

Afazja

W psychologii, pedagogice, logopedii, medycynie pojęciem tym określa się trzy rodzaje zaburzeń mowy:

- wynikające z niewykształcenia kompetencji językowych;
- związane z niewystarczającym wykształceniem kompetencji językowych;
- spowodowane utratą prawidłowo ukształtowanych kompetencji językowych.

Zaburzenia wynikające z niewykształcenia kompetencji językowych to **rozwojowa afazja dziecięca**.

Jest to brak rozwoju mowy wywołany patogennymi czynnikami w najwcześniejszym okresie życia

- prenatalnym,
- perinatalnym,
- postnatalnym – do ukończenia pierwszego roku życia,

Zaburzenia związane z niedokształceniem kompetencji językowych określa się mianem **nabytej afazji dziecięcej**.

Polega ona na zahamowaniu wcześniej prawidłowo przebiegającego rozwoju mowy lub utracie już zdobytych umiejętności językowych.

Afazja to zaburzenie neurologiczne, którego przyczynę stanowią nieprawidłowości w funkcjonowaniu lub uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego (ośrodków mowy w mózgu bądź połączeń nerwowych pomiędzy nimi).

Najczęściej wymienianymi przyczynami tego syndromu są:

- wrodzone wady budowy mózgu (np. nieprawidłowe wykształcenie obszarów odpowiedzialnych za mowę);
- niedostateczny rozwój lub opóźnienie dojrzewania neurologicznych procesów odpowiedzialnych za mowę (np. opóźniony proces mielinizacji włókien nerwowych);
- mikrouszkodzenia mózgu powstałe w wyniku udarów, guzów, urazów, zatruc toksynami, napromieniowaniem, procesami zapalnymi.

Prawdopodobne jest także podłoże genetyczne afazji z uwagi na fakt, iż zdarzają się sytuacje występowania kilku przypadków tego typu zaburzeń w rodzinie.

Aby postawić diagnozę afazji dziecięcej, należy wykluczyć szereg innych schorzeń i nieprawidłowości. Przede wszystkim deficyty mowy powinny mieć charakter pierwotny. Nie mogą wynikać z zaburzeń pamięci czy emocji, całościowych zaburzeń rozwojowych, schizofrenii.

Ponadto syndrom ten może zostać orzeczone u dzieci, które:

- posiadają sprawny aparat artykulacyjny;
- mają słuch w normie;
- są prawidłowo rozwinięte intelektualnie;
- nie doświadczają deprivacji środowiskowej;

Omawiane zaburzenie nie jest spowodowane błędami wychowawczymi czy zaniedbaniem ze strony opiekunów. Deprivacja środowiskowa może być jednym z czynników wpływających na przebieg afazji, ale nie jest jej bezpośrednią przyczyną.

Dziecko z afazją funkcjonuje jak człowiek rozmawiający z cudzoziemcami, których język zna bardzo słabo. Nie jest zdolne do powiedzenia tego, co chce. Ma problemy ze znalezieniem właściwych słów i skonstruowaniem zdań, za pomocą których mogłoby zwerbalizować swoje myśli. Zjawisko to określa się mianem upośledzenia mowy czynnej. Nie jest też w stanie zrozumieć, co mówią inni. Pojmuje pojedyncze słowa, ale nie potrafi wychwycić sensu całej wypowiedzi. Trudności te nazywane są upośledzeniem mowy biernej.

Najczęściej wyróżnia się trzy rodzaje afatycznych zaburzeń mowy:

- afazja ekspresyjna (ruchowa, motoryczna, afazja Broki);
- afazja percepcyjna (sensoryczna, czuciowa, afazja Wernickiego);
- afazja mieszana (percepcyjno–ekspresyjna, ruchowo-czuciowa).

Dzieci z afazją ekspresyjną nie przejawiają poważnych problemów w rozumieniu języka. Tracą natomiast zdolność mówienia. Zdają sobie sprawę, jakie myśli pragną wyrazić, ale nie znajdują na to odpowiednich słów.

Dla funkcjonowania językowego dzieci z afazją ekspresyjną
najbardziej charakterystyczne są:

- niewykształcenie lub zanik mowy spontanicznej (utrudnione bądź zahamowane inicjowanie wypowiedzi);
- niezdolność generowania dłuższych komunikatów werbalnych (stosowanie krótkich, prostych zdań lub zwrotów, opuszczanie słów trudnych do przypomnienia, przyimków, co nadaje mowie styl „telegraficzny”);
- powolny, mało płynny, sylabizowany sposób mówienia;
- powtarzanie słów, zwrotów zasłyszanych przed chwilą (echolalia);
- zastępowanie brakujących słów, głosek innymi (parafrazje);
- przestawianie kolejności sylab w wyrazie, głosek w sylabie (metatezy);
- błędy gramatyczne (agramatyzmy);
- szyk przestawny w zdaniach (inwersja);
- nadużywanie słów ogólnikowych;
- wielokrotne stosowanie tego samego słowa podczas wypowiedzi.

Dzieci dotknięte afazją percepcyjną mają trudności z rozumieniem języka przy zachowanej zdolności mówienia. Słyszą mowę innych i same mówią, lecz nie wychwytyują sensu własnych ani cudzych wypowiedzi.

Dla funkcjonowania językowego dzieci z afazją percepcyjną najbardziej charakterystyczne są:

- trudności w zakresie interpretacji wyrażen określających stosunki przestrzenne, czasowe, zależności;
- nierozumienie pojęć abstrakcyjnych, uogólniających;
- mechaniczne powtarzanie usłyszanych pytań, poleceń, wynikające z ich niezrozumienia;
- brak lub nieadekwatność reakcji na pytania, polecenia, związane z niemożnością ich zinterpretowania;
- stosunkowo łatwe, spontaniczne inicjowanie mowy (np. potok słów, gadatliwość – logorea);
- błędy gramatyczne (agramatyzmy);
- zniekształcanie wyrazów;
- używanie słów niezgodnie z ich znaczeniem;
- wypowiedzi pozbawione logiki;
- mowa niezrozumiała, sprawiająca wrażenie obcego języka (afazja żargonowa).

U dzieci cierpiących na afazję mieszaną występuje zespół objawów charakterystycznych dla obu typów zaburzenia: ekspresyjnego i percepcyjnego.

Afazji ekspresyjnej i percepcyjnej często towarzyszą zaburzenia mowy o charakterze **amnestycznym**. Polegają one na niemożności przypomnienia sobie właściwych słów do określenia konkretnych przedmiotów i pojęć. Wskutek tego dziecko określa rzeczy i zjawiska opisowo.

Gdy podamy mu pierwszą zgłoskę, szybko odnajduje właściwe słowo.

Afazji mogą towarzyszyć także inne trudności. Określa się je jako zaburzenia współistniejące.

Do najczęściej występujących zaburzeń towarzyszących afazji należą:

- problemy z pamięcią;
- trudności w koncentracji uwagi przy odbiorze tekstu słuchanego i czytanego;
- nieprawidłowości w procesie czytania i pisania;
- wtórne zaburzenia emocjonalne powstałe na tle dysfunkcji mowy.

W praktyce nie zdarza się, by dwoje dzieci z afazją miało identyczne objawy. Również u jednego dziecka nie obserwuje się stałości w zakresie występujących symptomów. Mogą się one pojawiać falami lub występować w różnym natężeniu. W rezultacie każde dziecko dotknięte zaburzeniami mowy typu afatycznego funkcjonuje inaczej, w zależności od aktualnej kondycji organizmu, samopoczucia, nastroju, stopnia zainteresowania rozmową, okoliczności.

Leczenie afazji odbywa się poprzez terapię neurologopedyczną lub neuropsychologiczną.

Terapia afazji powinna się odbywać według następujących zasad:

- leczenie należy wdrożyć jak najszybciej;
- terapia musi być prowadzona intensywnie i systematycznie;
- oddziaływania korekcyjne trzeba dopasować do indywidualnych potrzeb i możliwości dziecka;
- proces terapeutyczny powinien przebiegać w przyjaznej atmosferze i bezpiecznym dla dziecka otoczeniu;
- w leczenie należy zaangażować całą rodzinę, której uprzednio uświadamia się istotę problemów dziecka.

Rokowania dla dzieci poddanych szybkiej, systematycznej i intensywnej terapii są dobre. Wynika to ze zjawiska plastyczności mózgu, wskutek którego zachodzi możliwość odtworzenia zaburzonych funkcji poprzez wykorzystanie nieuszkodzonych obszarów.

Celem terapii afazji jest umożliwienie dziecku porozumiewania się z otoczeniem oraz adekwatnego do posiadanego potencjału intelektualnego funkcjonowania społecznego. Aby osiągnąć te zamierzenia, terapeuta dąży do wykształcenia u dziecka efektywnych wzorców zachowań komunikacyjnych (przy użyciu środków werbalnych i pomocniczych: pozawerbalnych) oraz emocjonalnej gotowości do podejmowania kontaktów społecznych w oparciu o interakcje językowe.

Niezależnie od oddziaływań korekcyjnych podejmowanych przez terapeutę, każdy człowiek mający kontakt z dzieckiem afatycznym może wspomagać proces jego porozumiewania się.

W tym celu powinien przestrzegać następujących zasad:

- relacją z dzieckiem afatycznym należy tak kierować, by rozbudzać w nim motywację do inicjowania i podejmowania interakcji werbalnych;
- wszelkie zachowania komunikacyjne dziecka z afazją muszą być dostrzegane i pozytywnie wzmacniane;
- w rozmowie z dzieckiem afatycznym należy niewerbalnie ilustrować przekaz słowny (gesty, mimika, rysowanie, wskazywanie palcem);
- do dziecka z afazją trzeba mówić powoli, z częstymi pauzami, stosując krótkie, proste zdania, podkreślając słowa kluczowe;
- komunikując się z dzieckiem afatycznym należy upewniać się, czy rozumie, co mówimy oraz, w miarę potrzeby, powtarzać swoje wypowiedzi;
- należy okazywać zrozumienie i cierpliwość, kiedy dziecko cierpiące na afazję długo zastanawia się nad wypowiedzią;
- nie wolno karać ani zawstydzać dziecka afatycznego z powodu trudności, jakie napotyka w procesie porozumiewania.