** Od kiedy dziecku dostępny jest już sensualny sposób porządkowania świata i wyodrębniania jego zjawisk, słowa mają charakter etykietek konkretnych przedmiotów i są używane w funkcji denotacyjnej dla określania zmysłowo postrzeganych i wyodrębnianych elementów rzeczywistości pozajęzykowej.

3. **Kształtowanie pojęć.** Charakter zachowań językowych nie jest już nierozzerwalnie związany z postrzeganiem zmysłowym, ale znaki języka pełnią funkcję symboliczną dla określenia klas obiektów oraz relacji pomiędzy

nimi. Zachowania językowe przekraczają granice czasu i miejsca mówienia, a dziecko używa języka dla oznaczenia treści niebędących jego aktualnym doświadczeniem zmysłowym.

4. **Kształtowanie refleksji nad słowami jako znakami języka.** Kompetencja metajęzykowa, czyli wiedza sformalizowana w procesie edukacji szkolnej wyraża się np. w refleksyjnym stosunku do formalnych i znaczeniowych wartości znaków językowych.

Ze względu na wyróżnione mechanizmy zaburzeń nabywania języka w alalii i niedoksztalceniu mowy o typie afazji języka — motoryczny i sensoryczny — stosuje się dwie procedury rehabilitacji, właściwe wyróżnionym rodzajom trudności.

Postępowanie terapeutyczne w przypadkach alalii i niedoksztalcenia mowy o typie afazji powinno obejmować **zajęcia ogólnorozwojowe**, aktywizujące myślenie, rozwijające sprawności umysłowe, funkcje poznawcze, zorientowane na ćwiczenie uwagi i koncentracji. W zależności od rodzaju mechanizmu warunkującego trudności w opanowaniu języka stosuje się **zajęcia słuchowo-ruchowe** — gimnastykę, logorytmikę, kształcenie funkcji percepcyjnych, umuzykalnienie, relaksację — lub **zajęcia wzrokowo-ruchowe**, które podnoszą poziom koordynacji wzrokowo-ruchowej, grafomotoryki, percepcji wzrokowej oraz utrwalają orientację w schemacie ciała i w przestrzeni. Wszystkie typy zajęć powinny stymulować rozwój procesów psychomotorycznych, emocjonalno-motywacyjnych i poznawczych na materiale werbalnym, literowym i wyrazowym. Optymalną formą realizacji tych metod jest ukierunkowana **zabawa**.

#### ORGANIZACJA POSTĘPOWANIA

Pacjent wymaga stałej opieki logopedycznej podjętej jak najwcześniej. Terapia powinna odbywać się indywidualnie z każdym dzieckiem, wskazana jest także możliwość uczestniczenia w zajęciach grupowych. Jako standard przyjmuje się zajęcia minimum 2×30 min. w tygodniu z możliwością łączenia. Konieczna jest współpraca rodziców dziecka lub jego opiekunów z logopedą, włączenie ich do terapii przekładające się na codzienną pracę w domu z dzieckiem.

Sesje terapeutyczne, w których uczestniczy dziecko z organicznym uszkodzeniem centralnego układu nerwowego, powinny być zróżnicowane pod względem metodycznym; należy ograniczać zakres materiału do ćwiczeń, aby nie rozpraszać uwagi dziecka oraz stosować zasadę stopniowania trudności (rozpoczynać pracę od materiału niesprawiającego dziecku trudności). Należy stosować przerwy, jeżeli u pacjenta narasta zmęczenie lub dekoncentracja uwagi.

Postępowanie logopedyczne wymaga kontrolowania i dokumentowania jego przebiegu oraz efektywności terapii mowy, weryfikowania hipotez diagnostycznych, a w konsekwencji modyfikowania celów i metod terapii.

Ponadto, w postępowaniu neurologopedycznym wobec dzieci z alalią i niedokształceniem mowy o typie afazji niezbędne jest przygotowywanie opinii neurologopedycznej dla zespołu orzekającego o potrzebie zaopatrzenia pacjenta w niezbędne wyposażenie rehabilitacyjne, edukacyjne, finansowe itp.

## POSTĘPOWANIE TERAPEUTYCZNE

1. Sformułowanie szczegółowego planu terapii.
2. Organizacja terapii.
3. Prowadzenie dokumentacji terapii.
4. Okresowa ocena postępów terapii.
5. Weryfikacja hipotez diagnostycznych.
6. Modyfikacja programu terapii.

## BIBLIOGRAFIA

- 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.
- DSM-IV, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Draft Criteria. Task Force on DSM-IV*, Washington, APA, 1993.
- Dilling-Ostrowska E., 1990, *Zaburzenia mowy*, [w:] *Neurologia dziecięca*, red. J. Czochońska, Warszawa.
- Grabias S., 1994, *Logopedyczna klasyfikacja zaburzeń mowy*, „Audiofonologia”, t. VI.
- Herzyk A., 1992a, *Afazja i mutyzm dziecięcy*, Lublin.
- Herzyk A., 1992b, *Asymetria i integracja półkulowa a zachowanie*, Lublin.
- ICD-10, Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta*, Kraków 1994.
- Jastrzębowska G., 1998, *Podstawy teorii i diagnozy logopedycznej*, Opole.
- Jastrzębowska G., 1999, *Afazja, dysfazja dziecięca*, [w:] *Logopedia. Pytania i odpowiedzi*, red. T. Gałkowski, G. Jastrzębowska, Opole, s. 369–405.
- Kaczmarek B., 1986, *Z zagadnień kształtowania mowy u dzieci z dysfunkcjami ośrodkowego układu nerwowego*, „Zagadnienia Wychowawcze a Zdrowie Psychiczne”, 1986, nr 5–6.
- Kaczmarek L., 1966, *Nasze dziecko uczy się mowy*, Lublin.
- Kordyl Z., 1968, *Psychologiczne problemy afazji dziecięcej*, Warszawa.
- Kordyl Z., 1969, *Mowa dzieci afatycznych*, „Logopedia”, nr 8/9.
- Majewska Z., Szelożyńska K., 1959, *Zaburzenia mowy u dzieci z niedowładami prawymi i lewostronnymi*, „Neurologia, Neurochirurgia i Psychiatria Polska”, t. IX, nr 6.
- Mitrinowicz-Modrzejewska A., 1963, *Fizjologia i patologia głosu, słuchu i mowy*, Warszawa.

- Parol U., 1989, *Dziecko z niedokształceniem mowy*, Warszawa.
- Pruszewicz A., 1992, *Foniatrya kliniczna*, Warszawa.
- Sovak M., 1971, *Alalia*, „Logopedia”, nr 10.
- Spionek H., 1965, *Zaburzenia psychoruchowego rozwoju dziecka*, Warszawa.
- Styczek I., 1980, *Logopedia*, Warszawa.
- Szumaska J., 1982, *Neurofizjologiczne podstawy zaburzeń mowy u dzieci*, [w:] *Zaburzenia mowy u dzieci*, red. J. Szumaska, Warszawa.
- Traczyńska H., 1982, *Rozwój i zaburzenia czynności ruchowych a funkcja mowy u dzieci*, [w:] *Zaburzenia mowy u dzieci*, red. J. Szumaska, Warszawa.
- Zaleski T., 1993, *Klasyfikacja zaburzeń mowy*, [w:] *Diagnoza i terapia zaburzeń mowy*, red. T. Gałkowski, Z. Tarkowski, T. Zaleski, Lublin.