**SPECYFICZNE ZABURZENIA MOWY DZIECKA SPOWODOWANE USZKODZENIEM CENTRALNEGO UKŁADU NERWOWEGO – PODZIAŁ I KLASYFIKACJA**

Kiedy myślimy o uszkodzeniach mózgu w wyniku czynników endogennych, oraz zaburzeń mowy z nimi związanych, na pierwszy plan wysuwa się pojęcie afazji.

**CZYM JEST AFAZJA?**

Afazja to „skutek organicznego uszkodzenia mózgu o charakterze całościowym lub częściowym, które wiąże się z zaburzeniami mechanizmów programowania czynności mowy u człowieka, który już  uprzednio te czynności opanował. Zaburzenia mowy zależą od rozległości i miejsca uszkodzenia mózgu (za Panasiuk 2015, s. 316). W diagnostyce logopedycznej kwestie terminologiczne, dotyczące specyficznych zaburzeń mowy u dzieci, wynikających z uszkodzeń mózgu, są wciąż nieustalone. Przyjmuje się klasyfikację wg Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Zaburzeń Psychicznych (ICD – 10) oraz wg ustalonych standardów logopedycznych:

**Klasyfikacja specyficznych zaburzeń mowy w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Zaburzeń Psychicznych (ICD – 10)**

W ICD – 10 specyficzne zaburzenia rozwoju mowy klasyfikowane są pod kodem F80. W jego obrębie wyróżnia się:

1. Zaburzenia ekspresji mowy (F80.1) – zdolność ekspresji mowy jest wyraźnie niższa od poziomu typowego dla wieku umysłowego dziecka. W normie wiekowej zachowane jest rozumienie mowy. Do tej grupy zaburzeń zalicza się:
* rozwojową dysfazję – termin określa ograniczenie czynności mowy lub ich zakłócenie na skutek patologii mózgowej w okresie okołoporodowym lub w pierwszych miesiącach życia dziecka. Do charakterystycznych objawów należą zaburzenia artykulacji, płynności mowy, błędy w strukturze języka.
* afazję typu ekspresyjnego – dominują zaburzenia mówienia, zaburzenia nominacyjne, trudności w powtarzaniu.
1. Zaburzenia rozumienia mowy (F80.2 ) – zdolność rozumienia mowy jest znacząco niższa od poziomu właściwego dla wieku umysłowego dziecka. Dodatkowo, zawsze występują zaburzenia ekspresji mowy. W tym punkcie ujmuje się:
* głuchotę słów,
* afazję rozwojową Wernickego – dziecko ma zachowaną umiejętność płynnego mówienia, jednak mowa jest zdeformowana, a wypowiadane słowa nie mają związku z ich rzeczywistym znaczeniem. W mowie pojawiają się liczne neologizmy. Zaburzony jest słuch fonemowy i pamięć słuchowa. Dziecko rozumie komunikaty niewerbalne, i w sposób pozawerbalny stara się nawiązać kontakt,
* dysfazję – typ recepcyjny – charakterystycznymi objawami są: zaburzenia rozumienia mowy, przy zachowanej umiejętności powtarzania i nazywania. Dziecko słyszy, jednak nie rozumie zarówno swoich wypowiedzi, jak i wypowiedzi innych osób,
* wrodzone zaburzenia percepcji słuchowej.
1. Nabyta afazja z padaczką [zespół Landaua-Kleffnera] (F80.3) – utrata umiejętności rozumienia i ekspresji mowy, z zachowaniem ogólnej inteligencji  u dziecka prawidłowo rozwijającego się. W EEG występują zmiany napadowe,  a także często napady padaczkowe. Zaburzenie ma początek między 3 a 7 r.ż.                        Jako przyczynę podaje się proces zapalny mózgu.

**W obowiązujących standardach diagnozy logopedycznej, przyjmuje się podział wg rodzaju objawów, metodyki postępowania terapeutycznego, dynamiki ustępowania zaburzeń językowych, na następujące jednostki:**

1. alalię prolongatę,
2. alalię,
3. niedokształcenie mowy o typie afazji,
4. afazję dziecięcą.

**ALALIA PROLONGATA**

Inaczej samoistne opóźnienie rozwoju mowy (SORM) – zakłócenie procesu rozwojowego dziecka występujące do 3 r.ż. Charakteryzuje się opóźnieniem w rozwoju mowy czynnej z zachowaniem rozumienia na poziomie wieku rozwojowego. W alalii prolongacie nie występuje czynnik patologiczny wpływający na rozwój.

**CZYM JEST ALALIA?**

Alalia to zaburzenie kształtowania się mowy, które jest skutkiem mechanicznych lub chorobowych uszkodzeń centralnego układu nerwowego. Uszkodzenie nastąpiło przed ukończeniem 2 r. ż – w okresie życia płodowego, w okresie okołoporodowym i postnatalnym. Może ono dotyczyć obu półkul mózgu – z uwagi na nieustaloną w mózgu dziecka lateralizację i lokalizację funkcjonalną czynności mowy. Mowa u dziecka z alalią nie rozwija się, lub rozwija się niezgodnie z normą. Dziecko, u którego zdiagnozowano alalię,ma trudności artykulacyjne, prozodyczne, leksykalne i semantyczne. Problemy sprawia mu opanowanie kategorii fleksyjnych i słowotwórczych, zaburzona jest umiejętność budowania narracji. Pojawiają się trudności w rozumieniu struktur składniowych oraz w ich samodzielnym tworzeniu. Pojawiają się one pomimo prawidłowo ukształtowanego aparatu artykulacyjnego.

**Rozwój funkcji poznawczych u dziecka z alalią:**

Pierwotne nieprawidłowości w zakresie rozwoju językowego mogą rzutować wtórnie  na sfery: emocjonalną, poznawczą i społeczną. Obserwuje się ponadto zaburzenia koncentracji, percepcji wzrokowej i słuchowej, zaburzenia w zakresie postrzegania stosunków przestrzennych, zaburzenia pamięci, zaburzenia myślenia pojęciowego – kategorialnego. Dzieci z alalią mają trudności w zakresie koordynacji wzrokowo-ruchowo-słuchowej oraz występują u nich zaburzenia lateralizacji.

**Rokowania w przypadku alalii**

W przypadku alalii mowa nie osiąga rozwoju właściwego dla wieku dziecka, zazwyczaj, pomimo terapii, obserwuje się w niej nieprawidłowości. W wieku szkolnym niska kompetencja i sprawność językowa, a także wtórne zaburzenia funkcji poznawczych, skutkują problemami w opanowaniu czytania, pisania, kalkulii, zapamiętywania i przyswajania treści nauczania. W skrajnych przypadkach może dojść do wtórnego upośledzenia umysłowego. Dzieje się tak, gdy poziom kompetencji językowej jest na tyle niski, że uniemożliwia rozwój myślenia pojęciowego.

**Typy alalii:**

Alalia sensoryczna (percepcyjna) – pierwotnie zaburzone jest rozumienie komunikatów werbalnych, a wtórnie ich tworzenie. W mowie dziecka dominują onomatopeje, neologizmy, oraz krótkie wypowiedzi o dużej powtarzalności w języku mówionym.

Alalia motoryczna (ekspresyjna) – charakteryzuje się przede wszystkim trudnościami w tworzeniu komunikatów werbalnych, wtórnie zaburzeniami rozumienia. W słowniku czynnym dziecka dominują rzeczowniki, partykuły, zaimki (Panasiuk 2015, 322).

**NIEDOKSZTAŁCENIE MOWY O TYPIE AFAZJI**

O niedokształceniu mowy o typie afazji mówimy w przypadku zaburzeń mowy powstałych w wyniku uszkodzeń mózgu, które wystąpiły w okresie kształtowania się struktur językowych – między 2 a 6 r.ż. Zaburzenia mowy o typie afazji wiążą się z obniżeniem poziomu kompetencj i sprawności językowej. U dzieci z rozpoznaniem niedokształcenia mowy o typie afazji nigdy nie występują zaburzenia słuchu fizjologicznego. Prawidłowo funkcjonuje również aparat artykulacyjny, a intelekt i sprawności umysłowe dziecka plasują się w normie rozwojowej. Dodatkowo dziecko ma zapewnione prawidłowe warunki środowiskowe i wychowawcze.

Dziecko z niedokształceniem mowy o typie afazji porozumiewa się, stosując kompilację komunikacji niewerbalnej: gestów, mimiki oraz dostępnych produkcji werbalnych, które nie uległy rozpadowi w wyniku incydentu neurologicznego.

Charakterystyczne dla niedokształcenia mowy o typie afazji jest to, iż do wystąpienia uszkodzenia mózgu mowa dziecka rozwijała się w sposób prawidłowy.

**Rokowania**

Rokowania w przypadku niedokształcenia mowy o typie afazji są znacznie lepsze, niż  w przypadku alalii. Zależą one jednak od lokalizacji uszkodzenia w mózgu dziecka i stopnia opanowania przez nie języka w momencie wystąpienia uszkodzenia mózgu. O dobrych prognozach możemy mówić, gdy rozległość patologii w mózgu była niewielka, a do uszkodzenia doszło stosunkowo późno, gdy mowa była już ukształtowana na dobrym poziomie.  Warto mieć świadomość, iż często, pomimo terapii i odzyskania utraconych funkcji językowych, w mowie dziecka utrzymują się zaburzenia utrudniające przetwarzanie informacji językowych i zdolność uczenia się, a także zaburzenia w zakresie umiejętności metalingwistycznych. Gdy uszkodzenia mózgu miały charakter rozległy i miały miejsce we wczesnym okresie rozwoju mowy, pomimo prowadzonej terapii, sprawność językowa ulega poprawie w niewielkim stopniu. W przypadku trwałych patologii w mózgu, problemy  w rozwoju języka mogą ulec nasileniu.

**AFAZJA DZIECIĘCA**

**Czy możemy mówić o afazji w przypadku dziecka, które nie opanowało jeszcze systemu językowego?**

Dzieci, które nie opanowały jeszcze systemu językowego, nie mają reprezentacji poszczególnych kompetencji językowych w mózgu, zatem uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego przybierają zupełnie inny, niż u osób dorosłych, obraz. U dzieci do 6 roku życia,  u których pojawiły się uszkodzenia w mózgu, zazwyczaj mówi się o alalii i niedokształceniu mowy o typie afazji. W przypadku dzieci, które ukończyły 6 rok życia oraz opanowały system językowy, możemy mówić o afazji dziecięcej. Zaburzenia mowy u tych dzieci przypominają zaburzenia mowy u osób dorosłych z afazją. U dzieci, u których zaburzenia mowy mają trudną do ustalenia przyczynę, są trwałe, utrzymują się problemy z nabywaniem mowy, a pierwsze wypowiedzi pojawiają się po 5 roku życia – mówimy o afazji wrodzonej. Rozwój mowy u dzieci ze zdiagnozowaną afazją wrodzoną jest spowolniony i zazwyczaj nie osiąga poziomu właściwego dla wieku (Panasiuk 2015, s 312).

Czynniki patogenne mające wpływ na uszkodzenia CUN:

1. krwawienie z dróg rodnych matki w okresie prenatalnym,
2. zatrucie lekami – u matki,
3. uraz matki w czasie trwania ciąży,
4. niedotlenienie dziecka w okresie okołoporodowym,
5. wylewy śródczaszkowe, urazy czaszki,
6. stan zapalny mózgu, w tym opon mózgowych,
7. uraz czaszkowo-mózgowy,
8. nowotwór (za Panasiuk 2015, 318).

**Czym jest afazja dziecięca?**

O afazji dziecięcej mówimy w przypadku, gdy w mózgu dziecka doszło do uszkodzeń korowych w dominującej półkuli – w obszarze mowy. Uszkodzenie to nastąpiło po 6 r.ż.,      co skutkuje utratą nabytych umiejętności językowych oraz rozpadem umiejętności mówienia. Objawy uszkodzenia mózgu wiążą się z ich lokalizacją i rozległością, co różni afazję dziecięcą od alalii i niedokształcenia mowy o typie afazji. Dzieje się tak, ponieważ rozwój systemu językowego dziecka w okresie, gdy nastąpiło uszkodzenie, został zakończony.  Obraz zaburzeń w afazji dziecięcej jest specyficzny i odpowiada poszczególnym typom afazji, rozpoznawanym u osób dorosłych.

**Rokowania w przypadku afazji dziecięcej**

Rokowania w przypadku afazji dziecięcej, z uwagi na dużą plastyczność mózgu i jego możliwości kompensacyjne, a co za tym idzie szybszy powrót sprawności językowych,   są optymistyczne. Zazwyczaj dochodzi do utraty, bądź zaburzeń niektórych sprawności językowych. Ich powrót następuje szybciej, niż u osób dorosłych z rozpoznaną afazją, często w sposób spontaniczny. Możliwe jest odzyskanie w pełni zaburzonych funkcji językowych w okresie kilku tygodni lub miesięcy od wystąpienia incydentu neurologicznego.

**DIAGNOSTYKA**

Diagnostyka dziecka w Poradni obejmuje:

1. diagnozę psychologiczną – dotyczy oceny rozwoju intelektualnego,
2. diagnozę pedagogiczną – ocena funkcji percepcyjno – motorycznych oraz umiejętności szkolnych,
3. diagnoza logopedyczna – obejmuje ocenę: percepcji słuchowej, ocenę realizacji czynności fizjologicznych tj. połykanie, żucie, gryzienie, oddychanie, fonacja, budowy i sprawności aparatu artykulacyjnego, analizy i syntezy wzrokowej, pamięci, myślenia.

Dokumentacja medyczna, dotycząca leczenia specjalistycznego, niezbędna w procesie diagnozy:

- diagnoza neurologiczna

O dalszej procedurze decyduje zespół diagnostyczny.

Bibliografia :

1. Z. Kordyl: Psychologiczne problemy afazji dziecięcej, Warszawa 1968.
2. G. Jastrzębowska: Afazja, dysfazja dziecięca [w:] Logopedia. Pytania i odpowiedzi, t. 2, red. T. Gałkowski, G. Jastrzębowska, Opole 2004, s. 369-406.
3. M. Maruszewski: Afazja. Zagadnienie teorii i terapii, Warszawa 1966.
4. J. Panasiuk: Standard postępowania w przypadku alalii i niedokształcenia mowy o typie afazji [w] Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego, Lublin 2015, s. 309- 345

Opracowała : neurologopeda Ewa Perkowska