

Sławomira Załęska

Afazja znana i nieznana

Zazwyczaj do każdej klasy uczęszczają uczniowie będący na różnym poziomie edukacyjnym. Taka sytuacja ukierunkowuje pracę nauczyciela na indywidualizację procesu kształcenia. Zadaniem szkoły jest realizowanie programu nauczania skoncentrowanego na dziecku, na jego indywidualnym tempie rozwoju i możliwościach uczenia. Podejmując próbę ustalenia, co może być podstawą prawną indywidualizacji nauczania, nauczyciel znajdzie rozporządzenie MEN z dnia 17 listopada 2010 roku w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz. U. Nr 228, poz. 1487), które będą stosowane w szkołach podstawowych i ponadgimnazjalnych od roku szkolnego 2012/2013, a w przedszkolach i gimnazjach od roku 2011/2012. Regulacje zawarte w rozporządzeniu mają na celu zapewnienie pomocy psychologiczno-pedagogicznej w środowisku nauczania i wychowania ucznia – jak najbliżej dziecka. Uczeń powinien, w myśl tego rozporządzenia, mieć zapewnione wsparcie i zindywidualizowaną pomoc, udzielaną na podstawie rozpoznania dokonanego w szkole podstawowej na obowiązkowych i dodatkowych zajęciach edukacyjnych. Rozpoznanie potrzeb dziecka powinno dotyczyć zarówno trudności w uczeniu się, jak i jego indywidualnych predyspozycji oraz uzdolnień. Wdrożenie proponowanych w rozporządzeniu zmian zapewne przyczyni się m.in. do zwiększenia szans edukacyjnych dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Te zmiany są naturalną konsekwencją zmian w obszarze wychowania przedszkolnego i kształcenia ogólnego, wprowadzonych rozporządzeniem MEN z dnia 23 grudnia 2008 roku w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz. U. z 2009 r. Nr 4, poz. 17). Przedmiotem zmian są też rozporządzenia MEN:

- w sprawie organizowania warunków kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych oraz niedostosowanych społecznie w przedszkolach, szkołach i oddziałach ogólnodostępnych lub integracyjnych,
- w sprawie organizowania warunków kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych oraz niedostosowanych społecznie w specjalnych przedszkolach, szkołach i oddziałach oraz w ośrodkach.

W świetle wprowadzonych regulacji dotyczących rozpoznawania możliwości psychofizycznych oraz rozpoznawania i zaspokajania indywidualnych potrzeb rozwojowych oraz edukacyjnych dzieci i młodzieży ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, nauczyciele i specjaliści zatrudnieni w szkole będą opracowywać i realizować indywidualne programy edukacyjno-terapeutyczne dla uczniów niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym.

Ponizej odniosę się głównie do zagadnienia pracy nauczyciela w szkole z dzieckiem z afazją, w zakresie udzielania uczniowi pomocy w wyniku rozpoznania zaburzeń komunikacji językowej i przewlekłej choroby (patrz §2.1 rozporządzenia MEN z dnia 17 listopada 2010 roku). Dane pozyskane z Systemu Informacji Oświatowej wskazują na wysoki odsetek dzieci i młodzieży wymagających pomocy psychologiczno-pedagogicznej w tym zakresie i ciągle wykazują tendencję wzrostową.

Zaburzenia mowy a zakłócenia rozwoju psychoruchowego dziecka

Mowa jest istotnym czynnikiem warunkującym rozwój psychiczny człowieka, jak również regulującym jego stosunki z otoczeniem. Zaliczana jest ona do składowych wyższych procesów psychicznych, kształtujących się w złożonym procesie uczenia się w ramach obowiązującego systemu językowego.

W tym złożonym procesie nabywania sprawności językowych dostrzec można wyraźne różnice indywidualne. O różnicach tych decydują za-

równowarunkowania biologiczne, jak i społeczne, w jakich kształtuje się rozwój psychofizyczny dziecka. Jednocześnie bardzo wyraźnie dostrzega się wzajemne uwarunkowania rozwoju mowy dziecka jego rozwojem psychicznym i motorycznym. Stąd też wszelkie zaburzenia rozwoju psychoruchowego mogą doprowadzać do zaburzeń mowy. Również zaburzenia rozwoju mowy mogą opóźniać lub upośledzać rozwój innych funkcji psychomotorycznych. Dlatego też zaburzenia rozwoju mowy i języka rozpatruje się na tle ogólnego rozwoju psychofizycznego dziecka.

Biorąc pod uwagę patomechanizm zaburzeń rozwoju mowy, wyróżnia się:

- zaburzenia pierwotne – występujące wówczas, gdy zaburzenie jest bezpośrednim skutkiem działania czynnika patogenego, np. afazji rozwojowej,
- zaburzenia wtórne – będące pośrednim skutkiem działania czynnika patogenego, tzn. jedno zaburzenie, np. rozwoju umysłowego czy głuchoty, wywołuje drugie, np. zaburzenia komunikacji.

To, iż zaburzenia rozwoju mowy mogą być zarówno przyczyną, jak i skutkiem innych zaburzeń rozwojowych, sprawia, że patomechanizm zaburzeń rozwoju komunikacji może być dwójaki. I tak czynnik patogenny, zarówno biologiczny, jak i psychospołeczny, może wywołać zaburzenie pierwotne, np. emocjonalne, które może, choć nie musi, prowadzić do powstawania zaburzeń wtórnych, np. do jąkania. Może również wystąpić sytuacja niejako odwrotna – zaburzenie pierwotne w postaci jąkania prowadzić może do powstania zaburzeń emocjonalnych jako zaburzeń wtórnych (do których w takich przypadkach najczęściej dochodzi).

Powyższy podział wyraźnie podkreśla występowanie związków przyczynowo-skutkowych oraz zależności między różnymi sferami rozwoju, a także konsekwencji działania czynnika patogenego. W związku z tym zaburzenia rozwoju mowy nie są i nie powinny być rozpatrywane jako zjawiska izolowane.

Biorąc pod uwagę takie kryteria, jak etiologia, patomechanizm oraz charakter obserwowanych u dzieci zjawisk językowych lokalizujących się na pograniczu normy lub poniżej niej, a także ich konsekwencji dla dalszego rozwoju, wyodrębnia się następujące nieprawidłowości w rozwoju mowy i języka:

- **zakłócenia** rozwoju mowy – w tej sytuacji mowa rozwija się na prawidłowym podłożu i nie ma charakteru patologicznego,

- **zaburzenia** rozwoju mowy – wówczas mowa rozwija się na nieprawidłowym podłożu, tzn. nie ma warunków anatomicznych czy psychoneurologicznych do jej rozwoju.

Najważniejszym i jedynym objawem zakłóceń rozwoju mowy jest jej samoistne opóźnienie, wynikające z wolniejszego tempa i rytmu rozwoju oraz wolniejszego tempa dojrzewania układu nerwowego. Opóźnienie to powinno wyrównać się do piątego roku życia. Tak więc kwalifikowane jest ono do normalnych przejawów rozwoju, wśród których wyróżniamy:

- wycinkowe opóźnienie rozwoju mowy – wynikające z indywidualnego tempa i rytmu rozwoju będącego przejawem dysharmonii rozwojowej, np. dziecko długo wypowiada tylko kilka sylab lub słów, za pomocą których komunikuje się z otoczeniem, lub też naśladuje jedynie melodię mowy otoczenia (jednakże sposób zabawy i zachowania się dowodzą, że jego inteligencja jest na poziomie normy),
- zespół opóźnienia mowy czynnej – wynikający z niedojrzałości aparatu artykulacyjnego przy prawidłowo rozwiniętych ośrodkach rozumienia mowy i prawidłowych czynnościach myślenia słownego (w związku z czym dzieci te zaczynają mówić później, a dalszy rozwój ich mowy przebiega z pewnymi trudnościami),
- opóźnienie rozwoju artykulacji – wówczas wypowiedzenia dziecka są charakterystyczne dla wcześniejszych faz rozwoju mowy, a więc nie mają cech patologicznych. Przejawiają się w postaci substytucji, elizji (opuszczenie w mowie lub piśmie wygłosowej samogłoski lub całej sylaby końcowej, np. kotek – kote) oraz innych zniekształceń fonetycznej budowy wyrazów, do których dochodzi w wyniku metatez, kontaminacji, asymilacji itp. Nie obserwuje się zatem deformacji dźwięków, a wzorzec mowy i funkcjonowanie języka są prawidłowe,
- rozwojowa (fizjologiczna) nie płynność mowy – to opóźnienie rozwoju ekspresyjnego aspektu mowy, określane też jako jąkanie rozwojowe. Jest to objaw normalnej nie płynności, wynikający z nieustabilizowanej organizacji motoryki mowy,
- opóźnienie rozwoju mowy – wynikające z zaniedbań środowiskowych powstałych najczęściej w sytuacjach deprywacyjnych, takich jak np. czasowa rozłąka z matką lub brak bliskiego kontaktu emocjonalnego z matką, oraz w nieodpowiednich stymulacjach rozwoju językowego, np. nieprawidłowych wzorcach i postawach językowych dorosłych lub niewłaściwej reakcji otoczenia na pierwsze wypowiedzi dziecka.

Druga w kolejności (przedstawiona wyżej) kategoria nieprawidłowego rozwoju mowy i języka, to jego zaburzenia. Jednym z ważniejszych, choć nie jedynym objawem tych zaburzeń jest niesamoistne opóźnienie rozwoju mowy. Opóźnienie to nie wyrównuje się samo, a zaburzenia rozwoju mowy mogą przejawiać się różnorodnie i różne mogą być ich przyczyny. Najogólniej można je podzielić na zaburzenia rozwojowe i nabyte.

W przypadkach zaburzeń rozwojowych patogenny czynnik, w większym lub mniejszym stopniu, upośledza rozwój mowy dziecka, prowadząc do jej niedokształcenia lub niedorozwoju. W zaburzeniach tych uszkodzenie rozwoju struktur odpowiedzialnych za czynności mowy istnieje od początku procesu rozwojowego. Oznacza to, iż mowa od początku kształtuje się na patologicznym podłożu. Wśród tych zaburzeń zaobserwować można następujące ich przejawy:

- zaburzenia specyficzne – powstałe w wyniku wrodzonej, okołoporodowej lub powstałej w pierwszych miesiącach życia patologii, co powoduje, że mowa u tych dzieci nigdy nie rozwija się prawidłowo. Są to pierwotne, wycinkowe zaburzenia zachowania językowego, które nie są konsekwencją innych zaburzeń rozwojowych. Zazwyczaj towarzyszą im dodatkowe problemy, takie jak: trudności z nauką pisania i czytania, zaburzenia w relacjach interpersonalnych oraz zaburzenia emocjonalne i zaburzenia zachowania. Do zaburzeń tych zalicza się następujące specyficzne niedomogi rozwoju mowy i języka:
 - specyficzne zaburzenia artykulacji, takie jak rozwojowe zaburzenia artykulacji, rozwojowe zaburzenia fonologiczne, funkcjonalne zaburzenia artykulacji oraz dyslalię,
 - zaburzenia ekspresji mowy, czyli rozwojową dysfazję lub afazję o typie ekspresyjnym,
 - zaburzenia percepcyjno-ekspresyjne, tj. rozwojową afazję lub dysfazję o typie percepcyjnym, a także wrodzone zaburzenia percepcji słuchowej, rozwojową afazję Wernickiego oraz głuchotę słów,
 - nabytą afazję z padaczką, tzw. zespół Landau-Kleffnera, a także inne zaburzenia rozwoju mowy i języka,
- zaburzenia niespecyficzne – przejawiają się we wszystkich czynnościach i mają charakter uogólniony, a także odnoszący się do zaburzeń pamięci, uwagi i motywacji. Do zaburzeń tych zalicza się następujące niespecyficzne niedomogi rozwojowe:
 - zaburzenia rozwoju mowy – będące zjawiskiem wtórnym wobec innych poważnych

zaburzeń rozwoju, takich jak: głuchota, upośledzenie umysłowe, zaburzenie motoryki itp. W tych przypadkach zaburzenia rozwoju mowy i języka mogą sygnalizować istnienie innych zaburzeń, lecz nie stanowią zaburzeń pierwszoplanowych,

- rozległe zaburzenia rozwojowe – znamionują je ciężkie i postępujące zaburzenia w wielu sferach rozwoju, w tym w rozwoju zdolności komunikacyjnych. Wspólną cechą tych zaburzeń jest obniżenie ogólnego poziomu funkcjonowania poznawczego, np. w przypadku autyzmu, zespołu Retta, zaburzeń dezintegracyjnych czy zespołu Aspergera. Grupa tych zaburzeń charakteryzuje się jakościowymi nieprawidłowościami w zakresie wszystkich trzech sfer zachowań społecznych, tj. w interakcjach społecznych, komunikacji oraz w ograniczonym, powtarzającym się repertuarze zachowań i aktywności. Te wymienione wyżej jakościowe zaburzenia rozwojowe stanowią podstawową cechę funkcjonowania jednostki we wszystkich sytuacjach i obejmują całość jej zachowań.

Natomiast do drugiej i jednocześnie ostatniej (wymienionej wyżej) kategorii nieprawidłowego rozwoju mowy i języka zaliczamy tzw. zaburzenia nabyte. W tych przypadkach to biologiczny bądź psychospołeczny czynnik patogenny powoduje zatrzymanie rozwoju mowy, regres do wcześniejszych stadiów rozwojowych bądź utratę zdolności mówienia lub/i rozumienia mowy. Oznacza to, że początkowo prawidłowy rozwój zostaje nagle zaburzony i staje się deficytem nabytym, a nie występującym od początku rozwoju. Do zaburzeń nabytych zalicza się:

- afazję i dysfazję nabytą,
- głuchotę nabytą,
- jąkanie traumatyczne,
- mowę laryngektomowanych,
- zaburzenia będące następstwem deprywacji środowiskowych.

Co oznacza termin afazja?

Terminem „afazja” (z grec. *fasis* – mowa) określa się częściową lub całkowitą utratę umiejętności posługiwania się językiem, czyli systemem znaków i reguł gramatycznych, spowodowaną uszkodzeniem odpowiednich struktur mózgowych. Jest to właściwie utrata częściowa lub całkowita znajomości języka (rozumienia i nadawania),

występują w niej także trudności w ponownym nauczaniu się go¹.

M. Maruszewski podaje, że *afazja to spowodowane organicznym uszkodzeniem odpowiednich struktur mózgowych, częściowe lub całkowite zaburzenie mechanizmów programujących czynności mowy u człowieka, który już uprzednio opanował te czynności*².

Do podstawowych rodzajów afazji zalicza się:

- **afazję czuciową (sensoryczną)**, która objawia się niemożnością syntezy usłyszanych dźwięków w słowa, w związku z czym chory ma trudności w rozumieniu tego, co się do niego mówi, nie odczytuje też często komunikatów pisanych (tzw. afazja semantyczna),
- **afazję ruchową (motoryczną)**, w której zostaje zachowane rozumienie cudzej mowy, odpowiedzi formułowane są w myślach, ale bez możliwości ich artykulacji w słowach, jedna z postaci apraksji, której często towarzyszy aleksja,
- **afazję amnestyczną**, polegającą na utracie zdolności nazywania przedmiotów, stanów czy zjawisk, które chory potrafi określić opisowo. Epizody rozmaitych rodzajów afazji, jak tendencja do przekręcania słów czy zapominania nazw przedmiotów, zdarzają się także ludziom zdrowym, lecz przemęczonym, w stanie silnego wzburzenia emocjonalnego lub osobom starszym.

Przedstawione powyżej klasyfikacje nie wyczerpują wszystkich postaci afazji. W literaturze można znaleźć jeszcze wiele dodatkowych podziałów, gdyż klinicznych postaci afazji jest bardzo dużo. Nie zamieszczam ich ze względu na brak związku z tematem artykułu. Szerzej omówię dwa wcześniej wymienione rodzaje afazji:

- ekspresyjną (ruchową lub motoryczną),
- percepcyjną (słuchową, sensoryczną czy też czuciową).

W praktyce wymienione rodzaje afazji nie występują w czystej postaci, więc jest to podział bardzo uproszczony. Uwzględnia on jedynie wiodące objawy zaburzeń mowy w odniesieniu do uszkodzeń mózgu. We wszystkich rodzajach afazji występuje natomiast zarówno zaburzenie ekspresji, jak i rozumienia mowy.

Afazja percepcyjna charakteryzuje się:

- zaburzeniami percepcji słuchowej, w mniejszym stopniu występują zaburzenia mowy spontanicznej,

- trudnościami w powtarzaniu słyszanych słów i nazywaniu widzianych przedmiotów,
- trudnościami rozumienia wypowiedzi,
- trudnościami w zakresie nazywania:
 - parafazje werbalne – wypowiedzianie słowa, którego wzorzec słuchowy jest podobny do nazwy właściwej (góra – kura, ba – pa, ta – da),
 - zniekształcenia wzorca słuchowego na słowa, których nie ma w słowniku polskim (sukienka – kureńka),
 - trudności powtarzania (zamiast słowa dom – wypowiada mod, bom).

Zawyczaj tu nie występują trudności artykulacyjne. Zaburzeniu ulega sfera znaczeniowa wypowiedzianych słów. Chory słyszy słowa, ale ich nie rozpoznaje i nie rozumie. W tym rodzaju afazji występują zaburzenia słuchu fonematycznego i kinestetyka artykulacyjna.

Afazja ekspresyjna charakteryzuje się:

- znacznym ograniczeniem mowy spontanicznej przy dobrze zachowanym rozumieniu prostych konstrukcji zdaniowych. Najczęstsze trudności to:
 - niemożność podania nazwy przedmiotu, często połączona z użyciem gestu wskazującego rozpoznanie przedmiotu,
 - pokazywanie czynności i funkcji związanych z tym przedmiotem (nóż – chory pokazuje rzeczy związane z czynnością krojenia lub wypowiada słowa związane z krojeniem, np. chleb),
 - parafazje głoskowe i sylabowe polegające na zmianie kolejności głosek lub sylab w wyrazie (pani – nipa),
 - wypowiedzianie dodatkowych głosek lub sylab (oko – koko),
 - pomijanie głosek lub sylab w wyrazie (lampa – lapa),
 - poszukiwanie prawidłowego brzmienia nazwy poprzez wielokrotne próby wypowiedzenia wyrazu (stół: s.. so..., stol... stół).

Mamy tu do czynienia ze zniekształceniem wzorca ruchowego mowy. Z reguły zachowane jest rozumienie prostych poleceń. Trudności w rozumieniu występują w zdaniach wyrażających określone stosunki składniowe (nakryj długopisem zeszyt).

Istotą afazji dziecięcej i lżejszej jej postaci rozwojowej dysfazji jest brak integracji mowy, nie-

¹ Styczek I. *Logopedia*, PWN, Warszawa 1981.

² Maruszewski M. *Afazja. Zagadnienia teorii i terapii*, PWN, Warszawa 1966.

możność lub znaczne utrudnienie wykształcenia się kompetencji językowej, w konsekwencji opóźnienie rozwoju mowy.

Istotą nabytej afazji dziecięcej i lżejszej jej postaci, nabytej dysfazji rozwojowej, jest dezintegracja mowy, czyli rozpad systemu komunikacyjnego, utrata już posiadanych umiejętności językowych, a także zahamowanie i opóźnienie dalszego procesu integracji mowy.

Do najczęstszych przyczyn afazji należą:

- uszkodzenie naczyń mózgowych,
- urazy czaszki,
- zapalenie mózgu,
- zmiany chorobowe (np. guzy),
- krótkotrwałe niedotlenienie.

W formach przejściowych afazja występuje w przebiegu niektórych chorób (m.in. cukrzycy) oraz pewnych rodzajach zatruc toksynami. Leczenie jest zwykle długotrwałe, rehabilitacja opiera się na stosowaniu kombinacji psychologicznych technik podtrzymujących oraz ćwiczeń logopedycznych.

W mowie dziecka z dysfazją ekspresyjną występują:

- duże trudności w wypowiedaniu słów: nazywaniu i powtarzaniu, mimo pełnych możliwości artykulacyjnych. Trudności polegają na występowaniu:
 - zamiany głosek i sylab, np. szafa – safa, cafa, fafa,
 - opuszczaniu, np. lampa – lapa,
 - łączeniu, np. krowa – muwa („mu” to onomatopeja, „wa” to druga sylaba słowa krowa),
 - upodobnieniu, np. lampa – lappa, lamma,
 - przestawianiu, np. lata – tata, kotki mleko piją – kotki piją mleko,
- dzielenie słowa na sylaby, dla ułatwienia wypowiedzenia,
- próby wypowiedzenia wyrazów szeptem,
- szybkie zapominanie nazwy, słowa,
- bardzo ubogi zasób słowno-pojęciowy,
- agramatyzmy, np. auto jest mały,
- poszukiwanie właściwego wzorca ruchowego wyrazu poprzez wielokrotne próby wypowiedzenia wyrazu.

Dziecko z dysfazją ekspresyjną dobrze rozumie mowę, tylko nie potrafi się nią posługiwać. Terapia logopedyczna daje dobre rezultaty.

Mowa dzieci z wrodzoną dysfazją percepcyjną charakteryzuje się:

- dużymi trudnościami rozumienia mowy:

- dzieci nie odpowiadają w ogóle na pytanie lub udzielają odpowiedzi nie na temat,
- powtarzają mechanicznie pytania lub fragmenty pytań,
- rozumienie mowy zależy od znajomości osoby mówiącej i od znajomości sytuacji,
- lepiej rozumiane są zdania krótkie, proste, zawierające wyrazy ze słownika potocznego,
- znacznie mniejszymi możliwościami rozumienia mowy od możliwości posługiwania się mową,
- zaburzoną ekspresją słowną:
 - zwroty, wyrażenia, zdania wymawiane są skrótowo,
 - przeważają rzeczowniki i czasowniki,
 - zniekształcona wymowa wyrazów (prawidłowa wymowa poszczególnych głosek),
 - dziecko nie poprawia swojej wypowiedzi,
 - posługuje się krótkimi zdaniami lub równoważnikami zdań,
- często dzieci posługują się innymi środkami wyrazu: miganiem, gestami, rozbudowaną mimiką, odgrywają całe sceny za pomocą ruchu, mimiki czy gestu.

Terapia jest długotrwała i daje powolne postępy.

Dziecko afatyczne w klasie

Charakterystyczna dla afazji jest całkowita lub częściowa utrata umiejętności mowy, rozumienia jej, a także czytania i/lub pisanie. W niektórych źródłach rozróżnia się: afazję – zaburzenie występujące u osób z ukształtowanym systemem językowym – oraz dysfazję – zaburzenie występujące u dzieci. W Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 afazja zaliczana jest do kategorii: specyficzne zaburzenia rozwoju mowy i języka (F80) – podkategorie: zaburzenia ekspresji mowy (F80.1) oraz zaburzenia rozumienia mowy (F80.2). Klasyfikacja ta uwzględnia: afazję/dysfazję typu ekspresyjnego oraz afazję/dysfazję typu receptywnego. Wprowadzone jest również rozróżnienie pomiędzy afazją nabytą – powstałą na skutek udaru, urazu, guza mózgu lub innych czynników uszkodzających mózg (np. choroby Alzheimera lub zespołu Retta) – oraz afazją dziecięcą o nieokreślonej do końca etiologii. Należy jednak pamiętać, że polska terminologia logopedyczna dotycząca afazji (głównie afazji dziecięcej) jest wysoce zróżnicowana i obejmuje wiele pojęć o niejednokrotnie różnym zakresie semantycznym. Najczęściej stosowanymi są: afazja dziecięca, dysfazja, niedokształcenie mowy pochodzenia korowego

(NMPK), niedokształcenie mowy o typie afazji, afazja rozwojowa, alalia.

Istnieje wiele klasyfikacji afazji. W zależności od przyjętego kryterium wyróżnić można:

- afazję/dysfazję rozwojową i nabytą (kryterium czasu powstania uszkodzenia),
- afazję/dysfazję typów: ekspresyjnego (związanego z mową czynną), percepcyjnego (związanego z mową bierną) oraz ekspresyjno-percepcyjnego (kryterium objawowe).

Objawy afazji:

- mowa czynna:
 - całkowita utrata umiejętności mowy czynnej,
 - błędy artykulacji,
 - pomijanie, zastępowanie głosek,
 - odwracanie par i zbitek głoskowych,
 - nieumiejętność stosowania zasad gramatyki (całkowicie lub w poszczególnych aspektach),
 - zaburzenia rytmu i melodii mowy;
- mowa bierna:
 - całkowity lub częściowy brak rozumienia mowy,
 - trudności w przypomnieniu sobie nazwy konkretnych desygnatów,
 - wyraźne i znaczące wspomaganie się niewerbalnymi czynnikami komunikacji (mimika, gestykulacja).

Dodatkowo afazji towarzyszyć może szereg innych zaburzeń, wynikających z nieprawidłowej pracy mózgu. Są to m.in. amnezja, apraksja, demencja, zaburzenia emocjonalne, całkowite lub częściowe zaburzenia umiejętności czytania i pisanie, problemy w orientacji przestrzennej, określaniu schematu ciała, zaburzenia lateralizacji, spowolnienie procesów myślenia, zaburzenia uwagi, zaburzenia zachowania.

Wskazania do pracy z uczniem z afazją:

- motywować ucznia do wypowiadania się,
- jak najczęściej pozwolić uczniowi wypowiadać się (w możliwy dla niego sposób),
- docenić (nagradzać w umówiony sposób) każdą próbę komunikowania się,
- nie pospieszać ucznia w czasie wypowiedzi,
- nie zmuszać ucznia do wypowiadania się,
- umożliwić uczniowi udział w dyskusjach z innymi uczniami w klasie,
- nie poprawiać wypowiedzi ucznia (nie wymagać odpowiedzi pełnym zdaniem),
- zwracać uwagę, czy uczeń rozumie wypowiedź nauczyciela (poprzez zadawanie pytań dotyczących wypowiedzi, samo zapytanie ucznia, czy rozumie, nie jest miarodajne, ponieważ uczeń zazwyczaj odruchowo potwierdzi),

- zadawać uczniowi krótkie, niezłożone pytania,
- podczas zadawania pytania zwracać się bezpośrednio do ucznia, zachowując właściwy ton i tempo wypowiedzi (niezbyt szybkie, lecz też niezbyt wolne),
- notować (lub nagrywać) uczniowi pracę domową (ew. sprawdzać, czy ma ją zanotowaną),
- wynotowywać na tablicy najważniejsze pojęcia z przeprowadzonej lekcji (sprawdzać, czy uczeń rozumie),
- brać pod uwagę potrzeby ucznia, jego stan zdrowia,
- angażować w działania różne zmysły,
- zasięgać opinii różnych specjalistów,
- okazywać życzliwość, serdeczność, wyrozumiałość, wymagać na miarę potrzeb i możliwości,
- stosować bogaty i atrakcyjny zestaw pomocy,
- można wykorzystywać elementy metody Denisona,
- położenie narządów artykulacyjnych wspomagać ruchem ręki,
- dzielić dłuższe wyrazy na dwie części, niekoniecznie zgodnie z liczbą sylab w danym wyrazie,
- dobierać słowa kluczowe, tzn. takie, które nie są zniekształcone i z ich udziałem tworzyć treść wypowiedzi,
- wzbogacać słownictwo, szczególnie o czasowniki (pozwalają budować proste zdania),
- stosować zasadę stopniowania trudności.

Zarówno w afazji, jak i dysfazji dziecięcej należy stymulować rozwój sprawności językowych i wykorzystywać te funkcje psychiczne, które nie są uszkodzone. Warto do pracy z dziećmi wykorzystywać bodźce wzrokowe, słuchowe i dotykowe i ich kombinacje. Ważna jest wielokrotna ekspozycja bodźca. Należy pobudzać ucznia do podejmowania prób porozumiewania się poprzez pozytywne ocenianie wszelkich prób – udanych i mniej udanych – wypowiedzi słownych. Dobre rezultaty przynosi terapia sztuką i terapia zajęciowa.

Zastosowanie metody postępowania z uczniem powinno być dobrane do jego potrzeb i możliwości (ważna jest współpraca na płaszczyźnie pedagog – psycholog – logopeda w ramach wielospecjalistycznego zespołu). Warto pamiętać, iż kontakt wzrokowy odgrywa istotną rolę w procesie komunikacji (często dzieci unikają kontaktu wzrokowego). Większość ćwiczeń logopedycznych bazuje na wykorzystaniu różnych kodów wizualnych oraz pisma. Dla procesu komunikacji duże znaczenie ma także możliwość dzielenia z dorosłym wspólnego pola uwagi. Nieumiejętność odkrywania przez dziecko ukierun-

kowania wzroku osób z najbliższego otoczenia ogranicza polisensoryczne odbieranie informacji. Mechanizm dzielenia uwagi odgrywa ważną rolę w nabywaniu orientacji przestrzennej i schematu ciała. Orientacja przestrzenna jest ściśle związana z lateralizacją. Wśród dzieci dysfotycznych jest wiele takich, które do 8-9 roku życia, a nawet dłużej, nie mają ustalonej lateralizacji.

Afazja dziecięca skutkuje dużymi problemami w odbiorze lub produkcji mowy. Dzieci te chętnie wchodzi w relacje społeczne, ale ich kontakty z rówieśnikami mogą być utrudnione ze względu na ich problemy komunikacyjne. Zazwyczaj trudnościami tym towarzyszą dodatkowe problemy, takie jak: trudności z nauką pisania i czytania, zaburzenia w relacjach interpersonalnych oraz zaburzenia emocjonalne i zaburzenia zachowania. Dużą rolę odgrywa osobisty przykład nauczyciela i budowanie pozytywnych relacji z rówieśnikami, podnoszenie samooceny dziecka z afazją poprzez dawanie do wykonania zadań na miarę jego możliwości. Jeśli w pracach klasowych otrzyma zadania, które będzie mogło wykonać dobrze i zostać za nie publicznie pochwalone – zostanie silniej włączone w zespół klasowy. Znając problemy dziecka o zaburzonej mowie, należy czuwać nad atmosferą w klasie, by nie dopuścić do sytuacji upokarzających.

Praca nauczyciela z dzieckiem afatycznym w szkole jest niezwykle trudna. Bardzo ważne jest możliwie jak najwcześniejsze podjęcie stymulacji mowy:

- zajęcia należy wiązać z działaniem i konkretnymi czynnościami, jakie podejmuje dziecko lub jakim jest poddawane,
- przyswajane przez nie pojęcia muszą mieć realny wymiar dzięki zastosowaniu ich w codziennym życiu i zabawie,
- poznanie treści słów musi odbywać się wielozmysłowo, aby dotrzeć do dziecka wieloma drogami i w różnorodny sposób. Jeżeli dziecko będzie poznawało słowa bez rozumienia ich treści, konsekwencją tego może być nadmierna werbalizacja, zjawisko echolalii i pustosłowa, a to niekorzystnie wpłynie na porozumiewanie się słowne osoby niepełnosprawnej z otoczeniem,
- zdobyte przez dziecko umiejętności werbalne należy ustawicznie utrzymywać i wielokrotnie wykorzystywać poprzez stwarzanie odpowiednich sytuacji komunikacyjnych,
- nauczyciel powinien zauważać i nagradzać wszelkie formy aktywności słownej lub bezsłownej zmierzającej do nawiązania przez dziecko kontaktu z otoczeniem,

- rozwojowi mowy bezwzględnie muszą towarzyszyć pozytywne stosunki emocjonalne w relacji dziecko – otoczenie, dziecko – nauczyciel. Podstawą komunikacji jest poczucie bezpieczeństwa, empatii, zainteresowania dzieckiem,
- usprawnienie musi się odbywać po gruntownym poznaniu możliwości dziecka, jego umiejętności, deficytów i warunków domowych, gdyż współpraca z rodziną dziecka jest niezbędnym czynnikiem rewalidacji,
- wprowadzając nowe zadania i ćwiczenia, nauczyciel musi przestrzegać zasady stopniowania trudności, która w swej istocie polega na przechodzeniu od łatwiejszych do trudniejszych treści, głosek, zdań,
- najbardziej efektywną metodą oddziaływania rewalidacyjnego jest globalne usprawnianie wszystkich funkcji ze szczególnym zwróceniem uwagi na deficyty funkcji istotnych dla rozwoju mowy,
- pływanie doskonale wpływa na funkcjonowanie układu nerwowego dzieci afatycznych,
- w terapii można stosować kinezylogię edukacyjną,
- zaznajamiając z obrazem graficznym liter, można wykorzystywać dodatkowo polski alfabet palcowy (daktylografia),
- jak najwcześniej wprowadzać czytanie; jeśli występują trudności metodą sylabową, wówczas zaleca się czytanie globalne,
- trzeba pozwolić małemu dziecku uczyć się przez zabawę, a w grupach starszych wychowanków należy opierać się na materiale językowym omawianym na bieżąco w klasie na różnych przedmiotach; nie zmuszać do dłuższych ćwiczeń, gdyż to może wywołać całkowity spadek motywacji do pracy,
- warto wykorzystywać edukacyjne programy komputerowe.

Klinicznych postaci afazji jest bardzo dużo. Zatem opracowanie programu indywidualnego dla dziecka z afazją jest uzależnione od jej rodzaju. Aby móc właściwie realizować zadania terapeutyczne, powinno się opracowywać je w wielospecjalistycznym zespole. Nauczyciel w podejmowanych aktywnościach powinien ćwiczyć to, co stanowi największy problem, największą przeszkodę w porozumiewaniu się. Jeżeli przeszkodę będzie stanowił niesprawny aparat artykulacyjny, bezpośrednim celem będzie jego usprawnienie. W przypadku słabej pamięci słuchowej wyrazów, celem będzie utrwalanie konkretnych dźwięków lub wyrazów według sposobów wypracowanych przez logopedę. W przypadku ciężkich zaburzeń rozumienia mowy należy ćwiczenia rozpocząć

od ćwiczeń niewerbalnych. Mogą one polegać na:

- identyfikacji dwóch identycznych pod względem koloru, kształtu i wielkości przedmiotów,
- identyfikacji dwóch różniących się kolorem, kształtem lub wielkością przedmiotów,
- identyfikacji przedmiotu z jego desygnatem przedstawionym na obrazku,
- identyfikacji dwóch przedmiotów zilustrowanych na obrazkach.

Przedmiotami mogą być: ubrania, naczynia, meble, zabawki czy artykuły piśmiennicze. Przy zaburzeniach ekspresji mowy ćwiczeniom w wypowiedzianiu poszczególnych dźwięków mowy lub słów powinna towarzyszyć głoskowa i sylabowa analiza wyrazu. Celem takich ćwiczeń będzie uświadomienie dziecku, że wyraz składa się z określonych dźwięków występujących w określonej kolejności. Warto zwracać też uwagę przy doborze słów, by były one przydatne w porozumiewaniu się. Po opanowaniu wymowy danego słowa należy wykorzystywać je przy zadawaniu pytań, aby sprowokować dziecko do użycia tego wyrazu przy udzielaniu odpowiedzi. Kolejne kroki to:

- rozwijanie rozumienia pojedynczych wyrazów, zdań, pytań w formie zagadek, a także krótkich tekstów,
- wzbogacanie zasobu słowno-pojęciowego poprzez powtarzanie, nazywanie, odpowiadanie na pytania,
- korygowanie błędów gramatycznych i semantycznych (poprawianie błędnie wypowiedzianych zdań),
- rozwijanie praktycznej znajomości gramatyki poprzez kończenie niedokończonych zdań,
- kształtowanie umiejętności zadawania pytań,
- rozwijanie umiejętności opowiadania.

Słownik niezbędnych terminów logopedycznych

aleksja – niezdolność czytania – zaburzenie objawiające się częściową lub całkowitą niezdolnością rozumienia słowa pisanego (drukowanego). Osoby na nią cierpiące nie mają zaburzeń wzroku czy słuchu i potrafią rozumieć słowa wymawiane. Jej przyczyną jest uszkodzenie lewej półkuli mózgu, co uniemożliwia człowiekowi powiązanie danego dźwięku z prawidłowo rozpoznawaną literą.

apraksja – zaburzenie neurologiczne polegające na niezdolności do wykonywania zło-

zonych i wcześniej wyuczonych precyzyjnych i zamierzonych ruchów czy gestów, przy czym u chorego nie występują zaburzenia koordynacji ruchowej, osłabienie siły mięśniowej, zaburzenia czucia.

dyslalia – zaburzenie artykulacji polegające na braku, zastępowaniu lub niewłaściwej artykulacji głosek.

specyficzne zaburzenia artykulacji – w tej grupie zaburzeń rozwojowych stopień umiejętności posługiwania się przez dziecko dźwiękami mowy jest niższy od poziomu odpowiedniego dla jego wieku umysłowego, ale poziom umiejętności językowych jest prawidłowy.

rozwojowe zaburzenia – pojawiające się już u dzieci najmłodszych.

rozwojowe zaburzenia fonologiczne (językowe) – deformacje w zakresie fonetycznej budowy wyrazów, np. trudności w rozdzielaniu słowa na poszczególne dźwięki, błędy w różnicowaniu dźwięków mowy (pal/bal), trudności w percepcji rymów. Istnieje związek pomiędzy wczesnymi deficytami fonologicznymi i trudnościami nabywania umiejętności czytania.

funkcjonalne zaburzenia – związane z zaburzeniami funkcji językowych: fonacją, tonem, płynnością, artykulacją.

nabyta afazja z padaczką (Zespół Landau-Kleffnera) – normalnie rozwijające się dotychczas dziecko traci umiejętności rozumienia i ekspresji mowy, zachowując przy tym ogólną inteligencję. Zaburzenie rozpoczyna się zwykle pomiędzy 3 a 7 rokiem życia dziecka, które traci wtedy te umiejętności w ciągu dni lub tygodni. Początek zaburzeń idzie w parze ze zmianami napadowymi w EEG i w większości przypadków także z napadami padaczkowymi.

mowa laryngektomowanych – mowa osób po zabiegu częściowego lub całkowitego usunięcia krtani. Zabieg ten pozbawia chorego fałdów głosowych, najistotniejszej dla mowy części anatomicznej krtani, które umożliwiają przekształcenie strumienia wydychanego z płuc powietrza w falę dźwiękową, czyli zamianę zjawiska fizycznego w zjawisko fizjologiczne. Zabieg ten nie pozbawia chorego możliwości komunikacji językowej, gdyż istnieją sposoby wykształcania głosu i mowy zastępczej (np. mowy przełykowej).

Bibliografia

1. Gałkowski T., Tarkowski Z., Zaleski, T. *Diagnoza i terapia zaburzeń mowy*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 1993.
2. Gałkowski T., Jastrzębowska G. *Logopedia. Pytania i odpowiedzi*, Uniwersytet Opolski, 1999.
3. Kaczmarek L. *Nasze dziecko uczy się mowy*, Wydawnictwo Lubelskie, Lublin 1977.
4. Kania J.T. *Szkice logopedyczne*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1982.
5. Kordyl Z. *Psychologiczne aspekty afazji dziecięcej*, PWN, Warszawa 1968.
6. Maruszewski M. *Afazja, zagadnienia teorii i terapii*, PWN, Warszawa 1966.
7. Puchalska A. *Afazjologia*, PWN, Warszawa 1999.
8. Rodak H. *Terapia dziecka z wadą wymowy*, Wyd. UW, Warszawa 1994.
9. Rozporządzenie MEN z dnia 17 listopada 2010 r. w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz. U. Nr 228, poz. 1487).
10. Rozporządzenie MEN z dnia 23 grudnia 2008 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz. U. z 2009 r. Nr 4, poz. 17).
11. Styczek I. *Logopedia*, PWN, Warszawa 1981.
12. Szumska M. *Metody rehabilitacji afazji*, PZWL, Warszawa 1980.
13. Wiśniewska B. *Terapia zaburzeń mowy*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 2002.

Autorka jest logopedą, doradcą metodycznym

Szanowni Państwo,
Dyrektorzy i Nauczyciele przedszkoli i gimnazjów,

podejmujecie właśnie pierwsze działania związane z organizacją udzielania swoim uczniom pomocy na podstawie pakietu przepisów dotyczących udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej. Naturalne jest, że nowe rozwiązania wymagają pewnego dodatkowego wysiłku, a w trakcie ich wdrażania mogą pojawić się różne wątpliwości co do właściwej interpretacji i stosowania przepisów.

Ministerstwo Edukacji Narodowej będzie zbierać informacje o ewentualnych trudnościach związanych ze stosowaniem tych przepisów.

Jakiemu uczniowi możemy lub powinniśmy udzielać dodatkowej pomocy?

Przede wszystkim – zanim zaczniemy planować i organizować działania przewidziane w przepisach – trzeba ocenić czy i którzy uczniowie wymagają dodatkowej pomocy. Może ona być potrzebna m.in. dlatego, że uczeń:

- ma orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego,
- ma dysleksję rozwojową,
- właśnie wrócił z dłuższego pobytu za granicą i nie jest w stanie samodzielnie uzupełnić różnic programowych,
- wyróżnia się szczególnymi uzdolnieniami, wymagającymi odpowiedniego rozwijania,
- ma problemy w nauce, a jego rodzina nie jest w stanie mu pomóc,
- znajduje się w sytuacji kryzysowej, która wymaga pomocy ze strony szkoły.

Co planujemy dla ucznia z orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego?

Dla uczniów z orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego (ze względu na niepełnosprawność, niedostosowanie społeczne lub zagrożenie niedostosowaniem społecznym) należy przygotować indywidualny program edukacyjno-terapeutyczny (IPET). Programy takie, nazywane dotychczas indywidualnymi programami edukacyjnymi, były opracowywane dla uczniów oddziałów specjalnych i integracyjnych (programy te powinny być odpowiednio dostosowane i kontynuowane). Teraz takie same zasady zaczną obowiązywać wobec uczniów z orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego uczęszczających do oddziałów ogólnodostępnych – dla nich także trzeba przygotować takie programy.

Jeśli uczeń z orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego znajduje się w oddziale, w którym dotychczas nie planowaliśmy dla niego odpowiedniej pomocy, wówczas do współpracy z zespołem nauczycieli prowadzących zajęcia z uczniem warto zaprosić specjalistę z opiekującej się szkołą poradni psychologiczno-pedagogicznej. Pomoże on zrealizować to nowe zadanie i będzie mógł włączyć się w planowanie i organizowanie pomocy uczniowi. W takim wypadku nauczycielom absolutnie niezbędna będzie pomoc odpowiednich specjalistów.

ciąg dalszy na stronie 63