

Afazja dziecięca- problem znany i nieznan

Istnieje duża grupa dzieci z ograniczonymi możliwościami naturalnego opanowania języka. Od kilkudziesięciu lat na świecie prowadzi się badania dotyczące specyficznych zaburzeń w rozwoju kompetencji językowej u dzieci nazywanych afatycznymi. Istota afazji dziecięcej nie jest do końca poznana, nie do końca poznane są przyczyny i patomechanizmy. Możliwości diagnostyczne także są ograniczone. Afazja dziecięca to nadal problem znany i nieznan.

Afazja dziecięca- terminologia

Dzieci z zaburzeniami mowy i komunikacji to grupa bardzo zróżnicowana pod względem rozwoju mowy, języka, umiejętności komunikacyjnych, jak i rozwoju poznawczego, emocjonalno-społecznego. Czynniki uszkadzających bądź hamujących rozwój mowy dziecka jest bardzo wiele. Mogą to być czynniki zewnętrzne takie jak niekorzystne oddziaływania środowiska społecznego, rodzinnego, ale i czynniki wewnętrzne, które decydują o uszkodzeniu słuchu, opóźnieniu rozwoju poznawczego, ruchowego. Mogą to być też czynniki doprowadzające do zmian strukturalnych w obrębie centralnego układu nerwowego. U dzieci z zaburzeniami rozwoju mowy pochodzenia centralnego nie związanymi z głuchotą, upośledzeniem umysłowym czy z zaburzeniami emocjonalnymi często rozpoznaje się afazje dziecięce. Afazja dziecięca to pierwotne zaburzenie zachowania językowego wynikające z patologii mózgu. Dzieci afatyczne to te, u których mamy do czynienia z brakiem integracji mowy lub jej zakłóceniami. Objawy, które występują w mowie tych dzieci nasuwają skojarzenia z objawami typowymi dla afazji osób dorosłych, jednak dzięki plastyczności mózgu rokowania dla nich są znacznie lepsze. Niewielu polskich autorów zajmuje się tą problematyką. W Polsce zagadnieniu afazji dziecięcej poświęcili swoje badania i opracowania: neuropsychologowie, neurobiologowie, neurolingwiści, lekarze, logopedzi, językoznawcy między innymi: J. Panasiuk, G. Jastrzębowska, Z. Kordyl, J. Szumska, H. Tarczyńska, A. Herzyk, Z. Majewska, J. Cieszyńska, U. Parol, I. Styczek. Znacznie więcej uwagi poświęcono jednak afazji dorosłych, powstało też o wiele więcej publikacji na temat afazji dorosłych. Wielokierunkowość badań nad problematyką afazji

dziecięcej i różnorodność czynników, które należy w nich uwzględnić wskazuje, jak złożony jest to problem. Niestety podstawowym problemem w analizie tych specyficznych zaburzeń rozwoju językowego w różnych krajach, także w Polsce jest zamęt wokół ustaleń terminologicznych, opisów, kryteriów rozpoznawania i metod terapeutycznych. Ogromna różnorodność terminologiczna występuje w piśmiennictwie światowym i polskim. Na określenie zaburzeń rozwoju mowy pochodzenia centralnego, wynikających z patologii rozwoju lub uszkodzenia określonych struktur mózgowych w okresie rozwojowym stosuje się kilkanaście terminów. W literaturze polskiej spotyka się terminy: niemota, niemota pochodzenia centralnego, słuchoniemota, wrodzone zaburzenia rozwoju mowy, alalia, niedokształcenie mowy o typie afazji, afazja dziecięca, wrodzony niedorozwój ekspresji słownej oraz wrodzony niedorozwój ekspresji i recepcji słownej, niedokształcenie mowy pochodzenia korowego, wrodzona niezdolność do nabywania mowy dysfazja/ afazja dziecięca, specyficzne zaburzenia językowe, specyficzne zaburzenia rozwoju języka czyli SLI. Dzięki najnowszym osiągnięciom w medycynie i zastosowaniu funkcjonalnych technik neuroobrazowania wyjaśniono neurobiologiczne mechanizmy akwizycji języka w świetle nowych teorii i przedstawiono opisy przypadków klinicznych dokumentujących obraz i dynamikę trudności językowych u dzieci z uszkodzeniami mózgu nabytymi w okresie pre-,peri- i postlingwalnym. W obrębie grupy różnie nazywanych, zróżnicowanych ze względu na przyczyny i objawy specyficznych zaburzeń w nabywaniu języka udało się wyodrębnić jednostki patologii mowy (Panasiuk 2008; 2010):

- alalię prolongatę, czyli prosty/ zwykły opóźniony rozwój mowy na skutek zakłóceń w dojrzewaniu i funkcjonowaniu pewnych struktur mózgowych oraz braku zaburzeń neurologicznych i autystycznych,
- alalię- na skutek uszkodzenia w okresie przedślowym (do końca 1 roku życia) struktur mózgowych co doprowadza do trudności w opanowaniu języka,
- niedokształcenie mowy o typie afazji- na skutek schorzeń neurologicznych zaistniałych w okresie kształtowania się struktur języka (od 2 do 6 r. ż), w wyniku których następuje utrata częściowo nabytych sprawności językowych i trudności w dalszym rozwoju mowy,

- afazje dziecięcą- na skutek uszkodzenia pewnych struktur mózgowych w okresie postlingwalnym (po 6 r. ż), doprowadzającego do całkowitej lub częściowej utraty nabytych zdolności rozumienia i programowania konstrukcji słownych.

Dzięki takiemu porządkowaniu terminologii wydaje się, że łatwiej jest budować odpowiednie procedury diagnostyczne i strategie w terapii logopedycznej.

W placówkach ochrony zdrowia w Polsce obowiązuje od 1996 roku Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 opracowana przez WHO. Terminologia stosowana w ICD-10:

- specyficzne zaburzenia rozwoju mowy i języka (F80),
- zaburzenia ekspresji mowy (F.80.01),
- zaburzenia rozumienia mowy (F80.02),
- inne zaburzenia rozwoju mowy i języka (F80.8) oraz zaburzenia rozwoju mowy i języka nieokreślone (F80.9).

Etiologia afazji dziecięcej

Wskazanie przyczyny, która doprowadziła do zmian strukturalnych w obrębie centralnego układu nerwowego u dziecka, bywa czasem trudne. Alalia, niedokształcenie mowy o typie afazji, czy afazja dziecięcą to zaburzenia rozwoju języka spowodowane uszkodzeniem pewnych struktur mózgowych. Te zaburzenia mają podłoże organiczne. W charakterystyce specyficznych zaburzeń mowy wskazuje się na:

- uszkodzenia lub uraz mózgu,
- minimalne dysfunkcje mózgu,
- uszkodzenia neurologiczne,
- nieregularne zakłócenia czynności mózgu,

- fragmentaryczne lub nieznaczące zaburzenia czynności mózgu,
- psychoneurologiczne uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego,
- mikrouszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego.

W przypadku alalii uszkodzenia mogą być spowodowane czynnikami patologicznymi:

- w okresie prenatalnym (np. zatrucia farmakologiczne, urazy lub wstrząsy psychiczne matki, krwawienia z dróg rodnych, zatrucia chemiczne, zatrucie ciążowe),
- w okresie perinatalnym (urazy czaszkowe, wylewy śródczaszkowe, niedotlenienie okołoporodowe),
- w okresie postnatalnym (np. schorzenia układu sercowo-naczyniowego, stany zapalne mózgu, zapalenia mózgu wywołane czynnikami wirusowymi lub bakteryjnymi, procesy zwyrodnieniowe, urazy czaszkowo -mózgowe, zmiany nowotworowe).

Podobne przyczyny mogą być w niedokształceniu mowy o typie afazji.

Zakłócić prawidłowy przebieg rozwoju mowy mogą też inne urazy mózgu (krwotoki, wstrząśnienie mózgu), choroby wieku wczesnodziecięcego takie jak: świnka, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, choroby bakteryjne, ale i nowotwory, schorzenia neurologiczne i endokrynologiczne.

Po analizie wielu teorii na temat etiologii afazji u dzieci wyróżnia się trzy wiodące grupy poglądów.

1. Pierwsza grupa to zwolennicy stanowiska, że zaburzenie to nie ma żadnej widocznej przyczyny w budowie i funkcjonowaniu centralnego układu nerwowego i może być uwarunkowane dziedzicznie lub konstytucjonalnie.

2. Inną grupę stanowią zwolennicy, według których u dzieci z afazją nie stwierdza się organicznych zmian w mózgu, lecz niedostateczny rozwój i opóźnienie neurologicznych procesów dojrzewania koniecznych w rozwoju mowy, a więc zaburzenie rozwoju mowy to dysfunkcja CUN.

3. Trzecią grupą tworzą autorzy, którzy zakładają, że niedokształcenie mowy o typie afazji wiąże się z organicznym uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego i najczęściej są to mikrouszkodzenia mózgu.

Klasyfikacja afazji dziecięcej

Pewne trudności pojawiają się także przy klasyfikacji afazji dziecięcej .

Najpopularniejszą klasyfikacją afazji dziecięcej wydaje się klasyfikacja według kryterium objawowego. Klasyfikację tę opracowała na podstawie analizy różnych źródeł i przedstawiła w swojej pracy z 2012 r. Joanna Skibska. Wyróżniła trzy typy afazji dziecięcej.

1. Afazja typu ekspresyjnego (motorycznego). Objawy tego typu afazji to : zaburzenia wypowiedzania i powtarzania słów - mowa niezrozumiała, zaburzenia w zapamiętywaniu 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 to: niska samoocena, zaburzenia zachowania, bierność, zaburzenia emocjonalne, niekiedy nadpobudliwość, zaburzenia analizy i syntezy słuchowej, zaburzenia koncentracji uwagi, zaburzenia pamięci słuchowej, upośledzenie rozwoju ekspresji mowy ze względu na izolację środowiskową.

2. Afazja typu percepcyjnego (inaczej sensoryczna, recepcyjna) z objawami typu: zaburzenia rozumienia mowy, mimo prawidłowego słuchu, agramatyzmy, wielomówność, bezsensowne odpowiedzi na pytania, współwystępowanie utraty słuchu, niezdolność do reagowania na

znane nazwy pod koniec 1 r.ż, niezdolność do wykonywania prostych poleceń w wieku 2 lat. Zachowana jest zdolność do nadawania mowy. Objawy wtórne: zaburzenia analizy i syntezy słuchowej, zaburzenia zachowania, zaburzenia emocjonalne, zaburzenia społeczne, niedostosowanie społeczne, zaburzenia uwagi.

3. Afazja typu percepcyjno- ekspresyjnego (typ mieszany).Objawy: znaczne zaburzenia rozumienia mowy, zniekształcona artykulacja wyrazów, ale zachowana artykulacja głosek w izolacji, błędy artykulacyjne, liczne parafrazje, inwersje, asymilacje, zły szyk wypowiedzi. Objawy wtórne: nadpobudliwość, zaburzenia uwagi, zaburzenia emocjonalne, izolacja w grupie rówieśniczej, izolacja społeczna.

Podsumowując rozważania na temat afazji u dzieci należy pamiętać, że zawsze najważniejszym zadaniem rodziców jest obserwacja własnego dziecka, pochylenie się nad jego problemem, szukanie pomocy i wsparcia u specjalistów. Dla specjalistów natomiast mimo pewnego bałaganu w terminologii najważniejsze winno być podejmowanie działań wspierających dzieci afatyczne i ich rodziny. Zbyt późno rozpoczęta terapia, nieprawidłowa diagnoza, niewystarczające wsparcie terapeutyczne i edukacyjne naraża dziecko na trudne do odrobienia straty i niemożność osiągnięcia dobrostanu w życiu dorosłym.

Anna Waśkiewicz-Polityło

neurologopeda