

Marlena Kurowska

Uniwersytet Warszawski*

LOGOPEDYCZNE BADANIA DZIECI I MŁODZIEŻY Z ZABURZENIAMI MOWY I JĘZYKA UWARUNKOWANYMI KOROWO. PROJEKT BADAŃ WŁASNYCH

LOGOPEDIC RESEARCHES OF CHILDREN AND YOUTH
WITH CORTICAL BASED SPEECH AND LANGUAGE
DISORDERS. OWN RESEARCH PROJECT

Słowa kluczowe: diagnoza logopedyczna, zaburzenia mowy i języka uwarunkowane korowo, afazja dziecięca rozwojowa, afazja dziecięca nabyta, objawy językowe i pozajęzykowe.

Keywords: logopedic diagnosis, speech and language of cortical type, developmental aphasia of children, acquired aphasia of children, linguistic and non-linguistic symptoms.

Zaburzenia językowe u dzieci uwarunkowane korowo

Zaburzenia mowy i języka uwarunkowane korowo mogą mieć charakter rozwojowy lub nabyty. Obie formy wynikają z uszkodzeń i/lub dysfunkcji ośrodkowego układu nerwowego (OUN) [Emiluta-Roza, 2008]. Zatem zaburzenia te mogą niekiedy towarzyszyć dziecku od samego początku językowego rozwoju, a w innych przypadkach pojawiają się na pewnym etapie tego rozwoju, a znów w jeszcze innych powstają po okresie przyswojenia języka przez dziecko. Określenie rodzaju tych zaburzeń u dzieci nie jest łatwe. Główną przyczyną tych problemów są różnice w koncepcjach teoretycznych i metodologicznych przyjmowanych przez poszczególnych badaczy zajmujących się tym zagadnieniem. Kluczowe dla sformułowania konkretnego rozpoznania jest określenie poziomu przyswojenia przez dziecko mowy i języka – do momentu wystąpienia patolo-

* Wydział Polonistyki, Instytut Polonistyki Stosowanej, Zakład Logopedii i Emisji Głosu, 00-927 Warszawa, ul. Krakowskie Przedmieście 26/28, m.kurowska5@uw.edu.pl

gicznego czynnika oraz charakteru objawów nim wywołanych, ustalenie, czy jest to brak rozwoju komunikacji werbalnej, jej późniejsze pojawienie się, zahamowanie w przyswajaniu języka, czy też ewidentny regres w zakresie umiejętności werbalnego porozumiewania się. O wiele więcej jest nazw jednostek definiujących zaburzenia o charakterze rozwojowym, należy więc ustalić znaczenie określenia *rozwojowe* [Herzyk, 2005; Krajna, 2009]. Nie jest ono tożsame z pojęciem *normatywne*, lecz sygnalizuje trudności w spontanicznym i naturalnym przyswajaniu języka i mowy występujące na tle ogólnego prawidłowego – motorycznego, emocjonalno-społecznego, poznawczego – rozwoju dziecka [Herzyk, 1992]. Nieprawidłowości te często są wówczas nazywane *specyficznymi* zaburzeniami językowymi, tzn. mają charakter wyizolowany, ograniczony do trudności w nabywaniu kompetencji językowej. W literaturze przedmiotu oraz praktyce logopedycznej najczęściej stosowanymi terminami dla nich są: *alalia*, *niedokształcenie mowy o typie afazji*, *niedokształcenie mowy pochodzenia korowego*, *niepełnosprawność ruchowa*, w tym *afazja*, *afazja dziecięca rozwojowa*, *specyficzne zaburzenia rozwoju mowy i języka* – SLI [Kordyl, 1968; Herzyk, 1992; Parol, 1989; Mierzejewska, Emiluta-Roza, 1998; Grabias, 2001; Leonard, 2006; Panasiuk, 2008; Emiluta-Roza, 2008; ICD-10; Rozporządzenie MEN z dnia 24.07. 2015 r. – ze zmianami 28.08.2017 r.]. Część z nich jest już utrwalona w polskiej naukowo-badawczej tradycji logopedycznej, inne pochodzą ze współczesnych międzynarodowych klasyfikacji medycznych lub przepisów prawnych, obowiązujących w polskim systemie edukacyjnym. W przypadku zaburzeń nabytych, czyli występujących po okresie przyswojenia kompetencji językowej przez dziecko, stosowana jest jedna nazwa – u dzieci *afazja dziecięca nabyta*, a u młodzieży *afazja* [Herzyk, 1992].

W przypadku logopedycznego diagnozowania dzieci z zaburzeniami w komunikacji werbalnej uwarunkowanymi mózgowo, oprócz patologicznego wpływu czynników uszkadzających, należy uwzględnić również procesy neurobiologicznej reorganizacji nieprawidłowo zbudowanego i/lub funkcjonującego mózgu. Stopień opanowania przez dzieci mowy i ich sprawność posługiwania się językiem macierzystym będzie bowiem zależeć od możliwości uruchomienia mechanizmów kompensacji trudności obserwowanych u danego dziecka [Kułakowska, Konera, 2003]. W procesie kompleksowego diagnozowania dziecka należy odróżnić zaburzenia tzw. *językowe* od innych form zaburzeń mowy, uwarunkowanych także zmianami strukturalnymi i/lub funkcjonalnymi OUN. Chodzi o zaburzenia wywołane np. niepełnosprawnością umysłową, autyzmem [Wald, 1976; Jaklewicz, 1993; Mierzejewska, Emiluta-Roza, 1998]. Wówczas nieprawidłowości w rozwoju mowy i języka współwystępują z obniżonym funkcjonowaniem poznawczym i nieprawidłowościami w zachowaniu emocjonalno-społecznym. Najczęściej wskazuje się na trudności np. w nawiązywaniu bezpośredniego kontaktu wzrokowego, naśladowaniu zabawy, tworzeniu wspólnego pola uwagi, koncentracji uwagi. Niejednokrotnie towarzyszą im schematycznie powtarzające się czynności – stereotypy ruchowe, a w mowie – echolalie [Frith, 2004; Pisula, 2005].

Objawy i patomechanizm zaburzeń mowy i języka uwarunkowanych korowo

W przypadku zaburzeń korowych wyraźna jest u dziecka dysproporcja między wiekiem życia a poziomem ukształtowanej kompetencji językowej. Trudności – o różnym stopniu nasilenia – rejestrujemy zarówno w rozumieniu, jak i umiejętności budowania wypowiedzi. W zakresie odbioru nieprawidłowości najczęściej przyjmują formę zbyt ogólnego i szerokiego lub też zbyt konkretnego rozumienia znaczenia. Z kolei w tworzeniu wypowiedzi można zauważyć ubóstwo środków leksykalno-gramatycznych, w konsekwencji powstają wypowiedzi niespójne, mało komunikatywne. W budowanych przez dziecko tekstach można zarejestrować trudności w aktualizowaniu prawidłowych form wyrazów, wiele zniekształceń w ich strukturze, niestabilność zachowań językowych, perseweracje oraz parafazje. Dzieci kompensują nieprawidłowości w werbalnym porozumiewaniu się za pomocą: gestu – wskazującego, ilustracyjnego, wymówień dźwiękonaśladowczych, mimiki, elementów prozodycznych mowy. U każdego dziecka repertuar tych zachowań zastępczych może mieć odmienną konfigurację i proporcję, zazwyczaj jednak nie jest wcale bardzo bogaty [Kurowska, 2016].

Patomechanizm zaburzeń rozwojowych polega na trudności kształtowania i utrwalania wzorców brzmieniowo-artykulacyjnych, słuchowo-kinestetyczno-kinetycznych – dźwięków języka polskiego, wywołanych nieprawidłową budową i/lub funkcją OUN. Natomiast w zaburzeniach nabytych dochodzi do dezintegracji języka. Programy mózgowe odpowiedzialne za opanowanie i prawidłowe funkcjonowanie języka były już wykształcone i funkcjonowały prawidłowo przed uszkodzeniem mózgu, tzn. dzieci, a także młode osoby z afazją, u których nastąpiło anatomiczne uszkodzenie mózgu, wcześniej mówiły i system językowy był w pełni przez nie opanowany – w mowie i piśmie [Mierzejewska, Emiluta-Rozya, 1998; Emiluta-Rozya, 2008]. Należy więc zauważyć, że objawy zaburzeń korowych przyjmują początkowo formę uogólnioną i niespecyficzną, a wraz ze wzrostem wieku dziecka, w którym następuje uszkodzenie mózgu, stają się bardziej podobne do afazji nabytej osób dorosłych [Panasiuk, 2008]. Przedstawiony sposób interpretacji patomechanizmu zaburzeń powinien zostać wyrażony w nazewnictwie stosowanych jednostek diagnostycznych. Oznacza to, że w stosunku do dzieci, u których rozwój mowy od początku przebiegał nieprawidłowo lub też nie osiągnął odpowiedniego do wieku poziomu, używanie na określenie rejestrowanego u nich zaburzenia terminu *afazja*, *afazja rozwojowa* wydaje się niewłaściwe. Za słuszne można uznać stosowanie nazwy *afazja dziecięca*, ale jedynie w odniesieniu do dzieci, u których podstawy systemu językowego zostały opanowane przed zadziałaniem czynnika uszkadzającego struktury mózgowe. Oczywiście, uzasadnione (choć niewystarczające) jest odwołanie się do norm definiujących prawidłowy rozwój mowy i języka dziecka. W takich przy-

padkach, ze względu na różnice indywidualne dotyczące rozwoju dzieci, nie można opierać się tylko na kryterium wiekowym. Konieczne jest uzyskanie wiedzy na temat rzeczywistego stopnia opanowania mowy przez dziecko [Herzyk, 1992; Panasiuk, 2008]. Formułowane przez różnych autorów wskazówki określające wiek dziecka, w którym można zdiagnozować daną formę zaburzenia, mają jedynie charakter umowny. Rozpoznanie *afazji dziecięcej – nabytej* jest możliwe w wypadku dziecka, u którego w konsekwencji uszkodzenia OUN. następuje zahamowanie dalszego rozwoju mowy lub utrata wcześniej opanowanych sprawności językowych. Zatem wydaje się, że jest to możliwe w odniesieniu do dziecka, które ukończyło 3. r.ż., przyjmując, że dziecko w tym wieku powinno mieć przyswojone podstawy języka macierzystego. Należy jednak zaznaczyć, że w niektórych publikacjach wskazuje się możliwość postawienia takiej diagnozy dopiero po ukończeniu przez dziecko 7. r.ż. Wówczas ten moment uznaje się za czas opanowania kompetencji językowej przez dziecko [Grabias i in., 2002]. Z kolei dopiero około 10–12 r.ż. można mówić o dojrzałym posługiwaniu się mową i językiem [Aichison, 1991; Porayski-Pomsta, 2015]. Ten próg czasowy można traktować jako podstawę różnicowania *afazji dziecięcej i afazji osób dorosłych*.

Brak jednoznaczności w nazywaniu poszczególnych jednostek pogłębia się również poprzez wyraźne zróżnicowanie między refleksją naukowo-badawczą a logopedyczną praktyką diagnostyczną, przyjętą w publicznych placówkach medycznych i oświatowych. Logopeda zatrudniony w instytucjach medycznych zobowiązany jest do formułowania diagnozy, powołując się na międzynarodową klasyfikację ICD-10 (zgodnie z którą rozwojowe zaburzenia mowy i języka to *specyficzne zaburzenia rozwoju mowy i języka*, F 80.1 i/lub F 80. 2 – *specific developmental disorders of speech and language*, a nabyte to *afazja*, R 47.0). Z kolei w placówkach oświatowych obowiązują logopedów przepisy formułowane przez ministra edukacji narodowej. Pierwsze rozstrzygnięcie zostało zamieszczone w rozporządzeniu z dnia 17 listopada 2010 roku¹, w którym omawiane zaburzenia mieszczą się w terminie *niepełnosprawność ruchowa, w tym afazja*. W rozporządzeniu nazwa ta określa zaburzenia rozwojowe i nabyte. Może sugerować jednak, że *afazja* występuje na tle nieprawidłowości ruchowych lub też odnosi się tylko do zaburzenia o charakterze ruchowym, choć analizy badań wskazują, że u dzieci występują jednocześnie zaburzenia w zakresie rozumienia. Jednak tylko dzieciom ze sformułowaną w takiej postaci diagnozą, wydaną przez odpowiednie placówki oświatowe, przysługuje specjalistyczna pomoc w procesie rozwoju i kształcenia. Nie jest to termin w pełni satysfakcjonujący środowisko logopedów i rodziców dzieci z takimi trudnościami. Umieszczenie jednak w orzecznictwie oświatowym jednostki sygnalizującej zaburzenie mowy

¹ Ostatnia nowelizacja nastąpiła 28 sierpnia 2017 roku.

jest przejawem pozytywnych zmian, w stosunku do wcześniejszego braku odpowiednich przepisów regulujących postępowanie edukacyjne wobec dzieci z tak głębokimi trudnościami w rozwoju mowy i języka. Niewątpliwie należy dążyć do konsekwentnego uporządkowania terminologii oraz sformułowania adekwatnych do stanu rozwoju mowy i języka dzieci przepisów prawnych. Działania te powinny jednocześnie odwoływać się do polskich opracowań i uwzględniać wyniki badań prowadzonych za granicą. Przede wszystkim jednak powinny opierać się na kompleksowym, zespołowym i interdyscyplinarnym badaniu, opisie i analizie ilościowo-jakościowej – objawów i patomechanizmu zaburzeń [Kurowska, 2016].

Aktualny stan badań

Pierwszą publikacją w polskim środowisku logopedycznym, poświęconą zagadnieniom zaburzeń mowy uwarunkowanym anatomicznymi zmianami w OUN była książka Zofii Kordyl pt. *Psychologiczne problemy afazji dziecięcej* [1968]. Kolejne pojawiały się stopniowo. Należy tu wymienić opracowania: Urszuli Parol *Dziecko z niedokształceniem mowy* [1989] oraz Anny Paluch, Elżbiety Drewniak-Wołosz, Lucyny Mikoszy *Afa-Skala. Jak badać mowę dziecka afatycznego?* [2003]. Autorki przedstawiły opisy zachowań językowych i pozajęzykowych dzieci przede wszystkim z rozwojowymi językowymi zaburzeniami uwarunkowanymi mózgowo, a także sposoby diagnozy, interpretowania otrzymanych wyników. Niezwykle ważnym opracowaniem jest również *Rozwój dzieci z guzami mózgu* Agnieszki Maryniak, w którym autorka przedstawia analizę funkcjonowania i rozwoju ogólnego dzieci w wieku od 6. do 18. r.ż. z guzami mózgu. Jest to publikacja koncentrująca się na zaburzeniach nabytych [Maryniak, 2000].

Pod wpływem tych opracowań kształtowały się również zainteresowania badawcze autorki tego artykułu. Dokonałam analizy stopnia opanowania mowy i języka u dzieci z uszkodzeniami i/lub dysfunkcjami ośrodkowego układu nerwowego w grupie badawczej czternaściorga dzieci w wieku od 6 do 8 lat [Kurowska, 2016]. U dzieci tych obserwowano nieprawidłowości dotyczące kształtowania się umiejętności werbalnych od bardzo wczesnego okresu rozwoju językowego, były to zatem zaburzenia o charakterze rozwojowym.

Projekt badań własnych

W następnej części opracowania przedstawiono plan kolejnych badań własnych. Mają one obejmować dzieci i młodzież z ewidentnymi zmianami w OUN o charakterze strukturalnym lub funkcjonalnym zlokalizowanych w prawej lub lewej półkuli mózgowej. Ważnym kryterium doboru pacjentów będzie czas wy-

stąpienia nieprawidłowości mózgowej. Moim zamierzeniem jest zbadać dzieci w trzech grupach wiekowych, w których czynnik patogeny wystąpił:

- do 3. r.ż.;
- po 3. r.ż.;
- po 12. r.ż. dziecka (do 18. r.ż.).

Wskazane cezury wiekowe odpowiadają istotnym okresom rozwoju mowy i języka dziecka.

Celem przeprowadzenia badań ma być próba sformułowania odpowiedzi na następujące pytania badawcze:

1. Czy zawsze w konsekwencji uszkodzeń lub dysfunkcji mózgowych u dzieci dochodzi do zaburzeń mowy i języka? Jakie uszkodzenia anatomiczne lub jakie choroby mózgu są najczęstszymi przyczynami zaburzenia mowy i języka u dzieci? Jaki jest też charakter tych zmian: rozwojowy, czy też nabyty?

2. Jakie są uwarunkowania występujących zaburzeń. Przede wszystkim ich lokalizacja: czy wiążą się częściej z lewą, czy też prawą półkulą mózgową?

3. W jaki sposób przebiega proces komunikacji u dziecka? Jakie są charakterystyczne objawy funkcjonowania językowego? Planuję przeprowadzenie dokładnego opisu objawów językowych, ale również i pozajęzykowych. Istotne jest uzyskanie odpowiedzi, czy objawy językowe wywołane dysfunkcjami OUN różnią się od objawów uwarunkowanych zmianami strukturalnymi mózgu.

4. Czy charakter ujawniających się objawów jest zależny od czasu wystąpienia uszkodzenia lub dysfunkcji?

Aby uzyskać adekwatny materiał badawczy, reprezentatywny jakościowo i ilościowo, należy przeprowadzić badania dzieci w dwóch etapach.

Pierwszy z nich będzie obejmował badania specjalistyczne – medyczne i psychologiczne. Przede wszystkim trzeba dokonać obiektywnej oceny medycznej – neurologicznej – w postaci badań: EEG, NMR, TC. Na ich podstawie możliwe będzie stwierdzenie istnienia uszkodzenia anatomicznego lub dysfunkcji – w lewej lub prawej półkuli mózgu dziecka. Interesującym byłoby również przeprowadzenie badania fMRI, zwłaszcza u dzieci i młodzieży ze zmianami zlokalizowanymi w lewej półkuli mózgu, u których nie ujawniałyby się zaburzenia mowy. Wydaje się, że wyniki tego badania pogłębiałyby wiedzę na temat kształtującej się również w dzieciństwie funkcjonalnej półkulowej przewagi dla rozwoju mechanizmów językowych.

W celu sformułowania oceny funkcjonowania ogólnego dziecka – poznawczego i emocjonalno-społecznego – należy przeprowadzić badania psychologiczne lub neuropsychologiczne. Przyjęto założenie, że badania specjalistyczne: medyczne i psychologiczne zostaną przeprowadzone w placówkach medycznych, których pacjentami będą badane dzieci.

Drugi etap badawczy mają stanowić badania logopedyczne, przeprowadzone przeze mnie. Ich celem będzie ustalenie stopnia opanowania mowy i języka u każdego dziecka z ewidentnymi uszkodzeniami anatomicznymi lub

dysfunkcjami mózgu, zlokalizowanymi w lewej lub prawej półkuli. Głównym zamierzeniem tego działania jest rejestracja charakterystycznych objawów językowych i pozajęzykowych w zależności od wieku dziecka oraz rodzaju i lokalizacji nieprawidłowości mózgowej. Analiza ta pozwoli na precyzyjny opis zaburzeń o charakterze afatycznym u dzieci i młodzieży. Badania logopedyczne będą miały charakter eksperymentalny. Zaplanowano zastosowanie narzędzi klinicznych oraz testowych. Próby kliniczne zakładają zindywidualizowanie prowadzonych działań diagnostycznych – ich dostosowanie do poziomu rozwoju ogólnego i komunikacji dziecka. Są ukierunkowane na przeprowadzenie analizy jakościowej prezentowanych objawów i ustalenie patomechanizmu obserwowanych u dziecka nieprawidłowości. Dla zrealizowania tego celu ważne jest uzyskanie reprezentatywnego pod względem jakościowym i ilościowym materiału badawczego. Wówczas sformułowanie rozpoznania nieprawidłowości rejestrowanych w zachowaniach werbalnych badanego dziecka staje bardziej precyzyjne i pewne [Paluch i in., 2003; Panasiuk, 2008; Emiluta-Roza, 2013]. Działania kliniczne będą się składały z następujących części:

I. Wywiadu przeprowadzonego z rodzicami lub opiekunami dziecka ukierunkowanego na poznanie historii rozwoju dziecka.

II. Prób sprawdzających poziom opanowania mowy i języka w różnych sytuacjach komunikacyjnych:

- 1) rozumienie i nazywanie osób, zwierząt, przedmiotów, czynności, cech;
- 2) dialog – konwersację;
- 3) narrację: opis obrazka sytuacyjnego, opowiadanie historyjki obrazkowej;
- 4) umiejętność pisanie, czytania.

III. Prób sprawdzających podstawy opanowania języka, w tym:

- 1) budowę i sprawność aparatu artykulacyjnego;
- 2) funkcjonowanie: słuchu fonematycznego;
- 3) kinestezję artykulacyjną, pamięć słuchową.

Wymienione części przyjmują formułę badań *całościowych*, tzn. pozwalają na ocenę rozumienia mowy i wszystkich przejawów czynnego komunikowania się dziecka oraz opisanie uwarunkowań – anatomicznych, funkcjonalnych i społecznych tych umiejętności [Emiluta-Roza, 2013]. Proponowana procedura pozwala na zbadanie struktur o różnym poziomie językowej organizacji, od dłuższych wypowiedzi do pojedynczych dźwięków i ukazania ich wzajemnego powiązania. Ma to istotne znaczenie w opisie *afazji*, ponieważ dla jej potwierdzenia charakterystyczne zachowania językowe powinniśmy rejestrować we wszystkich podsystemach językowych: fonologicznym, leksykalnym, morfologicznym, składniowym [Paluch i in., 2003; Panasiuk, 2008; Emiluta-Roza, 2013]. Przeprowadzenie badania *całościowego* pozwala również na sformułowanie diagnozy pozytywnej, takiej, w której oprócz zachowań językowych odbiegających od normy rejestrujemy wszystkie realne możliwości komunikacyjne badanego dziecka, a zatem wszelkie przejawy, nawet rozwinię-

te tylko w nieznacznym stopniu umiejętności językowego i pozajęzykowego porozumiewania się [Grabias, 2001; Paluch i in., 2003].

Jako narzędzia testowe zostaną wykorzystane:

1. *Inwentarz Rozwoju Mowy i Komunikacji (IRMiK) – Słowa i Zdania* [Smoczyńska i in., 2015a], który pozwala sprawdzić rozumienie i wypowiadanie wyrazów przez najmłodsze dzieci, do 3. r.ż.; jest to inwentarz rodzicielski.

2. *Obrazkowy Test Słownikowy – Rozumienie (OTSR)* [Haman i in., 2013], przeznaczony do badania rozumienia u dzieci w wieku od 2;0 do 6;11 lat.

3. *Test rozwoju językowego (TRJ)* [Smoczyńska i in., 2015a] do badania dzieci w wieku 4;0–8;11.

4. *Standaryzowane narzędzia oceny wypowiedzi (SNOW)* [Smoczyńska i in., 2015b], również na zbadania dzieci w wieku 4;0–8;11.

Badania testowe mają charakter ilościowy, na podstawie uzyskanych wyników w sposób obiektywny możemy określić stopień rozwoju mowy danego dziecka i porównać jego wynik z wynikami osiąganymi przez inne dzieci w tym samym wieku, tej samej płci, pochodzących z podobnego środowiska społecznego. Przedstawione narzędzia nie zostały wystandaryzowane i znormalizowane w odniesieniu do dzieci z grup klinicznych, zatem uzyskany przez dziecko wynik nie może być uogólniany. Można go natomiast interpretować indywidualnie, ograniczając wnioski do sytuacji zbadanego dziecka. Należy również podkreślić, że badania testowe przeprowadzamy według ściśle określonej instrukcji, która formalizuje zachowanie osoby badającej oraz w pewien sposób ogranicza jej naturalny kontakt z dzieckiem (np. brak obecności osób trzecich – w tym rodziców, polecenie wykonania zadania przekazane w ściśle określonej postaci, tzn. bez dodatkowego wyjaśnienia). Przestrzeganie tej zasady jest oczywiście niezwykle ważne dla obiektywizacji i porównywalności uzyskanych wyników. Zastosowanie narzędzi klinicznych i testowych pozwoli na porównanie ich wrażliwości w przypadku badania dzieci z zaburzeniami korowymi, umożliwi ukazywanie charakterystycznych objawów tych zaburzeń.

Badania zostaną przeprowadzone w warszawskich placówkach² medycznych (Oddział Neurologii Instytutu Matki i Dziecka, Oddział Neurochirurgii Szpitala Dziecięcego im. Profesora Jana Bogdanowicza) oraz oświatowych (Specjalistyczna Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna TOP i Gabinet Logopedyczny Centrum Logopedycznego Uniwersytetu Warszawskiego).

² Już na tym etapie przygotowań składam wszystkim Dyrektorom wymienionych placówek podziękowania za wyrażenie zgody na przeprowadzenie przeze mnie badań.

Bibliografia

- Dąbmska Maria, 1997, *Z patofizjologii rozwoju ośrodkowego układu nerwowego*, w: Halina Mierzejewska, Maria Przybysz-Piwko (oprac.), *Rozwój poznawczy i rozwój językowy dzieci z trudnościami w komunikacji werbalnej. Materiały z konferencji*, Warszawa, s. 7–9.
- Dilling-Ostrowska Ewa, 1982, *Rozwój i zaburzenia mowy u dzieci w zależności od stopnia dojrzałości układu nerwowego*, w: Jadwiga Szumska (red.), *Zaburzenia mowy u dzieci*, Warszawa, s. 18–30.
- Emiluta-Roza Danuta, 2002, *Projekt „Badania mowy” Ireny Styczek jako pierwowzór logopedycznego postępowania diagnostycznego*, „Szkoła Specjalna”, 3, s. 142–154.
- Emiluta-Roza Danuta, 2007, *Opóźniony rozwój mowy a opóźnienie rozwoju mowy*, „Poradnik Językowy”, 8, s. 54–65.
- Emiluta-Roza Danuta, 2008, *Modyfikacja zestawienia form zaburzeń mowy H. Mierzejewskiej i D. Emiluty-Rozy*, w: Józef Porayski-Pomsta (red.), *Diagnoza i terapia w logopedii*, Warszawa, s. 25–36.
- Emiluta-Roza Danuta, 2013, *Całościowe badanie logopedyczne z materiałem obrazkowym*, Warszawa.
- Firth Uta, 2008, *Autyzm. Wyjaśnienie tajemnicy*, Sopot.
- Grabias Stanisław, 2001, *Perspektywy opisu zaburzeń mowy*, w: tenże (red.), *Zaburzenia mowy*, Lublin, s. 11–43.
- Grabias Stanisław, Kurkowski Zdzisław Marek, Woźniak Tomasz, 2002, *Logopedyczny test przesiewowy dla dzieci w wieku szkolnym*, Lublin.
- Haman Ewa, Fronczyk Krzysztof, Łuniewska Magdalena, 2013, *Obrazkowy Test Słownikowy – Rozumienie*, Gdańsk.
- Herzyk Anna, 1992, *Afazja i mutyzm dziecięcy*, Lublin.
- Herzyk Anna, 2005, *Wprowadzenie do neuropsychologii klinicznej*, Warszawa.
- ICD-10 Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta, 1997, w: Stanisław Pużyński, Jacek Wciórka (red.), *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, Kraków–Warszawa.
- Jaklewicz Hanna, 1993, *Autyzm wczesnodziecięcy*, Gdańsk.
- Jastrzębowska Grażyna, Pelc-Pękala Olga, 1999, *Diagnoza i terapia opóźnionego rozwoju mowy*, w: Tadeusz Galkowski, Grażyna Jastrzębowska (red.), *Pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*, Opole, s. 670–686.
- Kordyl Zofia, 1968, *Psychologiczne problemy afazji dziecięcej*, Warszawa.
- Krajna Ewa, 2009, *Niejednoznaczność klasyfikacji zaburzeń rozwoju mowy i języka*, w: Joanna Gruba (wyb. i oprac.), *Logopedia. Wybór tekstów 2005–2009*, Warszawa, s. 135–144.
- Kulakowska Zofia, Konera Wojciech (współpr.), 2003, *Wczesne uszkodzenie dojrzewającego mózgu. Od neurofizjologii do rehabilitacji*, Lublin.
- Kurowska Marlena, 2015, *Rokowania dotyczące rozwoju mowy i języka u dzieci z zaburzeniami uwarunkowanymi uszkodzeniami i/lub dysfunkcjami ośrodkowego układu nerwowego*, „Poradnik Językowy”, 5, s. 18–31.
- Kurowska Marlena, 2016, *Kształtowanie się zachowań komunikacyjnych u dzieci z uszkodzeniami i/lub dysfunkcjami ośrodkowego układu nerwowego*, Warszawa.
- Leonard Laurence, 2006, *SLI – Specyficzne zaburzenia rozwoju językowego*, Gdańsk.

- Maryniak Agnieszka, 2000, *Rozwój dzieci z guzami mózgu*, Warszawa.
- Mierzejewska Halina, 1971, *Zaburzenia polskiego systemu fonetycznego w niektórych wypadkach afazji*, Wrocław–Warszawa–Kraków–Gdańsk.
- Mierzejewska Halina, Emiluta-Roza Danuta, 1998, *Propozycja modyfikacji projektu „Badania mowy” Ireny Styczek*, „Logopedia”, 25, s. 49–63.
- Paluch Anna, Drewniak-Wołosz Elżbieta, Mikosza Lucyna, 2003, *Afa-Skala. Jak badać mowę dziecka afatycznego?*, Kraków.
- Panasiuk Jolanta, 2008, *Standard postępowania logopedycznego w przypadku alalii i niedokształcenia mowy o typie afazji*, w: *Standardy postępowania logopedycznego*, „Logopedia”, 37, s. 69–88.
- Parol Urszula Zofia, 1989, *Dziecko z niedokształceniem mowy*, Warszawa.
- Pisula Ewa, 2005, *Małe dziecko z autyzmem*, Sopot.
- Porayski-Pomsta Józef, 2015, *O rozwoju mowy dziecka. Dwa studia*, Warszawa.
- Pruszewicz Antoni (red.), 1992, *Foniatrya kliniczna*, Warszawa.
- Rostowski Józef, 2012, *Rozwój mózgu w cyklu życia. Aspekty bioneuropsychologiczne*, Warszawa.
- Smoczyńska Magdalena, 2012, *Opóźniony rozwój mowy a ryzyko SLI: wyniki badań podłużnych dzieci polskich*, w: Józef Porayski-Pomsta, Maria Przybysz-Piwko (red.), *Interwencja logopedyczna. Zagadnienia ogólne i praktyka*, Warszawa, s. 13–37.
- Smoczyńska Magdalena, Haman Ewa, Czapewska Ewa, Maryniak Agnieszka, Krajewski Grzegorz, Banasik Natalia, Kochańska Magdalena, Łuniewska Magdalena, 2015a, *Test Rozwoju Językowego TRJ*, Warszawa.
- Smoczyńska Magdalena, Haman Ewa, Kochańska Magdalena, Łuniewska Magdalena, 2015b, *Standaryzowane narzędzia oceny wypowiedzi SNOW*, Warszawa.
- Smoczyńska Magdalena, Krajewski Grzegorz, Łuniewska Magdalena, Haman Ewa, Bulkowski Krzysztof, Kochańska Magdalena, 2015c, *Inwentarz Rozwoju Mowy i Komunikacji IRMiK – Słowa i Zdania*, Warszawa.
- Strachalska Bożena, 2013, *Zmienność w afazji*, w: Zofia Zaron, Józef Porayski-Pomsta (red.), *Język i logopedia*, Warszawa, s. 167–176.
- Wald Ignacy, 1976, *Aktualne zagadnienia niedorozwoju umysłowego*, w: Janusz Kostrzewski (wyb. i oprac.), *Z zagadnień psychologii dziecka umysłowo upośledzonego*, Warszawa, s. 9–20.
- Zaleski Tomasz, 2002, *Opóźnienia w rozwoju mowy*, Warszawa.
- Zalewska Marina, 1998, *Dziecko z zespołem prostego opóźnienia rozwoju mowy*, w: Jarosław Rola (red.), *Wybrane problemy psychologicznej diagnozy zaburzeń rozwoju mowy*, Warszawa, s. 64–83.

Cytowane rozporządzenia i ustawy

- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 24 lipca 2015 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowywania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym (Dz.U. 2015, poz. 1113).
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 28 sierpnia 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym (Dz.U. 2017, poz. 1652).

Summary

The speech and language disorders of children caused by trauma and/or malfunction of CNS are currently an important issue in the Polish logopedic. The disorders can have developmental or acquired form. The most researches report about developmental disorders. Speech and language therapy practice shows that symptoms are of aphasic character, such as difficulty in updating the correct word, paraphasias.

In the paper I would like to present my own research project. The main objective is the comparison of the level of language competence of children and youth with structural or functional changes in the brain. The key issue is the time of occurrence of a pathogenic agent: before and during language acquisition or after the patients learn the basics of language. The project is also about linguistic and non-linguistic behavior conditioned by the changes and their location in the brain.