

Jolanta Skowronek (<https://orcid.org/0000-0001-7609-083X>)

Uniwersytet Wrocławski, Wydział Filologiczny

Podobieństwa i różnice w zaburzeniach rozwoju językowego u dziecka z niedoksztalceniem mowy pochodzenia korowego i dziecka z niedoksztalceniem mowy z powodu niedosłuchu

Wstęp

Logopedia nie tylko się rozwija, ale również przekształca (Pluta-Wojciechowska; 2019: 138). Nie dziwi więc fakt mnożenia się pojęć i terminów. Brak tu stałości i jednego toru postępowania diagnostyczno-terapeutycznego. Terapeuta sam musi zdecydować, którą klasyfikację zaburzeń mowy zastosuje, często zmienia się to na skutek rozwoju doświadczeń zawodowych. Brak dostępnych, rzetelnych klasyfikacji form zaburzeń mowy zauważała w swojej pracy Irena Styczek (Styczek; 1983). Już wtedy mocno rozbieżne okazywały się osobne klasyfikacje przyczynowe i objawowe. Okazuje się, że skala zjawiska zaburzenia mowy powinna zawierać w sobie całość zagadnień. W nawiązaniu do tej luki diagnostycznej i w odpowiedzi na to wyzwanie naukowe powstała klasyfikacja zaproponowana przez H. Mierzejewską i D. Emilutę-Roży w ich *Projekcie zestawienia form zaburzeń mowy* (Mierzejewska, Emiluta-Roża; 1997: 40). Zestawienie to zawiera zarówno kryteria objawowe, jak i przyczynowe umożliwiające zrekonstruowanie obrazu zaburzeń językowych. Takie uporządkowanie jest bardzo istotne ze względu na możliwość dokładnego i efektywnego przeprowadzenia diagnozy mowy zaburzonej i rozwijającej się (Mierzejewska, Emiluta-Roża; 1997: 39). Zestawienie to okazuje się szczególnie istotne w sytuacjach, w których właściwa diagnoza różnicowa dzieci jest niemożliwa ze względu na znaczne podobieństwo obrazu zaburzeń. W tekście przedstawione jest studium przypadku dwójki dzieci w piątym roku życia. Pierwsze z diagnozą niedoksztalcenia mowy pochodzenia korowego. Drugie z diagnozą niedoksztalcenia mowy z powodu niedosłuchu.

Niedoksztalcenie mowy pochodzenia korowego

Zaburzenia mowy występujące u dzieci z nieprawidłowo funkcjonującym układem nerwowym stały się niemałym wyzwaniem terminologicznym dla specjalistów.

Na przestrzeni lat mnożyły się pojęcia określające te zaburzenia językowe. Coraz mocniej uwidaczniały się zróżnicowane stanowiska badaczy wynikające z różnic koncepcji teoretycznych i metodologicznych (Kurkowska; 2016: 11). Na określenie tego typu zaburzeń językowych autorki (Mierzejwska, Emiluta-Roza; 1997: 40) zaproponowały termin *Niedokształcenie mowy pochodzenia korowego*. Zaburzenie to wynika z uszkodzenia kory mózgowej i uniemożliwia wykształcenie się programów określonych¹ zachowań językowych w odpowiednim czasie (przed ukształtowaniem się prawidłowo funkcjonujących: słuchu fonemowego, kinestezji artykulacyjnej, innych ogniw układu funkcjonalnego mowy) (Kurkowska; 2016: 44). Tego typu uszkodzenie znacznie utrudnia i często uniemożliwia kształtowanie się prawidłowego systemu językowego. W efekcie występują zakłócenia struktur językowych i przebiegu komunikacji.

Przyczyny uszkodzeń i nieprawidłowości anatomicznych mogą być zróżnicowane i mogą występować w różnych okresach życia: prenatalnym, okołoporodowym, niemowlęcym, wczesnego dzieciństwa. Często bardzo trudno jednoznacznie określić przyczynę uszkodzeń. Z tego powodu przyjęto termin *nawarstwienia się czynników traumatyzujących*². Rzetelnie i szeroko zestawione przyczyny zaburzeń mowy związanych z uszkodzeniami ośrodkowego układu nerwowego podała M. Kurowska, a wśród nich:

- zły stan zdrowia matki, również jeszcze przed ciążą, między innymi: zaburzenia hormonalne, nadciśnienie, skłonność do poronień, wcześniejsze problemy z donoszeniem, utrzymaniem ciąży, urodzenie martwego dziecka w przeszłości,
- wiek rodziców: powyżej 40. roku życia,
- nieprawidłowy przebieg ciąży: zatrucie środkami chemicznymi, infekcje, przyjmowanie leków, środków farmakologicznych, silne wstrząsy emocjonalne, psychiczne, krwawienia, nieprawidłowe wyniki badań – niedokrwistość, wada serca, zapalenia płuc, gestoza³,
- nieprawidłowy rozwój ośrodkowego układu nerwowego w okresie płodowym (przede wszystkim zaburzenia: neurogenezy, synaptogenezy, histogenezy – migracji neuronalnej komórek),
- przedwczesny poród: krwawienie wewnątrzczaszkowe – kruchość naczyń krwionośnych, łamliwość kości czaszki, niska waga urodzeniowa,
- płód przenoszony: zagrożenie niedotlenieniem wewnątrzmacicznym – łożysko nie jest na tyle wydajne, aby zaspokoić zapotrzebowanie płodu na tlen,
- nieprawidłowy przebieg porodu: oddzielenie łożyska, łożysko przodujące, mocne, długotrwałe skurcze macicy, ucisk na serce pępowinowe, stosowanie do narkozy tlenu azotu, zatkanie śluzem górnych dróg oddechowych, ucisk na klatkę piersiową i/lub brzuch dziecka, niewłaściwe zastosowanie kleszczy lub vacuum extractum,

¹ Zachowań językowych, których spodziewamy się w konkretnym wieku według periodyzacji rozwoju mowy.

² Jest to kilka czynników, które pojawiają się po sobie w kolejnych etapach życia.

³ Popularnie nazywana zatruciem ciążowym.

- nieprawidłowy stan noworodka: niska (poniżej 8) ilość punktów Apgar, zamartwica, niska waga urodzeniowa – dystrofia wewnątrzmaciczna, hiperbilirubinemia,
- choroby dziecka: bakteryjne lub wirusowe zapalenie opon mózgowych, nowotwory mózgu, zaburzenia endokrynologiczne,
- zaburzenia mózgowe poszczepienne,
- zaburzenia rozwojowe naczyń tętniczych,
- urazy czaszkowo-mózgowe.

Objawy niedoksztalcenia mowy pochodzenia korowego mają zróżnicowany stopień nasilenia, ale zawsze dotyczą problemów w rozumieniu mowy i trudności w budowaniu własnych wypowiedzi – manifestujące się ubogim zasobem słownictwa, nieprawidłowymi formami gramatycznymi oraz zniekształceniem dźwięków mowy (Kurowska; 2016: 12).

Pisała o tym Jolanta Panasiuk, wymieniając pośród objawów między innymi: niepełne rozumienie, w tym szczególnie poleceń złożonych, konstrukcji gramatycznych, tekstów; niestabilność realizacji dźwiękowych; obniżoną sprawność motoryczną dziecka dotyczącą przede wszystkim przebiegu dynamiki procesów nerwowych. Mogą też wystąpić trudności z pamięcią werbalną, plastycznością i dynamiką myślenia logiczno-werbalnego. Jeśli zaburzenia są na tyle duże, iż ograniczają opanowanie podstaw systemu językowego, to dzieci mogą pozostać na poziomie myślenia konkretno-wyobrażeniowego. Natomiast, jeśli trudności te są znaczne i długotrwałe, to tak naprawdę uniemożliwiają rozwój myślenia pojęciowego.

Charakterystyka dziecka objętego badaniem – z niedoksztalceniem mowy pochodzenia korowego

Pierwszy opisany chłopiec to pięcioletek z diagnozą niedoksztalcenia mowy pochodzenia korowego. Informacje uzyskane z wywiadu i dokumentacji medycznej wskazują, że jego rozwój od początku przebiegał nieharmonijnie.

Dziecko pochodzi z ciąży zagrożonej, mama przyjmowała leki na utrzymanie ciąży, której rozwiązanie nastąpiło w 38 tygodniu przez cesarskie cięcie. Chłopiec otrzymał odpowiednio 4–6–8–9 punktów w skali Apgar. Po porodzie ze względu na stan zdrowia – zamartwicę oraz żółtaczkę – spędził dwa tygodnie w szpitalu na obserwacji. Po wyjściu ze szpitala pozostawał pod opieką specjalistów.

W wieku trzech lat chłopiec został skierowany do logopedy z powodu znacznie opóźnionego rozwoju mowy. Nie pojawiały się próby nazywania rzeczywistości, w czynnej realizacji były pojedyncze słowa, takie jak [mama, tata, baba] oraz kilka wyrazów dźwiękonaśladowczych. Budowa i sprawność aparatu artykulacyjnego została oceniona jako nieprawidłowa i ograniczona. Stwierdzono obniżone napięcie mięśniowe w obrębie twarzoczaszki oraz brak czucia ułożenia narządów artykulacyjnych, a także – ustny tor oddechowy.

W wyniku badania stwierdzono trudności w zakresie motoryki. Wśród nich znaczne opóźnienie rozwojowe w stosunku do wieku, obniżone napięcie mięśniowe,

obniżoną kondycję motoryczną, problemy z utrzymaniem równowagi oraz niezgrabność. U chłopca w tym czasie zdiagnozowano również padaczkę, która jest leczona lekami pod stałą kontrolą lekarzy. Po otrzymanych diagnozach chłopiec rozpoczął intensywną pracę logopedyczno-rehabilitacyjną.

W wieku 5 lat (5;2) chłopiec zaczął nawiązywać kontakt werbalny z otoczeniem za pomocą prostych wyrazów, rzadko używa zdań prostych. Jego mowa jest niezrozumiała przez zaburzoną artykulację oraz nagromadzenie agramatyzmów. Chłopiec często nie rozumie poleceń, które nie są związane z kontekstem sytuacyjnym, niewspartych gestem oraz wypowiedzi kilkudzaniowych. Chłopiec wykazuje chęć podejmowania komunikacji, jednak wycofuje się, szczególnie z relacji rówieśniczych, gdy nie jest rozumiany. Ze względu na zbliżający się czas nauki szkolnej oraz niesatysfakcjonujące efekty terapii rodzice znów poddali chłopca diagnozom. Wykonano zestaw badań audiologicznych w celu wykluczenia występowania niedosłuchu – wszystkie wyniki były prawidłowe. Kontrola neurologiczna z kontrolnym badaniem EEG wskazała na zmiany zlokalizowane i uogólnione napadowe. Podczas diagnozy psychologicznej – Międzynarodową Wykonaniową Skalą Leitera P-93 uzyskał wynik 85 co mieści się w dolnej granicy normy. Wyniki diagnozy Integracji Sensorycznej wskazują na zaburzenia układu przedsionkowo-proprioceptywnego, niezintegrowane odruchy oraz obniżone napięcie mięśniowe. Zebrane informacje, obserwacja, przeprowadzone badania oraz diagnoza logopedyczna pozwalają w wieku 5;6 postawić diagnozę niedokształcenia mowy pochodzenia korowego.

Niedokształcenie mowy z powodu niedosłuchu

Takim terminem posługują się autorki, określając zaburzenie mowy spowodowane niedosłuchem i obejmujące struktury językowe o różnym stopniu złożoności, mimo tego, że uszkodzenie nie dotyczy kory (Mierzejewska, Emiluta-Roza; 1997: 40). Temat zaburzeń mowy związanych z niedosłuchem i samego niedosłuchu jest niezwykle rozległy⁴, dlatego ze względu na ograniczenia poniższej pracy omówiony zostanie niedosłuch spowodowany wysiękowym zapaleniem ucha środkowego z perforacją błony bębenkowej. Opisane zostaną też cechy języka dzieci z perilingwalnym zaburzeniem słuchu oraz wpływ umiarkowanego, przewodzeniowego uszkodzenia słuchu na rozwój mowy.

Pierwszą trudnością w określeniu typu zaburzeń mowy często jest samo wykrycie niedosłuchu. Wśród dzieci nierzadko niedosłuch związany jest z zapaleniem ucha środkowego, które blisko 20% z nich przechodzi bezobjawowo. Zapalenie ucha środkowego, które nie zostało zdiagnozowane i poddane leczeniu może prowadzić do rozległych powikłań: perforacji błony bębenkowej, niedosłuchu czy zniszczenia kosteczek słuchowych. Dochodzi wtedy do nabytego, przewodzeniowego uszkodzenia słuchu o charakterze zapalnym (Latkowski; 1998: 96) powodującym zakłócenia

⁴ Dotyczy wielu aspektów: medycznych, psychologicznych, pedagogicznych, lingwistycznych. Szeroki zakres zainteresowań można zobaczyć np. w publikacji *Surdologia* z serii Logopedii XXI wieku.

dostarczanych fal dźwiękowych do narządu spiralnego oraz zaburzenia funkcji elementów budowy anatomicznej ucha środkowego (Walocha, 2013: 144).

Objawy występujące u dzieci z lekkim i umiarkowanym niedosłuchem mogą być postrzegane jako brak koncentracji uwagi, obniżony poziom inteligencji a nawet lenistwo. Jednak warto zaznaczyć, że wpływ niedosłuchu utrzymującego dłużej niż 6 miesięcy może mieć znaczący wpływ na rozwój umiejętności językowych (Kurkowski, 2013: 79). Istotny wydaje się też być fakt, że częstotliwość występowania niedosłuchów przewodzeniowych lekkiego i umiarkowanego stopnia, w trakcie rozwoju językowego u dzieci, sięga 15–20% (Kurkowski; 2016: 79).

Zaburzenia językowe i komunikacyjne spowodowane uszkodzeniami słuchu mogą mieć rozległe konsekwencje i dotyczyć czterech sfer wymienianych przez K. Krakowiak (Krakowiak, 2015: 116):

- recepcji – brak pamięci utrwalonej⁵;
- prawidłowego realizowania dźwięków mowy – brak lub niestałe wzorce słuchowe uniemożliwiają stabilizację prawidłowych wzorców artykulacyjnych;
- kompetencji językowej i komunikacyjnej – niepełne kontakty społeczne utrudniają pełne poznanie i władanie systemem;
- kompetencji kulturowej – trudności z przyswojeniem wiedzy o świecie.

Trudno określić jednoznacznie formy zakłóceń, jednak mogą one dotyczyć realizacji każdego z podsystemów języka: fonologii, morfologii, leksyki i składni (Muzyka-Furtak, 2015: 194). Scharakteryzowanie możliwych zaburzeń językowo-komunikacyjnych jest praktycznie niemożliwe. Ze względu na brak objawów bólowych w momencie choroby do diagnozy dochodzi często do kilku lat po pojawieniu się problemu. Nie wiadomo na jak długo dziecko było narażone na depryzację językową, w którym momencie nastąpiło uszkodzenie słuchu oraz jakie ewentualne nieodwracalne skutki przyniosło.

Najbardziej narażone na chorowanie są dzieci w wieku, w którym dynamicznie rozwija się sprawność językowa. Okres peringwalny to czas rozwoju mowy, w którym szczególnie doskonalą się sprawność komunikacyjna, a u dzieci niesłyszących zachodzi wtedy proces pojawiania się pojedynczych słów i prostych konstrukcji zdaniowych (Gałkowski, Jastrzębowska, 2003: 230). W mowie dzieci z interlingwistycznym zaburzeniem słuchu⁶ można zauważyć następujące cechy (za Dryżałowską, 2007: 25–37):

- brak wystarczającego ukształtowania struktur wewnętrznych do opanowania pojęć, znaczeń, właściwości przedmiotów oraz zjawisk,
- nieprawidłowo wytwarzane dźwięki, brak pamięci wcześniejszych bodźców akustycznych,
- utrudniona kontrola własnych realizacji wokalnych (zaburzony system sprzężenia zwrotnego w zakresie narządu słuchu),
- znaczne opóźnienie rozwoju językowego w stosunku do słyszących rówieśników,

⁵ Szczególnie, kiedy uszkodzenie nastąpiło w trakcie rozwoju językowego. Dziecko nie może odwołać się do wyobrażeń struktur fonologicznych.

⁶ Zaburzeniem słuchu, do którego doszło w trakcie rozwoju językowego.

- trudności z zapamiętaniem i zrozumieniem związku pomiędzy przymiotnikami a rzeczownikami,
- utrudnione opanowanie koniugacji czasowników oraz deklinacji rzeczowników (dziecko niesłyszące musi się jej nauczyć i zapamiętać); silne związanie z przedmiotem – trudności w zrozumieniu, że nazwy ulegają zmianom ze względu na zmieniające się sytuacje,
- utrudnione rozumienie znaczeń (kontekst, intonacja głosu, rozłożone akcenty),
- brak umiejętności wykorzystania języka w rozwoju umysłowym i społecznym.

Charakterystyka dziecka objętego badaniem – z niedoksztalceniem mowy z powodu niedosłuchu

Chłopiec pochodzi z prawidłowo przebiegającej ciąży, rozwiązanej w 40 tygodniu siłami natury, wraz z matką został wypisany po dwóch dniach do domu. Dziecko prawidłowo się rozwijało i nabywało wszystkie umiejętności o czasie, głużył, gaworzyło. Odpowiednio też przebiegał jego rozwój fizyczny.

W drugim roku życia rodziców zaniepokoił ubogi przyrost słownictwa; w wieku dwóch lat (2;6) chłopiec posługiwał się pojedynczymi wyrazami [mama, tata, tam, daj] i wyrazami dźwiękonaśladowczymi. W opinii logopedycznej stwierdzono samoistny opóźniony rozwój mowy i zalecono stymulację logopedyczną. Po skończeniu trzeciego roku życia (3;3) rodzice ponownie zgłosili się na diagnozę logopedyczną. Tym razem chłopiec poza niskim poziomem rozwoju językowego prezentował również obniżone reakcje słuchowe. Z tego powodu został skierowany na badania audiologiczne, które wykazały przewlekłe wysiękowe zapalenie ucha środkowego z perforacją błony bębenkowej w uchu prawym oraz obuuszny niedosłuch przewodzeniowy umiarkowanego stopnia. Podjęto leczenie farmakologiczne w celu usunięcia wysiękowego zapalenia ucha. Zalecono również kilkumiesięczną obserwację błony bębenkowej ze względu na jej zdolność do samoregeneracji. Kontrolne badania słuchu wskazywały na zmniejszający się poziom niedosłuchu w uchu lewym – proces zdrowienia. W uchu prawym pozostawał na tym samym poziomie – umiarkowanego niedosłuchu. Po siedmiu miesiącach podjęto decyzję o wykonaniu myringoplastyki błony bębenkowej. Leczenie i regeneracja przebiegały w sposób satysfakcjonujący dla lekarzy kierujących. Wykonane badanie słuchu po trzech miesiącach od operacji wskazało na prawidłowy poziom słuchu w obu uszach, leczenie zakończono w wieku czterech lat (4;3).

Mimo prawidłowego poziomu słuchu, prawidłowych wyników badań psychologicznych, braku objawów ze strony neurologicznej, braku nieprawidłowości ze strony orofacialnej, mowa chłopca w wieku 4;3 wciąż była nieprawidłowa – z licznym nagromadzeniem agramatyzmów, nieprawidłową artykulacją, nieprawidłowym słuchem fonemowym. Nie wiadomo jak długo chłopiec narażony był na deprywację językową. Według dokumentacji medycznej był to okres przynajmniej 7 miesięcy (od momentu, w którym wykonano badania i dokonano diagnozy). W wieku 5 lat (5;5) objawy mają dużo szerszą skalę niż dyslalia anatomiczna audiogenna, dużo bardziej precyzyjne byłoby sklasyfikowanie ich jako niedoksztalcenie mowy z powodu niedosłuchu.

Porównanie wyników elementów diagnozy logopedycznej dwójki dzieci objętej badaniem

Dziecko 1 – niedokształcenie mowy pochodzenia korowego	Dziecko 2 – niedokształcenie mowy z powodu niedosłuchu
Słownictwo	
• zdecydowanie bogatszy słownik bierny, niż czynny; • zasób słów nieharmonijny, zróżnicowany – wymienia trudne nazwy własne a ma problem z nazwaniem podstawowych elementów wyposażenia domu;	• w mowie czynnej zasób słownictwa bardzo ubogi, używa prostych wyrazów z najbliższego otoczenia; • słownik bierny rozwinięty na odpowiednim poziomie;
Formy gramatyczne	
• formy prawidłowe, przede wszystkim liczba pojedyncza, rzeczowniki w Mianowniku; • prawidłowo odmienia czasowniki; dobrze radzi sobie z odmianą słów najczęściej używanych, z odmianą regularną, • zdarzają się błędy, analogiczne nieprawidłowe realizacje;	• posługiwanie się zdaniami prostymi, • prawidłowa, regularna, prowokowana odmiana rzeczowników oraz czasowników, • w mowie spontanicznej stosowanie końcówek w przypadkowy sposób;
Prozodia	
• zachowana – realizuje intonację w wypowiedziach komunikatach oraz akcent wyrazowy w wyrazach realizowanych poprawnie, • mowa bardzo szybka;	• brak akcentu wyrazowego oraz intonacji, • mowa bardzo powolna;
Fonacja	
• prawidłowa	• głos monotonny o zmiennym natężeniu;
Tworzenie wypowiedzi – na przykładzie historyjki obrazkowej	
• wypowiedź nieuporządkowana, chaotyczna, brak w niej wyrażeń językowych porządkujących myślenie przyczynowo-skutkowe; • wypowiedź składająca się z pojedynczych wyrazów oraz równoważników zdań, • relacjonowanie poszczególnych obrazków bez tworzenia związków;	• chaotyczna próba opowiedzenia historii z obrazków; • budowane struktury zdaniowe niezrozumiałe; • pojedyncze obrazki zrelacjonowane prawidłowo; • próba budowania związków przyczynowo-skutkowych przez holofrazy;

Umiejętności słowotwórcze	
• brak umiejętności słowotwórczych;	• częściowo prawidłowe formy słowotwórcze; • dużo neologizmów leksykalnych;
Budowa i sprawność narządów artykulacyjnych	
• budowa prawidłowa, obniżone napięcie i sprawność języka oraz mięśnia okrężnego warg;	• prawidłowa budowa i sprawność;
Słuch fonemowy	
• zdecydowany brak umiejętności różnicowania fonemów;	• bardzo duże nagromadzenie błędów w zakresie różnicowania fonemów;
Artykulacja	
• liczne zakłócenia realizacji dźwięków mowy i struktury wyrazów: • mogilalie, np. piłka → [p'ika], klej → [ke i], anioł → [año], • uproszczenia grup spółgłoskowych, np. niedźwiedź → [ięćieć], • metatezy, np. huštawka → [šuxtafka], • asymilacje, np. ołówek → [ouuək], • dysymilacje, np. jajko → [kako], papuga → [kokuga], • zmiany kombinowane w obrębie wyrazu; • deformacje głosek przedniojęzykowo-zębowych [t, d, n] – realizacje międzyzębowe; • sybstitucje [l] na [i]. • szereg szumiący realizowany niekonsekwentnie jako głoski z szeregu syczącego bądź ciszącego. • liczne ubezdźwięcznienia.	• liczne zakłócenia realizacji dźwięków mowy i struktury wyrazów: • mogilalie, np. pies → [pes], długopis → [dugop'is], • uproszczenia grup spółgłoskowych, np. akwarium → [oko ium], • metatezy, np. drabina → [daiɲna], • reduplikacje, np. łazienka → [iɔ iɛtta], • zmiany kombinowane w obrębie wyrazu; • szereg szumiący realizowany niekonsekwentnie jako głoski z szeregu syczącego bądź ciszącego. • liczne ubezdźwięcznienia.

Tab. 1 Porównanie wyników diagnozy logopedycznej dwójki dzieci: z niedokształceniem mowy pochodzenia korowego i niedokształceniem mowy z powodu niedosłuchu.

Źródło: opracowanie własne

Wnioski

Powyższe porównanie poziomu rozwoju językowego dwójki dzieci wskazuje na znaczne podobieństwa w obrazie ich zaburzeń. Na podstawie obserwacji jedynie symptomów⁷ trudności językowo-komunikacyjnych można by wysnuć wnioski o jednakowym zaburzeniu mowy. W tej sytuacji szczególnie zaznacza się potrzeba i waga stawiania przez logopedów diagnoz nie tylko na podstawie objawów, ale również przyczyn występujących zaburzeń językowych.

Terapia logopedyczna obu pacjentów będzie się znacznie różnić. Przede wszystkim terapia dziecka z niedokształceniem mowy pochodzenia korowego będzie miała charakter ciągły i długotrwały. Nie da się cofnąć uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego. Warto pracować nie tylko nad doskonaleniem umiejętności językowo-komunikacyjnych, ale również nad umiejętnością radzenia sobie ze swoją niepełnosprawnością, wykorzystywania mocnych stron, kompensowania sobie trudności i ograniczeń. Sytuacja dziecka z niedokształceniem mowy z powodu niedosłuchu przedstawia się inaczej. Przyczyna jego zaburzeń mowy już została usunięta. Podstawą terapii będzie wyrównanie zakłóceń rozwoju językowego będącego konsekwencją czasowej deprywacji słuchowej. Terapia może mieć znacznie większą dynamikę i opierać się na pracy nad rozwojem wszystkich występujących trudności.

Programowanie terapii w znacznej mierze nawiązuje do podłoża problemu, który nie tylko wyznacza nam drogę rehabilitacji, ale również wskazuje możliwości osiągnięcia sukcesów oraz ich dynamikę. Poznanie przyczyny pozwala nam określić możliwości pacjenta, jego zasoby i dostępne kompensacje.

Bibliografia

- Dryżałowska G., *Rozwój językowy dziecka z uszkodzonym słuchem a integracja edukacyjna, model kształcenia integracyjnego*, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa, 2007.
- Gałkowski T., Jastrzębowska G. i in., *Mowa dzieci niedosłyszających i głuchych*, [w:] *Logopedia: pytania i odpowiedzi*, Uniwersytet Opolski, 2003.
- Krakiwak K., *Typologia zaburzeń mowy u osób z uszkodzonym słuchem*, [w:] *Surdologopedia teoria i praktyka*, Harmonia Universalis, Gdańsk, 2015.
- Kurkowski M., *Audiogenne uwarunkowania zaburzeń komunikacji językowej*, Wydawnictwo UMCS, Lublin, 2016.
- Kurowska M., *Kształtowanie się zachowań komunikacyjnych u dzieci z uszkodzeniami i/lub dysfunkcjami ośrodkowego układu nerwowego*, Dom Wydawniczy Elipsa, Warszawa, 2016.
- Latkowski B., *Metody badania poszczególnych narządów*, [w:] *Otolaryngologia dla studentów medycyny i stomatologii*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 1998.
- Mierzejewska H., Emiluta-Roza D., *Projekt zestawienia form zaburzeń mowy*, „Audiofonologia”, tom X, Warszawa-Lublin, 1997.

⁷ Stałoby się tak w sytuacji użycia objawowej klasyfikacji zaburzeń mowy.

- Muzyka-Furtak E., *Postępowanie logopedyczne w głuchocie i niedosłuchu*, [w:] *Standardy postępowania logopedycznego*, Wydawnictwo UMCS, Lublin, 2015.
- Panasiuk J., *Postępowanie logopedyczne w przypadku alalii i niedokształcenia mowy o typie afazji*, [w:] S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak (red.), *Logopedia, standardy postępowania logopedycznego*, Wydawnictwo UMCS, Lublin, 2015.
- Pluta-Wojciechowska, *Orofacjologopedia*, „Logopedia”, 48–1, Lublin, 2019.
- Styczek I., *Logopedia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 1983.
- Walocho J., *Szyja i głowa. Podręcznik dla studentów i lekarzy*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, 2013.

Słowa kluczowe

rozwój mowy, zaburzenia mowy u dzieci z uszkodzonym układem nerwowym, niedokształcenie mowy pochodzenia korowego, niedokształcenie mowy z powodu niedosłuchu;

Abstract

Similarities and differences in language development disorders in a child with speech deficiency of cortical origin and a child with speech deficiency due to hearing loss

The article discusses the subject of speech disorders caused by neurological disorders – in speech underdevelopment of cortical origin and caused by hearing loss – in speech underdevelopment due to hearing loss.

It emphasizes the importance of precise speech therapy diagnosis in the context of differentiating speech disorders resulting from damage to the central nervous system and damage to the sense of hearing. The article is based on the current scientific achievements of speech therapy and emphasizes the need for a holistic approach to the patient with speech disorders. It refers to historical and contemporary classifications of speech disorders, with particular emphasis on the systematics proposed by Mierzejewska and Emiluta Rozya. The examples of two five-year-old boys show similarities and differences in etiology, diagnosis and perspectives of therapy. It also discusses the adaptation of the therapeutic program to the basis of the disorder.

Keywords

speech development, speech disorders in children with damaged nervous system, speech deficiency of cortical origin, speech deficiency due to hearing loss