

MONIKA KOWALSKA
Uniwersytet Pedagogiczny w Krakowie

Diagnoza zaburzeń mowy u dziecka z afazją ruchową w grupie integracyjnej. Studium przypadku

[...] *język jest oknem, przez które można oglądać życie mózgu.*

Antoni Balejko¹

Wprowadzenie teoretyczne

Zaburzenie mowy jest to pewnego rodzaju akt w procesie porozumiewania się językowo-słownego, polegający na nieumiejętności tworzenia wypowiedzi lub trudności w jej dekodowaniu. Namacalnym objawem zaburzeń mowy jest zniekształcona wypowiedź w różnych zakresach. Złożony neuroanatomicznie i fizjologicznie proces nadawania i odbioru mowy może być przerwany w wyniku urazów, uszkodzeń, degeneracji. Według Ireny Styczek afazja jest częściową lub całkowitą utratą umiejętności posługiwania się językiem, wywołaną uszkodzeniem odpowiednich struktur mózgowych – „jest to właściwie utrata częściowa lub całkowita znajomości języka, gdzie występują także trudności w ponownym nauczeniu się go”². Z kolei w definicji Marii Pąchalskiej wyraźnie zaznaczone jest, że to stan dezintegracji procesu przetwarzania informacji (kodowania i dekodowania), symboli zarówno językowych, jak i niejęzykowych danego języka, których przyczyna leży w organicznym uszkodzeniu OUN³.

W rozważaniach teoretycznych nad afazją pojawiły się również definicje odnoszące się do dzieci. Istotna w perspektywie tematu pracy jest prezentacja i tego zjawiska. Zofia Kordyl uważa, że dziecko z zaburzeniami afatycznymi to takie, które nie mówi, choć rozumie mowę, albo nie rozumie mowy, chociaż nie wykazuje zaburzeń słuchu oraz deficytów w zakresie sfery intelektualnej⁴. Grażyna Jastrzębowska z kolei terminem afazja dziecięca określa pierwotne za-

- 1 A. Balejko, *Jak usuwać wady wymowy – porady dla nauczycieli i rodziców*, Wydawnictwo Logopedyczne, Białystok 1992.
- 2 I. Styczek, *Logopedia*, PWN, Warszawa 1983, s. 254.
- 3 M. Pąchalska, *Afazjologia*, PWN, Warszawa 1999, s. 27.
- 4 Z. Kordyl, *Psychologiczne problemy afazji dziecięcej*, PWN, Warszawa 1968.

burzenia zachowania językowego wynikające z patologii mózgu, która nie ma podłoża intelektualnego, psychicznego ani percepcyjnego⁵.

Jeżeli chodzi o etiologie występowania tego zaburzenia, to warto zapoznać się z poglądem Ewy Dilling-Ostrowskiej, która jako główne przyczyny afazji wymienia:

- niedorozwój i zaburzenia mielinizacji w korowych polach mowy;
- brak rozwoju dróg nerwowych związanych z mową;
- patologię dotyczącą pierwszego trymestru ciąży (np. krwawienia z dróg rodnych; stosowanie środków farmakologicznych w celu przerwania ciąży, silne wstrząsy psychiczne matek)⁶.

Wielość definicji i dróg poszukiwań etiologii powoduje liczne problemy metodologiczne w badaniach nad afazją: brak jednoznacznego rozstrzygnięcia dotyczącego istoty afazji, brak jednolitej metodologii badań (wynikający z różnych podmiotów oddziaływań, a tym samym wymaganych odmiennych metod i narzędzi nadawczych), wielość definicji i klasyfikacji⁷.

Praca z dzieckiem z afazją ruchową

Zgodnie z rozporządzeniem MEN, pomocy psychologiczno-pedagogicznej polegającej na rozpoznaniu i zaspokajaniu indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych ucznia oraz na rozpoznawaniu indywidualnych możliwości psychofizycznych ucznia należy udzielać także dzieciom z zaburzeniami komunikacji językowej i ich opiekunom.

Pojawia się więc pytanie: „Z jakimi trudnościami zmierzyć będą musieli się dziecko afatyczne i jego nauczyciel?”. Anna Paluch, Elżbieta Drewniak-Wołosz, Lucyna Mikosza wymieniają jako charakterystyczne dla afazji ruchowej (inaczej: afazji ekspresyjnej, afazji motorycznej, afazji Brocka) następujące symptomy:

- zaburzenia planowania ruchów i koordynacji ruchowej;
- często występująca niewłaściwa realizacja głosek z szeregu szumiącego, syczącego, ciszącego oraz głoski [r];
- występowanie w mowie substytucji;
- liczne metatezy sylab w wyrazie, głosek w sylabie, uproszczenia grup spółgłoskowych, braki w nagłosie, wygłosie i śródgłosie, asymilacje;

5 G. Jarzębowska, *Afazja, dysfazja dziecięca*, [w:] *Logopedia. Pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*, t. 1, red. T. Galkowski, G. Jastrzębowska, Wydawnictwo UO, Opole 2003.

6 J. Skibska, D. Larysz, *Neurologopedia w teorii i praktyce. Wybrane zagadnienia diagnozy i terapii dziecka*, Wydawnictwo ATH, Bielsko-Biała 2012, s. 49.

7 J. Panasiuk, *Afazja*, [w:] *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*, red. S. Grabias, M. Kurkowski, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2012, s. 254–255.

- zaburzenia w zakresie prozodii mowy; częste występowanie mowy skandowanej;
- zaburzony szyk zdania;
- przedłużające się posługiwanie wyrażeniami onomatopiecznymi (nawet do 6 r.ż.);
- wspieranie wypowiedzi gestem;
- rozumienie oraz posługiwanie się prostymi zdaniami i poleceniami;
- zaburzona bądź skrzyżowana lateralizacja⁸.

Podstawa programowa nauczania przedszkolnego wyraźnie określa umiejętności, jakie powinno osiągnąć dziecko przed rozpoczęciem nauki szkolnej. Niektóre z jej punktów odnoszą się także do komunikacji (poprawne pod względem gramatycznym, artykulacyjnym, fleksyjnym i składniowym porozumiewanie się; wyrażanie swoich potrzeb i decyzji) oraz gotowości do podjęcia nauki czytania i pisania (orientacja w schemacie ciała oraz w przestrzeni, koordynacja wzrokowo-ruchowa itd.)⁹. Z gotowością do podjęcia nauki czytania oraz pisania związana jest także percepcja słuchowa, czyli zdolność do odbioru dźwięków oraz ich rozpoznawania, różnicowania, w odniesieniu do własnych doświadczeń. Prawidłowo przebiegające operacje w zakresie percepcji słuchowej pozwalają na prawidłowe przeprowadzenie analizy i syntezy głoskowej oraz sylabowej wyrazu.

Powyższe analizy pozwalają stwierdzić, że jakiegokolwiek zaburzenie mowy występujące u dziecka może zakłócić proces przyswajania podstawowych umiejętności szkolnych. W szczególności nauczyciel oraz specjaliści pracujący z dzieckiem afatycznym powinni możliwie najwcześniej podjąć działania stymulujące mowę. Barbara Wiśniewska proponuje zestaw porad dla nauczyciela prowadzącego zajęcia z dzieckiem, u którego występuje zaburzenie mowy. Przede wszystkim wychowawca powinien nawiązać kontakt z dzieckiem zarówno za pomocą codziennych form grzecznościowych, jak i w ustaleniu reguł oraz zasad zabaw. Podejmowane na zajęciach tematy powinny być powiązane z konkretnymi działaniami odnoszącymi się do życia codziennego, ale także i do zabawy, w której dziecko najlepiej przyswaja wiadomości. Wprowadzając nowe treści, nauczyciel powinien kierować się zasadą stopniowania trudności, która w swej istocie polega na przechodzeniu od łatwiejszych do trudniejszych wiadomości. Warto, by przygotowany przez nauczyciela materiał dydaktyczny pozwalał na wielozmysłowe poznawanie oraz był atrakcyjny i zrozumiały dla dziecka. Ważną rolę odgrywają także pochwały za choćby małe sukcesy. Pochwały stymulują także po-

8 A. Paluch, E. Drewniak-Wolosz, L. Mikosza, *AFA-SKALA. Jak badać mowę dziecka afatyczne*, Impuls, Warszawa 2012.

9 <http://dokumenty.rcl.gov.pl/D2014000080301.pdf> (dostęp: 29.09.2015).

zytywne relacje między nauczycielem a dzieckiem zapewniają dziecku poczucie bezpieczeństwa. Dodatkowo należy pamiętać, że nauczyciel może skonsultować ze specjalistami (np. logopedą) opracowany program. W pracę z dzieckiem należy włączyć rodziców, którzy zweryfikują to, z czym dziecko ma problemy, oraz pewne czynności będą ćwiczyć z nim w domu¹⁰.

Badania własne

Przedmiotem zainteresowania w niniejszym artykule jest diagnoza zaburzeń mowy u dziecka z afazją ruchową w grupie integracyjnej oraz ustalenie modelu pracy z nim w grupie integracyjnej. W badaniach wykorzystano metodę indywidualnych przypadków, natomiast wykorzystanymi technikami w ramach tej metody stały się: obserwacja, wywiad, ankieta, a także badanie dokumentów.

Narzędziem, które posłużyło do przeprowadzenia wywiadu, był indywidualny kwestionariusz wywiadu z matką chłopca. Przeprowadzenie wywiadu pozwoliło uzyskać informacje na temat czasu wystąpienia zaburzeń, etiologii, funkcjonowania chłopca na co dzień.

Diagnoza została przeprowadzona również przy użyciu kwestionariusza „AFA-SKALA. Jak badać mowę dziecka afatycznego?”¹¹. Narzędzie to wykorzystano do badania rozumienia, nazywania, powtarzania, zasobu semantyczno-leksykalnego oraz umiejętności budowania zdań i ich poziomu gramatycznego. Prowadzony dialog z badanym dał również możliwość obserwacji dziecka w czasie badania oraz w czasie zabawy ze starszym rodzeństwem. Ponadto wykorzystano kwestionariusz ankiety dla nauczyciela, pozwalający ustalić metody pracy oraz zastosowane formy pomocy wspomagające rozwój dziecka.

Etiologia zaburzeń mowy u chłopca

Według relacji matki ciąża przebiegała prawidłowo, kobieta czuła się dobrze, nie przyjmowała leków. Chłopiec urodził się o czasie w wyniku porodu siłami natury. W skali Apgar otrzymał 10 punktów. W czasie akcji porodowej zachłysnął się wodami płodowymi, co wywołało u niego zachłystowe zapalenie płuc, przez co kilka dni przebywał na oddziale, w inkubatorze, i nie mógł być karmiony piersią w początkowym okresie.

W okresie noworodkowym matkę niepokoił ogólny stan zdrowia dziecka. Chłopiec spał niespokojnie, ciągle budził się, był płaczliwy, miał problemy z wypróżnianiem się. Po dokładnej diagnozie lekarskiej oraz badaniu USG wykonanym w 4, 5 miesiącu życia okazało się, że chłopiec ma guza w jamie brzusznej

10 B. Wiśniewska, *Terapia zaburzeń mowy*, Warszawa 2002.

11 A. Paluch, E. Drewniak-Wołosz, L. Mikosza, *AFA-SKALA...*

(3 cm x 4 cm). Guza usunięto operacyjnie już kilka dni po diagnozie, założono mu wkłucie centralne. Dokładna diagnostyka guza wykazała, że chłopiec cierpi na neuroblastomię (zdiagnozowaną w 6 m.ż.). W wyniku długiej hospitalizacji chłopiec miał zaburzony przebieg rozwoju psychoruchowego: nie raczkował oraz miał spore problemy z siedzeniem. Po wyjściu ze szpitala zaczęła się intensywna rehabilitacja (dwa razy w tygodniu) mająca przygotować go do chodzenia. Po 3 miesiącach rehabilitacji chłopiec zaczął stawiać pierwsze kroki (ok. 1 r. i 3 m-ce). Był to jednak chód z podparciem, chłopiec często potykał się, szybko się męczył. Matka bała się wychodzić z nim na podwórko z powodu częstych infekcji dróg oddechowych. Bardzo długo jeździł w wózku dziecięcym (do 5 r.ż.), ponieważ nie chciał chodzić samodzielnie.

Według relacji matki chłopiec nie gaworzył. Mówił „własnym językiem”, który rozumiała jedynie ona. Wydawał tylko pojedyncze dźwięki. Jeżeli czegoś potrzebował, brał rękę matki i wskazywał, czego potrzebuje. Mając 3,5 roku, zaczął mówić pojedyncze sylaby „ma”, „da”, „ta”. Chłopiec był karmiony naturalnie od 4 dnia po urodzeniu do 4 m.ż. Później był karmiony sztucznie. Dość długo ssał smoczek (do 2,5 r.ż.), ponieważ był to jedyny przedmiot, dzięki któremu się uspokajał w sytuacjach stresowych, np. podczas wizyt w szpitalu. Mając 3,5–4 lata, samodzielnie próbował spożywać posiłki za pomocą łyżeczki. Jedząc, chłopiec odgryza kęsy przodem. Połykając płyny, trzyma język na wałku dziąsłowym, nie ma problemów z połykaniem. Często zapada na infekcje dróg oddechowych, przez co oddycha buzią. Występuje u niego moczenie nocne. Śpi niespokojnie, często się budzi, trzęsąc się.

Pomoc specjalistyczna

W drugim roku życia chłopiec został objęty pomocą Specjalistycznej Poradni Wczesnej Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej. Specjaliści starali się usprawnić mowę chłopca. Otrzymał opinię o afazji motorycznej. Obecnie przebywa pod opieką medyczną wielu specjalistów: hematologa, neurologa (u chłopca pojawiły się w ubiegłym roku dwa ataki epileptyczne prowadzące do utraty przytomności), immunologa, a także psychiatry. Dziecko ma orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego, wydane przez Ośrodek Wczesnej Pomocy Psychologicznej. Mając 3 lata i 7 miesięcy, zaczęło uczęszczać do przedszkola integracyjnego. Powodem wydania opinii Ośrodka jest diagnoza afazji. Chłopiec brał udział w zajęciach logopedycznych oraz rewalidacyjnych w przedszkolu. Do przedszkola uczęszczał przez 2 lata. Chłopiec w przedszkolu nie odzywał się do swoich kolegów. Proszony o odpowiedź, albo nie odpowiadał, albo udzielał odpowiedzi gestami. Nikt z personelu przedszkolnego nie powiadomił jednak o tym matki. Sytuacja wyjaśniła się, dopiero kiedy matka poprosiła o opinię logopedyczną.

Od września 2014 uczęszcza do prywatnej szkoły podstawowej, w której jest objęty kształceniem indywidualnym. Decyzja o wcześniejszym posłaniu dziecka do szkoły jako sześciolatka była podjęta w porozumieniu z psychologiem. Chłopiec często opuszcza zajęcia lekcyjne z powodu chorób. W szkole uczestniczy w zajęciach rewalidacyjnych z pedagogiem specjalnym i logopedą. Jest także pod opieką psychologa.

Uzyskane wyniki badań

Uzyskane wyniki badań podzielono na podkategorie będące próbą opisanego funkcjonowania chłopca w codziennym życiu. W wyróżnionych podkategoriach skupiono się na prezentacji mocnych stron dziecka oraz sfer wymagających pracy.

Zachowanie

Silne strony dziecka. Powierzone zadania chłopiec na ogół podejmuje chętnie. Podczas zajęć świetlicowych **lubi bawić się z koleżanką**, podejmując zabawy tematyczne, np. w dom, sklep, masażyki, oglądanie książek. **Nie wchodzi w konflikty z innymi dziećmi**, raczej jest spokojliwy i potrafi ustąpić w sytuacji kłótni. **Nie stosuje agresji fizycznej ani słownej**. Zazwyczaj jest uśmiechnięty, pogodny.

Objawy zaburzeń. Chłopiec szybko **męczy się i zniechęca**. Często **nie potrafi opanować swoich emocji**, np. podczas zabaw w euforii krzyczy, biega, dopiero po kilkakrotnym napomnieniu nauczyciela uspokaja się. Jest dzieckiem zamkniętym, łatwiej nawiązującym kontakty z osobami dorosłymi aniżeli z rówieśnikami. W czasie odrabiania zadań domowych **potrzebuje znaczącej pomocy**. W sytuacjach stresowych **reaguje płaczem bądź patrzy nieruchomo w wybrany cel**. W wielu sytuacjach **brak u niego samokrytycyzmu**, nie zawsze potrafi znaleźć błąd w swojej pracy czy zachowaniu. Z powodu częstych chorób ma wysoką absencję szkolną. Chłopiec silnie związany jest emocjonalnie z matką. **Zdarza się, że fantazjuje**, np. wymyśla wycieczki, miejsca, w których rzekomo był, co później okazuje się niezgodne z prawdą.

Sfera ruchowa

Silne strony dziecka. Chłopiec **jest sprawny pod względem manualnym**. Estetycznie nakleja na kartkę elementy oraz poprawnie łączy ze sobą punkty. Jego **ruchy są sprawne i energiczne**. Chętnie biega, wykonuje ćwiczenia ruchowe i gimnastyczne. Potrafi rzucać, toczyć do celu, np. piłkę do kosza, a także uczestniczy w zabawach rzutnych. Przyjmuje poprawną pozycję podczas pracy w ławce. **Sprawnie wykonuje ćwiczenia równoważne**, przechodzi wzdłuż wyznaczonej linii, nie potykając się.

Objawy zaburzeń. Chętnie rysuje, wycina dokładnie nożyczkami, ale przy tym wykonuje liczne współruchy, tj. zagryzanie warg lub języka. Nie jest samodzielny w ubieraniu się, potrzebuje pomocy. Nie zakłada samodzielnie butów, nie radzi sobie także z zasuwaniem zamka kurtki.

Ocena sprawności narządów artykulacyjnych

Narzędziem służącym do sprawdzenia ruchomości narządów artykulacyjnych była „Karta badania motoryki artykulacyjnej” autorstwa Hanny Rodak¹².

Mocne strony dziecka. Każde polecenie chłopiec wykonywał po uprzedniej demonstracji przez prowadzącą badanie.

Objawy zaburzeń. Sprawność języka chłopca jest obniżona. Ze względu na skrócone wędzidełko podjęzykowe, niezgodnie z zasadami języka realizuje głoski z szeregu szumiącego oraz głoskę [r], zamienianą na [l]. Przy wymowie głosek przedniojęzykowo-zębowych [t, d, n] zdarza się, że chłopiec wsuwa język pomiędzy zęby.

Charakterystyka komunikacji

Mocne strony dziecka. Chłopiec formuje proste, zazwyczaj prawidłowe pod względem składniowym zdania w celu porozumiewania się z otoczeniem. Zachowana jest mowa spontaniczna. Treść wypowiedzi chłopca jest adekwatna do sytuacji, a w wypowiedziach zachowuje logiczny sens.

Objawy zaburzeń. Zdania nie zawsze są poprawne pod względem stylistycznym i gramatycznym. Często zdarza się, że w rozmowie chłopiec myli końcówki fleksyjne, mówiąc np. „Poszłem z mamą do sklep ...”, „Kamil nie ma piórów ...”. Ma problem z odtwarzaniem rymów i rytmów. Zdarza się, że w mowie spontanicznej występują metatezy, elizje i substytucje.

Zajęcia edukacyjne

Objęcie chłopca indywidualnym tokiem zajęć edukacyjnych pozwala na dostosowanie tempa i stopnia trudności zadań do jego możliwości. Podczas zajęć dydaktycznych nauczyciel stosuje częste ćwiczenia śródlekcyjne i zabawy tematyczne w celu wzbudzenia koncentracji.

Mocne strony dziecka. Powierzone prace doprowadza do końca, jednak wymaga to stosowania przerw. W sytuacji niezrozumienia jakiegoś zagadnienia zadaje pytania. Potrafi poprawnie klasyfikować obiekty według określonych cech, np. zwierzęta, zabawki, ubrania. Przelicza na konkretnych zbiorach w zakresie 10, układa obiekty w seriach od najmniejszego do największego i odwrot-

12 H. Rodak, *Terapia dziecka z wadą wymowy*, Wydawnictwo UW, Warszawa 2002, s. 43.

nie. Zna podstawowe figury geometryczne: wskazuje ich nazwy oraz ilustracje. **Uzupełnia rysunek według osi symetrii**, dostrzega i kontynuuje powtarzające się sekwencje. **Zna i stosuje w praktyce monety**. Rozpoznaje bez problemu wszystkie figury. Interesuje się roślinami i zwierzętami w otoczeniu. Rozumie potrzebę dokarmiania zwierząt przed zimą. Nazywa podstawowe zjawiska atmosferyczne.

Powtarza głosem proste melodie, ale nie lubi śpiewać. Zdarza się, że tańczy w rytm muzyki. Podejmuje próby gry na szkolnych instrumentach perkusyjnych. Niechętnie wykonuje prace plastyczne, wymaga pomocy. Chętnie maluje farbami na małych i dużych powierzchniach.

Objawy zaburzeń. Rysunki chłopca są ubogie w treść i monotematyczne – najczęściej prezentują samochód. Chłopiec nie wypełnia całej powierzchni kartki. Jego obrazki są raczej jednobarwne.

Pisanie

Mocne strony. **Dokładnie i estetycznie wykonuje szlaczki, łączy ze sobą punkty tworzące obrazek.** Szybko męczy się przy tej czynności, dlatego potrzebna jest znaczna liczba przerw.

Objawy zaburzeń. Chłopiec samodzielnie **nie zapisuje znaków graficznych liter, zapisuje je po śladzie.** Uczeń nie poznał do tej pory wymaganych programem nauczania liter, ponieważ opuszcza bardzo wiele zajęć lekcyjnych. Warto zauważyć, iż trzymając kredki, pióro, używa całej ręki do chwytu. Stąd też praca terapeutyczna nakierowana jest na zmianę chwytu.

Czytanie

Objawy zaburzeń: **Chłopiec rozpoznaje i nazywa poznane litery drukowane.** Odczytuje niektóre, proste, trzyliterowe wyrazy, np. oko, dom, kot.

Podsumowanie

Na podstawie analizy wyników badań empirycznych stwierdzono, że *czas* jest czynnikiem determinującym występowanie zaburzeń komunikacji badanego dziecka. Adaś nie raczkował i miał spore problemy z siedzeniem, zaczęto więc w terapii silnie oddziaływać na sprawność motoryczną, stąd też bardzo późno, mając 3,5 roku, chłopiec zaczął mówić pojedyncze sylaby „ma”, „da”, „ta”. Długo utrzymywał się też „własny język” chłopca oparty na sylabach otwartych i raczej za pomocą gestów komunikował się z otoczeniem szkolnym, aż do marca ubiegłego roku (do 5 r.ż.). Obserwacja komunikacji chłopca pozwoliła na tym etapie postawić specjalistyczną opinię o występowaniu u chłopca afazji motorycznej.

Pomoc udzielana chłopcu powinna być wielowymiarowa. Specjaliści pracujący z nim powinni zwrócić uwagę na jego nieharmonijny rozwój w sferze ruchowej. Zaburzenia planowania ruchów, rozróżniania kierunków przestrzennych mogą być powodem trudności językowych. Sami specjaliści nie są jednak w stanie samodzielnie podjąć tak trudnemu zadaniu. Istotne dla rozwoju dziecka jest jego **środowisko rodzinne**. Rodzice i inne osoby są współodpowiedzialne za kształtowanie młodego człowieka. Do tego, by dziecko mogło wejść na wyższy poziom rozwoju, wiodącego do zdobywania wiedzy i umiejętności, potrzebne jest wsparcie środowiska domowego. W początkowych latach edukacji często rolę autorytetu w jakiejś dziedzinie przyjmuje **nauczyciel**. Jego kompetencje merytoryczne, metodyczne oraz społeczne niewątpliwie mogą wspomagać żmudny proces edukacji dziecka. Ważne, by zaprogramować taki rozwój ucznia, który będzie odpowiadał jego potrzebom i możliwościom. Coś, co jest zbyt trudne lub mało atrakcyjne dla dziecka, nie będzie budziło jego zainteresowania. Wobec założeń pedagogiki pozytywnej w każdym uczniu należy znajdować mocne strony i na nich opierać proces nauczania.

Zalecenia do pracy pedagogicznej

1. Chłopiec nadal powinien kontynuować terapię logopedyczną skierowaną na rozwój mowy spontanicznej oraz dialogowanie. Zabawy te pozwolą zwiększyć zasób słownika, rozwinąć sprawność komunikacyjną oraz umiejętność zachowania się właściwie do sytuacji. Chłopiec powinien na zajęciach edukacyjnych, a także w domu, uczyć się krótkich wierszy, wyliczanek, rymowanek oraz piosenek dziecięcych zawierających rzeczowniki.
2. Terapia logopedyczna powinna także być kontynuowana w obszarze usprawniania wędzidełka podjęzykowego przy pomocy ćwiczeń tego artykulatora. Ćwiczenia te mogą być także pomocne w nauce właściwej realizacji zaburzonych głosek.
3. Warto, by chłopiec utrwał znajomość nazw stosunków przestrzennych oraz odnosił je do codziennych czynności, np. w czasie spacerów, zajęć edukacyjnych.
4. W terapii z chłopcem należy także ćwiczyć słuch fonemowy. Warto zwrócić uwagę na analizę i syntezę głoskową, która na podstawie badań również jest obszarem do pracy terapeutycznej.
5. Należy włączać chłopca do grupy, ponieważ dziecko najlepiej uczy się poprzez zabawę, a w początkowym etapie także przez naśladownictwo.

Bibliografia

- Jarzębowska G., *Zaburzenia rozwoju mowy i języka – terminologia i kategoryzacje słowne w krajach zachodnich*, [w:] *Podstawy neurologopedii*, red. T. Galkowski, E. Szela, G. Jastrzębowska, Wydawnictwo UO, Opole 2005.
- Kordyl Z., *Psychologiczne problemy afazji dziecięcej*, PWN, Warszawa 1968.
- Maruszewski M., *Afazja. Zagadnienia teorii i terapii*, PWN, Warszawa 1966.
- Neurologopedia w teorii i praktyce. Wybrane zagadnienia diagnozy i terapii dziecka*, red. D. Larysz, J. Skibska, Wydawnictwo ATH, Bielsko-Biała 2012.
- Pałuch A., Drewniak-Wołosz E., Mikosza L., *AFA-SKALA. Jak badać mowę dziecka afatycznego*, Impuls, Kraków 2012.
- Panasiuk J., *Przeszłość i przyszłość w badaniach nad afazją*, [w:] *Logopedia. Wybrane aspekty historii, teorii i praktyki*, red. S. Milewski, K. Kaczorowska-Bray, Harmonia, Warszawa 2012.
- Panasiuk J., *Afazja*, [w:] *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*, red. S. Grabias, M. Kurkowski, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2012.
- Panasiuk J., *Standard postępowania logopedycznego w afazji*, [w:] *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*, t. 37, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2008.
- Pąchalska M., *Afazjologia*, PWN, Warszawa 1999.
- Rodak H., *Terapia dziecka z wadą wymowy*, Wydawnictwo UW, Warszawa 2002.
- Styczek I., 1983, *Logopedia*, PWN, Warszawa.
- Wiśniewska B., *Terapia zaburzeń mowy*, WSiP, Warszawa 2002.
- <http://dokumenty.rcl.gov.pl/D2014000080301.pdf> (dostęp: 29.09.2015).

Abstract

Diagnosis of Speech Disorders in Children with Motor Aphasia Group Integration. Case Study

Speech allows you to communicate needs, provide information, and inform about urging. It allows you to express states, emotions, judgments on the subject. Knowledge of the language development of the child helps him work. This allows a better understanding of pupils, in order to help with their problems. The subject of this paper is to analyze the speech development of a child with motor aphasia. The article focuses on describing the basic concepts related to the title of the work, and also seeks to draw attention to what needs to be protected in students with speech disorders in form of aphasia, so that the educational process is conducted in the best possible conditions.

Keywords: aphasia, integration, speech disorder