

Afazja rozwojowa

Na podstawie materiałów ze strony internetowej stowarzyszenia „Razem Rozkodujemy Afazję” oraz artykułu Jolanty Panasiuk „Standard postępowania logopedycznego w przypadku alalii i niedokształcenia mowy o typie afazji” prezentację przygotowała
Ewa Kucharczyk

Rodzice po diagnozie „afazja” często przeżywają szok? Co to jest? Jak z tym żyć? Jak pomóc dziecku? Niestety nie zawsze wszystko jest jasno i klarownie wyjaśnione – Nam rodzicom. A co to takiego ta „afazja rozwojowa”? Ponieważ wśród polskich specjalistów – zajmujących się diagnozowaniem zaburzeń mowy u dzieci – nie ma porozumienia w stosunku do jednoznacznej terminologii, bywa że na określenie afazji rozwojowej stosuje się zamiennie takie terminy jak:

- niedokształcenie mowy o typie afazji
- niedokształcenie mowy pochodzenia korowego
- niedorozwój mowy
- dysfazja
- alalia
- SLI

Wyróżnia się trzy rodzaje afazji rozwojowej:

- afazja rozwojowa typu ekspresyjnego (ruchowa, motoryczna) czyli wtedy gdy dziecko nie mówi lub mówi bardzo słabo, ale rozumie mowę;
- afazja rozwojowa typu percepcyjnego (sensoryczna) czyli rozumienie mowy otoczenia jest dla dziecka ograniczone, natomiast mowa czynna dziecka jest bardzo agramatyczna i niewyraźna (dziecko posługuje się „swoim” językiem);
- afazja rozwojowa typu mieszanego (motoryczno-sensoryczna) czyli połączenie obu poprzednich tzn. dziecko nie mówi (lub słabo mówi) oraz nie rozumie mowy otoczenia.

Objawy afazji rozwojowej:

- zaburzenie albo zniesienie zdolności wyrażania myśli słowami, powolna, oszczędna w słowach mowa, składanie słów i zdań odbywa się z wysiłkiem,
- niemożność naturalnego opanowania systemu gramatycznego i składni np.: niewłaściwa fleksja, parafazje głoskowe (zamiany głosek, opuszczanie i przestawianie głosek), parafazje słowne (wtrącanie błędnych słów), niewłaściwa forma gramatyczna (agramatyzmy), uproszczenia w budowie zdań przez np. opuszczanie przyimków i niezmiennianie końcówek rzeczowników (styl depeuszowy albo styl telegraficzny),

- zaburzenia o charakterze amnestycznym – zapominanie już nabytego słownictwa, dziecko nie potrafi przypomnieć sobie właściwych słów do określenia przedmiotów i pojęć, przedmioty określa opisowo (np. pióro – „to do pisania”),
- problemy z uczeniem się nowych słów i zapamiętywaniem ich znaczeń,
- trudności z powtarzaniem cudzych słów i zdań,
- tworzenie neologizmów, zniekształcenia słów, często niezrozumiała mowa,
- w przypadku afazji czuciowej: zaburzenie rozumienia mowy, dzieci rozumieją sens pytań i zdań dopiero po kilkakrotnym powtórzeniu, czasami rozumieją sens niektórych słów, ale nie rozumieją znaczenia całego zdania.

Oprócz ewidentnych problemów z mową, dzieci z afazją cierpią jednocześnie na:

- trudności w czytaniu (aleksja) i pisaniu (agrafia) – występujące w różnym stopniu,
- ograniczenia w uczeniu się na pamięć (dzieci wolniej zapamiętują, niedokładnie, nieadekwatnie, szybciej zapominają),
- problemy z koncentracją,
- dysharmonię rozwojową, problemy z motoryką małą i dużą, zaburzenia integracji sensorycznej, męczliwość,
- nerwowość, lękliwość, nadpobudliwość, problemy emocjonalne, obniżone poczucie własnej wartości, unikanie kontaktów społecznych, izolowanie się.

Diagnoza

Dzieci, u których podejrzewana jest afazja rozwojowa, powinny zostać poddane wielospecjalistycznej diagnozie.

W pierwszej kolejności warto wykonać następujące badania, dzięki którym będzie można stwierdzić, czy zaburzenia w rozwoju mowy nie są wynikiem innych nieprawidłowości:

- Badanie audiologiczne w celu wykluczenia niedosłuchu, głuchoty jako podłoża braku rozwoju języka lub jego opóźnienia (najczęściej wykonywanymi badaniami u dzieci są: tympanogram, otoemisja, ABR);
- Badanie neurologiczne oraz badanie EEG (w celu wykluczenia padaczki).

W przypadku prawidłowych wyników EEG specjaliści zazwyczaj nie widzą medycznych podstaw do zlecenia dalszych badań neuroobrazowych mózgu (rezonans magnetyczny, tomografia komputerowa) ponieważ często nie uwidaczniają one ewentualnych mikrouszkodzeń.

- Inne badania w celu wykluczenia np. problemów z tarczycą, chorób metabolicznych czy też genetycznych.

Wizyta w Poradni Psychologiczno - Pedagogicznej

Wizyta w PPP jest istotna z dwóch powodów:

– specjaliści wypowiedzą się na temat ewentualnych nieprawidłowości w rozwoju dziecka.

W przypadku gdy nie będą w stanie postawić diagnozy, wskażą kierunek, w jakim powinny być przeprowadzane dalsze badania i obserwacje. Warto też wspomnieć, że postawienie diagnozy afazji rozwojowej nie jest łatwe, dlatego też często rodzice wychodzą z PPP z zaleceniem szukania przyczyn nieprawidłowości na własną rękę.

– w przypadku, gdy zostanie postawiona diagnoza afazji, dziecku przysługuje pomoc w postaci wczesnego wspomagania rozwoju, które obejmuje dzieci przedszkolne i „zerówkowe” oraz kształcenie specjalne, które realizowane jest zarówno w przedszkolach jak i szkołach. Dlatego też warto diagnozowanie rozpocząć właśnie od PPP.

Trudności diagnostyczne

Niestety postawienie diagnozy afazji rozwojowej następuje specjalistom wielu trudności a ewidentne problemy mogą być ignorowane nawet przez lekarzy specjalistów. W praktyce oznacza to, że ostateczną diagnozę dzieci uzyskują nawet po kilku latach błędzenia po różnych poradniach i ośrodkach, często dopiero pod koniec swojej edukacji przedszkolnej, ale zdarza się, że jeszcze później.

Diagnoza różnicowa

Kryterium	Afazja rozwojowa	Niedosluch
Wyniki badań słuchu	Możliwe są zmienne wyniki, niekiedy niewielkie obniżenie poziomu słyszenia (ok. 25-30 dB). Konieczna jest wielokrotna obserwacja dziecka w różnych sytuacjach	Wyniki audiometrii, ABR wskazują na obniżenie poziomu słyszenia, wyniki badań - o podobnych wartościach
Barwa głosu, prozodia	Prawidłowa modulacja i intonacja. Głos naturalny, dźwięczny, dziecięcy.	Głos pozbawiony dźwięczności, brak lub nieprawidłowa modulacja, intonacja, brak kontroli wysokości i natężenia głosu
Reakcja na muzykę	Dzieci tańczą i podśpiewują	Muzyka nie budzi większego zainteresowania. Brak reakcji na dźwięki
Reakcja na hałas	Dzieci stają się pobudzone, drażliwe, niespokojne	Dzieci reagują zaciekawieniem, uspokajają się, słuchają
Reakcja na dźwięki	Często niejednoznaczna, zmienna reakcja na bodźce słuchowe Większa wrażliwość na częstotliwość dźwięków Negatywna reakcja na zastosowane wzmocnienie (często nadwrażliwość słuchowa) Dziecko nie akceptuje aparatu, reakcja negatywna na wzmocnienia natężenia dźwięku	Przy odbiorze dźwięków główne znaczenie ma jego natężenie. Reakcje dzieci są bardziej stałe, zazwyczaj brak reakcji na bodźce ciche, dopiero bodźce o dostatecznym wzmocnieniu wywołują reakcje Pozytywny efekt po zastosowaniu odpowiedniego wzmocnienia (aparat, implant ślimakowy)
Zainteresowanie mową	Brak zainteresowania mową, dziecko nie zwraca uwagi na twarz osoby mówiącej	Zainteresowanie mową, odczytywanie mowy z ust
Opanowanie umiejętności czytania i pisania	Częściej czytają i piszą bez zrozumienia. Opanowanie tych umiejętności ważnym sposobem utrwalania struktur językowych	Dość trwale łączą rozumienie mowy z obrazem graficznym Opanowanie tych umiejętności ważnym sposobem utrwalania struktur językowych
Trwałość efektów	Częstsze zapominanie utrwalanego materiału	Lepsze zapamiętywanie utrwalanego materiału

Kryterium	Afazja rozwojowa	Dyzartria
Patomechanizm i objawy	Zaburzenia w kształtowaniu wzorców korowych Zaburzenia dotyczą całego systemu językowego Zaburzenia fonematyczne, fonetyczne, leksykalne, morfologiczne, składniowe	Zaburzenia dotyczą tylko wykonawczej strony mowy Zaburzenia realizacji dźwięków Zaburzenia fonetyczne
Budowa i funkcjonowanie oddechowego, fonacyjnego i aparatu artykulacyjnego, prozodia	Prawidłowa Brak zaburzeń napięcia, czucia i odruchów	Zaburzona funkcja (często porażenia, niedowłady) Zaburzenia w zakresie : - napięcia mięśni - odruchów (wygórowane lub osłabione) - koordynacji pracy poszczególnych grup mięśni - czucia powierzchniowego - oddechu - fonacji - prozodii
Zaburzenia w realizacji dźwięków	Większość dźwięków zaburzona (substytucje, elizje, zniekształcenia) zmienność realizacji Nieprawidłowości dotyczą dźwięków artykulacyjnie złożonych jak i prostych	Stałe zniekształcenia dźwięków Dominują zniekształcenia, częściej dźwięki złożone
Rozumienie mowy	Zaburzenia rozumienia	Brak zaburzeń rozumienia
Opanowanie umiejętności czytania i pisanania	Trudności w opanowaniu tych umiejętności. Zaburzenia takie, jak w mowie	Nie występują zaburzenia pisma i czytania (oprócz techniki)

Kryterium	Afazja rozwojowa	Niedokształcenie mowy towarzyszące niepełnosprawności intelektualnej
Przyczyna	Uszkodzenie mózgu, dysfunkcje mózgowie	Uszkodzenie mózgu, dysfunkcje mózgowie
Stopień abstrakcji i logicznego myślenia	Zdolność do opanowania pojęć abstrakcyjnych Dzieci potrafią uogólnić zdobyte informacje, umiejętności Stosunkowo szeroki zasób pojęć, prawidłowe rozumowanie niewerbalne i dostrzeganie związków między zjawiskami- przy trudności słownego ich wyrażenia	Myślenie na poziomie konkretnym, trudności w abstrahowaniu i uogólnianiu Zubożony zasób pojęć. Trudności w dostrzeganiu istotnych cech przedmiotów i związków między zjawiskami
Wyniki testów inteligencji	Duża dysproporcja pomiędzy skalami niewerbalną i werbalną	Mała lub brak dysproporcji między skalami
Reakcja na własne trudności	Świadomość własnych trudności, samokrytycyzm Dużo lepiej wykorzystują pomoc w realizacji zadań Większa motywacja do pokonywania trudności	Obniżony samokrytycyzm Gorzej podchwytyją kierowaną do nich pomoc Niska motywacja
Adekwatność zachowań	Umiejętność adekwatnego zachowania społecznego	Trudności dotyczące różnych sfer zachowania społecznego
Wyniki prób językowych Dysproporcja między mową bierną a czynną	Właściwe uporządkowanie historyjek obrazkowych – dostrzeganie relacji przyczynowo-skutkowych, trudność w opowiedzeniu treści O wiele więcej dzieci rozumieją niż potrafią wypowiedzieć	Trudność we właściwym odtworzeniu przebiegu zdarzeń przedstawionych na obrazkach historyjki Mniejsza dysproporcja
Opanowanie umiejętności czytania i pisania	Trudności w opanowaniu tych umiejętności. Zaburzenia takie, jak w mowie	W zależności od stopnia niepełnosprawności różny stopień trudności w opanowaniu tych umiejętności, niemożność opanowania tych umiejętności
Objawy językowe	Niestałość, zmienność	Większa stałość
Męczliwość, koncentracja uwagi	Mniejsza odwracalność uwagi, większa wytrwałość	Duży stopień męczliwości, b. krótka koncentracja uwagi
Efekty terapii	Terapia trwa wiele lat. Konieczność powtarzania, utrwalania różnych struktur językowych	Terapia trwa wiele lat. Konieczność powtarzania, utrwalania różnych struktur językowych

Kryterium	Afazja rozwojowa	Opóźniony rozwój mowy
1. Przyczyny	Zaburzenia neurologiczne, dysfunkcje mózgowe	Brak uszkodzeń neurologicznych
1. Historia rozwoju dziecka	Najczęściej obciążony wywiad	Nie ma obciążeń w wywiadzie. W rodzinie dziecka może występować pewna tendencja do późniejszego opanowywanie mowy
1. Rozumienie mowy i funkcjonowanie słuchu fonematycznego	Zaburzenia rozumienia Zaburzenia słuchu fonematycznego	Rozumienie mowy na poziomie wieku Nie występują zaburzenia słuchu fonematycznego
1. Realizacja struktur językowych	niestałość	Stażość realizacji wymówień w funkcji komunikatów słownych
1. Rozwój motoryczny	Często – ogólna niezgrabność ruchowa, brak dobrej koordynacji ruchów i ich precyzji Niekiedy opóźniony rozwój motoryczny	Zazwyczaj dobry rozwój ruchowy, zdarza się brak dobrej koordynacji ruchów i ich precyzji, niekiedy opóźniony rozwój motoryczny
1. Tempo i dynamika ustępowania objawów Stopień opanowania mowy	Powolne tempo nabywania nowych umiejętności językowych	Proste opóźnienie mowy wyrównanie poziomu rozwoju mowy do poziomu rówieśników – do 3 r.ż. (wskazówki dla rodziców) Opóźnienie rozwoju mowy – wyrównywanie trwa do 5-6 r.ż (stymulacja rozwoju mowy)
1. Trwałość opanowanych umiejętności	Zmienność, nietrwałość	Trwałe

Kryterium	NMPK	Mutyzm psychogeny
Przyczyna	Zaburzenie o podłożu organicznym i/lub funkcjonalnym	Zaburzenie powstaje w wyniku urazu psychicznego, wydarzenia traumatycznego
Stalność i dynamika zaburzenia	Zaburzenie występuje niezależnie od sytuacji. Rejestruje się je od początku rozwoju mowy	Zaburzenie najczęściej objawia się tylko w określonych sytuacjach. Mowa rozwijała się prawidłowo. Dziecko ma opanowany język na poziomie wieku rozwojowego.
Postępy / rokowanie	Postęp w terapii jest powolny. Długo utrzymują się agramatyzmy	Skuteczna terapia psychologiczna dziecka i najbliższego środowiska

Strategie i metody postępowania

W strategiach postępowania terapii mowy należy odwołać się do biologicznych praw warunkujących nabywanie języka w ontogenezie przez dzieci zdrowe, które określają następujący porządek oddziaływań.

1. Kształtowanie odruchów.
2. Kształtowanie spostrzeżeń
3. Kształtowanie pojęć
4. Kształtowanie refleksji nad słowami jako znakami języka

Postępowanie terapeutyczne powinno obejmować zajęcia ogólnorozwojowe, aktywizujące myślenie, rozwijające sprawności umysłowe, funkcje poznawcze, zorientowane na ćwiczenia koncentracji i uwagi. W zależności od rodzaju mechanizmu warunkującego trudności w opanowaniu języka stosuje się zajęcia słuchowo - ruchowe – gimnastykę, logorytmikę, kształcenie funkcji percepcyjnych, umuzykalnianie, relaksację lub zajęcia wzrokowo - ruchowe, które podnoszą poziom koordynacji wzrokowo – ruchowej, grafomotoryki, percepcji wzrokowej oraz utrwalają orientację w schemacie ciała i w przestrzeni. Wszystkie typy zajęć powinny stymulować rozwój procesów psychomotorycznych, emocjonalno – motywacyjnych i poznawczych na materiale werbalnym, literowym i wyrazowym. Optymalną formą realizacji tych metod jest ukierunkowana zabawa.