

## **Dziecko z afazją**

W ostatnim czasie można zaobserwować wzrost przypadków dzieci z diagnozą **afazji ruchowej (motorycznej)**.

W przypadku dzieci z afazją ich mowa od początku rozwija się nieprawidłowo. Zaburzenia kompetencji i sprawności językowych są głębokie i obejmują wszystkie podsystemy językowe, przejawiają się we wszystkich zachowaniach językowych. Dzieci te często przejawiają dużą chęć komunikacyjną. Są to również dzieci w normie intelektualnej, posiadające prawidłowy słuch, pewne trudności w zakresie motoryki i rozwoju ruchowego, a także nieprawidłowości neurologiczne. W ostatnim czasie zauważyć można zwiększoną ilość diagnoz dzieci ze względu na afazję.

Większość badaczy zajmujących się afazją zgodnie przyznaje, że klasyczne pojęcie afazji nie oddaje zaburzeń, które obserwujemy u dzieci, bo nie są one wynikiem utraty mowy, lecz są następstwem jej nieprawidłowego rozwoju. Podobnie twierdzi Zofia Kordyl - jej zdaniem afazja u dzieci to brak integracji mowy w odróżnieniu od afazji u dorosłych, u których występuje dezintegracja mowy. Wprowadza więc określenie: niedokształcenie mowy o typie afazji.

Afazja przez jednych badaczy spostrzegana jest jako wrodzone zaburzenie języka, a przez innych jako deficyt językowy nabyty. Obie postacie afazji nazwane są przez neuropsychologów afazją dziecięcą. Często można spotkać również podział na afazję (dysfazję) dziecięcą. Takiego podziału dokonuje G. Jastrzębowska. Istotą rozwojowej afazji (dysfazji) dziecięcej jest brak integracji mowy (niemożność lub znaczne utrudnienie wykształcenia się kompetencji) i w konsekwencji – opóźnienie rozwoju mowy, prowadzące do różnych form zaburzeń rozwoju zdolności ekspresji albo percepcji i ekspresji językowej. W nabytej afazji, dysfazji dziecięcej mamy do czynienia z dezintegracją mowy (rozpadem systemu komunikacyjnego), czyli utratą osiągniętej wcześniej umiejętności posługiwania się mową.

Afazja rozwojowa często jest mylona z prostym opóźnieniem rozwoju mowy. Różnicowanie tych zespołów jest przyczyną wielu trudności. Do 5. roku życia nie istnieje żadna zasadnicza różnica. Początkowo, w obu zespołach, obserwuje się brak i opóźnienie rozwoju mowy. Jeżeli w wyniku obserwacji stwierdzamy utrzymywanie się opóźnień rozwojowych mowy powyżej 5. roku życia, mówimy wtedy o afazji rozwojowej. Dzieci charakteryzujące się prostym opóźnieniem mowy nagle zaczynają mówić i w szybkim tempie wyrównują opóźnienia. W tym samym czasie rozwój mowy dzieci z afazją rozwojową jest niestety niewielki.

Cechami wspólnymi omawianych zespołów: afazji rozwojowej i prostego - samoistnego opóźnienia rozwoju mowy są: prawidłowy słuch, prawidłowy rozwój psychoruchowy, prawidłowa motoryka mowy, częste współwystępowanie zaburzeń lateralizacji. Czynniki rozróżniające proste opóźnienie rozwojowe mowy od afazji rozwojowej przedstawiono w tabeli poniżej.

Proste (samoistne) opóźnienie rozwojowe mowy a afazja rozwojowa

<b>Rodzaj czynnika różnicującego</b>	<b>Proste (samoistne) opóźnienie rozwojowe mowy</b>	<b>Afazja rozwojowa</b>
<b>Łatwość ustępowania objawów (najważniejsze kryterium różnicujące)</b>	- do 5 roku życia opóźnienie rozwoju mowy zrównuje się z poziomem mowy rówieśników	-zaburzenia mowy utrzymują się długo, najczęściej są trwałe
<b>Rozwój motoryczny</b>	-może być opóźniony	-często mamy do czynienia z ogólną niezręcznością ruchową
<b>Rozwój innych funkcji psychoruchowych</b>	-najczęściej rozwój koordynacji wzrokowo-ruchowej, ujmowania stosunków przestrzennych jest prawidłowy	-mogą wystąpić zaburzenia: myślenia, uwagi, pamięci, motywacji -często występują zaburzenia koordynacji wzrokowo-ruchowej i ujmowania stosunków przestrzennych
<b>Rodzaj czynników wywołujących opóźnienia rozwoju mowy</b>	-czynniki społeczne (środowiskowe) -czynniki biologiczne (uwarunkowania genetyczne)	-czynniki biologiczne - czynniki środowiskowe i uwarunkowania społeczne stanowią czynniki podtrzymujące
<b>Fundament, na którym kształtuje się mowa</b>	-prawidłowa podstawa, mowa pojawia się później i wolniej niż zwykle	-podstawa patologiczna
<b>Patogeneza</b>	-opóźnienie dojrzewania OUN	-nieprawidłowy i/lub zaburzony rozwój OUN -wczesnie nabyte uszkodzenie mózgu
<b>Objawy zaburzeń - rozwój mowy</b>	-zaburzenia mowy czynnej, przy prawidłowo rozwijającej się mowie biernej (przemijające wraz z wiekiem)	-przy zaburzeniach wrodzonych zaburzenia mieszane (ekspresyjno-mieszane), zdolności językowe są powolne, a mowa nie osiąga normalnego poziomu -przy uszkodzeniach okołoporodowych i w 1 roku życia mogą występować zaburzenia ekspresyjne lub/i percepcyjne
<b>Rokowania</b>	-nie wywołuje większych konsekwencji dla dalszego rozwoju mowy -ustępuje samoistnie około 5 roku życia (bez udziału specjalisty)	zaburzenia wrodzone - pozostawiają konsekwencje w postaci długo utrzymujących się zaburzeń językowych oraz innych problemów dodatkowych - zaburzenia nabyte - opóźnienie może szybko się wyrównać i nie pozostawić poważniejszych konsekwencji

Źródło: Jastrzębowska 1998, s.231.

Diagnoza dziecka z zaburzonym rozwojem językowym jest złożona i wymaga współpracy wielu specjalistów w celu wykluczenia upośledzenia umysłowego, niedosłuchu, porażenia mózgowego, zaburzeń rozwojowych ze spektrum autyzmu. Do kryteriów rozpoznawania niedokształcenia mowy o typie afazji należą:

1. Kryteria wykluczające, tj.:

- zaburzenia słuchu fizjologicznego,
- całościowe zaburzenia rozwojowe,
- porażenie mózowe,
- zaniedbanie środowiskowe i emocjonalne podłoże zaburzeń.

2. Kryteria logopedyczne, tj.:

- specyficzne objawy dotyczące wszystkich czynności mowy i podsystemów języka,
- wiek dziecka (po piątym r. ż.),
- trwałość deficytu językowego (przy znacznych zmianach ilościowych pod wpływem terapii).

3. Kryteria psychologiczne, tj.:

- norma intelektualna w sferze niewerbalnej,
- występowanie objawów niespecyficznych towarzyszących podstawowemu deficytowi (w szczególności męczliwość, zaburzenia uwagi, pamięci),
- trudności w uczeniu się.

Priorytetem diagnostyki dziecka, u którego stwierdza się zaburzenia mowy wynikające z uszkodzeń mózgu, jest wczesne zauważenie nieprawidłowości pojawiających się w rozwoju mowy, ze szczególnym zwróceniem uwagi i dokonaniem oceny, czy występujące zaburzenia percepcji i ekspresji słownej są wynikiem indywidualnych predyspozycji dziecka, specyficznych zaburzeń rozwoju języka, czy stanowią pochodną deficytów sensorycznych, psychicznych lub wynikają z wad w budowie aparatu artykulacyjnego. Diagnoza dziecka z zaburzeniami mowy wynikającymi z uszkodzeń mózgu powinna przebiegać wielokierunkowo i uwzględniać różne elementy składowe: diagnozę medyczną, psychologiczną, neuropsychologiczną i logopedyczną.

**W przypadku uzyskania diagnozy od lekarza specjalisty odnośnie afazji motorycznej/ruchowej dziecko może uzyskać opinię o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju ze względu na wykrytą niepełnosprawność na okres do ukończenia edukacji przedszkolnej oraz orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego ze względu na afazję. W związku z powyższym dziecku zostaje udzielna pomoc w postaci zajęć specjalistycznych.**

Opracowała Joanna Ryzenweber

E. Drewniak-Wołosz, A. Paluch, *Niedokształcenie mowy o typie afazji – rozważania nad kryteriami diagnozy* [w:] „Logopedia” 1(7)/2009, J. Gruby, K. Szamburski (red.) Warszawa 2009.

G. Jastrzębowska, *Afazja, dysfazja dziecięca* [w:] T. Gałkowski, G. Jastrzębowska (red.) *Logopedia – pytania i odpowiedzi*, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole 2003.

Z. Kordyl, *Mowa dzieci afatycznych* [w:] „Logopedia” nr 8/9, Lublin 1969.

J. Panasiuk, *Standardy postępowania logopedycznego w przypadku alalii i niedokształcenia mowy o typie afazji* [w:] „Logopedia” nr 37, *Standardy postępowania logopedycznego*. Polskie Towarzystwo Logopedyczne, Lublin 2008.