

ANALIZA MOWY 6-LETNIEGO PACJENTA Z AFAZJĄ MOTORYCZNĄ

Izabella Maria Leśniczuk

Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

Wydział Humanistyczny

Instytut Literaturoznawstwa i Językoznawstwa

ORCID 0000-0003-3465-4283

Abstrakt: Artykuł prezentuje studium przypadku sześciolatniego chłopca z diagnozą afazji motorycznej. W tekście przedstawiono badanie mowy z wykorzystaniem AFA-SKALI. Na podstawie zgromadzonych danych przedstawiono strategię postępowania terapeutycznego.

Słowa kluczowe: afazja motoryczna, studium przypadku, terapia logopedyczna

SPEECH ANALYSIS OF A 6-YEAR-OLD PATIENT WITH MOTOR APHASIA

Abstract: This article presents a case study of a six-year-old boy diagnosed with motor aphasia. The study presents a speech assessment conducted using the AFA Scale. Based on the collected data, a therapeutic strategy has been proposed.

Keywords: motor aphasia, case study, speech therapy

Wprowadzenie

Afazja to zaburzenie mowy i języka, które powstaje wskutek uszkodzenia mózgu, dotyczy głównie rozumienia i/lub formułowania wypowiedzi. W przypadku afazji motorycznej (często utożsamianej z typem ekspresywnym, np. jak w afazji Broki) głównym problemem jest produkcja mowy, natomiast rozumienie bywa w dużym stopniu zachowane (Looti 2025: 2). W przypadku dzieci mówimy najczęściej o „nabytej afazji dziecięcej” (ang. *acquired childhood aphasia*), czyli kiedy mowa była już rozwinięta, a potem wskutek urazu, choroby lub innej przyczyny następuje zaburzenie (Rothenberger 1986: 93).

W literaturze wyróżnia się pojęcie „afazji motorycznej” w klasyfikacjach neuropsychologicznych dzieci (np. typy afazji wg A. R. Łurii: afazja motoryczna (*afferent/effferent*, etc.) (Kurowska 2019: 188). Warto podkreślić, że u dzieci obraz może być inny niż u dorosłych. Mózg dziecka cechuje większa plastyczność rozwojowa, co wpływa na lepszy przebieg i rokowanie terapeutyczne (Looti 2025: 5).

Afazja motoryczna u dzieci może wynikać z różnych przyczyn. Do najczęstszych należą: urazy czaszkowo-mózgowe lub inne uszkodzenia mózgu (np. wskutek wypadków), jak wskazuje literatura, nabyta afazja u dzieci często powstaje po urazie mózgu; udary lub zmiany naczyniowe w mózgu dzieci, choć rzadsze niż u dorosłych; choroby nowotworowe, infekcje, zapalenia mózgu, guzy mózgu – uszkodzenia struktur mózgu odpowiedzialnych za mowę i język. U dzieci występuje też większa zmienność – czasem uszkodzenie jest po stronie prawej lub lewej, co różni się od typowego wzorca u dorosłych (u dzieci plastyczność mózgu może powodować inny rozkład) (Sherman i in. 2021: 1314).

W kontekście „afazji motorycznej” szczególnie istotne są uszkodzenia obszaru ruchowego mowy (dominujące półkul, okolica Broki) lub połączeń mózgowych, które uczestniczą w planowaniu i realizacji wypowiedzi.

Objawy kliniczne afazji motorycznej u dzieci dotyczą produkcji mowy, rozumienia języka, pisania, czytania oraz objawów współtowarzyszących (Panasiuk 2015: 878-880).

Produkcja mowy jest zaburzona w aspekcie ekspresyjnym. Dziecko może rozumieć język (często znajduje słowa, rozumie proste polecenia), ale ma trudności z inicjacją mowy, płynnością, konstrukcją zdań. Podobnie jak u dorosłych w afazji Broki. Dodatkowo, wypowiedzi są często fragmentaryczne, krótkie. Dziecko może łączyć pojedyncze słowa, omijać słowa pomocnicze (np. przyimki, spójniki) – tzw. mowa telegraficzna. Zauważalne jest zastępowanie słów oraz trudności z doбором odpowiednich form gramatycznych, co w przyszłości rokuje pojawieniu się agramatyzmu.

Rozumienie języka w afazji motorycznej jest relatywnie dobrze zachowane. Dzieci rozumieją polecenia, pytania, choć mogą mieć trudności z bardziej złożonymi strukturami językowymi. W dziecięcej afazji jednak mogą wystąpić inne deficyty. Chociażby uszkodzenie jest bardziej zaawansowane i obejmuje również inne obszary mózgu, może dojść do zaburzeń rozumienia, choć nie jest to typowe dla „czystej” afazji motorycznej.

U dzieci mogą być widoczne także trudności w pisaniu (agrafia) lub w czytaniu. Szczególnie, jeśli uszkodzenie dotyczy obszarów zajmujących się również językiem pisanym. W zależności od wieku dziecka i momentu pojawienia się zaburzenia, może być zaburzony rozwój mowy wcześniej nabytych funkcji lub ich utrata – co potęguje trudności edukacyjnych.

Przyczyny afazji u dzieci często obejmują uraz mózgu lub uszkodzenie neurologiczne. W konsekwencji mogą towarzyszyć im niedowład, zaburzenia motoryczne, zaburzenia uwagi, pamięci, funkcji wykonawczych, zaburzenia emocjonalne. Dziecko może być świadome swoich trudności, co w dalszej pracy terapeutycznej i rozwoju może prowadzić do frustracji, obniżonego nastroju, problemów społecznych.

Metoda badania

Analizie mowy został poddany 6-letni chłopiec z diagnozą afazji motorycznej. Diagnoza afazji motorycznej została postawiona przez neurologa dziecięcego na podstawie wywiadu, opisu funkcjonalnego zaburzenia mowy (ze szczególnym uwzględnieniem kompetencji językowej i kompetencji komunikacyjnej) oraz nieprawidłowego wyniku rezonansu magnetycznego (MRI), w którym to wskazano na wystąpienie uszkodzenia w płacie czołowym dominującej półkuli mózgu.

Analiza mowy chłopca została wykonana z wykorzystaniem narzędzia diagnostycznego *Afa-Skali. Jak badać mowę dziecka afatycznego?* autorstwa Anny Paluch, Elżbiety Drewniak-Wołosz i Lucyny Mikosza (2005), za pomocą którego, sprawdziłam rozumienie, powtarzanie, nazywanie i mowę czynną – dialogową, opowieściową oraz spontaniczną.

Wyniki badań poszczególnych prób:

- I. Zabawa paluszkami – nawiązanie kontaktu z dzieckiem. Reakcje dziecka na polecenia ocenia się na 23/23, co daje 100% prawidłowych odpowiedzi. Chłopiec rozumie proste polecenia, naśladuje, działa naprzemiennie, powtarza.
- II. Rozumienie
 - A. Rzeczowniki – z podanych 24 rzeczy chłopiec zna 20 przykładów wszystkich rzeczy. Wynik procentowy plasuje na 83%.
 - B. Czasowniki – 6/6 prawidłowych odpowiedzi (100%)
 - C. Przymiotniki – 6/6 prawidłowych odpowiedzi (100%)
 - D. Przysłówki – 2/2 prawidłowych odpowiedzi (100%)
 - E. Liczebniki – 2/2 (100%), zna liczebniki w zakresie 10
 - F. Zaimki osobowe – 1/2 (50%)
- III. Nazywanie
 - A. Rzeczowniki – 19/24 (79%), tutaj zauważalny jest deficyt kategorii semantycznej, np. brak nazwania *dlabina, łopata, nożycki, wózek, motyle*
 - B. Czasowniki – 5/6 (83%), brak nazwy *wycina*
 - C. Przymiotniki – 6/6 (100%)
 - D. Przysłówki – 2/2 (100%)
 - E. Liczebniki – 2/2 (100%)
 - F. Zaimki osobowe – 0/2 (0%), na pytanie *Kto tańczy?* Chłopiec odpowiedział *dziewczynka, chłopiec* – bez określenia zaimka osobowego
- IV. Nazwy kolorów
 - A. Rozumienie – 11/11 (100%)
 - B. Nazywanie – 9/11 (81%), trudność wystąpiła przy kolorach: *pomałańcowy, niebieski, łózowy*

- V. Powtarzanie – prawidłowe powtórzenie głosek izolowanych i sylaby (100%). W części C – powtarzanie wyrazów wynik plasuje na 66,6% (10/15). Problematyczne były wyrazy – *wiadello, dlabina, cokolada, gzebień, lokomotywa*
- VI. Rozumienie poleceń – 9/10 (90%), błędna reakcja wystąpiła przy poleceniu 7, w których występują dwie czynności postępujące po sobie *daj małąpkę, misia położy*
- VII. Rozumienie zdań. Mowa czynna (obrazek „Plaża”)
- A. Reakcje dziecka na polecenia ocenia się na 5/5 (100%)
 - B. Odpowiedzi dziecka na zadane pytania 5/5 (100%)
 - C. Na zadane pytanie *A ty, czym lubisz się bawić?* Odpowiedzieć: *kopalką, tabletem, telefonem* (brak odpowiedzi całym zdaniem)
Czy chciałbyś pojechać nad morze? Dlaczego? – chłopiec odpowiedział *Nie, nudaaa* (bez rozwinięcia odpowiedzi)
- VIII. Rozumienie zdań. Mowa czynna (obrazek „Pokój”)
- A. Reakcje dziecka na polecenia ocenia się na 5/5 (100%)
 - B. Odpowiedzi dziecka na zadane pytania 4/5 (80%) – chłopiec nie odpowiedział na pytanie *Co robi dziewczynka, która siedzi przy stole?*
 - C. Na zadane pytanie *Jakie meble są w pokoju?* Dziecko odpowiedziało pojedynczym wyrazem: *safa, stół, kzesło, kanapa*
Czy masz rodzeństwo(brata lub siostrę)? Opowiedz o nich (o niej, o nim) – chłopiec odpowiedział *Nie* (bez rozwinięcia odpowiedzi)
- IX. Mowa czynna – historyjka obrazkowa „Wycieczka do lasu”. W badaniu zastosowano każdą wersję.
- A. Pacjent właściwie ułożył historyjkę obrazkową. Prawidłowe myślenie przyczynowo – skutkowe. Zauważalny jest brak tworzenia zdań, zarówno prostych i złożonych. Chłopiec opowiadał historyjkę obrazkową, tworząc głównie wyrażenia z połączenia rzeczownika i czasownika, np. *jadą autem, zbierają jagody, lobi ciasto, jedzą ciasto*
 - B. Wersja z pytaniami pomocniczymi
 1. *Co oni robią? Czym jadą? Dokąd oni jadą?* – odpowiedź pacjenta: *Jadą autem. Jadą dlogą. Nie wiem gdzie.*
 2. *Kto tu jest? Gdzie oni są? Co oni robią w lesie? Co zbierają?* – odpowiedź pacjenta: *Jest las, jest mama, tata, jakiś chłopiec, dziewczynka. Zbierają jagody, takie małe kółeczki.*
 3. *Gdzie oni teraz są? Co robi mama? Co robi dziewczynka? Co robi chłopiec?* – odpowiedź pacjenta: *w dom, mama ma walek, ona śmieje się, tata też, dziewczynka ma tales.*
 4. *Co oni robią? Co jedzą? Z czym jest ciasto? Gdzie leży ciasto?* – odpowiedź pacjenta: *Jedzą ciasto z jagodami. Ciasto na stale.*

- C. Wersja ze zdaniem dotyczącymi poszczególnych obrazków – pacjent ułożył obrazki w prawidłowej kolejności. Starał się opowiedzieć historijkę obrazkowej samodzielnie.

Dodatkowo, podczas przeprowadzenia badania mowy zauważono wystąpienie zaburzeń artykulacyjnych określonych mianem dyslalii właściwej. W przypadku 6-letniego chłopca występuje parasygmatyzm i pararotacyzm. Parasygmatyzm charakteryzuje się substytucją głosek szeregu szumiącego [sz, ż/rz, cz, dż] na głoski z szeregu syczącego [s, z, c, dz], natomiast pararotacyzm uwidocznił się w substytucji głoski [r] na głoskę [l]. Ponadto, zaobserwowano zaburzenia słuchu mownego, głównie fonematycznego i prozodycznego, pamięci słownej, emisji głosu, nieprawidłowy tor oddychania (ustny), zaburzenia koncentracji uwagi oraz zaburzenia integracji sensorycznej.

Wyniki badania

Do badań poszczególnych funkcji mowy można przyporządkować zjawiska językowe występujące w mowie pacjenta (por. Tabela 1.)

Badana funkcja mowy	Zjawiska językowe występujące w mowie pacjenta
Rozumienie mowy	Pacjent rozumie rzeczowniki, czasowniki, przymiotniki, przysłówki i liczebniki. Problem stanowią zaimki osobowe.
Powtarzanie	Pacjent starał się powtarzać przykładowe części mowy, jednak zauważalne są elizje, metatezy, perseweracje, substytucje fonemowe i wyrazowe.
Nazywanie	Pacjent upraszcza własne odpowiedzi, występują substytucje, perseweracje, zaburzenia artykulacyjne.
Mowa: dialogowa, opowieściowa, spontaniczna	Pacjent konstruuje wyrażenia, ma trudność ze stworzeniem zdań prostych i złożonych zgodnych z gramatyką języka polskiego. Zauważalny jest ubogi słownik czynny. Chłopiec starał się prawidłowo operować kategorią fleksyjną własnej wypowiedzi.

Tabela 1. Wyniki końcowe analizy mowy 6-letniego chłopca z afazją motoryczną.
Źródło: badanie własne.

Reasumując, na podstawie wyników badania *Afa-Skalę* (2005), można wyciągnąć jeden ogólny wniosek: powtarzanie, nazywanie i mowa (dialogowa, opowieściowa i spontaniczna) wymaga dalszej pracy terapeutycznej ze szczególnym uwzględnieniem deficytów poszczególnych podsystemów języka, w tym budowanie zdań prostych i złożonych.

Wnioski

Po przeanalizowaniu mowy pacjenta można wyciągnąć następujące wnioski:

1. Mowa pacjenta z afazją motoryczną znacznie różni się od mowy pacjenta rozwijającego się w sposób normatywny.
2. Pacjent z zaburzeniem ekspresji wypowiedzi ma trudność w aspekcie powtórzenia wyrazów w zdaniu w określonej kolejności.
3. Występują uproszczenia wypowiedzi słownych oraz trudność z tworzeniem zdań prostych i złożonych zgodnych z gramatyką języka polskiego.
4. Pacjent z diagnozą afazji motorycznej boryka się również z innymi zaburzeniami współwystępującymi, tj. zaburzenia artykulacji, zaburzenia koncentracji, zaburzenia integracji sensorycznej i deficyty w sferze emocjonalno-społecznej.
5. Istotne jest, aby objąć pacjenta terapią w sposób kompleksowy, ukierunkowany na niwelowanie deficytów językowych, komunikacyjnych, społecznych.

Terapia logopedyczna 6-letniego pacjenta z afazją motoryczną

Według Jolanty Panasiuk (2015) głównym celem terapii pacjenta z afazją jest odbudowa wszelkich sprawności językowych w aspekcie poznawczym, interakcyjnym oraz grupowym. W początkowym okresie realizacja wyżej wymienionego celu jest możliwa poprzez aktywizację przyblokowanych oraz zaburzonych czynności języka wraz z niwelowaniem wszelkich kompensacji, tj. styl telegraficzny, logofobia. Na kolejnych etapach stabilizacji objawów afazji, będącej skutkiem organicznego uszkodzenia struktur mózgu, należy zredukować mechanizm zakłócający funkcję realizacyjną czynności języka w wyniku odbudowy układu funkcjonalnego.

Model kompleksowej terapii dziecka z afazją motoryczną opiera się stricte na zindywidualizowanych ćwiczeniach, które zawsze odnoszą się do konkretnego, do osobistych przeżyć oraz doświadczeń dziecka, ponieważ dziecko wtedy z większą łatwością rozwija funkcje poznawcze, funkcje kojarzeniowe oraz pamięć. Elementy abstrakcyjne wprowadza się w kolejnych etapach rozwoju mowy i rozumienia.

Organizując proces terapeutyczny dziecka z zaburzeniami motorycznymi, należy odwołać się do wiedzy lingwistycznej oraz psychologicznej, gdyż globalna

stymulacja rozwoju językowego musi odnosić się do rozwoju i praw intelektualnych podopiecznego.

Metody stosowane w terapii afazji można w polskiej literaturze podzielić na takie, które głównie mają posłużyć przezwyciężeniu zaburzeń / niedogodnień rozwojowych wynikających z uszkodzenia struktur ośrodkowego układu nerwowego. Należą do nich tzw. metody bezpośrednie oraz metody pośrednie. Druga grupa metod odnosi się do zjawisk występujących wtórnie, tzw. zaburzeń niespecyficznych, które współwystępują z zaburzeniami komunikacji językowej. Są nimi metody uprzedzenia oraz metody przeuczenia.

Metody bezpośrednie dzieli się kolejno na bezpośrednie rozhamowujące oraz bezpośrednie ćwiczące zaburzone czynności. Metody bezpośrednie rozhamowujące wykorzystuje się na wczesnym etapie uszkodzeń ośrodkowego układu nerwowego, na początkowym etapie terapii zaburzeń mowy, u pacjentów z długotrwałymi zaburzeniami afatycznymi, a także u chorych z wtórnymi psychogennymi zmianami osobniczymi. Celem tych metod jest głównie stymulacja oraz podniesienie poziomu aktywności w procesie rehabilitacyjnym (Maruszewski 1966; Jastrzębowska, Pelc-Pękala 2017: 785). Metody bezpośrednie ćwiczące zaburzone czynności językowe służą do odblokowania wszelkich patomechanizmów programujących mowę oraz komunikację. Można je wykorzystywać, gdy wystąpi możliwość przejęcia uszkodzonych funkcji przez struktury półkuli nie uszkodzonej, czyli wykorzystujemy neuroplastyczność struktur mózgowych. Wykorzystujemy ćwiczenia praktyki oralnej, gnozy, ćwiczenia słuchu fonematycznego (Maruszewski 1966; Jastrzębowska, Pelc-Pękala 2017: 784-795).

Metody pośrednie przystosowuje się do możliwości pacjenta, gdy nie ma zdolności odbudowy uszkodzonych struktur środkowego układu nerwowego oraz mechanizmów programujących mowę z koniecznością wykształcenia ich na nowo, od początku. Ten rodzaj metod przywraca czynności wykorzystując inne stymulacje, nie te uszkodzone (Maruszewski 1966; Jastrzębowska, Pelc-Pękala 2017: 784-795).

Metoda przeuczenia polega na nabyciu umiejętności innych niż te wyuczone wykonywania. Przykładem takiego zabiegu jest chociażby nauka osoby praworęcznej pisowni lewą ręką. Natomiast, metoda uprzedzenia działa profilaktycznie na powstanie niewłaściwych kompensacji oraz przeciwdziała zaburzeniom psychogennym. Przykładem jest stosowanie alternatywnych i wspomagających sposobów komunikacji.

Stanisław Grabias (1997: 22) twierdzi, że terapia logopedyczna dziecka z zaburzeniami motorycznymi służy do programowania języka w umyśle dziecka jako stricte narzędzia / pomocy do rozwoju funkcji poznawczej, interakcyjnej oraz społecznej występującej w różnorodnych sytuacjach komunikacyjnych. Natomiast J. Atkinson (1991) do właściwości mowy zalicza posługiwanie się kanałem głosowo-słuchowym, arbitralność, semantyczność, przekaz kulturowy, autonomiczność mowy,

spontaniczność, dialogowość, strukturalność, dwoistość strukturalną oraz kreacyjność (Panasiuk 2018: 211-245).

Poniżej został przedstawiony kilkietapowy zestaw ćwiczeń do pracy terapeutycznej.

- I. Budowa wypowiedzi zdaniowej: rozwijanie słownictwa czynnego, budowanie prostych i złożonych zdań, rozwijanie zdolności narracyjnych poprzez:
 - wzbogacanie słownictwa tematycznego (dom, jedzenie, zabawki);
 - opisywanie obrazków, historyjek (z pomocą terapeuty) – zabawa kierowana;
 - układanie historyjek obrazkowych w kolejności (zaczynając od 3, kończąc na 8 elementach);
 - zabawy symulacyjne: „karmimy misia”, „idziemy do sklepu” – zabawa kierowana;
 - ćwiczenia z książką – wskazywanie, opowiadanie, zadawanie pytań;
 - ćwiczenia gramatyczne – rozwijanie użycia liczby mnogiej, części mowy: czasowników, przymiotników, liczebników, przysłówków w różnych sytuacjach komunikacyjnych.
- II. Automatyzacja i generalizacja umiejętności: utrwalenie prawidłowej wymowy, stosowanie wypowiedzi werbalnej w różnych kontekstach sytuacyjnych, samodzielne inicjowanie komunikacji poprzez:
 - rozmowy sytuacyjne – w przedszkolu, na placu zabaw, podczas spaceru;
 - zabawy z rówieśnikami – kierowanie zabawą, reagowanie, zmiana ról na dawcy – odbiorcy;
 - opowiadanie dnia, bajek, dzielenie się przeżyciami np. z wakacji, urodzin;
 - gry planszowe z elementami wypowiedzi słownych, zdaniowych i opisowych.
- III. Rozwój funkcji poznawczych: wzmocnienie procesów poznawczych wspierających mowę (uwaga, pamięć, kojarzenie, percepcja słuchowa) poprzez:
 - dobieranie par (np. pies – buda);
 - wprowadzenie sekwencji analogicznych i obrazkowych;
 - słuchowe rozpoznawanie dźwięków;
 - stosowanie prostych instrukcji i ich realizacja w środowisku domowym;
 - zapamiętywanie ciągów słów lub obrazków postępujących po sobie.
- IV. Nauka czytania metodą simultaniczno-sekwencyjną poprzez:
 - **czytanie globalne**
 - dobieranie podpisów do obrazków, np. pokazujemy zdjęcie "mama" i podpis MAMA – dziecko dopasowuje;
 - zabawa w memory – obrazki i wyrazy, np. dziecko odkrywa kartę z obrazkiem „pies” i szuka pasującego podpisu PIES;

- kategoryzowanie wyrazów, np. rozkładamy wyrazy: „MAMA”, „TATA”, „PIES”, „KOT” i prosimy: „Pokaż, co to zwierzę?”, „Pokaż, kto to mama?”;
- czytanie w rytmie, np. pokazujemy kartę MAMA i razem z dzieckiem powtarzamy rytmicznie: MA – MA (klaskanie, stukanie, bębenek);
- zabawa „Prawda czy fałsz”, np. pokazujemy napis KOT, a obrazek to pies – dziecko musi powiedzieć, czy to pasuje, czy nie (nawet niewerbalnie: głową, gestem).

- **czytanie sylabami (symultaniczno-sekwencyjne)** poprzez wprowadzenie sylab otwartych, następnie sylab zamkniętych

1. Czytanie sylab z obrazkami, np. MA → MAMA, BA → BABA, KO → KOT;
2. Łączenie sylab w wyrazy, np. dziecko łączy MA + MA = MAMA (przykleja kartki, układa klocki z sylabami, łączy puzzle);
3. Sylabowe domino, np. karty z sylabami: MA, TA, PA, BA – dziecko dopasowuje tak, aby tworzyć wyrazy lub pary;
4. Składanie słów z rozsypanek sylabowych, np. rozrzucamy sylaby MA, MA, TA, TA – dziecko układa „MAMA”, „TATA”;
5. Czytanie sylab w rytmie (metoda rytmizowania), np. z klaskaniem MA-MA, PA-PA, KO-TY.

- **wyrazy, krótkie zdania, komunikaty** poprzez:

1. Czytanie prostych zdań z obrazkami, np. TO MAMA, MAMA MA KOTA, TATA JE. Dziecko wskazuje, kto co robi;
2. Zabawa „Kto co robi?”, np. mamy 3 kartki: MAMA, JE, ZUPE. Dziecko układa i „czyta” zdanie: MAMA JE ZUPE – tutaj można wesprzeć obrazkami;
3. Zadania wyboru, np. czytamy: MAMA MA KOTA. Kolejno dajemy dziecku obrazek kota i psa. Tworzymy zadanie: „Pokaż, co ma mama”;
4. Uzupełnianie luk w zdaniach, np. MAMA ... (dziecko wybiera: JE / PISZE / BIEGA) lub TATA MA ... (KOTA / PSA / AUTKO).

- **czytanie komunikacyjne** poprzez:

1. Czytanie poleceń i ich wykonywanie, np. „POKAŻ KOTA”, „DAJ LALE”;
2. Czytanie karteczek w zabawie tematycznej, np. w sklepie dziecko „czyta” karteczkę z napisem CHLEB, MLEKO i wręcza odpowiedni produkt;
3. Pisanie po śladzie wyrazów i sylab, np. MA, BA, KOT.

V. Rola rodziców:

- aktywny udział w terapii (obserwacja, nauka gestów, ćwiczenia domowe);
- wspieranie dziecka w naturalnym środowisku (komunikacja podczas zabawy, czynności dnia codziennego);
- udział w konsultacjach logopedycznych i spotkaniach zespołu terapeutycznego.

Podsumowując, terapia zaburzeń motorycznych powinna przebiegać wedle podstępujących po sobie sekwencji rozwoju. Oznacza to, że kolejne etapy terapii powinny prowadzić do przełamywania patomechanizmów ograniczających nabywanie

kompetencji i sprawności językowych. Przechodzenie z jednego etapu terapii do drugiego winno być płynne, ponieważ opanowanie ćwiczonych wcześniej sprawności będzie stanowiło punkt wyjścia do kolejnych zadań terapii (Panasiuk 2015: 337). Należy stwierdzić, że terapia afazji motorycznej to proces długofalowy, wymagający cierpliwości i zaangażowania zarówno dziecka, jak i rodzica. Nie każde dziecko osiągnie pełną sprawność językową. Kluczowym celem jest wypracowanie jak największej samodzielności komunikacyjnej i językowej dziecka.

BIBLIOGRAFIA

- Atchison J., 1991, *Ssak, który mówi. Wstęp do psycholingwistyki*. Wydawnictwo PWN, Warszawa.
- Grabias S., 1997, *Mowa i jej zaburzenia*, *Audiofonologia* 10, 9-36.
- Jastrzębowska G., Pelc-Pękala O., 2017, *Diagnoza i terapia afazji, dysfazji*, w: Gałkowski T., Jastrzębowska G. (red.) *Logopedia. Pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki. Tom 2. Zaburzenia komunikacji językowej u dzieci i osób dorosłych*. Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole, s. 784-795.
- Kurowska M., 2019, *Logopaedic diagnos/is of children with cortical based speech and language development disorders*. *Logopedia* 48/2, s. 189-203.
- Looti M., 2025, *Afazja motoryczna*, Skale Psychologiczne. Link: <https://scales.arabpsychology.com/trm/motor-aphasia/>.
- Maruszewski M., 1966, *Afazja. Zagadnienia teorii i terapii*, Wydawnictwo PWN, Warszawa
- Paluch A., Drewniak-Wołosz A., Mikosza L., 2005, *Afa-Skali. Jak badać mowę dziecka afatycznego?* Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków.
- Panasiuk J., 2018, *Specyficzne zaburzenia rozwoju mowy w diagnozie i terapii logopedycznej* w: Kaczorowska-Bray K., Milewski S. (red.) *Wczesna interwencja logopedyczna*. Grupa Wydawnicza Harmonia, Gdańsk, s. 211-245.
- Panasiuk J., 2015, *Postępowanie logopedyczne w przypadku alalii i niedokształcenia mowy o typie afazji*, w: Grabias S., Panasiuk J., Woźniak T. (red.) *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego. Podręcznik akademicki*, Wydawnictwo UMCS, s. 309-346
- Panasiuk J., 2015, *Postępowanie logopedyczne w przypadku afazji*, w: Grabias S., Panasiuk J., Woźniak T. (red.) *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego. Podręcznik akademicki*, Wydawnictwo UMCS, s. 869-918.
- Rothenberger A., 1986, *Aphasie in Children*, *Fortschr Neurol Psychiatr* 1986; 54(3): 92-98
- Sherman V., Martinio R., 2021, *Swallowing, Oral Motor, Motor Speech, and Language Impairments Following Acute Pediatric Ischemic Stroke*. *PubMed* 52(4):1309-1318. Link: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33641384/>.

Dane kontaktowe / Contact details:

e-mail: izabella.lesniczuk@ujk.edu.pl