Joanna Skibska
Katedra Pedagogiki i Psychologii
Akademia Techniczno-Humanistyczna
Bielsko-Biała

AFAZJA DZIECIĘCA

Terminologia i klasyfikacje afazji dziecięcej

Afazja dziecięca to pierwotne zaburzenie zachowania językowego wynikające z patologii mózgu (Herzyk 1998: 89). Pojęcie *afazja* oznacza (Jastrzębowska 1998b):

- brak rozwoju mowy lub jej całkowitą utratę oraz brak rozumienia mowy (afazja ekspresyjno-percepcyjna; afazja całkowita);
- brak rozwoju ekspresji językowej lub całkowitą utratę mówienia z zachowaniem rozumienia, nawet w niewielkim stopniu (afazja ekspresyjna, motoryczna, ruchowa; afazja częściowa);
- całkowitą utratę rozumienia przy zachowaniu mówienia, czasami cząstkowego (afazja sensoryczna, czuciowa, akustyczna; afazja częściowa).

Przedrostek „*a–*" odnosi się do stanu – braku mowy. Mamy z nim do czynienia w przypadku, gdy mowa się nie wykształca oraz wtedy, kiedy w trakcie procesu rozwojowego lub po jego zakończeniu osoba całkowicie traci zdolność porozumiewania się. Natomiast rdzeń „*fazja*" wskazuje na to, że uszkodzenie jest zlokalizowane w OUN (Jastrzębowska 1998b: 78).

Określenie *dziecięca* dodane do pojęcia *afazja* sugeruje podobieństwo do afazji dorosłych, z drugiej strony podkreśla różnice wynikające z tego, że uszkodzenie mózgu nastąpiło w czasie trwania procesu rozwojowego. *Rozróżnienie afazji dziecięcej od afazji typu dorosłych wiąże się z tym, że kliniczny obraz zaburzeń mowy u dzieci, ich utrzymywanie się i możliwość restytucji mowy (...) zależą od układu różnorodnych czynników* (Jastrzębowska 2001: 338).

Występujące u dzieci zaburzenia rozwoju mowy mają różne przyczyny oraz patomechanizmy. Można wymienić trzy podstawowe kierunki badań – upatrujących przyczyn afazji w (Jastrzębowska 1998b, 1999, 2001):

1. uwarunkowaniach konstytucjonalnych lub genetycznych;
2. opóźnieniach dojrzewania ośrodków korowych oraz zaburzeniach mowy będących wynikiem zaburzeń funkcjonalnych – dysfunkcji OUN;
3. organicznym uszkodzeniu OUN (mikrouszkodzenia mózgu).

Dilling-Ostrowska (1990) wśród wrodzonych przyczyn zaburzeń mowy wymienia:

- spowolnienie lub zaburzenia mielinizacji[1] włókien nerwowych;
- nieprawidłowy rozwoju dróg nerwowych odpowiedzialnych za mowę;
- nieprawidłowości, do których doszło w pierwszym trymestrze ciąży.

Parol (1997) natomiast podaje pierwotne przyczyny afazji nabytej, do których zalicza:

- prenatalne (choroby matki w pierwszej połowie ciąży, urazy psychiczne w pierwszej połowie ciąży, zatrucia chemiczne);
- perinatalne (urazy okołoporodowe);
- postnatalne (choroby dziecka w 1. – 3. roku życia – wirusowe, bakteryjne, powikłania; urazy czaszkowo-mózgowe).

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.

W *afazji nabytej* mamy do czynienia z utratą osiągniętej umiejętności posługiwania się mową. Istotą nabytej afazji dziecięcej jest dezintegracja mowy, czyli rozpad systemu komunikacyjnego oraz utrata posiadanych już umiejętności językowych, a także wstrzymanie i opóźnienie dalszego procesu mowy (Jastrzębowska 2001). Uszkodzenie mózgu, będące przyczyną utraty posiadanych umiejętności językowych, nastąpiło pomiędzy początkiem 2. a 7. rokiem życia (Herzyk 1992). Dolna granica wiekowa wynika z tego, że to w tym czasie zaczyna rozwijać się język, dziecko rozumie wypowiedzi i samo je formułuje.

W ocenie afazji nabytej należy jednak pamiętać, że rozwój mowy dziecka do momentu uszkodzenia mózgu przebiegał prawidłowo.

Afazja rozwojowa (wrodzona) – została wyróżniona i nazwana w 1917 roku przez Hinshelwooda, natomiast pojęcia *afazji wrodzonej* po raz pierwszy użył w 1950 roku Karlin (Dilling-Ostrowska 1982). Dotyczy ona braku lub znacznego opóźnienia rozwoju mowy dziecka, u którego mowa nigdy nie rozwijała się prawidłowo, a występujące deficyty językowe nie są konsekwencją innych zaburzeń rozwojowych, których podłoża należy upatrywać w dysfunkcjach mózgowych (Jastrzębowska 1999; Daniluk 2006). To skrajny stan dysfazji, *zaburzenie mające bogatą nomenklaturę, najczęściej nazywane alalią, słuchoniemotą, niedorozwojem, niedokształceniem mowy o typie afazji, niemotą pochodzenia centralnego, wrodzonymi zaburzeniami mowy, wrodzonym niedorozwojem ekspresji lub recepcji i ekspresji słownej, afazją pierwotną, afazją wrodzoną (...) – charakteryzuje się brakiem rozwoju języka i w konsekwencji opóźnieniem rozwoju mowy* (Jastrzębowska 1999: 369). Określana jest jako

[1] Proces tworzenia osłonki mielinowej wokół włókien nerwowych w mózgu i rdzeniu kręgowym warunkujący efektywny przebieg impulsów nerwowych.

specyficzne zaburzenia rozwoju mowy, pojawiające się w wyniku patologii mózgowej wrodzonej, okołoporodowej lub występującej w pierwszych miesiącach życia dziecka. Istotą afazji rozwojowej jest brak integracji mowy i w konsekwencji opóźnienie jej rozwoju (Daniluk 2006: 119).

Z analizy literatury wynika, że pojęcie *afazji dziecięcej* nie przez wszystkich badaczy zagadnienia jest używane w tym samym znaczeniu (Szumska 1992: 21; Jastrzębowska 1998b: 72).

Dilling-Ostrowska (1990) wśród wrodzonych zaburzeń mowy wymienia *afazję wrodzoną (rozwojową)*, której przyczyn upatruje w uszkodzeniach półkul mózgowych. Jej zdaniem wrodzone zaburzenia mowy pozbawione są cech zaburzeń afatycznych, ponieważ ich istota tkwi w nieprawidłowym rozwoju mowy (od początku), a nie w jej utracie. W związku z tym ten typ zaburzeń nazywa *wrodzonym niedorozwojem ekspresji słownej* (zaburzenia ekspresyjne) oraz *wrodzonym niedorozwojem recepcji i ekspresji słownej* (zaburzenia mieszane).

Styczek (1980) używa terminu *alalia* nazywając w ten sposób niedorozwój mowy u dzieci prawidłowo rozwijających się umysłowo i mających prawidłowy słuch. Uważa ona, że należy odróżniać *afazję dziecięcą* od *alalii* czy *niemoty* pochodzenia centralnego, ponieważ *alalia* jej zdaniem to opóźnienie mowy, a *afazja* to utrata mowy już istniejącej.

Kordyl (1969) wyodrębnia z kolei pojęcia *afazja dziecięca* i *głuchoniemota*, wyjaśniając je w następujący sposób:

- *afazję* traktuje jako zaburzenia rozwoju mowy, które można wiązać z uszkodzeniami OUN mającymi miejsce w początkowym etapie jej rozwoju lub zaburzeniami poprzedzonymi prawidłowym rozwojem mowy; natomiast z *afazją dziecięcą* mamy do czynienia wtedy, gdy dochodzi do utraty lub zaburzenia mowy dobrze wykształconej;
- *głuchoniemota* oznacza zaburzenie rozwoju mowy spowodowane widocznymi przyczynami w budowie i funkcjonowaniu OUN.

Szumska (1982) zaburzenia mowy wynikające z uszkodzeń mózgu dzieli na:

- *zaburzenia mowy typu afatycznego* utożsamiane z afazją dziecięcą; nazewnictwo to dotyczy zaburzeń pojawiających się nagle lub etapami w trakcie prawidłowego – w stosunku do wieku – rozwoju mowy;
- *zaburzenia rozwojowe*, do których zaliczane są wszystkie opóźnienia mowy o różnym stopniu nasilenia wynikające z mikrouszkodzeń mózgu, a prowadzące do wrodzonej niezdolności do nabywania mowy (afazją rozwojowa).

Termin *niedokształcenia mowy* odnosi się do tego, że mowa nie osiągnęła pełnej formy, a tylko w pewnym względzie jest wykształcona, natomiast pojęcie *o typie afazji* (Kordyl 1968) związane jest z kolei z podobieństwem pod względem etiologii i symptomów do afazji dorosłych. Wśród dzieci z *niedokształceniem mowy o typie afazji* możemy wyróżnić te, które mają trudności z mówieniem przy zachowanym jej rozumie-

niu. Mówimy wtedy o *niedokształceniu mowy o typie afazji ekspresyjnej*. W drugiej grupie znalazły się dzieci, które charakteryzują się zaburzeniami rozumienia mowy; mamy wtedy do czynienia z *niedokształceniem mowy o typie afazji percepcyjnej*. W tym miejscu należy zaznaczyć, że afazja ekspresyjna wcześniej była określana mianem *afazji motorycznej*. *Zestawienie charakterystycznych cech mowy dzieci, u których stwierdza się niedokształcenie mowy o typie afazji ekspresyjnej wykazuje, jak bardzo słuszna jest (...) zmiana terminologii. (...) Bowiem mamy do czynienia nie z samymi trudnościami motorycznymi, (...) cała bowiem strona ekspresywna mowy jest zaburzona, (...) niedokształcona* (Kordyl 1968: 193-194).

Podsumowując powyższe rozważania terminologiczne możemy dokonać rozróżnienia pomiędzy alalią, niedokształceniem mowy o typie afazji oraz afazją rozwojową, uwzględniając kryterium czasu wystąpienia uszkodzenia OUN, objawy oraz postępowanie terapeutyczne (tabela 1).

Tabela 1. Kryteria różnicujące alalię, niedokształcenie mowy o typie afazji i afazję dziecięcą:

Kryteria różnicujące	*Alalia*	*Niedokształcenie mowy o typie afazji*	*Afazja dziecięca*
czas wystąpienia uszkodzenia OUN	• w okresie przedsłownym • do 1. roku życia	• w okresie kształtowania się struktur języka • między 2. a 6. rokiem życia	• w okresie częściowo nabytych sprawności językowych lub już opanowanego systemu językowego • między 7. a 18. rokiem życia
objawy	• mowa od początku rozwija się nieprawidłowo • obserwowane są zaburzenia sprawności we wszystkich czynnościach językowych	• mowa do jakiegoś momentu rozwija się prawidłowo, po czym następuje zakłócenie tego procesu • objawy mają charakter uogólniony i niespecyficzny • przeważają zaburzenia ekspresji słownej	• utrata porozumiewania się – dezintegracja mowy • utrata w pełni opanowanych sprawności językowych • zaburzenia mowy mają specyficzny i wybiórczy charakter
postępowanie terapeutyczne	• programowanie kompetencji językowych	• początkowo przywracamy utracone sprawności językowe • kolejny etap to programowanie niewykształconych struktur języka	• odbudowywanie utraconej kompetencji językowej i jej usprawnianie

źródło: opracowanie własne na podstawie: Panasiuk 2010

Określenie *rozwojowa*, dodane do pojęcia *afazja*, wskazuje na to, że jest to wada wynikająca z zaburzeń rozwojowych, które stały się przyczyną braku podstaw prawidłowego rozwoju mowy oraz *sugeruje, że uszkodzenie mózgu ma charakter wrodzony (...) lub nabyty (...). Jest to o tyle istotne, że działające w tym czasie na mózg dziecka patogenne czynniki – (...) upośledzają rozwój mowy, powodują, że mowa się nie wykształca, co określa się jako niedorozwój, niedokształcenie mowy, natomiast, gdy działają później – prowadzą do (...) zahamowania rozwoju, regresu, utraty opanowanych już umiejętności. Sformułowanie nabyta oznacza (...), że zaburzenia rozwoju ekspresji lub/i percepcji mowy wystąpiły po okresie względnie prawidłowego rozwoju mowy, ale nie jako wynik zaburzeń postępujących (...). Oznacza też, że jest ona nabytym zaburzeniem rozwoju mowy, które powstało wówczas, gdy czynnik uszkadzający mózg działał w okresie wyrazu, zdania lub swoistej wymowy dziecięcej* (Jastrzębowska 2001: 337–338). W rozróżnieniu zaburzeń rozwojowych i nabytych istotne jest także to, że w afazji nabytej (zazwyczaj) bez problemu wskazujemy przyczynę uszkodzenia mózgu, natomiast przyczyny rozwojowej afazji dziecięcej są często nieznane lub tylko przypuszczalne.

Poniżej przedstawiono różnice pomiędzy postaciami afazji dziecięcej – afazją rozwojową i nabytą.

Tabela 2. Różnice pomiędzy postaciami afazji dziecięcej – afazją rozwojową i nabytą

Kryterium różnicujące	*Afazja rozwojowa*	*Afazja nabyta*
czas uszkodzenia mózgu	• przed urodzeniem się dziecka • w trakcie porodu • w pierwszym roku życia	• między 1. a 7. r. ż.
okres rozwoju, w którym nastąpiło uszkodzenie	• prenatalny (w życiu płodowym) • perinatalny (okres okołoporodowy) • częściowo postnatalny (w pierwszym roku życia)	• postnatalny (w pierwszym roku życia)
charakter zaburzenia	• wrodzone	• nabyte

Kryterium różnicujące	*Afazja rozwojowa*	*Afazja nabyta*
czynniki powodujące patologię lub uszkodzenie mózgu	• w życiu płodowym: - *czynniki endogenne* uwarunkowane konstytucjonalnie lub dziedzicznie - *czynniki egzogenne,* np. zatrucie matki środkami farmakologicznymi, urazy psychiczne • w okresie perinatalnym: - *czynniki egzogenne,* np. urazy mózgu, niedotlenienie mózgu • w okresie częściowo postnatalnym: - *czynniki egzogenne*, np. schorzenia mózgu, urazy mózgu	• w okresie postnatalnym: - *czynniki egzogenne,* np. schorzenia mózgu, urazy mózgu
mechanizmy powstawania zaburzeń rozwoju mowy	• upośledzenie rozwoju struktur mózgowych odpowiedzialnych za wykształcenie zdolności percepcyjno-ekspresyjnych	• uszkodzenie mózgu powodujące zahamowanie, regres, i opóźnienie rozwoju mowy lub utratę nabytych wcześniej zdolności ekspresyjnych lub percepcyjnych
przyczyny zaburzeń rozwoju mowy	• niedorozwój lub zaburzenia mielinizacji w korowych polach mowy • brak rozwoju dróg nerwowych związanych z mową • patologia dotycząca pierwszego trymestru ciąży • silne wstrząsy psychiczne matki • niedotleniania mózgu • urazy okołoporodowe • choroby i urazy głowy	• uszkodzenia mózgu spowodowane urazami • uszkodzenia mózgu spowodowane chorobami naczyniowymi mózgu, zapalnymi lub zwyrodnieniowymi
etap rozwoju mowy dziecka	• uszkodzenie mózgu nastąpiło przed rozpoczęciem procesu kształtowania mowy – przed etapem wyrazu	• uszkodzenie mózgu wystąpiło w okresie stopniowego kształtowania się mowy – stosownie do wieku – w okresie wyrazu, zdania, swoistej mowy dziecięcej

Kryterium różnicujące	*Afazja rozwojowa*	*Afazja nabyta*
objawy zaburzeń rozwoju mowy	• brak wykształcenia się mowy • opóźnienie rozwoju mowy • występowanie mieszanych zaburzeń mowy – ekspresyjno – percepcyjnych	• zahamowanie rozwoju mowy • utrata mowy • opóźnienie dalszego rozwoju mowy • występowanie mieszanych zaburzeń mowy – ekspresyjno – percepcyjnych oraz zaburzeń ekspresyjnych

źródło: Jastrzębowska 1998a: 217; 1998b: 85; 1999: 386–388

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.

Natomiast czynniki odróżniające (tabela 3) proste opóźnienie rozwojowe mowy od afazji rozwojowej to:

Tabela 3. Cechy odróżniające proste opóźnienie rozwojowe mowy od afazji rozwojowej

Rodzaj czynnika różnicującego	*Proste (samoistne) opóźnienie rozwojowe mowy*	*Afazja rozwojowa*
1. łatwość ustępowania objawów (najważniejsze kryterium różnicujące)	• do 5. roku życia opóźnienie rozwoju mowy zrównuje się z poziomem mowy rówieśników	• zaburzenia mowy utrzymują się długo, najczęściej są trwałe
2. rozwój motoryczny	• może być opóźniony	• często mamy do czynienia z ogólną niezręcznością ruchową

Rodzaj czynnika różnicującego	*Proste (samoistne) opóźnienie rozwojowe mowy*	*Afazja rozwojowa*
3. rozwój innych funkcji psychoruchowych	• 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
4. rodzaj czynników wywołujących opóźnienia rozwoju mowy	• czynniki społeczne (środowiskowe) • czynniki biologiczne (uwarunkowania genetyczne)	• czynniki biologiczne • czynniki środowiskowe i uwarunkowania społeczne stanowią czynniki podtrzymujące
5. fundament, na którym kształtuje się mowa	• prawidłowa podstawa, mowa pojawia się później i wolniej niż zwykle	• podstawa patologiczna
6. patogeneza	• opóźnienie dojrzewania OUN	• nieprawidłowy i/lub zaburzony rozwój OUN • wcześnie nabyte uszkodzenie mózgu
7. objawy zaburzeń – rozwój mowy	• 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
8. rokowania	• 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 1998a: 231; 1998b: 86

Wyróżniamy kilka klasyfikacji afazji dziecięcej. Wepman wyróżnił pięć typów afazji rozwojowej (wrodzonej) i nabytej, uwzględniając stadia rozwoju językowego. Jego zdaniem na każdym etapie rozwoju mowy dziecka możemy mieć do czynienia z zaburzeniami mowy o typie afazji.

Tabela 4. Klasyfikacja afazji dziecięcej wg Wepmana

Stadium rozwojowe języka	*Typ afazji*	*Objawy afazji*
przedjęzykowe (brak mowy)	***afazja całkowita (globalna)***	brak rozumienia i nadawania mowy
przedjęzykowe (używanie pojedynczych dźwięków pozbawionych znaczenia)	***afazja żargonowa***	mowa niezrozumiała, występowanie bezsensownych połączeń dźwięków
nabywanie rozumienia mowy, wypowiadanie słów pozbawionych znaczenia	***afazja pragmatyczna***	mowa zawiera wiele neologizmów, nie jest adekwatna do bodźca; słowa mogą być zrozumiałe, jednak użyte bezsensownie w kontekście
mowa wyrazowa – początek porozumiewania się	***afazja semantyczna***	występowanie w mowie słabo powiązanych słów
w wypowiedziach wykorzystywana jest składnia	***afazja syntaktyczna***	w mowie występują tylko rzeczowniki i czasowniki – styl telegraficzny – brak form gramatycznych

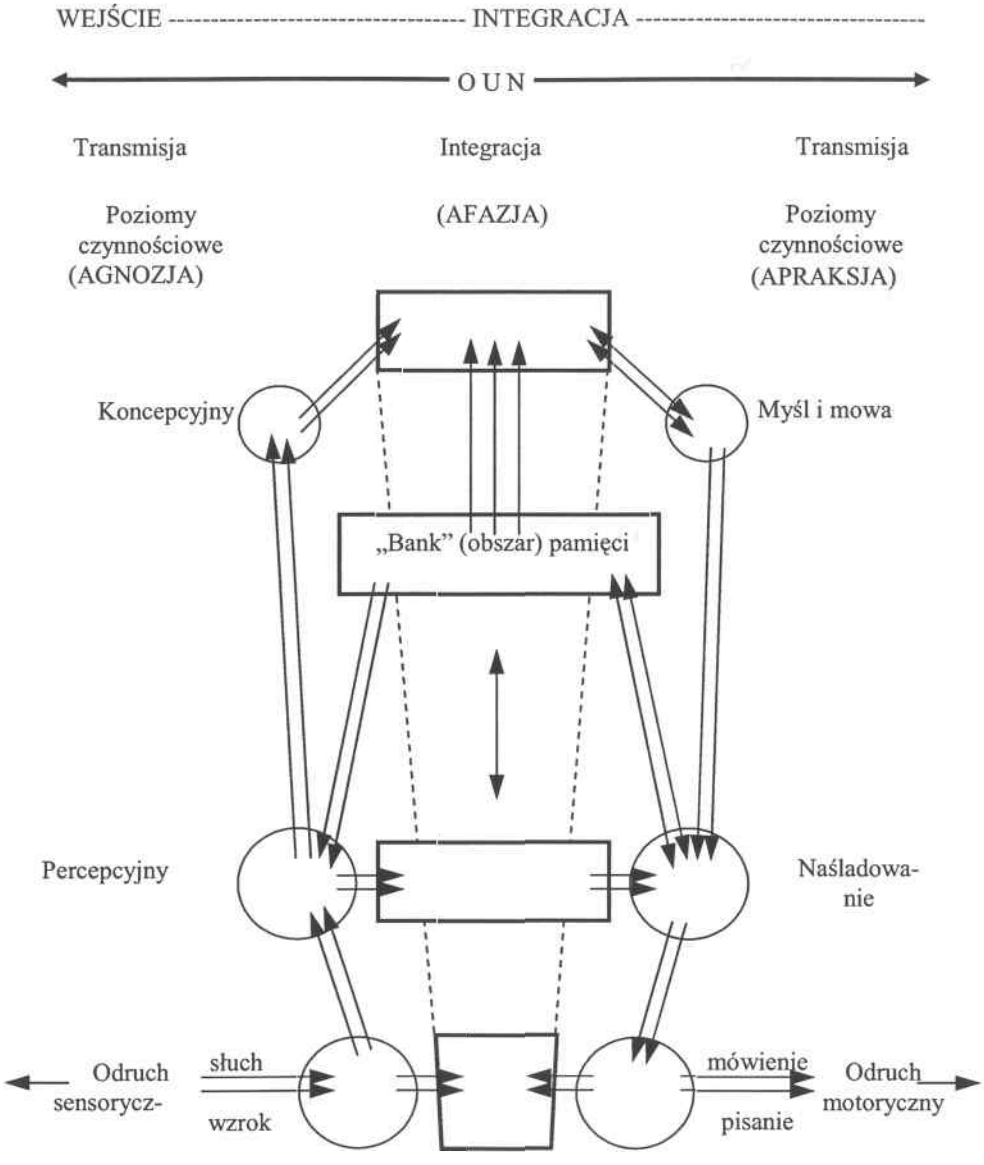
źródło: Sawa 1991: 6

Wepman wyróżnia trzy rodzaje zaburzeń mowy (za: Sawa 1991: 61):

1. agnozję transmisyjną (uszkodzenie centralnego układu nerwowego na wejściu);
2. apraksję transmisyjną (uszkodzenie na etapie integracji);
3. afazję integracyjną (uszkodzenie na wejściu).

Według niego afazja jest zaburzeniem zdolności potrzebnych do formułowania czy rozumienia symboli werbalnych, wynikającym z uszkodzeń ośrodkowego układu nerwowego. Koncepcję tę ilustruje schemat 1. – zaburzeń mowy po uszkodzeniu centralnego układu nerwowego – model Wepmana.

Schemat 1. Model Wepmana – zaburzenia mowy po uszkodzeniach centralnego układu nerwowego



źródło: Sawa 1991: 62

W *Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10)* zaburzenia rozwojowe pochodzenia mózgowego zaliczane są do *specyficznych zaburzeń rozwoju mowy i języka,* wśród których rozróżniamy *zaburzenia ekspresji słownej* oraz *zaburzenia rozumienia mowy.* Używane są nazwy: afazja rozwojowa typu ekspresyjnego lub recepcyjnego. Zaburzenia te mają podobne nazwy w amerykańskiej klasyfikacji *Diagnostic and Statistica Manual of Mental – Disorders (DSM-IV),* w której *zaburzenia komunikacyjne* dzielone są na *zaburzenia ekspresji językowej* (rozwojowe i nabyte) oraz na *zaburzenia językowe mieszane recepcyjno-ekspresyjne* (rozwojowe i nabyte). (za: Jastrzębowska 2001: 323).

W DSM–IV nie wyróżniono zaburzeń percepcyjnych, ponieważ autorzy tej klasyfikacji uważają, że nie występuje czysta postać zaburzeń zdolności recepcyjnych. Związane jest to z faktem, że rozwój ekspresji językowej uzależniony jest od rozwoju percepcji mowy. *Tłumaczy to dlaczego w przypadku zaburzeń rozwojowych wyróżnia się jedynie (...) afazję typu ekspresyjnego oraz recepcyjno-ekspresyjnego, z pominięciem zaburzeń czysto percepcyjnych opisywanych zarówno w polskiej literaturze przedmiotu, jak i w klasyfikacji ICD–10* (Jastrzębowska 2001: 332).

Rapin (za: Daniluk 2006: 135-136) przedstawiła trzy kategorie zaburzeń językowych: recepcyjno-ekspresyjne, ekspresyjne i zaburzenia procesów wyższego rzędu, dotyczące jednego lub kilku poziomów języka (fonologicznego, syntaktycznego, semantycznego i pragmatycznego). Odpowiadają one afazji percepcyjnej, ekspresyjnej oraz afazji przewodzenia.

Uwzględniając kryterium objawowe wyróżniamy trzy odmiany afazji rozwojowej: afazję typu ekspresyjnego, afazję typu percepcyjnego i percepcyjno-ekspresyjnego, których objawy przedstawiono poniżej.

Tabela 5. Klasyfikacja afazji dziecięcej wg kryterium objawowego

Typy afazji	*Objawy afazji*
afazja typu ekspresyjnego (motoryczna)	• zaburzenia wypowiadania i powtarzania słów – mowa niezrozumiała • zaburzenia w zapamiętaniu wzorca ruchowego wyrazu – zapominanie artykulacji wyrazów już poznanych • zniekształcanie wyrazu mimo prawidłowej artykulacji poszczególnych głosek • niewykształcenie lub zanik mowy spontanicznej • ubogi zasób słownictwa • trudności w nazywaniu przedmiotów – stosowanie opisu funkcjonalnego lub nazw zastępczych • występowanie agramatyzmów • zaburzenia składni – utrudnione tworzenie złożonych wypowiedzi • zaburzenia rozumienia dłuższych i złożonych wypowiedzi • współwystępowanie zaburzeń koordynacji ruchowej oraz orientacji wzrokowo-przestrzennej • zaburzenia w obrębie ekspresji mowy • nieobecność słów lub dźwięków mowy w wieku 2 lat oraz fraz składających się z dwóch słów w wieku 3 lat *zachowane jest:* • rozumienie mowy • rozumienie poleceń oraz adekwatne reagowanie na nie • wskazywanie nazywanych przedmiotów • porozumiewanie niewerbalne • zdawanie sobie sprawy ze swego defektu *objawy wtórne:* • problemy w kontaktach rówieśniczych • zaburzenia zachowania • zaburzenia emocjonalne • nadpobudliwość ruchowa • zaburzenia koncentracji uwagi • niezbyt głębokie zaburzenia analizy i syntezy słuchowej • zaburzenia percepcji i pamięci słuchowej • czasem występuje częściowa utrata słuchu • upośledzenie rozwoju ekspresji mowy wynikające z izolacji środowiskowej oraz niemożności udziału w rozmowach

Typy afazji	*Objawy afazji*
afazja typu percepcyjnego (sensoryczna, recepcyjna)	• zaburzenia rozumienia mowy, mimo prawidłowego słyszenia dźwięków mowy • zaburzenia percepcji mowy • agramatyzmy • wielomówność • bezsensowne odpowiedzi na pytania – mechanicznie powtarzane • współwystępowanie utraty słuchu • niezdolność do reagowania na znane nazwy pod koniec 1. roku życia • niezdolność do identyfikowania kilku codziennych przedmiotów w 18. miesiącu życia • niezdolność do wykonywania prostych poleceń w wieku 2 lat *zachowane jest:* • zdolność ekspresji mowy *objawy wtórne:* • zaburzenia analizy i syntezy słuchowej • zaburzenia zachowania • zaburzenia emocjonalne – lęki, nadwrażliwość i nadmierna nieśmiałość • zaburzenia społeczno – ekonomiczne • nadpobudliwość ruchowa • zaburzenia uwagi • niedostosowanie społeczne • izolacja w grupie rówieśniczej
afazja typu percepcyjno – ekspresyjnego	• znaczne zaburzenia rozumienia mowy • zniekształcona artykulacja wyrazów przy zachowanej prawidłowej wymowie pojedynczych głosek • zaburzenia ekspresji mowy • błędy artykulacyjne • liczne parafrazje fonetyczne, asymilacje, inwersje, kontaminacje i metatezy • nieprawidłowa budowa zdań – zły szyk *objawy wtórne:* • zaburzenia emocjonalne • nadpobudliwość ruchowa • zaburzenia uwagi • niedostosowanie społeczne • izolacja w grupie rówieśniczej

źródło: opracowanie własne na podstawie: Kordyl 1968:190-193; 244-247; Szumska 1982: 21; Sawa 1991: 107; Kurcz 1995: 27; Herzyk 1998: 90-91; Jastrzębowska 1999: 388-392; Skorek 2002: 17; Daniluk 2006: 128-133

Na podstawie przedstawionych cech charakterystycznych poszczególnych typów afazji możemy wyodrębnić wyraźne podobieństwa i różnice (Kordyl 1968: 249–251) występujące między niedokształceniem mowy o typie afazji ekspresyjnej a niedokształceniem mowy o typie afazji percepcyjnej. Wśród podobieństw należy wymienić:

- dążenie dzieci do komunikacji pozawerbalnej;
- brak rozumienia wypowiedzi dziecka przez otoczenie;
- zachowywanie przez dłuższy czas określeń z wczesnodziecięcego języka oraz dziecięcego sposobu mówienia;
- zniekształcenia słów ze względu na występowanie asymilacji, metatez, inwersji oraz kontaminacji;
- posiłkowanie się omówieniami, nazwami gatunkowymi lub nazwami pokrewnymi podczas nazywania przedmiotów;
- przeważanie rzeczowników i czasowników w słowniku dziecka;
- szybkość przyswajania często używanych słów oraz właściwego posługiwania się nimi;
- posługiwanie się przede wszystkim zdaniami pojedynczymi;
- liczne agramatyzmy.

Natomiast występujące pomiędzy wymienionymi typami niedokształcenia mowy różnice to:

- u dziecka z niedokształceniem mowy o typie afazji ekspresyjnej nie występują zaburzenia rozumienia mowy, które występują u dzieci z afazją percepcyjną;
- dziecko z niedokształceniem mowy o typie afazji percepcyjnej ma trudności z wypowiadaniem, łatwiej przychodzi mu powtarzanie i prawidłowa artykulacja, natomiast dziecko z afazją ekspresyjną również charakteryzuje się trudnościami w formułowaniu wypowiedzi słownych, przy zachowanej prawidłowej artykulacji pojedynczych dźwięków i sylab oraz zaburzeniami uczenia się artykulacji słów (dziecko stosuje ułatwienia w postaci dzielenia słowa na sylaby oraz kilkakrotne jego powtórzenia, służące poprawianiu wypowiedzi);
- dziecko z afazją ekspresyjną wykorzystuje gesty zastępując nimi pojedyncze słowa, natomiast dziecko z afazją percepcyjną sięga po gesty znacznie częściej, zastępując nimi słowa i całe sceny; szczególną rolę w komunikacji pełni rysunek, który staje się częstą formą przekazu;
- dziecko z niedokształceniem mowy o typie afazji ekspresyjnej buduje zdania i coraz lepiej formułuje poprawne wypowiedzi pod względem składniowym, natomiast dziecko z afazją percepcyjną nie dba o poprawność wypowiedzi;
- agramatyzmy w wypowiedziach dziecka z afazją ekspresyjną pojawiają się czasowo, a u dzieci z niedokształceniem mowy o typie afazji percepcyjnej są liczne i występują mimo prowadzonej terapii;

- terapia prowadzona z dzieckiem z niedokształceniem mowy o typie afazji ekspresyjnej przynosi widoczne efekty; w przypadku afazji percepcyjnej efekty są nieznaczne, nadal utrzymują się trudności rozumienia i ekspresji słownej;
- w grupie dzieci z afazją ekspresyjną wiele z nich to jednostki milczące, z utrudnionym kontaktem z otoczeniem – zamknięte w sobie, natomiast dzieci z afazją percepcyjną są rozmowne, spontaniczne w podejmowaniu kontaktów interpersonalnych.

Wielu badaczy wykazuje także zainteresowanie problemem występowania różnic między afazją dziecięcą a afazją dorosłych (tabela 6).

Tabela 6. Różnice miedzy afazją dziecięcą a afazją u dorosłych

Elementy różnicujące	*Afazja dziecięca*	*Afazja u dorosłych*
objawy	• mają charakter uogólniony i niespecyficzny z przewagą zaburzeń ekspresji językowej • rzadko występują wyselekcjonowane trudności w rozumieniu lub nazywaniu	• zaburzenia afatyczne mogą przybierać wybiórcze i specyficzne formy trudności językowych
remisja mowy	• następuje szybciej i pełniej, często spontanicznie; • w kilka tygodni lub miesięcy od zachorowania możliwy jest zupełny powrót funkcji językowych	• rzadko następuje pełne przywrócenie funkcji mowy, ponieważ objawy mają często trwały charakter
częstotliwość występowania afazji uzależniona od miejsca uszkodzenia	• częstotliwość wystąpienia afazji po uszkodzeniu L i P półkuli jest podobna (około 35%)	• u dorosłych występowanie afazji po uszkodzeniu P półkuli dotyczy rzadkich przypadków – 1-3%
przebieg zaburzeń afatycznych	• jest łagodniejszy niż u dorosłych, ponieważ rozwijający się mózg dziecka charakteryzuje się większą plastycznością oraz możliwościami kompensacyjnymi – przy uszkodzeniu jednych obszarów mogą być wykorzystane inne, nieuszkodzone • brak jest także zdecydowanej dominacji półkuli L dla funkcji językowych (stąd obecność afazji po uszkodzeniu P półkuli)	• jest często ciężki i trudny w terapii; • czynność mowy ma najczęściej ustaloną lateralizację • często występuje dominacja półkuli L dla funkcji językowych

źródło: opracowanie własne na podstawie: Herzyk 1998: 91

Najczęściej obserwowane różnice między afazją dziecięcą a afazją dorosłych dotyczą objawów i możliwości powrotu mowy (Herzyk 1998).

Charakterystyka funkcjonowania dziecka z zaburzeniami mowy o typie afazji

Poziom rozwoju umysłowego dziecka z afazją mierzony skalą niewerbalną mieści się w granicach normy. Również rzadko występują uszkodzenia obwodowego aparatu mowy. Dzieci charakteryzują się często obniżoną sprawnością motoryczną, manualną oraz zaburzeniami w obrębie koordynacji wzrokowo-ruchowej i lateralizacji, a także wzmożoną męczliwością. Nie stwierdza się deficytów słuchu, upośledzenia umysłowego, zaburzeń neurologicznych (Herzyk 1998, Daniluk 2006).

Niedokształceniu mowy o typie afazji często współtowarzyszą zaburzenia poznawcze. Mogą one być dyskretne, a w innych przypadkach bardzo wyraźne.

Dzieci te charakteryzują się *zaburzeniami pamięci* i *myślenia* oraz jego spowolnieniem, występuje tzw. lepkość procesów myślowych. Mają znacznie *obniżoną uwagę* w obrębie selektywności – mają zaburzoną zdolność wyboru jednego bodźca – źródła stymulacji. Występują u nich trudności z eliminowaniem szumów, co znacznie pogarsza ich zdolność oczekiwania na określony bodziec. W związku z tym nie są w stanie przez dłuższy czas skupić się na jednej czynności, np. dziecko bierze zabawkę, odkłada ją, by bawić się inną, ale nie kontynuuje nią zabawy i nie kończy; wykonując ćwiczenia grafomotoryczne, zaczyna pisać szlaczki literopodobne, by po chwili odłożyć narzędzie pisarskie i zająć się czymś innym. Takie zachowania rzutują na jakość i sposób wykonywania zadań.

Charakterystyczne dla tych dzieci są także zaburzenia w obrębie *percepcji słuchowej i wzrokowej*. Nabywanie i rozwijanie mowy przebiega w dwóch powiązanych ze sobą i występujących kolejno etapach: percepcyjnym i umysłowym (Sawa 1991). *Poziom percepcyjny* polega na słyszeniu i naśladowaniu dźwięków mowy (początkowo są to wzory intonacyjne, melodyczne, a następnie fonetyczne). Naśladowanie wzorów fonetycznych wymaga zdolności rozróżniania i zapamiętania dźwięków – bodźców słuchowych, co z kolei wpływa na pozostawienie śladu jako całości, który pojawiając się ponownie, zostaje przekształcony w akt motoryczny będący istotną częścią mowy. Natomiast *poziom umysłowy* uczenia się związany jest z pamięcią słuchową, rozróżnianiem słuchowym, analizą i syntezą słuchową.

Zaburzenia na poziomie percepcyjnym powodują więc zakłócenia w obrębie czynności fonacyjno-artykulacyjnych oraz utrudniają przejście do drugiego etapu rozwoju mowy – etapu umysłowego. Z kolei zaburzenia na poziomie uczenia się

percepcyjnego są związane z *apercepcją słuchową*[2]. Powodują utrudnienia w transmitowaniu dźwięków, co wpływa na nieprawidłowy odbiór bodźców słuchowych. Wśród defektów wpływających na zaburzenia mowy w procesach słuchowych (zarówno o charakterze percepcyjnym, jak i ekspresyjnym) u dzieci wymienia się niezdolność do:

- odbierania bodźców, które są produkowane w porządku sekwencyjnym;
- utrzymania bodźców w pamięci, tak że ich komponenty nie mogą być integrowane;
- reagowania w różny sposób – odpowiedni do rozmaitych bodźców.

Zaburzenia w zakresie tych procesów w połączeniu z uszkodzeniami lewej półkuli prowadzą do afazji dziecięcej. Za typowe dla afazji u dzieci uznaje się braki w słuchowym różnicowaniu oraz braki pamięci słuchowej (Sawa 1991: 99).
Dzieci z afazją charakteryzują się nasilonymi zaburzeniami słuchu fonemowego powodującymi zakłócenia rozumienia mowy oraz nieprawidłową artykulację, *ponieważ wzorce kinestetyczno-ruchowe kształtują się pod wpływem słuchu fonematycznego*[3]. *Zaburzenia słuchu fonematycznego uważa się m. in. za przyczynę afazji dziecięcej (...)* (Sawa 1991:103).

Ponadto u tych dzieci występują *zaburzenia lateralizacji* oraz *zaburzenia w określaniu stosunków przestrzennych*. Trudności te przejawiają się w bezradności dzieci wobec polecenia wskazania kierunków świata (np. na mapie) lub stron lewej i prawej na schematach (w tym schemacie własnego ciała), mapach lub rysunkach oraz w nieumiejętności określania położenia danego przedmiotu (pod, nad, obok, za, itp.). Dzieci często nie potrafią odczytywać wskazań zegara oraz orientować się w położeniu strzałek na tarczy zegarowej – myli symetrycznie ułożone godziny (np. 3 i 9, 4 i 8).

Niektóre opisane powyżej zaburzenia korelują z występowaniem *trudności w czytaniu i pisaniu*. Zaburzenia analizy i syntezy wzrokowej, lateralizacji oraz zaburzenia wzrokowo-przestrzenne stają się przyczyną trudności w różnicowaniu np. liter (cyfr) podobnych, różnie ułożonych w przestrzeni lub różniących się między sobą tylko drobnymi elementami. Dodatkowo w czasie pisania czy rysowania dzieci mają trudność z rozplanowaniem np. przepisywanego tekstu lub wykonywanego rysunku na stronie. Często zapisują litery i cyfry w zwierciadlany sposób.

Wśród trudności, z którymi może borykać się dziecko afatyczne, możemy wymienić także *trudności matematyczne* związane z nierozumieniem pojęcia liczby

---

[2] Termin używany przez Wepmana dla określenia braku percepcji

[3] Występowanie zaburzeń słuchu fonematycznego wraz z zaburzeniami kinestezji artykulacyjnej staje się przyczyną trudności w określeniu mechanizmów zaburzeń mowy dziecka; *kinestezja artykulacyjna* to czucie ułożenia, napięcia mięśniowego narządów mowy w czasie artykulacji poszczególnych głosek; najpierw rozwija się słuch fonematyczny, a dopiero później czucie.

czy innych pojęć matematycznych, niepamiętaniem struktur liczb wielocyfrowych oraz trudnościami w wykonywaniu czterech działań arytmetycznych z przekroczeniem progu dziesiątkowego lub z wykonywaniem pamięciowych obliczeń matematycznych.

Dzieci z afazją charakteryzuje duża ruchliwość wynikająca z *zaburzeń koordynacji i integracji ruchowej*. Można powiedzieć, że są ciągle w ruchu. Ich ruch jest niezorganizowany, nieuporządkowany oraz bezcelowy. Swoją nadruchliwością męczą otoczenie, ale także i siebie. Ruchliwości często towarzyszy *niestabilność emocjonalna* – szybkie przechodzenie z jednego stanu emocjonalnego w drugi. Dziecko w danym momencie jest płaczliwe i zdenerwowane, by po chwili być wesołe i zadowolone. *Dzieci z wrodzonymi zaburzeniami mowy wykazują pewne charakterystyczne cechy osobowości: są nadmiernie aktywne bądź mają skłonność do odosobnienia, (...) brak umiejętności zabawy w grupie rówieśników. Wynika to z tego, iż dzieci te, o normalnym lub przeciętnym poziomie inteligencji, wskutek zaburzeń mowy znajdują się w stałej sytuacji stresowej* (Szumska 1982: 22).

Dzieci te mają dużą trudność w nawiązywaniu i podtrzymywaniu kontaktów z otoczeniem, wynika to nie tylko z utrudnionej komunikacji, ale także preferowanych zachowań, nieakceptowanych przez koleżanki i kolegów. Ponadto starsze dzieci stają się coraz bardziej świadome swojej odmiennej mowy, co przyczynia się do znacznych obciążeń psychicznych i – co za tym idzie – wycofywania się z kontaktów interpersonalnych.

Charakterystyka zaburzeń mowy dziecka wynikających z uszkodzeń mózgu

Zaburzenia o typie afazji są rozpatrywane jako specyficzne zaburzenia rozwoju mowy i języka. Już we wczesnych stadiach rozwoju zakłócone są prawidłowe wzorce kształtowania się mowy. Wszelkie deficyty ujawniają się bardzo wcześnie. Dzieci znacznie mniej mówią niż ich rówieśnicy, a ich język charakteryzuje się deficytami w zakresie: fonologii, morfologii i syntaktyki. *Język dzieci afatycznych ma wiele specyficznych cech, dotyczących zarówno sposobu posługiwania się mową typową dla wszystkich dzieci w tej grupie (co może odróżniać afazję rozwojową od innych zaburzeń mowy), jak i indywidualnego, swoistego dla każdego dziecka, sposobu kontaktowania się z otoczeniem (z użyciem środków werbalnych i niewerbalnych)* (Daniluk 2006: 128). *Język dziecka z niedokształceniem mowy, zarówno jego słownik, jak i charakterystyczny sposób mówienia, ukazuje się raczej jako pewne zjawisko niezupełnie wykończone, nie całkiem zintegrowane, aniżeli jego twór oryginalny* (Kordyl 1968: 257).

Sposób wypowiadania się jest chaotyczny, dziecko – szukając odpowiedniego słowa – nie zawsze znajduje właściwe. Kiedy jest pytane, sprawia wrażenie,

jakby mówiło tylko po to, by coś powiedzieć. Przed znanymi słowami wtrąca głoski lub sylaby. Podejmowane próby poprawy artykulacji słowa są bezskuteczne. Dziecko sprawia wrażenie, jakby źle usłyszało pytanie lub go nie zrozumiało.

W trakcie mówienia pojawiają się liczne błędy polegające na zamianie słów lub ich fragmentów, co często istotnie zmienia sens wypowiedzi. Dziecko jednocześnie nie zdaje sobie sprawy z użycia niewłaściwych słów. *Są to tak zwane objawy parafatyczne* (Zaleski 1992: 61). *Dzieci afatyczne posiadają swój specyficzny sposób mownego kontaktowania się z otoczeniem za pomocą różnych, nie tylko werbalnych środków ekspresji. Określenie specyficzne odnosi się zarówno do sposobu posługiwania się mową właściwego dzieciom afatycznym w ogóle, jak też dotyczy mowy każdego pojedynczego dziecka z tej grupy. Każde dziecko z niedokształceniem mowy ma odrębny, swoisty sposób mówienia charakterystyczny pod względem ilości i rodzaju pozawerbalnych środków ekspresji, jakości emisji werbalnej (nawykowa predyspozycja do nadużywania niektórych dźwięków mowy), zasobu słownika, struktury wypowiedzi* (Kordyl 1968: 255).

Kordyl (1968, 1969) przedstawiła charakterystyczne cechy mowy dzieci o typie afazji (tabela 6) dzieląc je na dwie grupy – jedną obejmującą cechy dotyczące nadawania i drugą – rozumienia.

Szumska (1982), opisując zaburzenia mowy typowe dla afazji rozwojowej, zwraca uwagę na utrudnioną artykulację słów z jednoczesnym zachowaniem rozumienia mowy (zaburzenia ekspresyjne) lub współwystępowanie zaburzeń mówienia oraz rozumienia mowy (zaburzenia recepcyjno–ekspresyjne).

Zaburzenia ekspresyjne mowy dotyczą artykulacji oraz rozwoju mowy. Prawidłowy jest rozwój werbalizacji przedsłownej, natomiast zaburzona jest werbalizacja słowna. Pierwsze słowa pojawiają się po 2. roku życia, a zdania ok. 8. roku życia; dziecko nigdy nie nabywa umiejętności prawidłowego posługiwania się mową. Mowa charakteryzuje się:

- zaburzeniami artykulacji i składni, a czasami intonacji;
- lepszą artykulacją sylab początkowych niż końcowych;
- prawidłową wymową samogłosek;
- zniekształconymi spółgłoskami, przestawieniami, pomijaniem lub zastępowaniem jednej spółgłoski drugą;
- wypowiadaniem ostatniej sylaby pierwszego wyrazu i pierwszej drugiego (dotyczy artykulacji par wyrazów);
- występowaniem swoistego słownika, w którym często pojawiają się neologizmy;
- w czasie wypowiadania zdań pojawia się mowa telegraficzna.

Posiadając wiedzę na temat etiologii oraz objawów towarzyszących afazji dziecięcej, a także w oparciu o rozpoznanie logopedyczne, możemy mówić o symptomach niedokształcenia mowy o typie afazji (tabela 7).

Tabela 7. Cechy charakterystyczne dla niedokształcenia mowy o typie afazji

zakres zaburzeń	*cechy charakterystyczne*
nadawanie	1. *Zaburzenia ekspresji* werbalnej przejawiające się: • błędami artykulacyjnymi (mylenie głosek, niekonsekwentne zastępowanie jednej głoski inną) • metatezami (przestawianiem) głosek i sylab • kontaminacjami (skrzyżowaniami) dźwięków i sylab • inwersjami (odwracaniem) i elizjami (opuszczaniem) głosek lub sylab • błędami asymilacyjnymi (upodobnienia poszczególnych dźwięków, wyrazów do wyrazu zbliżonego fonicznie) • długotrwałym utrzymywaniem się wyrazów charakterystycznych dla języka małego dziecka 2. *Zaburzenia nominacji* polegające na tym, że dziecko: • nie przypominając sobie określonego słowa, zastępuje je innym – najodpowiedniejszym • nazywanie np. przedmiotów zastępuje omówieniami • posługuje się przede wszystkim rzeczownikami i czasownikami 3. *Agramatyzmy* – dzieci afatyczne: • mówiąc nie stosują liczby i rodzaju • najczęściej używają czasowników w 3. osobie liczby pojedynczej, czasownika w każdym czasie • rzadko używają przyimków 4. *Zaburzenia składni* dotyczą: • budowania krótkich zdań, składających się z orzeczenia, podmiotu, przyimka lub przydawki • posługiwania się równoważnikami zdań 5. *Zaburzenia rytmu* przejawiające się: • swoistą melodią mowy • skandowaniem • wybijaniem rytmu słów 6. *Zaburzenia motoryki* mowy wynikające z: • utrudnionego ruchu warg, języka, szczęki • ciągłego poszukiwania właściwego ułożenia narządów aparatu artykulacyjnego podczas artykulacji
rozumienie	• trudności z przypomnieniem nazwy określonego desygnatu • w rozumieniu mowy otoczenia ogromne znaczenie mają gesty, mimika • w percepcji wypowiedzi istotne dla dziecka jest słowo najlepiej przez nie rozumiane; stanowi ono podstawę rozumienia całości, co często nie oddaje znaczenia wypowiedzi, ponieważ dziecko nie zawsze właściwie ocenia znaczenie słowa oraz nie uwzględnia zachodzących relacji między wypowiedziami

źródło: opracowanie własne na podstawie: Kordyl 1968, 1969

Tabela 8. Symptomy niedokształcenia mowy o typie afazji

Symptomy niedokształcenia mowy

o typie afazji motorycznej (ekspresyjnej)	*o typie afazji sensorycznej (percepcyjnej)*
DZIECKO: • prawidłowo wykonuje proste polecenia • nie powtarza słów i zdań (nawet prostych) • nie mówi, unika mówienia • w komunikacji wykorzystuje gesty i okrzyk • charakteryzuje się opóźnionym rozwojem ruchowym • często jest leworęczne • ma zaburzoną orientację przestrzenną • wykazuje opóźnienia koncentracji uwagi w stosunku do wieku • nawiązuje prawidłowy kontakt emocjonalny i intelektualny z otoczeniem • jest inteligentne	*DZIECKO:* • charakteryzuje się opóźnionym rozwojem mowy • przejawia trudności w rozumieniu wypowiedzi słownych • stosuje neologizmy i szczątkowe formy wyrazów • wypowiada quasi – słowa bez związku ze znaczeniem • powtarzanie słów jest utrudnione • dobrze rozumie język niewerbalny • nie wykazuje zainteresowania komunikacją werbalną • prawidłowo reaguje na muzykę • nawiązuje prawidłowy kontakt emocjonalny z otoczeniem • ma zaburzony kontakt intelektualny z otoczeniem • jest inteligentne

źródło: Panasiuk 2008: 82-83

Szumska (1998) podkreśla, że symptomatologia nabytych zaburzeń mowy zależna jest od stopnia rozwoju strukturalno-czynnościowego mózgu w chwili wystąpienia uszkodzenia. Z opóźnieniem rozwoju mowy mamy do czynienia w przypadku uszkodzenia półkul mózgowych, które nastąpiło w okresie wokalizacji przedsłownej. Opóźnienie nie jest uwarunkowane dominacją półkulową, ponieważ w najwcześniejszym okresie rozwoju mózgu jeszcze nie występuje. W związku z tym z zaburzeniem czynności mowy będziemy mieć do czynienia w przypadku uszkodzenia każdej z półkul. *Z drugiej strony uszkodzenie tych obszarów mózgu, które mają stanowić podłoże anatomiczne dla mechanizmów programujących czynności mowy w okresie, gdy mózg dopiero się rozwija, prowadzi do zaburzeń rozwoju ośrodkowego układu nerwowego* (Szumska 1982: 29).

U dzieci, u których uszkodzenie mózgu nastąpiło powyżej dwunastego miesiąca życia, występują zaburzenia mowy charakteryzujące się zahamowaniem ekspresji

słownej lub jednocześnie ekspresji i percepcji. Do 5. roku życia często występują zaburzenia percepcyjno-ekspresyjne, będące następstwem uszkodzeń obu półkul, które w tym czasie są w takim samym stopniu odpowiedzialne za mowę. Po piątym roku życia mieszane zaburzenia mowy wynikają z bardziej rozległych uszkodzeń lewej półkuli. Jest to związane z faktem, że lewa półkula mózgu, mimo ciągłego braku ustalonej dominacji mózgowej, zaczyna kształtować się jako półkula dominująca dla mowy. Między 5. a 9. rokiem życia zaburzenia mowy występują, gdy uszkodzenie jest zlokalizowane w lewej półkuli, a czas ich trwania i głębokość jest uwarunkowana stopniem uszkodzenia mózgu (Szumska 1982). W wieku przedszkolnym zaburzenia afatyczne mają wpływ na nabywanie i kształtowanie mowy czytanej i pisanej, a w wieku szkolnym znacznie zakłócają te dwa procesy.

Postępowanie logopedyczne z uwzględnieniem diagnozy i terapii dziecka z zaburzeniami mowy wynikającymi z uszkodzeń mózgu

Fundamentem diagnostyki dziecka z zaburzeniami mowy wynikającymi 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 (tabela 9).

Tabela 9. Elementy składowe diagnozy zaburzeń mowy wynikających z uszkodzeń mózgu

Diagnoza	*Elementy specjalistycznej diagnozy*
medyczna	• *badanie audiologiczne* w celu wykluczenia niedosłuchu • *badanie neurologiczne* w celu stwierdzenia zaburzeń neurologicznych oraz chorób OUN (urazy, mózgowe porażenie dziecięce) • *badanie psychiatryczne* w celu wykluczenia chorób psychicznych oraz trudności w interakcjach społecznych
psychologiczna	• ocena poziomu inteligencji • diagnoza funkcji poznawczych

Diagnoza	*Elementy specjalistycznej diagnozy*
neuropsychologiczna	• wywiad dotyczący psychoruchowego rozwoju dziecka • obserwacja zachowań dziecka w różnych sytuacjach zadaniowych oraz społecznych • diagnoza funkcji poznawczych • określenie zespołu objawów obserwowanych – specyficznych dotyczących czynności językowych • określenie zespołu objawów obserwowanych – niespecyficznych dotyczących pamięci, myślenia oraz koncentracji uwagi
logopedyczna	• ocena budowy i sprawności narządów artykulacyjnych • ocena żucia i połykania • ocena oddychania • ocena fonacji • ocena recepcji oraz percepcji słuchowej • ocena rozumienia wypowiedzi słownych, nazywania, powtarzania oraz wypowiedzi spontanicznych (sprawność narracyjna i dialogowa) • określenie zasobu słownictwa biernego i czynnego (leksyka) • określenie trudności artykulacyjnych, z uwzględnieniem złożonych wypowiedzi, uwzględniających sprawność sytuacyjną, społeczną oraz pragmatyczną

źródło: opracowanie własne na podstawie: Jastrzębowska 1999: 394-396; Daniluk 2006: 124-125; Panasiuk 2009

Według standardów postępowania klinicznego opracowanych przez Polskie Towarzystwo Logopedyczne w diagnozowaniu niedokształcenia mowy o typie afazji kluczowym elementem jest badanie logopedyczne, które powinno obejmować następujące etapy (Panasiuk 2008: 74–76; 2010: 47–50):

1. *Wywiad*, pozwalający na zebranie informacji dotyczących:
   a. szczegółowych danych na temat rozwoju dziecka w okresie prenatalnym – przebieg ciąży, perinatalnym – przebieg porodu i stan noworodka, w postnatalnym;
   b. uwarunkowań genetycznych i środowiskowych;
   c. dynamiki rozwoju mowy;
   d. oceny objawów zaburzeń rozwoju mowy dziecka – specyficznych (językowych) i niespecyficznych (rozwój psychoruchowy, emocjonalny i społeczny).

2. *Obserwacja* dziecka ukierunkowana na:
   a. zachowanie się dziecka;
   b. sprawność motoryczną;
   c. funkcje recepcyjne i percepcyjne;
   d. orientację przestrzenną;
   e. lateralizację;
   f. sposoby inicjowania kontaktu;
   g. metody komunikowania się dziecka z otoczeniem – werbalne i niewerbalne;
   h. zdolność koncentracji uwagi;
   i. rozwój emocjonalny.
3. *Ocena czynności mowy* obejmująca:
   a. badanie sprawności systemowej:
      - artykulacji, prozodii i tempa mowy;
      - słownika biernego i czynnego dziecka;
      - ocena sprawności gramatycznej – form fleksyjnych, operacji słowotwórczych, konstrukcji składniowych;
      - sprawności narracyjnej;
   b. badanie sprawności językowej i komunikacyjnej:
      - sprawności sytuacyjnej;
      - sprawności społecznej;
      - sprawności pragmatycznej;
   c. badanie funkcji percepcyjnych:
      - rozumienia tekstów;
      - rozumienia zdań;
      - rozumienia nazw;
      - funkcji słuchowych (słuchu fonematycznego, pamięci i uwagi słuchowej);
   d. badanie funkcji realizacyjnych:
      - nazywania;
      - powtarzania;
      - budowania zdań;
      - tworzenia wypowiedzi dialogowych;
      - tworzenia wypowiedzi narracyjnych – opisu, opowiadania.
4. *Ocena czynności fizjologicznych*: połykania, żucia, oddychania, fonacji.
5. *Ocena budowy i funkcjonowania aparatu artykulacyjnego.*
6. *Ocena wyższych funkcji psychicznych*: analizy i syntezy wzrokowej, myślenia, pamięci i uwagi.

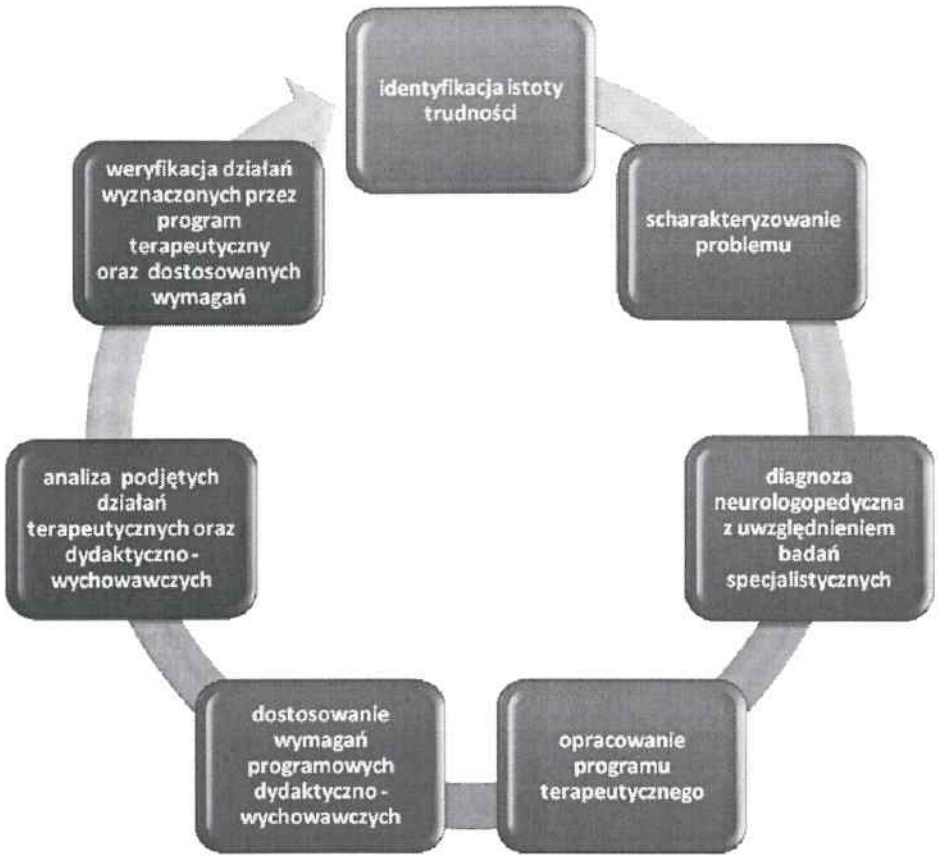
W czasie diagnozy niedokształcenia mowy o typie afazji należy wziąć także pod uwagę czy (Panasiuk 2008: 78):

- mowa od początku rozwijała się nieprawidłowo, czy też okresowo była prawidłowa;
- dziecko było diagnozowane lub leczone neurologicznie;
- objawy zaburzeń mowy są pierwotne czy współwystępują z innymi zaburzeniami rozwojowymi, np. niepełnosprawność intelektualna, niedosłuch;
- są to zaburzenia o specyficznym charakterze – dotyczą tylko trudności językowych czy wynikają z dysfunkcji mózgu;
- dziecko było diagnozowane przez psychiatrę, psychologa, audiologa;
- zaistniał czynnik będący przyczyną zaburzeń, np. alkoholizm w rodzinie dziecka, urazy czaszkowo-mózgowe, zapalenie opon mózgowych;
- poziom i przebieg rozwoju psychoruchowego dziecka jest zaburzony;
- rozwój językowy dziecka jest opóźniony w stosunku do normy wiekowej;
- dziecko było objęte terapią logopedyczną i jakie metody usprawniania rozwoju mowy stosowano.

Po wykonaniu diagnostyki specjalistycznej możemy przejść do kolejnych działań obejmujących planowanie postępowania diagnostyczno-terapeutycznego oraz dydaktyczno-wychowawczego (w odniesieniu do dzieci przedszkolnych i szkolnych), na które składają się poszczególne etapy:

1. identyfikacja trudności, z którymi boryka się dziecko;
2. scharakteryzowanie problemu na podstawie obserwowanych zachowań;
3. diagnoza neurologopedyczna z wykorzystaniem badań specjalistycznych;
4. opracowanie programu terapeutycznego postępowania logopedycznego z dzieckiem;
5. dostosowanie wymagań programowych dydaktyczno-wychowawczych; dotyczy to dzieci uczęszczających do przedszkola i szkoły – w związku z występującymi u nich zaburzeniami należy określić możliwości, zdolności i predyspozycje dziecka, które pomogą mu pokonywać trudności oraz realizować wymagania określone w *Podstawie programowej wychowania przedszkolnego* lub *Podstawie programowej kształcenia ogólnego/specjalnego*;
6. systematyczna analiza podjętych działań terapeutycznych oraz dydaktyczno-wychowawczych z uwzględnieniem efektów terapii prowadzonej z dzieckiem;
7. weryfikacja prowadzonego postępowania terapeutycznego oraz dydaktyczno-wychowawczego.

Schemat 2. Działania diagnostyczno-terapeutyczne oraz dydaktyczno-wychowawcze (dotyczy dzieci przedszkolnych i szkolnych), którymi powinno być objęte dziecko z zaburzeniami mowy wynikającymi z uszkodzeń mózgu



źródło: opracowanie własne

Wyróżnione działania mają na celu pomóc dziecku z zaburzeniami mowy o typie afazji zdobyć umiejętności językowe umożliwiające podejmowanie oraz podtrzymywanie różnych form komunikacji z otoczeniem oraz kontaktów interpersonalnych.

Analizując wypowiedzi dzieci z zaburzeniami mowy o typie afazji, Parol (1997: 149–153) opracowała etapy postępowania terapeutycznego (tabela 10).

Tabela 10. Etapy postępowania terapeutycznego i ich charakterystyka

Etapy postępowania terapeutycznego	*Charakterystyka przebiegu postępowania terapeutycznego*
1. kwalifikacja zaburzenia na podstawie obserwacji wypowiedzi słownych	• nawiązanie kontaktu z dzieckiem w sprzyjającej i życzliwej atmosferze opartej na współdziałaniu • obserwacja możliwości komunikacji werbalnej i pozawerbalnej • określenie poziomu umiejętności budowania wypowiedzi i ich percepcji • wstępna kwalifikacja zaburzeń na podstawie nagrań oraz sporządzonych notatek
2. wyodrębnienie przyczyn	• przeprowadzenie wywiadu z rodzicami lub opiekunami dziecka na temat: - rozwoju dziecka, przebiegu ciąży i porodu, przebytych chorób lub różnych zdarzeń i ich wpływu na rozwój dziecka - zdrowia matki - zdrowia pozostałych członków rodziny • odnotowanie innych danych pozyskanych w czasie wywiadu • zapoznanie się z informacjami odnotowanymi w książeczce zdrowia • poznanie opinii przedszkola lub szkoły na temat dziecka i jego funkcjonowania • zapoznanie się z wynikami badań specjalistycznych: - neurologicznego - psychologicznego - neuropsychologicznego - laryngologicznego - audiologicznego • jeżeli jest taka potrzeba, należy posiłkować się również badaniami: - psychiatrycznymi - endokrynologicznymi - foniatrycznymi - ortopedycznymi - ortodontycznymi - okulistycznymi
3. zestawienie symptomów	• wyodrębnienie zniekształceń wypowiedzi słownych w obrębie: - treści językowej - form językowych - substancji fonicznej w płaszczyźnie segmentalnej
4. diagnoza	• dokonujemy szczegółowego rozpoznania na podstawie przyczyn i symptomów • dane niezbędne w diagnostyce uzyskujemy na podstawie analizy wypowiedzi badanego dziecka oraz rozumienia przez nie wypowiedzi pochodzących z otoczenia (o zrozumieniu świadczą wypowiedzi ustne oraz adekwatne reakcje) • uwzględniamy dane z wywiadu, obserwacji oraz badań specjalistycznych

Etapy postępowania terapeutycznego	*Charakterystyka przebiegu postępowania terapeutycznego*
5. określenie psychicznych i społecznych następstw zaburzeń	• wiedzy o stanie psychicznym dostarcza skrupulatnie prowadzona i dokładnie przeanalizowana książeczka zdrowia oraz wywiad • w czasie wizyt obserwujemy relacje panujące między dzieckiem a rodzicami (opiekunami) • wspieranie rodziców (opiekunów) w zaakceptowaniu zaburzeń rozwojowych ich dziecka • uświadomienie rodzicom (opiekunom) ich postaw przejawianych wobec dziecka oraz ich roli w pracy terapeutycznej • wytworzenie pozytywnego nastawienia wobec dziecka w przedszkolu lub szkole • podjecie ścisłej współpracy nauczyciela z logopedą oraz zaangażowanie go w pracę terapeutyczną
6. terapia	• praca terapeutyczna powinna być prowadzona już z dwuletnim dzieckiem, które nie opanowało mowy we właściwym stopniu w stosunku do wieku • w pracy rewalidacyjnej powinny brać udział: poradnia, rodzina, przedszkole lub szkoła, ponieważ tylko taka współpraca gwarantuje sukces

źródło: opracowanie własne na podstawie Parol 1997: 149-153

W terapii logopedycznej prowadzonej z dzieckiem z niedokształceniem mowy o typie afazji możemy wykorzystać opracowane przez Panasiuk (2010) standardy postępowania logopedycznego. W przypadku niedokształcenia mowy o typie afazji motorycznej (ekspresyjnej, ruchowej) proponuje ona następujące etapy terapii oraz ćwiczenia:

Tabela 11. Standardy postępowania logopedycznego w przypadku niedokształcenia mowy o typie afazji motorycznej (ekspresyjnej, ruchowej)

Etapy terapii	*Cele i ćwiczenia terapeutyczne*
etap I	• ćwiczenia relaksacyjne
etap II	• ćwiczenia ruchowe rozwijające ogólną sprawność motoryczną (motoryka duża)
etap III	• ćwiczenia rozwijające sprawność manualną (motoryka mała)
etap IV	• stymulowanie psychiczne gotowości do mówienia (drama)
etap V	• realizacja intencji komunikacyjnej przy użyciu kodów niewerbalnych • powtarzanie wypowiedzi zrytmizowanych – wierszyki, wyliczanki, piosenki
etap VI	• realizacja intencji komunikacyjnej bez udziału kodów para – werbalnych
etap VII	• ćwiczenia analizy i syntezy wypowiedzi przy wykorzystaniu rozmaitych analizatorów – kląskanie, rzucanie piłką, stukanie klockami, podskakiwanie
etap VIII	• ćwiczenia sprawności aparatu artykulacyjnego, oddechowego i fonacyjnego
etap IX	• ćwiczenia artykulacyjne
etap X	• ćwiczenia prozodyczne

źródło: Panasiuk 2010: 63

Kordyl (1968) podkreśla, że praca terapeutyczna z dzieckiem z niedokształceniem mowy o typie afazji ekspresyjnej (motorycznej, ruchowej), prowadzona systematycznie, daje pozytywne efekty. Znacznie wzrasta:

- zasób słownictwa;
- łatwość wypowiadania słów (w tym również dłuższych);
- poprawność fonetyczna i gramatyczna wypowiedzi;
- płynność wypowiadania;
- długość wypowiedzi;
- odwaga i ochota do wypowiadania się;
- ilość swobodnych wypowiedzi.

Natomiast podczas pracy z dzieckiem z niedokształceniem mowy o typie afazji sensorycznej (percepcyjnej) Panasiuk (2010) proponuje następujące etapy i rodzaje ćwiczeń:

Tabela 12. Standardy postępowania logopedycznego w przypadku niedokształcenia mowy o typie afazji sensorycznej (percepcyjnej)

Etapy terapii	*Cele i ćwiczenia terapeutyczne*
etap I	• ćwiczenia w rozpoznawaniu akustycznych właściwości dźwiękowych (długi – krótki, cichy – głośny, wysoki – niski)
etap II	• ćwiczenia w nadawaniu znaczeń dźwiękom: - semantyzacja dźwięków naturalnych (ziewanie, klaskanie, tupanie, gwizdanie) - symbolizacja dźwięków (onomatopeje) - odczytywanie barwy dźwięków (wesoło, żwawo, smutno, żałośnie, groźnie, łagodnie)
etap III	• rozpoznawanie znaczeń wzorców intonacyjnych (pytanie, polecenie, oznajmienie)
etap IV	• rozpoznawanie globalnego znaczenia wypowiedzi (do której sytuacji przedstawionej na ilustracji odnosi się dana wypowiedź)
etap V	• delimitacja tekstu na całostki intonacyjne (wypowiedzenia)
etap VI	• wyodrębnianie struktur tonicznych w obrębie zdania • wystukiwanie zestrojów akcentowanych
etap VII	• analiza sylabowa prostych zdań
etap VIII	• ćwiczenia w przyporządkowaniu nazw desygnatom
etap IX	• ćwiczenia w analizie i syntezie głoskowej i literowej
etap X	• ćwiczenia słuchu fonematycznego

źródło: Panasiuk 2010: 63

Terapia logopedyczna prowadzona z dzieckiem z afazją percepcyjną jest procesem powolnym i mimo prowadzonych działań nadal utrzymują się:

- trudności w rozumieniu i produkowaniu mowy;
- zniekształcenia w obrębie brzmienia wypowiadanych słów;
- agramatyzmy oraz błędy składniowe;
- komunikacja pozawerbalna.

Znacznej poprawie ulega kontakt emocjonalny z dzieckiem oraz jego aktywność artykulacyjna – dziecko mówi dużo i chętnie, jego słownik staje się bogatszy, zaczynają pojawiać się wyuczone schematy zdaniowe oraz spontaniczne wypowiedzi (Kordyl 1968).

Wykorzystane w pracy z dzieckiem z niedokształceniem mowy o typie afazji ćwiczenia powinny być krótkie i ograniczać zakres realizowanego materiału ściśle do tematyki wykorzystywanej w czasie jednostki terapeutycznej, tak aby dziecko było zainteresowane tym, co robi i potrafiło skupić uwagę na zadaniu.

Bibliografia

Balejko A. (2003): *Diagnoza i terapia osób z afazją*, ORTHDRUK, Białystok.

Borkowska A., Domańska Ł. (2006): *Neuropsychologia kliniczna dziecka,* Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

Daniluk B. (2006): *Specyficzne zaburzenia językowe u dzieci,* [w:] A. Borkowska, Ł. Domańska (red.): *Neuropsychologia kliniczna dziecka,* Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

Dilling-Ostrowska E. (1990): *Zaburzenia mowy,* [w:] J. Czochańska (red.), *Neurologia dziecięca,* PZWL, Warszawa.

Dilling-Ostrowska E. (1982): *Rozwój i zaburzenia mowy u dzieci w zależności od stopnia dojrzałości układu nerwowego,* [w:] J. Szumska (red.) *Zaburzenia mowy u dzieci*, PZWL, Warszawa.

Gałkowski T., Jastrzębowska G. (1999): *Logopedia. Pytania i odpowiedzi,* Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole.

Gleason J. B., Ratner N. B. (2005): *Psycholingwistyka,* GWP, Gdańsk.

Herzyk A. (1998): *Afazja dziecięca,* Biuletyn – Czasopismo Polskich Terapeutów Mowy, Wydawnictwo Fundacji ORATOR.

Herzyk A. (1992): *Afazja i mutyzm dziecięcy,* Wydawnictwo PZM, Lublin.

Jastrzębowska G. (1998a): *Podstawy teorii i diagnozy logopedycznej,* Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole.

Jastrzębowska G. (1998b): *Dysfazja, afazja u dzieci,* Biuletyn – Czasopismo Polskich Terapeutów Mowy, Wydawnictwo Fundacji ORATOR.

Jastrzębowska G. (1999): *Afazja, dysfazja dziecięca,* [w:] T. Gałkowski, G. Jastrzębowska (red.): *Logopedia. Pytania i odpowiedzi,* Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole.

Jastrzębowska G. (2001): *Z metodologii opisu alalii (afazji, dysfazji rozwojowej),* [w:] S. Grabias (red.): *Zaburzenia mowy,* Wydawnictwo Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin.

Kordyl Z. (1968): *Psychologiczne problemy afazji dziecięcej,* PWN, Warszawa.

Kordyl Z. (1969): *Mowa dzieci afatycznych*, „Logopedia" nr 8/9.

Kurcz I. (1995): *Pamięć. Uczenie się. Język,* Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

Łuria A. (1967): *Zaburzenia wyższych czynności korowych wskutek ogniskowych uszkodzeń mózgu. Wprowadzenie do neuropsychologii,* PWN, Warszawa.

Maruszewski M. (1966): *Afazja – zagadnienia teorii i praktyki,* PWN, Warszawa.

Minczakiewicz E. M. (1997): *Mowa – rozwój – zaburzenia – terapia,* Wydawnictwo Naukowe AP, Kraków.

Panasiuk J. (2008): *Standard postępowania logopedycznego w przypadku alalii i niedokształcenia mowy o typie afazji,* [w:] „Logopedia" nr 37, *Standardy postępowania logopedycznego*, Polskie Towarzystwo Logopedyczne, Lublin, s. 69-88.

Panasiuk J. (2010): *Zaburzenia mowy u dzieci chorych neurologicznie – diagnoza i terapia logopedyczna.* [w:] B. Cyl (red.): *Różne aspekty rozwoju mowy,* Regionalny Ośrodek Metodyczno – Edukacyjny METIS, Katowice.

Parol U. (1997): *Dziecko z niedokształceniem mowy. Diagnoza, analiza, terapia,* WSiP, Warszawa.

Skorek E. M. (2002): *Z logopedią na ty. Podręczny słownik logopedyczny,* Oficyna Wydawnicza IMPULS, Kraków.

Styczek I. (1980): *Logopedia,* PWN, Warszawa.

Szumska J. (1982): *Zaburzenia mowy u dzieci,* PZWL, Warszawa.

Zaleski T. (1992): *Opóźniony rozwój mowy,* PZWL, Warszawa.