

NIEDOKSZTAŁCENIE MOWY O TYPIE AFAZJI JAKO ZABURZENIE ROZWOJU DZIECKA

WSTĘP

Mowa jest niezwykle ważna w życiu i funkcjonowaniu każdego człowieka. Od umiejętności językowych, jakie posiada jednostka, zależy jakość jej życia, możliwości poznawcze, stopień rozwoju, status społeczny. Prawidłowy rozwój mowy jest również wyznacznikiem zintegrowanego rozwoju psychomotorycznego dziecka. To, że człowiek potrafi poprawnie sformułować swoje myśli oraz rozumie, co mówią do niego inni, jest niezwykle ważnym osiągnięciem i świadczy o prawidłowej współpracy całego organizmu. W akcie mowy wykorzystywany jest aparat słuchowy, wzrokowy, oddechowy, fonacyjny, ruchowy – artykulacyjny oraz nerwowy, odpowiadający za sprawne przewodnictwo pomiędzy wszystkimi układami i narządami. Zazwyczaj nie zdajemy sobie sprawy, jak skomplikowanym mechanizmem jest język oraz od ilu czynników biologicznych i środowiskowych zależy jego prawidłowy rozwój. Dziecko, które nie mówi, nie rozwija się prawidłowo.

W niniejszej pracy podjęto się szczegółowej analizy przypadku dziecka z niedokształceniem mowy o typie afazji. Jest to zjawisko, spowodowane uszkodzeniem mózgu, którego przyczyny do końca nie są znane. Bardzo trudno ustalić główny czynnik powodujący brak rozwoju mowy u zdrowych, słyszących dzieci, będących w normie intelektualnej. Diagnostyka jest długotrwała, wymaga wielu konsultacji ze specjalistami. Terapia dzieci z afazją jest pracochłonna, potrzeba dużego zaangażowania logopedy oraz pacjenta i jego rodziny, a mimo to, nie zawsze przynosi oczekiwane rezultaty.

Prawidłowo rozwijające się dziecko w toku dojrzewania swojego organizmu rozwija umiejętności językowe. Już w chwili przyjścia na świat, kiedy wydaje pierwszy krzyk oraz podejmuje pierwsze próby ssania, zaczyna pracować jego aparat mowy – swoje funkcje podejmuje układ oddechowy, fonacyjny i artykulacyjny. W miarę dorastania dziecko nabywa nowe umiejętności komunikacyjne, rozwija swój język, zaczyna dostrzegać jego rolę w kontaktach z innymi ludźmi. Zdarza się jednak, że rozwój ten nie następuje lub w pewnym momencie zostaje zahamowany, a nawet ulega regresji i dziecko traci zdobyte już umiejętności. Możemy mieć wtedy do czynienia z niedokształceniem mowy o typie afazji.

1. Definicja pojęcia

W literaturze przedmiotu zaburzenia rozwoju mowy pochodzenia centralnego u dzieci są różnie definiowane przez poszczególnych autorów. Panasiuk¹ wymienia następujące terminy: afazja dziecięca (Spionek, Jastrzębowska), afazja rozwojowa (Szumska, Majewska, Bogdanowicz, Diling-Ostrowska), alalia (Styczek, Kaczmarek), dysfazja (Pruszewicz, Jastrzębowska), niedokształcenie mowy o typie afazji (Kordyl, Parol), wrodzony niedorozwój ekspresji słownej oraz ekspresji i recepcji słownej (Diling-Ostrowska), niemota (Majewska, Szelożyńska), niemota pochodzenia centralnego (Styczek), słuchoniemota (Mitrinowicz-Modrzejewska), wrodzone zaburzenia rozwoju mowy (Tarczyńska), wrodzona niezdolność do nabywania mowy (Szumska).

Istotnym czynnikiem utrudniającym przyjęcie przez autorów jednego z wymienionych wyżej terminów za wspólny dla wszystkich jest brak dostatecznej wiedzy na temat neuropatologicznych mechanizmów, które uniemożliwiają inteligentnym i słyszącym dzieciom opanowanie języka.

Maruszewski² definiuje afazję jako zaburzenie mechanizmów programujących czynności rozumienia i nadawania mowy u osób, które wcześniej opanowały te umiejętności. Zaznacza jednak, że afazja występująca u dzieci, które nie opanowały mowy lub są w trakcie jej kształtowania różni się od afazji dorosłych osób. Kordyl³ dla określenia afazji u dzieci używa terminu „niedokształcenie mowy o typie afazji ekspresyjnej i percepcyjnej”, wiążąc specyficzne zaburzenia w rozwoju mowy z afazją osób dorosłych w kwestii przyczyn i objawów. Dzieci te częściowo opanowały system komunikacyjny, lecz rozwój mowy odbywa się u nich wolno, a wypowiedzi są szczątkowe. System językowy nie został przez nie opanowany w pełnej i właściwej formie. Paluch⁴, aby uniknąć nieścisłości, zamiast terminu „afazja rozwojowa”, zaleca stosowanie określenia „alalia”. Parol⁵, mimo iż posługuje się terminem „niedokształcenie mowy o typie afazji”, preferuje określenie „alalia”, jako zaburzenie umiejętności budowania i odbioru mowy, spowodowane dysfunkcją Ośrodkowego Układu Nerwowego.

¹ J. Panasiuk, *Standard postępowania logopedycznego w przypadku alalii i niedokształcenia mowy o typie afazji*, Lublin, s. 70.

² G. Gunia, V. Lechta *Wprowadzenie do logopedii*, wyd. Impuls, Kraków 2012, s. 99.

³ Z. Kordyl *Psychologiczne problemy afazji dziecięcej*, wyd. PWN, Warszawa 1968.

⁴ A. Paluch, E. Drewniak-Wołosz, L. Mikosza *AFA-SKALA Jak badać mowę dziecka afatycznego?*, wyd. Impuls, Kraków 2012, s. 7.

⁵ G. Gunia, V. Lechta *Wprowadzenie do logopedii*, wyd. Impuls, Kraków 2012, s. 102-103.

Zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD – 10) „afazja/dysfazja jest specyficznym zaburzeniem rozwoju mowy i języka, polegającym na całkowitej lub częściowej utracie (lub zaburzeniu) zdolności mówienia i rozumienia wypowiedzi słownych. Afazja jest zaliczana do kategorii zaburzeń komunikacji w zakresie kształtowania się postawy komunikacyjnej, wyrażającej się chęcią bycia odbiorcą i nadawcą informacji”⁶.

W Wielkiej Brytanii i Stanach Zjednoczonych, jak pisze Gunia⁷, dla określenia dzieci z afazją rozwojową używa się terminu SLI (Specific Language Impairment), który podkreśla znaczenie u tych dzieci specyficznych zaburzeń w rozwoju języka o trudnej do ustalenia etiologii, czasie działania czynnika patogenicznego oraz typie uszkodzenia, o charakterze strukturalnym lub funkcjonalnym.

Uwzględniając wielowymiarowość problematyki diagnozy i terapii afazji rozwojowej Herzyk⁸ zaznacza, iż:

- jest to specyficzne zaburzenie rozwoju mowy, nie będące wtórną konsekwencją zaburzeń poznawczych uwarunkowanych dysfunkcją mózgu,
- jest wynikiem patologii mózgowej powstałej jako wada wrodzona, okołoporodowa lub nabyta w pierwszych tygodniach życia,
- mowa dziecka nigdy nie rozwija się prawidłowo, zgodnie z naturalnymi okresami kształtowania się systemu językowego.

Biorąc pod uwagę czynnik temporalny, czyli czas uwzględniający stopień specjalizacji strukturalno-czynnościowej mózgu w czasie jego uszkodzenia, Panasiuk⁹ dokonuje następującego podziału terminologicznego:

- alalia – uszkodzenie mózgu nastąpiło przed ukończeniem przez dziecko pierwszego roku życia, w okresie przed słownym. Mowa od początku rozwijała się nieprawidłowo, w wyniku czego obserwuje się zaburzenia sprawności we wszystkich czynnościach rozwojowych, czemu mogą towarzyszyć zakłócenia w rozwoju wyższych funkcji psychicznych,

⁶ Tamże, s. 103.

⁷ Tamże, s. 103.

⁸ A. Herzyk *Afazja: mechanizmy mózgowe i symptomatologia*, Logopedia, t. 27, Lublin 2000, s. 23-54.

⁹ J. Panasiuk *Standard postępowania logopedycznego w przypadku alalii i niedokształcenia mowy o typie afazji*, Lublin, s.72.

- niedokształcenie mowy o typie afazji – uszkodzenie mózgu wystąpiło w okresie kształtowania się struktur językowych (między 2 a 6 rokiem życia), a więc mowa do pewnego etapu rozwijała się prawidłowo, po czym nastąpiło zakłócenie tego procesu. Może nastąpić regres w przyswajaniu struktur językowych, a w konsekwencji utrata nabytych wcześniej sprawności. Dalszy rozwój mowy jest spowolniony lub zahamowany. Występuje uogólniony niespecyficzny charakter objawów niedokształcenia mowy, z przewagą zaburzeń ekspresji językowej,
- afazja dziecięca – uszkodzenie mózgu nastąpiło w momencie, kiedy system językowy był już opanowany (po 7 roku życia) i spowodowało pełną lub częściową utratę zdobytych zdolności komunikacyjnych. Symptomy tego typu afazji dziecięcej korelują z afazją u osób dorosłych.

2. Przyczyny

Etiologia niedokształcenia mowy o typie afazji jest złożona z wielu nakładających się na siebie przyczyn. Parol¹⁰ zalicza do nich pierwotne przyczyny dysfunkcji Ośrodkowego Układu Nerwowego, które są najczęściej uwarunkowane dziedzicznie lub nabyte w okresie prenatalnym (choroby, wstrząsy, urazy, krwawienia matki w pierwszym tryestrze ciąży, jej skłonność do poronień, zatrucia środkami chemicznymi), perinatalnym – urazy okołoporodowe lub postnatalnym (choroby bakteryjne i wirusowe przebiegające z powikłaniami, przebyte w pierwszych trzech latach życia dziecka, urazy czaszki z utratą i bez utraty przytomności).

Gunia¹¹ podkreśla, że do najczęstszych przyczyn afazji nabytej należą: uszkodzenia mózgu spowodowane nieprawidłowościami okołoporodowymi (niedotlenienie, urazy mechaniczne, wylewy krwi), zapalenie mózgu lub opon mózgowych oraz urazy czaszki, które wystąpiły przed rozwojem mowy.

Przyczyną wrodzonych zaburzeń języka, według Diling-Ostrowskiej¹², są niedorozwój i zaburzenia mielinizacji w korowych polach mowy oraz brak rozwoju dróg nerwowych związanych z komunikacją werbalną. Rozwojowe zaburzenia mózgu mogą być spowodowane patologicznymi zmianami w okolicach skroniowych (najczęściej po lewej stronie), co wskazuje na istnienie uszkodzenia organicznego mózgu, umiejscowionego w płacie skroniowym półkuli

¹⁰ G. Gunia, V. Lechta *Wprowadzenie do logopedii*, wyd. Impuls, Kraków 2012, s. 104.

¹¹ Tamże, s. 104.

¹² Tamże, s. 104.

lewej. Zaburzenia mowy, będące następstwem nabytych uszkodzeń mózgu, mają zwykle różną etiopatogenezę.

Wśród specjalistów istnieją jednak kontrowersje, co do lokalizacji uszkodzeń mózgu. Beton¹³, który jako pierwszy zaczął stosować określenie SLI wobec dzieci z afazją rozwojową uważa, że nie musi być ona wcale zlokalizowana w lewej półkuli, gdyż techniki neuroobrazowania u dzieci z zaburzeniami językowymi nie dają jednoznacznych wyników, czy zaburzenia te wynikają ze zlokalizowanych uszkodzeń oraz jaki mają one charakter. Również Herzyk¹⁴ podaje, że czynności mowy w mózgu dziecka nie mają ustalonej lateralizacji oraz lokalizacji, a funkcje uszkodzonych obszarów mózgu mogą być regulowane przez inne nieuszkodzone struktury.

3. Klasyfikacja objawów

Ze względu na złożony i niejednorodny obraz kliniczny niedoksztalcenia mowy o typie afazji oraz różnorodną kombinację i stopień nasilenia objawów w polskiej literaturze logopedycznej wyróżnia się niedoksztalcenie mowy o typie afazji ekspresyjnej, percepcyjnej i mieszanej.

Afazja ekspresyjna (motoryczna, ruchowa)	Afazja percepcyjna (impresyjna, czuciowa, sensoryczna)
<ul style="list-style-type: none"> • bierne opanowanie mowy, • dziecko rozumie polecenia i adekwatnie na nie reaguje, • ograniczenia w słowniku biernym dotyczą: nierozumienia pojęć abstrakcyjnych, uogólniających, wrażeń określających stosunki przestrzenne, czasowe oraz o złożonej strukturze logiczno-gramatycznej, • zaburzenia ekspresji werbalnej: błędna artykulacja, mylenie głosek, metatezy głoskowe i sylabowe, kontaminacje dźwięków i sylab, elizje, upodobnienia, język „dziecięcy”, 	<ul style="list-style-type: none"> • częściowa lub całkowita utrata zdolności rozumienia wypowiedzi słownych obserwowana np. przy błędnym wskazywaniu przedmiotów, • zachowana jest mowa spontaniczna, powtarzanie, nazywanie, formułowanie wypowiedzi, • dziecko słyszy, ale nie rozumie mowy, dlatego jego odpowiedzi na pytania są bezsensowne lub cząstkowe, • słaba reakcja na treść przekazu werbalnego, dziecko zachowuje się tak, jakby nikogo i niczego nie słyszało,

¹³ A. Herzyk *Afazja: mechanizmy mózgowie i symptomatologia*, Logopedia, t. 27, Lublin 2000, s. 23-54.

¹⁴ A. Herzyk *Afazja: mechanizmy mózgowie i symptomatologia*, Logopedia, t. 27, Lublin 2000, s. 23-54.

- niewykształcenie mowy spontanicznej,
- zaburzenia nominacji – zastępowanie danego wyrazu innym lub posługiwanie się opisem – omówieniem,
- zaburzenia prakcji i kinestezji artykulacyjnej powodują trudności w artykulacji głosek, a w konsekwencji trudności w budowaniu wypowiedzi słownych, przy zachowaniu funkcji sensomotorycznych, przesadna artykulacja,
- zachowana płaszczyzna suprasegmentalna,
- mowa jest niezrozumiała, zaburzony jest rytm mowy, występuje skandowanie,
- obniżona uwaga słuchowa,
- trudności w zapamiętaniu ruchowych wzorców artykulacji,
- potrzeba pozajęzykowego porozumiewania się, np. gestami,
- stosowanie wyrażen onomatopeicznych w mowie 5-6 latków,
- w słowniku czynnym dominują rzeczowniki (głównie z najbliższego otoczenia), a bardzo rzadko występują przysłówki, przyimki, spójniki, zaimki,
- agramatyzmy – nieuwzględnianie liczby, rodzaju, osoby, przyimków,
- zaburzenia składni – proste, krótkie wypowiedzi lub równoważniki zdań.

Inne objawy towarzyszące:

- niesprawność motoryczna duża, mała i narządów artykulacyjnych,
- brak koordynacji ruchów,
- trudności w zapamiętywaniu wzorca ruchowego,

- dziecko skupia uwagę na odbiorze i przetwarzaniu bodźców wzrokowych jako głównego źródła informacji o otaczającym go świecie,
- posługiwanie się gestami, mimiką, rysunkiem lub pismem,
- zaangażowanie emocjonalne i zainteresowanie tematem sprzyja rozumieniu mowy,
- prawidłowy odbiór intencji wypowiedzi w oparciu o elementy suprasegmentalne mowy,
- ubóstwo słownika biernego,
- prawidłowa realizacja fonemów, głos jest czysty, zachowana jest intonacja,
- prawidłowe powtarzanie pojedynczych głosek, sylab, wyrazów, ale brak rozumienia wypowiedzi,
- proces zapamiętywania znaczenia słów i dłuższych wypowiedzi jest bardzo wolny,
- łatwiejsze niż u dzieci z afazją ruchową opanowywanie technicznej strony pisma.

Inne objawy towarzyszące:

- nadpobudliwość psychoruchowa,
- izolacja od rówieśników,
- niedostosowanie społeczne,
- zaburzenia koncentracji uwagi i pamięci,
- wzmożona męczliwość,
- zaburzenia emocjonalne – nieśmiałość, lęk.

<ul style="list-style-type: none"> • zaburzenia procesu lateralizacji, • niski poziom analizy i syntezy wzrokowej oraz słuchowej, • brak koncentracji, • zaburzenia emocjonalne. 	
--	--

Tabela 1. Zestawienie objawów afazji dziecięcej ekspresyjnej i impresywnej na podstawie opracowań Gunii¹⁵ i Paluch, Drewniak-Wołosz, Mikoszy¹⁶.

Zaburzenie mieszane niedokształcenia mowy o typie afazji łączy w sobie objawy zarówno afazji ekspresyjnej, jak i percepcyjnej. Należy podkreślić, że bardzo rzadko afazja dziecięca występuje w czystej postaci jednego z podtypów, zwykle mamy do czynienia z formą mieszaną o przewadze objawów percepcyjnych lub ekspresyjnych.

4. Diagnoza

Rozpoznanie niedokształcenia mowy o typie afazji wymaga wielostronnych i kompleksowych badań wielu specjalistów. Do postawienia trafnej diagnozy, według Paluch, Drewniak-Wołosz i Mikosza¹⁷, potrzebujemy:

- badania słuchu, które wykluczy u dziecka wadę tego narządu,
- badania psychologicznego, w celu określenia możliwości intelektualnych dziecka, jego percepcji wzrokowej, koordynacji wzrokowo – ruchowej, lateralizacji, sprawności grafomotorycznej, orientacji stronnej, ogólnej sprawności ruchowej, poziomu słuchu fonemowego i pamięci słownej, zdolności koncentracji uwagi, tempa pracy dziecka i stopnia jego męczliwości, poziomu motywacji, rodzaju zainteresowań, umiejętności sposobów nawiązywania kontaktów, postaw wobec innych osób oraz całej sfery emocjonalno – społecznej i poznawczej dziecka. Badanie psychologiczne obejmuje również określenie poziomu inteligencji dziecka i wykluczenie u niego niepełnosprawności intelektualnej (w razie potrzeby wykorzystuje się do tego celu testy niewerbalne),

¹⁵ G. Gunia, V. Lechta *Wprowadzenie do logopedii*, wyd. Impuls, Kraków 2012, s. 105.

¹⁶ A. Paluch, E. Drewniak-Wołosz, L. Mikosza *AFA-SKALA Jak badać mowę dziecka afatycznego?*, wyd. Impuls, Kraków 2012, s. 11-16.

¹⁷ A. Paluch, E. Drewniak-Wołosz, L. Mikosza *AFA-SKALA Jak badać mowę dziecka afatycznego?*, wyd. Impuls, Kraków 2012, s. 17-20.

- badania neurologicznego – obejmującego zwykle badanie podstawowe i EEG, czasami tomografię komputerową – informującego nas o ewentualnych zmianach i nieprawidłowościach w strukturze i pracy mózgu dziecka,
- badania logopedycznego – dotyczącego przede wszystkim oceny rozumienia i nadawania wypowiedzi przez dziecko oraz jakości tej wypowiedzi od względem treściowym, językowym i fonetycznym, umiejętności powtarzania, budowy i sprawności narządów mowy, umiejętności porozumiewania się werbalnego i pozawerbalnego. Przeprowadzamy również wywiad z opiekunami dziecka na temat przebiegu ciąży, porodu i dotychczasowego rozwoju dziecka oraz jego rodziny i środowiska oraz dokonujemy obserwacji dziecka pozwalającej nam ocenić poziom jego rozwoju i funkcjonowania, zainteresowania, usposobienie, sprawność motoryczną, zachowanie, funkcje recepcyjne i percepcyjne, orientację przestrzenną, lateralizację, zdolność koncentracji uwagi, rozwój emocjonalny.

Drewniak-Wołosz i Paluch¹⁸, zwracają szczególną uwagę na następujące kryteria pozwalające jednoznacznie stwierdzić u dziecka niedokształcenie mowy o typie afazji:

- kryteria wykluczające – zaburzenia słuchu fizjologicznego, całościowe zaburzenia rozwojowe, porażenie mózgowe, zaniedbanie środowiskowe i emocjonalne podłoże zaburzeń,
- kryteria logopedyczne – specyficzne objawy dotyczące wszystkich czynności mowy i podsystemów języka, wiek dziecka – po 5 roku życia, trwałość deficytu językowego przy znacznych zmianach ilościowych pod wpływem terapii,
- kryteria psychologiczne – norma intelektualna dziecka w sferze niewerbalnej, trudności w uczeniu się, występowanie niespecyficznych objawów towarzyszących podstawowemu deficytowi (męczliwość, zaburzenia uwagi i pamięci).

Niedokształcenie mowy o typie afazji daje często objawy podobne do takich zaburzeń jak: autyzm, uszkodzenie słuchu, niepełnosprawność intelektualna, opóźniony rozwój mowy, dlatego tak ważna jest dokładna, wnikliwa i wieloetapowa diagnoza dziecka dokonana przez

¹⁸ E. Drewniak-Wołosz, A. Paluch *Niedokształcenie mowy o typie afazji – rozważania nad kryteriami diagnozy*, Czasopismo Internetowe LOGOPEDA, red. Gruby J., Szamburski K., nr 1(7)/2009, Warszawa 2009.

zespół specjalistów z dziedziny logopedii, psychologii, neurologii, pediatrii, laryngologii i audiologii w celu postawienia trafnej diagnozy.

5. Terapia

Terapia logopedyczna dziecka z niedokształceniem mowy o typie afazji polega na kształtowaniu u niego od podstaw wszystkich aspektów mowy. Na bazie wieloletnich doświadczeń w pracy logopedycznej z dziećmi afatycznymi Paluch, Drewniak-Wołosz i Mikosza¹⁹ opracowały ogólne zasady wielokierunkowej terapii, która obejmuje:

- stymulowanie rozwoju mowy, zgodnie z naturalnymi okresami kształtowania się mowy dziecka, w trakcie dialogu, który powinien być podstawą do ćwiczeń. Dziecko powinno przyswajać sobie nazwy z otaczającego je środowiska podczas rozmów w naturalnych sytuacjach dnia codziennego, w formie zabawowej lub zadaniowej,
- odczytywanie intencji dziecka w myśl „mowy macierzystej”, podpowiadanie słów lub zwrotów, przejmowanie roli nadawcy i odbiorcy wypowiedzi,
- używanie słownictwa i konstrukcji gramatycznych dostosowanych do możliwości językowych dziecka,
- rozpoczęcie rozumienia mowy od naśladowania gestów, usłyszanych dźwięków, ruchów narządów artykulacyjnych,
- wprowadzanie nowego materiału językowego oparte na powtarzaniu, a następnie rozumieniu,
- łączenie materiału językowego w grupy tematyczne, co umożliwi dziecku osiągnięcie sukcesu komunikacyjnego, pozwala systematycznie prowadzić zajęcia oraz używać etykiet, jako zapisu graficznego mowy,
- polisensoryczne poznawanie i nazywanie otoczenia,
- stosowanie ćwiczeń ogólnorozwojowych w celu eliminowania czynników utrudniających proces kształtowania kompetencji komunikacyjnych oraz wyrównywanie deficytów współwystępujących z zaburzeniami mowy,
- wyrównywanie, korygowanie, kompensowanie i dynamizowanie wszelkich dysharmonii rozwojowych w zakresie: koncentracji uwagi, pamięci ruchowej, wzrokowej i słuchowej, sprawności motorycznej (małej, dużej i oralnej), percepcji

¹⁹ G. Gunia, V. Lechta *Wprowadzenie do logopedii*, wyd. Impuls, Kraków 2012, s. 107-108.

wzrokowej, słuchowej i koordynacji wzrokowo – słuchowo – ruchowej, myślenia przyczynowo – skutkowego i symbolicznego,

- wspomaganie rozwoju emocjonalno – społecznego,
- zaspokajanie potrzeb porozumiewania się i aktywności poznawczej, bezpieczeństwa, kontaktu emocjonalnego, akceptacji, uznania, osiągnięcia sukcesu,
- nawiązanie bliskiego kontaktu emocjonalnego z dzieckiem, podążanie za dzieckiem na podstawie obserwacji i słuchania, dostrzeganie i wzmacnianie zachowań komunikacyjnych, motywowanie dziecka do podejmowania kontaktów interpersonalnych i rozmowy z innymi osobami,
- ścisłą współpracę z rodziną i najbliższym otoczeniem dziecka.

Dobrze postawiona diagnoza, oparta na wnikliwym badaniu i obserwacji dziecka przez zespół specjalistów, daje podstawę do stworzenia wielokierunkowego planu terapii uwzględniającego wszystkie potrzeby dziecka. Istotne jest przede wszystkim to, aby tworząc program terapeutyczny wziąć pod uwagę nie tylko deficyty dziecka, ale uwzględnić również posiadane przez nie zdolności i umiejętności.

Bibliografia

1. Cieszyńska J., Korendo M. *Stymulacja rozwoju dziecka. Od noworodka do 6. roku życia*, Wyd. Edukacyjne, Kraków 2014.
2. Drewniak-Wołosz E., Paluch A. *Niedokształcenie mowy o typie afazji – rozważania nad kryteriami diagnozy*, Czasopismo Internetowe LOGOPEDA, red. Gruby J., Szamburski K., nr 1(7)/2009, Warszawa 2009.
3. Gunia G., Lechta V. *Wprowadzenie do logopedii*, wyd. Impuls, Kraków 2012.
4. Herzyk A. *Afazja: mechanizmy mózgowie i symptomatologia*, Logopedia, t. 27, Lublin 2000.
5. Kordyl Z. *Psychologiczne problemy afazji dziecięcej*, wyd. PWN, Warszawa 1968.
6. Paluch A., Drewniak-Wołosz E., Mikosza L. *AFA-SKALA Jak badać mowę dziecka afatycznego?*, wyd. Impuls, Kraków 2012.
7. Panasiuk J. *Standard postępowania logopedycznego w przypadku alalii i niedokształcenia mowy o typie afazji*, Lublin.