

Dziecko afatyczne...

Trafił do logopedy mając 5 lat. Nie mówił, doskonale porozumiewał się za pomocą gestów, mimiki. Świetnie radził sobie z obsługą komputera. Dlaczego trafił tak późno?. Matkę zaniepokojoną brakiem rozwoju mowy uspokajali wszyscy: rodzina, lekarz.....

„ Trzeba poczekać, on z tego wyrośnie...” „ Chłopcy na ogół później mówią...”

Diagnoza logopedyczna była jednoznaczna – stwierdzono specyficzne zaburzenia w rozwoju mowy i języka przez jednych specjalistów określane jako alalia, przez innych jako afazja rozwojowa. Dla potwierdzenia diagnozy chłopca po kilku miesiącach skierowano na konsultację do Zakładu Leczniczo- Wychowawczego dla Dzieci Afatycznych w Krakowie (obecnie Specjalny Ośrodek Szkolno- Wychowawczy Zgromadzenia Sióstr Felicjanek przy ul. Millana 15).

Kompleksowe badania potwierdziły niedokształcenie rozwoju mowy o typie afazji. Okazało się, że deficyt lingwistyczny stanowił zasadniczy objaw nieprawidłowego rozwoju. Chłopiec nie był, jak przypuszczano ani głuchy, ani upośledzony, ani autystyczny.

Objawy kliniczne wyraźnie wskazywały na dysfunkcję mózgową, chociaż dostępne techniki neuroobrazowania nie dały podstaw do jednoznacznego rozpoznania uszkodzeń w budowie mózgu. Ograniczenia w percepcji mowy, trudności z ekspresją, tempo i dynamika zmian w procesie terapii prowadziły do skojarzenia z afazją dorosłych.

Termin „ niedokształcenie mowy o typie afazji” został wprowadzony przez Zofię Kordyl („Psychologiczne problemy afazji dziecięcej” Warszawa 1968), która pisała: „...dzieci, które nie mówią, chociaż rozumieją mowę albo nie rozumieją mowy, chociaż słyszą, a przy tym nie są upośledzone umysłowo to dzieci afatyczne”. Część naukowców sugeruje, że przyczyną jest opóźnienie mielinizacji włókien nerwowych w c.u.n. lub w obrębie mózdzku.

Jeżeli dziecko alaliczne, których jest pięć na tysiąc (U.Parol „Dziecko z niedokształceniem mowy” WSiP Warszawa 1997) nie zostanie objęte intensywną opieką logopedyczną i pedagogiczną, niejęzykowy lub bardzo ograniczony, agramatyczny sposób porozumiewania się pozostanie mu do końca życia.

Obraz kliniczny tego zaburzenia jest bardzo złożony i niejednorodny. Zarówno kombinacje objawów jak i stopień ich nasilenia bywają tak różnorodne, że rozpoznanie podstawowego deficytu wymaga wielu badań (logopedyczne, psychologiczne, foniatryczne, audiologiczne, neurologiczne, pedagogiczne) i dłuższej obserwacji w toku terapii.

Objawy podstawowe dla niedokształcenia mowy o typie afazji mają związek z ograniczonymi w różnym stopniu możliwościami ekspresji i percepcji mowy, co pozwala na wyróżnienie trzech typów tj. niedokształcenie mowy o typie afazji ekspresyjnej, percepcyjnej i mieszanej. Najczęściej występująca jest postać mieszana z przewagą zaburzeń percepcji lub ekspresji mowy. Więcej jest dzieci afatycznych, u których dominują zaburzenia ekspresji werbalnej przy dość dobrze zachowanym rozumieniu.

W celu ustalenia z jakimi zjawiskami ma się do czynienia, musi być przeprowadzone rzetelne badanie logopedyczne o charakterze językoznawczym, gdyż od jego wyniku będzie zależał dalszy proces terapii.

Ze względu na wspomniane aspekty analizy językoznawczej należy wyraźnie scharakteryzować objawy w dwóch skrajnych postaciach niedokszałcenia.

W niedokszałceniu mowy o typie afazji ekspresyjnej dobre jest rozumienie. Dziecko potrafi bezbłędnie wskazać przedmioty codziennego użyciu, wyszukać ilustracje przedstawiające przedmioty i czynności, a nawet ich cechy. Rozumie proste polecenia, a niekiedy nawet bardziej złożone, dzięki czemu reaguje adekwatnie do sytuacji. Jest w stanie rozumieć treść bajek i opowiadań.

Na ogół dysponuje pełnym zestawem fonemów, a jeśli zdarzają się nieprawidłowości to dotyczą one tych fonemów, które są najpóźniej opanowywane w naturalnym rozwoju mowy dziecka czyli artykulacji głosek syczących (s,z,c,dz), ciszących (ś,ź,ć,dź) i szumiących (sz,rz,cz,dź) oraz głoski r (często pojawia się krtaniowa).

W afazji ekspresyjnej inaczej motorycznej może się pojawiać zaburzenie prakcji i kinestezji artykulacyjnej, czyli zaburzenie czucia ułożenia narządów mowy (co zdecydowanie pogłębia zaburzenia artykulacyjne), a także trudności związane z wyborem głosek opozycyjnych typu: dźwięczna – bezdźwięczna, twarda – miękka, ustna – nosowa.

Dziecko szybciej opanowuje artykulacje sylab (szczególnie otwartych) niż wyrazów. Natomiast na poziomie wyrazów i zdań zniekształca ich strukturę w różnorodnym zakresie (uproszczenia grup spółgłoskowych, zmiany kolejności, asymilacje, reduplikacje itd.), co powoduje, że mowa dziecka może być nawet niezrozumiała przez otoczenie. Na ogół najbliższe dziecku osoby nie mają problemów z „odkodowaniem”. W zdaniach może się pojawić brak intonacji i akcentu logicznego, a niekiedy skandowanie.

Zniekształcenia powyższe nie mają stałego charakteru i dziecko, świadome swoich problemów, „unika” trudnych wyrazów i buntuje się przeciw ich powtarzaniu, pomimo że funkcja powtarzania jest lepsza niż nazywania. Wynika to z faktu, że podczas czynności nazywania dziecko nie ma możliwości obserwowania układu ust czy stosowanych gestów osoby mówiącej, a poza tym nie może powielić wzorca ruchowego wyrazu czy otrzymać bezpośredniego wzorca słuchowego. Stąd słownik czynny dziecka jest zdecydowanie uboższy od biernego.

W miarę polepsza się możliwość powtarzania i samodzielnego wypowiedzania się, co powoduje przejście od wypowiedzi jednowyrazowych do zdań. W trakcie terapii obserwuje się wolny, ale stały postęp, a tempo rozwoju jest zmienne. Doskonając i powtarzając umiejętności w obrębie każdego z podsystemów języka, najlepiej jest równolegle prowadzić naukę czytania i pisanie. Ma to niezwykle znaczenie, gdyż ułatwia dziecku zapamiętanie i odtworzenie właściwej struktury wyrazu. Niestety stanowi poważny problem i z doświadczeń wynika, że większość dzieci afatycznych nie osiąga pełnej sprawności w posługiwaniu się mową i pismem.

W niedokszałceniu mowy o typie afazji percepcyjnej występuje błędne wskazywanie obrazków czy przedmiotów, odpowiedzi na zadawane pytania są nieadekwatne, przy zachowanej możliwości formułowania wypowiedzi. Występuje też brak odpowiedzi, brak reakcji na polecenia lub nieprawidłowe ich wykonanie.

Rozumienie jest gorsze od możliwości wypowiedzania się, stąd dziecko może być podejrzewane o niedosłuch, tym bardziej, że w większej grupie staje się drażliwe, pobudzone,

zatyka uszy i bardzo słabo reaguje na komunikaty skierowane do ogółu. Natomiast w nowym środowisku, w stosunku do nowych osób często reaguje tak, jakby w ogóle nie słyszało. Wtedy podstawowym źródłem informacji są dla niego bodźce wzrokowe.

Korzystny wpływ na poprawę rozumienia będzie miało zaangażowanie emocjonalne dziecka (zainteresowanie tematem, znajome miejsce, lubiana osoba prowadząca). Im te emocje będą żywsze, tym lepsza będzie koncentracja i tym większa chęć zrozumienia wypowiedzi, co zwielokrotni szansę na prawidłowe odczytanie ich znaczenia.

Ogólnie jednak słownik bierny dziecka jest ubogi, ma ono trudności w zrozumieniu pytań i poleceń, a szczególnie zadań o złożonej strukturze logiczno-gramatycznej zawierających np. związki przyczynowo-skutkowe czy określenia stosunków przestrzennych. U dziecka może się pojawić rozumienie zastępcze, np. w sytuacji, kiedy mówimy „zdejmij czapkę”, a ono zdejmuje buty.

Dziecko z niedokształceniem mowy o typie afazji percepcyjnej na ogół nie ma problemów z realizacją fonemów, prawidłowo powtarza wyrazy i krótkie zdania, pomimo że nie zawsze rozumie, co mówi. Mogą zdarzać się zniekształcenia szczególnie przy nieznanach i niezrozumiałych słowach, natomiast podczas powtarzania czy nazywania pojawiają się substytucje wyrazowe polegające na podobieństwie brzmieniowym.

Proces zapamiętywania znaczenia słów i zdań jest zwolniony pomimo wielokrotnych powtórzeń. Najlepiej zapamiętywane są pojęcia odnoszące się do najbliższego otoczenia. Dziecko inicjuje kontakty słowno-emocjonalne, a w wypowiedziach zachowana jest bogata intonacja. Wspomaga się gestami, mimiką, a nawet odgrywa scenki w celu pełnego przekazania informacji, co z czasem ulega wycofaniu w miarę przyswojenia coraz większej ilości słów. Jednak wypowiedzi długo pozostają nieprawidłowe pod względem fleksyjnym i składniowym.

Łatwo opanować uczniowi techniczną stronę pisma, potrafi dobrze przepisać i odczytać tekst, ale nie rozumie tego, co czyta lub pisze. Dlatego niezbędne jest łączenie wyrazów lub zdań z ilustracjami ułatwiającymi zapamiętanie znaczenia.

W przypadku objawów towarzyszących afazji ekspresyjnej obserwuje się występowanie symptomów w postaci m.in. dysfunkcji w rozwoju motoryki dużej i małej, jak i narządów mowy, co powoduje ogólną niesprawność, a także trudności z zapamiętaniem sekwencji ruchów. Często stwierdza się brak dominacji stronnej lub skrzyżowaną lateralizację, niski poziom percepcji wzrokowo- słuchowej i koordynacji wzrokowo- ruchowej.

Natomiast w afazji percepcyjnej motoryka jest dużo sprawniejsza. Również koordynacja ruchowa na ogół nie wymaga usprawnienia. Niezależnie od rodzaju dysfunkcji dzieci afatyczne są często nadpobudliwe psychoruchowo i męczliwe psychicznie. Mają trudności w koncentracji uwagi i słabą sprawność pamięci, co w znaczący sposób wpływa na efekty terapii i zdecydowanie utrudnia proces uczenia się. Sprawia im trudność dokonywanie operacji klasyfikowania, porównywania, abstrahowania, uogólniania, myślenia przez analogię a także myślenia przyczynowo- skutkowego.

Język jest narzędziem porozumiewania się, myślenia, zapamiętywania. Jeżeli dziecko zostało pozbawione tego narzędzia w mniejszym lub większym stopniu, jest naturalną

sprawą, że wymaga więcej uwagi i wsparcia ze strony otoczenia a przede wszystkim intensywnej pracy terapeutycznej od najwcześniejszego okresu życia, a także specjalnych metod nauczania. Kształcenie się mowy ma bowiem charakter stadialny i nie ma możliwości „opuszczenia” któregoś etapu.

Czekając beczynnie, aż mowa sama się pojawi, tracimy bezpowrotnie cenne miesiące i lata. Poza tym dziecko zdając sobie sprawę ze swoich ograniczeń, pod wpływem negatywnych doświadczeń, braku sukcesów, staje się zahamowane, ma obniżone poczucie własnej wartości, a jego motywacja do pokonywania trudności obniża się.

Efektem tego mogą być nie tylko zaburzenia rozwoju społeczno- emocjonalnego, ale również wtórne zaburzenia intelektualne w postaci regresu poziomu sprawności intelektualnej do upośledzenia w stopniu lekkim. Tak też się stało w sytuacji opisanej na wstępie. Chłopiec, u którego niedokształcenie mowy o typie afazji miało charakter mieszany (ekspresyjna z niewielką komponentą percepcyjną), miał odroczony obowiązek szkolny, po ukończeniu klasy trzeciej szkoły podstawowej otrzymał orzeczenie do kształcenia specjalnego dzieci upośledzonych w stopniu lekkim .

Czy ta decyzja była słuszna? Lepszego rozwiązania nie znaleziono.

Wprawdzie chłopiec funkcjonuje jak dziecko upośledzone, ale jego potencjalne możliwości intelektualna są wyższe. Będąc obecnie w klasie piątej czyta, ma trudności z samodzielnym pisaniem dłuższych wyrazów i zdań, a także w pracy z tekstem. Prawdłowo wykonuje podstawowe operacje matematyczne, ale nie rozumie sensu zadań tekstowych.

Należałoby sobie zadać pytanie: dlaczego ustawodawca nie przewidział możliwości wydania orzeczeń dla dzieci afatycznych, skoro mają tak ogromny wachlarz ograniczeń w zdobywaniu wiedzy i umiejętności?

Praca nauczyciela z dzieckiem afatycznym na terenie przedszkola lub szkoły jest niezwykle trudna i wymaga uwzględnienia szeregu istotnych zasad regulujących podejmowane działania:

- Podstawowym warunkiem postępu w rewalidacji jest możliwie najwcześniejsze podjęcie stymulacji mowy. Rewalidację dzieci nie mówiących należy podejmować już od 2. roku życia,
- Zajęcia należy wiązać z działaniem i konkretnymi czynnościami, jakie podejmuje dziecko lub jakimi jest poddawane. Przystawajane przez niego pojęcia muszą mieć realny wymiar dzięki zastosowaniu ich w codziennym życiu i zabawie. Poznanie treści słów musi się odbywać wielozmysłowo, aby dotrzeć do dziecka wieloma drogami i w różnorodny sposób. Jeżeli dziecko będzie poznawało słowa bez zrozumienia ich treści, konsekwencją tego może być nadmierna werbalizacja, zjawisko eholalii i pustosłowia, 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 jego możliwości, 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.

Uwagi końcowe:

Maciek jest pod moją opieką od 1997r. Wyniki logoterapii w pełni potwierdzają zalecane i stosowane zasady postępowania terapeutycznego wypracowane na przestrzeni wielu lat w polskiej praktyce logopedycznej .

I zasada. Filarami opieki logopedycznej są : rodzina, poradnia i przedszkole/szkoła. Jedynie zintegrowana współpraca, wytrwałość i konsekwencja wszystkich koalicjantów, a także motywacja samego dziecka do pokonywania trudności stanowi o jej efektywności.

II zasada. W skład logopedycznej kadry rewalidacyjnej wchodzi : rodzice dziecka z zaburzeniami porozumiewania się, pracownicy poradni (logopeda, psycholog, pedagog) oraz nauczyciele przedszkola lub szkoły.

III zasada. Zdobyta przez logopedów, nauczycieli i rodziców wiedza i umiejętności wymagają stałego uaktualniania i pogłębiania.

IV zasada. Logoterapię należy podejmować jak najwcześniej, w „złotym okresie rozwoju mowy” dziecka, który zaczyna się od 2. r.ż. a kończy około 11.

W przypadku Maćka tylko czwarta zasada nie została zrealizowana. Zarówno rodzice, szkoła jak i poradnia dokładają wszelkich starań, aby zwiększyć skuteczność terapii. Matka chłopca uczestniczyła w specjalistycznych szkoleniach, a zdobytą tam wiedzę umiejętnie wykorzystuje, stosując codzienne, żmudne niekiedy ćwiczenia. Wspiera ją w pracy cała rodzina.

Zarówno ja, jak i pozostałe osoby pracujące z Maćkiem na terenie poradni oraz szkoły systematycznie doskonalą swój warsztat pracy. Maciek intensywnie pracuje, jest ambitny. Zdarzają mu się krótkie okresy zniechęcenia, zahamowania, które szybko mijają. Komunikuje się bardzo chętnie i zaczyna nawiązywać kontakty, nawet z obcymi osobami. W jego mowie nadal pojawia się wiele osobliwości językowych.

Bardzo trudny był dla niego okres przed klasyfikacją końcoworoczną, kiedy pojawił się u niego całkowity mutyzm (przestał mówić, a do najbliższych tylko szeptał). Okazało się, iż nieopatrznie zrozumiał słowa nauczycielki i sądził, że pozostanie drugi rok w tej samej klasie. Wynikało to z faktu, iż nadal najlepiej rozumie wyrazy i zdania użyte w znanej konsytuacji. „Cisza” trwała około dwóch tygodni, zanim cała sprawa nie została wyjaśniona. Promocja do następnej klasy była przesądzona.

Teraz Maciek ma zasłużone wakacje. Liczne kontakty werbalne z rodzicami i braćmi zapewne zaowocują w postaci poszerzenia słownictwa biernego i czynnego. Od września rozpoczną się nasze cotygodniowe spotkania, a ja po raz wtóry zadaję sobie pytanie, które na zawsze pozostanie bez odpowiedzi : „Gdyby Maciek rozpoczął terapię od drugiego roku życia, czy miałby szansę realizować obowiązek szkolny, wykorzystując jedynie opinię o dostosowaniu wymagań edukacyjnych do indywidualnych potrzeb i możliwości, zamiast orzeczenia do kształcenia specjalnego dzieci upośledzonych umysłowo w stopniu lekkim?”

Maciek ma szczęście posiadać wspaniałą, wspierającą go rodzinę, uczęszczać do szkoły, w której są kompetentni nauczyciele. Myślę, że dzięki temu będzie w stanie do końca realizować obowiązek szkolny w szkole ogólnodostępnej, a w przyszłości zdobędzie zawód zgodny z zainteresowaniami . Mógłby spędzać godziny przed komputerem, świetnie radząc sobie z ...obsługą programów i gier.

Elżbieta Mikołajczyk jest dyrektorem, logopedą, neurologopedą, surdologopedą, pedagogiem specjalnym Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Kolbuszowej