***Zagadnienia związane z zaburzeniem mowy – afazja.***

**Czym jest afazja?**

**Afazja** to spowodowane organicznym uszkodzeniem odpowiednich struktur mózgowych częściowe lub całkowite zaburzenie mechanizmów programujących czynności mowy. Definicja ta wymaga dodatkowych wyjaśnień. Należy bowiem odwołać się do definicji mowy. **Mowa** jest aktem w procesie porozumiewania się językowego, w którym dzięki obopólnej znajomości tego samego języka osoba mówiąca przekazuje informacje, a słuchająca je odbiera. Innymi słowy – mowa to budowanie wypowiedzi słownej (mówienie, nadawanie) i odbiór wypowiedzi słownej (rozumienie) na podstawie języka. Istotą zaburzeń afatycznych jest zarówno nieprawidłowe nadawanie, jak nieprawidłowy odbiór (percepcja mowy).

 Odrębnym zagadnieniem jest występowanie zaburzeń afatycznych u dzieci.

 **Dysfazja** i jej skrajny stan – **afazja** dziecięca – występują u dzieci i określone są jako pierwotne lub specyficzne zaburzenia zachowania językowego wynikające z patologii mózgowej różnego typu i stopnia zaburzenia rozwojowego. Niezwykle istotne jest, że w afazji dziecięcej nieprawidłowości rozwoju mowy nie są wtórną konsekwencją innych zaburzeń wynikających z zaburzeń mózgu.

Trudności w przyswajaniu języka nie można tłumaczyć **niepełnosprawnością intelektualną lub fizyczną, uszkodzeniem słuchu, zaburzeniami emocjonalnymi czy wreszcie brakiem stymulacji ze strony środowiska społecznego.** Przyczyny tej specyficznej patologii mają charakter endogenny i prawdopodobnie cechują je anomalie wrodzone, czyli jest to zaburzenie wynikające z OUN.

Aby wykluczyć afazję należy upewnić się czy dziecko nie jest:

- niedosłyszące czy głuche,

- niepełnosprawne intelektualnie,

- autystyczne,

- z wadami rozwojowymi,

- chore na epilepsję itp.

**Wyróżniamy trzy rodzaje afazji:**

- **ekspresyjna (motoryczna)** charakteryzująca się zanikiem mowy przy dobrym jej rozumieniu. W tym typie afazji występują zaburzenia umiejętności samodzielnego mówienia, nazywania i powtarzania,

- **percepcyjna,** charakteryzująca się zachowaniem zdolności ekspresji mowy przy częściowo lub całkowicie zniesionej zdolności rozumienia mowy. Dziecko słyszy i mówi ale nie rozumie swoich słów ani cudzych przekazów słownych.

- **percepcyjno–ekspresyjna (mieszana).**

**Czym różni się opóźniony rozwój mowy od afazji.**

Jeśli objęte systematyczną terapią dziecko robi dość szybkie postępy, mówi coraz więcej i bardziej zrozumiale dla otoczenia to najprawdopodobniej jest to **opóźniony** **rozwój mowy na tle opóźnionego dojrzewania struktur mózgowych.**

Towarzyszy temu też wolniejszy rozwój psychomotoryczny. Wówczas podjęta stymulacja rozwoju nie tylko mowy daje efekty i nieco później dziecko osiągnie dojrzałość szkolną.

Gdy mowa się nie rozwija może to oznaczać **uszkodzenia struktur korowych mózgu.**

Otóż do piątego roku życia między afazją, a samoistnym opóźnionym rozwojem mowy nie ma istotnych różnic. W obu przypadkach najpierw obserwuje się brak rozwoju mowy lub bardzo słabą jej dynamikę, a potem opóźnienia dotyczące różnych aspektów mowy. Wnikliwa obserwacja rozwoju mowy dziecka i wykluczenia rozległych zaburzeń pozwala na postawienie właściwej diagnozy. Nie jest to łatwe chociażby ze względu na brak dostępności do niektórych badań specjalistycznych.

Tak więc terapia dzieci z samoistnym opóźnionym rozwojem mowy przynosi dostrzegalne efekty inaczej jest przy afazji.

**Praktyczne, ogólne wskazówki dla terapeuty mowy**

W pracy z dzieckiem afatycznym należy pamiętać o jego ograniczeniach, należy wykorzystywać i podkreślać jego mocne strony, naturalne talenty.

1. Należy być z dzieckiem w bliskim kontakcie, stwarzać sytuacje wzmacniające jego poczucie wartości i kompetencji: nagradzać wysiłek wkładany przez dziecko, dbać o podnoszenie jego motywacji do pokonywania trudności.
2. Pracując na materiale językowym dziecko afatyczne szybko się męczy. Należy dzielić materiał na mniejsze jednostki, ograniczać do najistotniejszych treści w formie przystępnej dla dziecka.
3. Podając informacje należy zwracać się bezpośrednio do dziecka, zwalniając tempo przekazu, używając znanego słownictwa. Należy stosować proste konstrukcje zdaniowe, powtarzać komunikaty, sprawdzać stopień ich zrozumienia.
4. Wskazane jest wykorzystywanie w pracy atrakcyjnych materiałów dydaktycznych (realne przedmioty, modele, plansze, liczmany, rysunki itp).
5. Zapamiętywanie kształtu liter drukowanych i pisanych, małych i dużych stanowi dla dziecka z afazją motoryczną duże wyzwanie, dlatego najłatwiejsze jest przepisywanie, trudniejsze pisanie z pamięci, a najtrudniejsze pisanie swobodnych wypowiedzi. Zatem należy pomagać dziecku w doborze słownictwa, w użyciu fleksyjnych końcówek, w tworzeniu planu. Zaleca się wydłużanie czasu pracy.
6. Należy wspólnie z dzieckiem czytać lektury (wybrane fragmenty), sprawdzić rozumienie i ocenić ucznia uwzględniając jego możliwości. Wskazane jest czytać lekturę na przemian dziecko- terapeuta lub (w domu) dziecko- rodzic.
7. Można wykorzystywać nagrania lektur.
8. Wypowiedzi pisemne nie należy oceniać pod względem ortograficznym, a raczej pod kątem merytorycznym.
9. Ważna jest wielokrotność powtórzeń i ciągłe wracanie do wcześniej przerobionego materiału.
10. Rozwijać pamięć językową (teksty, wiersze, rymowanki, przysłowia).
11. Rozwijać spostrzegawczość, umiejętność rozumienia związków frazeologicznych, oraz słownictwo w aspekcie różnych kategorii językowych.
12. Doskonalić pracę ręki.

**Pamiętajmy, że dziecko afatyczne to dziecko niepełnosprawne!**

**Bibliografia**

Gałkowski T., Tarkowski Z., Zalewski T., Diagnoza i terapia zaburzeń mowy, Wydawnictwo UMCS, Lublin 1993.

Gałkowski T., Jastrzębowska G., Logopedia pytania i odpowiedzi, Uniwersytet Opolski, 1999.

Pąchalska M., Afazjologia, PWN, Warszawa, 1999.

Zalewski T., Opóźniony rozwój mowy, PZWL, Warszawa 1992.

 opracowały: Maria Sadowska, Mirosława Sielicka