

MAGDALENA OLEMPKA-WYSOCKA

*Specjalistyczna Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna
Doradztwa Zawodowego i dla Dzieci z Wadami Rozwojowymi
w Łodzi*

DZIECKO Z ZABURZENIAMI MOWY W SYSTEMIE OŚWIATY

ABSTRACT. Olempska-Wysocka Magdalena, *Dziecko z zaburzeniami mowy w systemie oświaty* [Children with a Speech Impairment in the School System]. *Studia Edukacyjne* nr 32, 2014, Poznań 2014, pp. 211-224. Adam Mickiewicz University Press. ISBN 978-83-232-2837-0. ISSN 1233-6688

The article presents considerations for children's speech and communication disorders. Polish and foreign literature can be considered to present variety of terms and definitions, however not clear in meaning. It can be found creating difficulties not only in terms of diagnostic but as well as in therapeutic process. Article emphasizes important issues of speech disorder children in education process, care, special education forms complaint with law. Issues related to psycho-social speech disorder was also raised in this article.

Key words: aphasia, developmental aphasia, dysphasia, speech disorders, specific language impairment (SLI), special educational needs, psychological and pedagogical assistance

Dzieci z zaburzeniami mowy i komunikacji stanowią bardzo zróżnicowaną grupę pod względem rozwoju poznawczego i emocjonalno-społecznego, rozwoju mowy i języka, umiejętności komunikacyjnych. Prawidłowo rozwijające się dziecko około 2-3 roku życia posługuje się określonym zasobem słownictwa, buduje pierwsze zdania, rozumie kierowane do niego pytania, instrukcje, a także następuje rozkwit związany z rozwojem struktur gramatycznych wypowiedzi. Wiadome jest, że określone czynniki wewnętrzne i zewnętrzne mają decydujący wpływ na to, jak rozwija się mowa dziecka. Uszkodzenie słuchu, opóźnienie rozwoju poznawczego, ruchowego, czy np. niekorzystne oddziaływania ze strony środowiska rodzinnego i społecznego mogą spowodować, że mowa dziecka nie rozwinię się prawidłowo.

Należy pamiętać, że w pierwszych trzech latach życia dziecka bardzo trudno dokonać rozróżnienia pomiędzy poszczególnymi rozwojowymi zaburzeniami mowy a np. afazją dziecięcą. Prowadzona diagnoza powinna uwzględniać wystandaryzowane narzędzia logopedyczne, pozwalające określić sprawności językowe dziecka, skale obserwacji zachowań (zarówno tych werbalnych jak i niewerbalnych), pogłębiony wywiad z rodzicami lub opiekunami, a także badania psychologiczne, pedagogiczne oraz konsultacje lekarskie. Warto podkreślić, że pełna diagnoza to diagnoza interdyscyplinarna, uwzględniająca wszystkie sfery funkcjonowania dziecka.

Ustalenia terminologiczne - afazja/alalia/SLI

Jak podkreśla L.B. Leonard¹, historia badań dotycząca specyficznych zaburzeń językowych sięga XIX wieku. W roku 1866 Vaisse wprowadził termin „afazja wrodzona”, określający zaburzenie mowy u dzieci, u których stwierdzono normalny poziom inteligencji niewerbalnej, dobre rozumienie języka i duże ograniczenia w produkcji słownej. W XX wieku do terminu „afazja” dołączano coraz to nowe określenia, ale jego podstawowe znaczenie nie ulegało zmianie. W latach sześćdziesiątych XX wieku obok terminu afazja zaczął pojawiać się termin „dysfazja”. Mając do dyspozycji dwa określenia, częściej posługiwano się tym drugim, co mogło stanowić stopniową zmianę dążenia do ścisłości ze względu na to, że przedrostek „a-” sugeruje brak języka, natomiast „dys-” – implikuje jedynie problemy z językiem². Od drugiej połowy XX wieku w literaturze zaczęto odchodzić od używania tych dwóch terminów, biorąc pod uwagę fakt, że terminy „afazja” i „dysfazja” mają konotacje neurologiczne (nazwy odnoszono do zaburzeń wynikających z uszkodzenia mózgu, np. w wyniku udaru), a także ze względu na to, że prace badawcze dotyczące tego zagadnienia były bardzo często prowadzone i opisywane w kategoriach językoznawczych. Dlatego, wiele określeń oprócz słowa „zaburzenie” zawierało także termin „język”.

W literaturze polskiej również możemy spotkać wiele pojęć dotyczących zaburzeń mowy występujących u dzieci, ze zdecydowanym/wyraźnym brakiem jednoznacznego określenia. Stwarza to trudności nie tylko diagnostyczne, ale i terapeutyczne. Najczęściej stosuje się terminy takie jak: **afazja/dysfazja dziecięca**³, **alalia**⁴, **afazja rozwojowa i wrodzona**⁵, **specyficzne**

¹ L.B. Leonard, *SLI – specyficzne zaburzenie rozwoju językowego*, Gdańsk 2006.

² Tamże.

³ Z. Kordyl, *Psychologiczne problemy afazji dziecięcej*, Warszawa 1968; H. Spionek, *Zaburzenia psychoruchowego rozwoju dziecka*, Warszawa 1969; J. Szumska, *Neurofizjologiczne podstawy zabu-*

upośledzenie rozwoju języka⁶, niedokształcenie mowy o typie afazji⁷, SLI (*specific language impairment* – specyficzne zaburzenia językowe)⁸. Brak zgodności co do istoty poszczególnych zaburzeń powoduje, że nie ma jednomyślności odnośnie kwestii nazywania zaburzeń, co sprzyja tendencji do tworzenia nowych terminów.

Analizując literaturę dotyczącą rozstrzygnięć terminologicznych oraz kategoryzacji ujmowania tych zaburzeń w rozwoju mowy, widoczna jest pewna prawidłowość. Termin „alalia” stosowany jest w odniesieniu do dzieci, u których rozwój mowy jest nieprawidłowy, został zaburzony w specyficzny sposób poprzez uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego. Uszkodzenie to nastąpiło zanim mowa została w pełni ukształtowana. U dzieci tych możemy stwierdzić prawidłowo funkcjonujący narząd słuchu, aparat artykulacyjny, a środowisko rodzinne i wychowawcze jest prawidłowe⁹. W przypadku „afazji dziecięcej” (określanej także jako „dysfazja rozwojowa”, „afazja wrodzona”) mówimy wówczas, że zaburzenia rozwoju mowy nastąpiły w wyniku patologii mózgowej, która nastąpiła w okresie płodowym, okołoporodowym, czy niemowlęcym. Zatem, mowa dziecka, jak pisze A. Herzyk¹⁰, nigdy nie rozwija się normalnie. Jednak skomplikowany kliniczny obraz afazji dziecięcej sprawia, że jest ono trudne do odróżnienia od

rzeń mowy u dzieci, [w:] *Zaburzenia mowy u dzieci*, red. J. Szumska, Warszawa 1982; A. Herzyk, *Afazja i mutyzm dziecięcy. Wybrane zagadnienia diagnozy i terapii*, Lublin 1992; B. Daniluk, *Specyficzne zaburzenia językowe u dzieci*, Warszawa 2006.

⁴ B. Kaczmarek, *Z zagadnień kształtowania mowy u dzieci z dysfunkcjami ośrodkowego układu nerwowego*, *Zagadnienia Wychowawcze a Zdrowie Psychiczne*, 1986, 5-6; I. Styczek, *Logopedia*, Warszawa 1980; U. Parol, *Dziecko z niedokształceniem mowy. Diagnoza, analiza, terapia*, Warszawa 1997; S. Grabias, *Mowa i jej zaburzenia*, *Logopedia*, 2000, 28, s. 7-36.

⁵ E. Dilling-Ostrowska, *Rozwój i zaburzenia mowy u dzieci w zależności od stopnia dojrzałości układu nerwowego*, [w:] *Zaburzenia mowy u dzieci*.

⁶ G. Jastrzębowska, *Zaburzenia komunikacji językowej u dzieci w świetle kategoryzacji międzynarodowych (ICD-10, DSM-IV)*, [w:] *Logopedia. Pytania i odpowiedzi. Zaburzenia komunikacji językowej u dzieci i osób dorosłych*, red. T. Gałkowski, G. Jastrzębowska, Opole 2002.

⁷ Z. Kordyl, *Psychologiczne problemy*; U. Parol, *Dziecko z niedokształceniem mowy*, Warszawa 1989.

⁸ L.B. Leonard, *SLI – specyficzne zaburzenie*; M. Smoczyńska, *Przedmowa do wydania polskiego*, [w:] *SLI – specyficzne zaburzenie; tejsze, Opóźniony rozwój mowy a ryzyko SLI. Co wyniki badań podłużnych mówią nam o potrzebie wczesnej interwencji logopedycznej?* [w:] *Interwencja logopedyczna. Zagadnienia ogólne i praktyka*, red. J. Porayski-Pomsta, M. Przybysz-Piwko, Warszawa 2012; I. Kurcz, *Psychologia języka i komunikacji*, Warszawa 2000; G. Jastrzębowska, *Zaburzenia komunikacji językowej u dzieci; tejsze, Diagnoza i terapia rozwojowych zaburzeń mowy*, [w:] *Podstawy neurologopedii*, red. T. Gałkowski, E. Szela, G. Jastrzębowska, Opole 2005; G. Krasowicz-Kupis, *SLI i inne zaburzenia językowe. Od badań mózgu do praktyki psychologicznej*, Sopot 2012.

⁹ Z. Kordyl, *Psychologiczne problemy*; I. Styczek, *Logopedia*.

¹⁰ A. Herzyk, *Afazja i mutyzm dziecięcy; tejsze, Mózgowa organizacja języka w ontogenezie. Ujęcie neuropsychologiczne*, *Audiofonologia*, 1993, 5.

innych zaburzeń rozwojowych. Jak wskazują liczne badania, skutki uszkodzeń mózgowych zależą od okresu uszkodzenia, etiologii schorzenia, rodzaju neuropatii, lokalizacji i rozległości uszkodzenia, a także od warunków sytuacyjnych i środowiskowych.

Obecnie, dzięki pracy L.B. Leonarda, coraz częściej w polskiej literaturze badawczej pojawia się termin SLI (*specific language impairment* – specyficzne zaburzenia językowe)¹¹. Propagatorem tej terminologii jest M. Smoczyńska¹², choć pojawia się także w pracach G. Jastrzębowskiej¹³. Jak pisze G. Krasowicz-Kupis¹⁴, SLI stanowi grupę zaburzeń specyficznych, przy braku ograniczeń intelektualnych, problemów ze słuchem, społeczno-emocjonalnych, czy neurologicznych. D.V.M. Bishop¹⁵ definiuje SLI jako wyodrębniony deficyt w zakresie mowy, przy braku innych zaburzeń w rozwoju. Biorąc pod uwagę powyższe deficyty, można sądzić, że dzieci ze SLI będą miały trudności z nawiązywaniem oraz podtrzymywaniem pozytywnych relacji rówieśniczych. Fakt istnienia problemów z nadawaniem mowy często jest odbierany przez otoczenie jako niepełnosprawność związana również z rozumieniem komunikatów, co w większości przypadków nie jest prawdą. Obecnie coraz częściej podkreśla się, że SLI jest spowodowane wieloma czynnikami¹⁶. Jak podkreśla J. Cieszyńska-Rożek¹⁷, termin SLI odpowiada polskiemu terminowi alalia. Ponadto, istotny jest, według tej autorki, fakt, że zarówno badacze obcojęzyczni, jak i polscy przyjmując termin SLI, zakładają brak występowania uszkodzeń struktury korowej. W literaturze podkreśla się, że rozwój mowy dzieci ze SLI jest mało stabilny. Część osiąga prawidłowy poziom rozwoju mowy około 6. roku życia, ale są również osoby, u których deficyty językowe utrzymują się do dorosłości¹⁸.

Ciekawą propozycję rozstrzygnięć terminologicznych, z punktu widzenia naukowca praktyka, podaje J. Cieszyńska-Rożek¹⁹, dzieląc zaburzenia komunikacji językowej u dzieci na: **alalię, alalię z komponentem autyzmu**

¹¹ L.B. Leonard, *SLI – specyficzne zaburzenie*.

¹² M. Smoczyńska, *Przedmowa do wydania polskiego tamże*.

¹³ G. Jastrzębowska, *Zaburzenia komunikacji językowej u dzieci; też: Diagnoza i terapia rozwojowych zaburzeń mowy*.

¹⁴ G. Krasowicz-Kupis, *SLI i inne zaburzenia językowe*.

¹⁵ D.V.M. Bishop, *Specific language impairment, dyslexia and autism. Using genetics to unravel their relationship*, [w:] *Understanding developmental disorders*, red. C.F. Norbury, J.B. Tomblin, D.V.M. Bishop, New York 2008.

¹⁶ E. Czaplewska, *Rozumienie pragmatycznych aspektów wypowiedzi przez dzieci ze specyficznymi zaburzeniami językowymi SLI*, Gdańsk 2012.

¹⁷ J. Cieszyńska-Rożek, *Metoda Krakowska wobec zaburzeń rozwoju dzieci. Z perspektywy fenomenologii, neurobiologii i językoznawstwa*, Kraków 2013.

¹⁸ Por. G. Krasowicz-Kupis, *SLI i inne zaburzenia językowe*.

¹⁹ J. Cieszyńska-Rożek, *Metoda Krakowska*.

lub zespołu Aspergera, afazję dziecięcą i afazję u dzieci. Według tej autorki, alalia stanowi zaburzenie rozwoju mowy dotyczące nadawania, powtarzania oraz rozumienia, spowodowane brakiem dominacji lewej półkuli dla przetwarzania języka, a także obniżeniem sprawności sekwencyjnego przetwarzania informacji, co spowoduje uruchomienie prawopółkulowego rozumienia i użycia języka. U dziecka z alalią obserwujemy brak lub znaczne opóźnienie rozwoju mowy, przy prawidłowo funkcjonującym słuchu oraz braku zaburzeń autystycznych i neurologicznych. Alalia z komponentem ze spektrum autyzmu lub zespołu Aspergera jest spowodowana, według J. Cieszyńskiej-Rożek, zaburzeniem lewej półkuli, połączonym z uszkodzeniem niektórych struktur mózgu. Jak podaje autorka, pomimo że przebieg rozwoju mowy dziecka z alalią i afazją dziecięcą, a także pewne cechy komunikacji w tych zaburzeniach są podobne, to możemy wskazać i wyodrębnić zasadnicze odmienności. Afazja dziecięca stanowi zaburzenie mowy powstające w życiu płodowym, podczas porodu, czy w pierwszych dwóch latach życia dziecka, spowodowane uszkodzeniem struktur kory mózgowej lewej półkuli (poprzez np. urazy mechaniczne, wylewy krwotoczne, niedotlenienia, zatrucia). Inny rodzaj zaburzenia, jaki wyodrębnia autorka, stanowi afazja. Termin ten określa dzieci, które utraciły już posiadane wcześniej możliwości komunikacji językowej. Zatem, afazja stanowi rozpad wcześniej istniejącego systemu językowego. Dezintegracja ta spowodowana jest uszkodzeniem struktury lewej półkuli mózgu, co powoduje nie tylko zaburzenie wcześniej istniejących funkcji językowych, ale także poznawczych²⁰.

Należy dodać, że w polskiej terminologii pod pojęciem zaburzeń mowy/zaburzeń komunikacji językowej rozumie się zarówno zaburzenia mowy, jak i języka. Natomiast, w nomenklaturze stosowanej w Stanach Zjednoczonych te obydwa terminy się rozróżnia. Pierwszy odnosi się do zaburzeń w realizacji wypowiedzi werbalnych przy prawidłowo rozwiniętych kompetencjach związanych z mówieniem, natomiast drugi dotyczy trudności w nabywaniu tych kompetencji. Według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10), zaburzenia mowy i języka należą do kategorii rozwojowych zaburzeń psychicznych. Wyodrębniona została tam pozycja „F80 – Specyficzne zaburzenia rozwoju mowy i języka”, określająca również dość dokładnie kryteria diagnostyczne pozwalające dokonać diagnozy różnicowej dla poszczególnych odmian tego zaburzenia. Podstawowe kryterium włączające dla tej kategorii stanowi zaburzenie występowania normalnych wzorców rozwoju mowy od wczesnych stadiów,

²⁰ Tamże.

mogące ujawniać się z różnym lub zmiennym nasileniem, gdzie w każdych warunkach ulega zakłóceniu umiejętność mówienia. Według ICD-10, zaburzenia te nie są bezpośrednio związane z upośledzeniem umysłowym, z zaburzeniami mechanizmów mowy, z uszkodzeniami sensorycznymi, z zaburzeniami neurologicznymi, a także z niekorzystnymi czynnikami środowiskowymi. W zależności od objawów zaburzeń językowych wyróżnia się tutaj z kolei klasyfikacja zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego APA (DSM-IV-Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), która umieszcza zaburzenia rozwoju mowy na Osi I jako zaburzenia komunikowania się z określeniem, że są to zaburzenia diagnozowane zwykle po raz pierwszy w niemowlęctwie, dzieciństwie lub okresie dojrzewania. Klasyfikacja ta obejmuje: zaburzenie języka ekspresji, mieszane receptywno-ekspresyjne zaburzenie języka, zaburzenie fonologiczne, jąkanie, oraz zaburzenie komunikacji niewyspecyfikowane gdzie indziej. Ciekawą klasyfikacją, odnoszącą się do problemów rozwojowych i problemów zdrowia psychicznego, jakie pojawiają się w pierwszych trzech latach życia dziecka, jest Klasyfikacja Diagnostyczna DC:0-3R (Diagnostic Classification of Mental Health and Development Disorders of Infancy and Early Childhood – Revised Edition), stanowiąca istotne uzupełnienie klasyfikacji DSM-IV i ICD-10. Opiera się ona na pięciu Osiach, z których Oś I zawiera kategorię dotyczącą Zaburzeń tworzenia relacji i komunikowania się. Jak zaznaczają autorzy klasyfikacji, początki zaburzeń z tej kategorii widoczne są już w okresie niemowlęctwa oraz wczesnego dzieciństwa. Dotyczą one trudności w tworzeniu relacji i komunikowaniu się, w połączeniu z trudnościami w regulowaniu procesów fizjologicznych, sensorycznych, uwagi, poznawczych, somatycznych i afektywnych. Proponowane są następujące obszary zachowań: tworzenie relacji, komunikowanie się, posługiwanie się mową (od pojedynczych słów do prostych zdań) oraz przetwarzanie bodźców sensorycznych.

Tabela 1
Porównanie terminologii zaburzeń mowy według ICD-10 i DSM-IV

Nazewnictwo polskie	ICD-10	DSM-IV
Specyficzne zaburzenia rozwojowe	Specyficzne zaburzenia rozwoju mowy i języka (F 80)	Zaburzenia komunikacji
Zaburzenia artykulacji	Specyficzne zaburzenia artykulacji	Zaburzenia fonologiczne
Zaburzenia ekspresji językowej (zaburzenia ekspresyjne, nadawania,	Zaburzenia ekspresji mowy (F 80.01)	Zaburzenia ekspresji językowej

Nazewnictwo polskie	ICD-10	DSM-IV
mówienia, zdolności nadawania, alalia ekspresyjna, niedokształcenie mowy o typie afazji – typ ekspresyjny)		
Zaburzenia percepcji językowej (repcji mowy, mowy biernej, odbioru, rozumienia mowy, alalia percepcyjna, niedokształcenie mowy o typie afazji – typ recepcyjny)	Zaburzenia rozumienia mowy (F 80.2)	Połączone recepcyjno-ekspresyjne zaburzenia mowy i języka
	Inne zaburzenia rozwoju mowy i języka (F 80.8) oraz zaburzenia rozwoju mowy i języka, nieokreślone (F 80.9)	Niespecyficzne zaburzenia komunikacji
		Jąkanie

Źródło: G. Jastrzębowska, *Zaburzenia komunikacji językowej u dzieci w świetle kategoryzacji międzynarodowych (ICD-10, DSM-IV)*, [w:] *Logopedia. Pytania i odpowiedzi. Zaburzenia komunikacji językowej u dzieci i osób dorosłych*, red. T. Gałkowski, G. Jastrzębowska, Opole 2003.

Powszechność zjawiska

Dane szacunkowe dotyczące częstotliwości występowania rozwojowych zaburzeń mowy niejasno określają ich powszechność. Dane amerykańskie wskazują, że zjawisko specyficznych zaburzeń rozwojowych dotyczy około 7% populacji²¹. K. Karmiloff i A. Karmiloff-Smith²² podają, że dzieci ze SLI stanowią około 5% całej populacji. Badania przeprowadzone pod kierunkiem J.B. Tomblina²³ pokazały, że częstotliwość występowania tego zaburzenia jest podobna i wynosi około 7,4% badanych pięcioletków. Prowadzone w Polsce badania przez M. Smoczyńską²⁴ wskazują, że problem ten mógł dotyczyć od 54 do 126 tysięcy przedszkolaków i odsetek ten prawdopodobnie nie różni się od wspomnianych 7% w innych krajach. Można zatem

²¹ L.B. Leonard, *SLI – specyficzne zaburzenie*.

²² K. Karmiloff, A. Karmiloff-Smith, *Pathways to language from fetus to adolescent*, Cambridge 2001.

²³ J.B. Tomblin, *The prevalence of specific language impairment in kindergarten*, *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 1997, 40, s. 1245-1260.

²⁴ M. Smoczyńska, *Wczesne interwencje u dzieci z opóźnionym rozwojem mowy*, [w:] *Teoretyczne podstawy metod usprawniania mowy. Afazje i zaburzenia mowy*, red. H. Mierzejewska, M. Przybysz-Piwko, Warszawa 2000, s. 45-54.

stwierdzić, że SLI stanowi ważny problem zarówno edukacyjny, jak i społeczny. Jak wskazują dane ASHA (American Speech-Language-Hearing Association), u ponad 70% dzieci z zaburzeniami mowy w wieku przedszkolnym obserwuje się zaburzenia ekspresji językowej oraz percepcji.

Dziecko z (rozwojowymi) zaburzeniami mowy w systemie oświaty

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z 17 listopada 2010 roku w sprawie organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych oraz niedostosowanych społecznie w specjalnych przedszkolach, szkołach i oddziałach oraz w ośrodkach (DzU nr 228, poz. 1489) oraz z Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z 17 listopada 2010 roku w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych oraz niedostosowanych społecznie w przedszkolach, szkołach i oddziałach ogólnodostępnych lub integracyjnych (DzU nr 228, poz. 1490) wraz z późniejszymi zmianami, uczeń z niepełnosprawnością ruchową, w tym z afazją, może zostać objęty kształceniem specjalnym – w placówce ogólnodostępnej, integracyjnej lub specjalnej. Warto nadmienić, że dopiero powyższe Rozporządzenia MEN, wprowadzone w życie 1 września 2011 roku uwzględniają dzieci i młodzież z afazją – traktując to zaburzenie dość niefortunnie – jako niepełnosprawność ruchową. Do września 2011 roku, ze względu na regulacje prawne, dzieci i młodzież z afazją nie mogli otrzymać orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego. Kształceniem specjalnym mogły zostać objęte jedynie dzieci: słabo słyszące i niesłyszące, słabo widzące i niewidome, z niepełnosprawnością ruchową, autyzmem, upośledzeniem umysłowym, z zaburzeniem zachowania, czy zagrożeniem niedostosowania społecznego. Należy pamiętać, że uczeń z afazją także wymaga zastosowania specjalnej organizacji nauki i metod pracy w przedszkolach oraz szkołach ogólnodostępnych, integracyjnych i specjalnych. Zgodnie z treścią Rozporządzenia, placówki są zobowiązane do zapewnienia m.in. odpowiednich warunków do nauki, sprzętu specjalistycznego, środków dydaktycznych – z uwzględnieniem indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych, jak również do realizacji zaleceń zawartych w orzeczeniu o potrzebie kształcenia specjalnego, zapewnienia zajęć specjalistycznych, a także innych zajęć uwzględniających specjalne potrzeby edukacyjne i do przygotowania ucznia do samodzielności w życiu dorosłym.

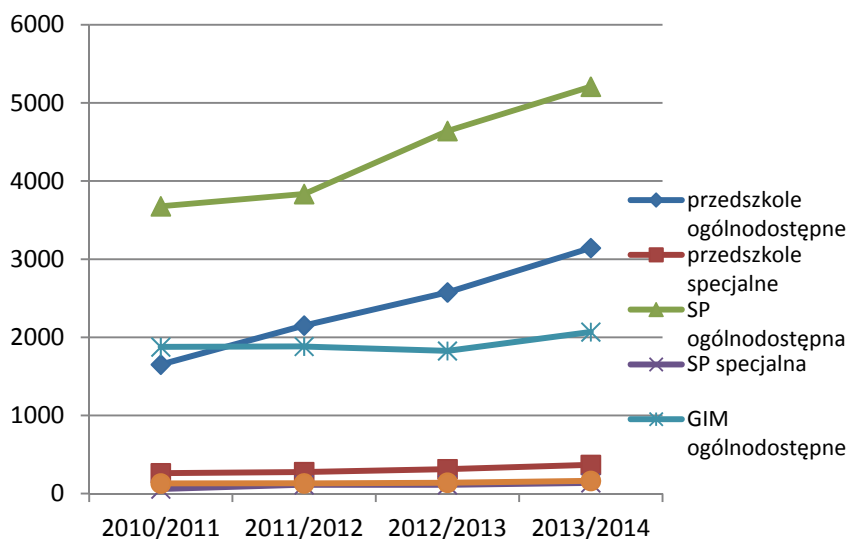
Dane ilościowe nie pozwalają jednoznacznie stwierdzić, jaka występuje liczba uczniów z afazją na poszczególnych etapach kształcenia, ponieważ

System Informacji Oświatowej (SIO) zawiera dane zgodnie z rodzajami niepełnosprawności, uwzględnionymi w Rozporządzeniach MEN, zatem kategoria „afazja” i „niepełnosprawność ruchowa” są traktowane łącznie. Zestawienie danych liczbowych z lat szkolnych od 2010/2011 do 2013/2014 (tab. 2) pozwala jednak zauważyć wzrost liczby uczniów z niepełnosprawnością ruchową, w tym z afazją od roku szkolnego 2011/2012, przy nieznacznie zmieniającej się liczbie uczniów ze SPE we wszystkich typach szkół.

Tabela 2
Zestawienie danych liczbowych dotyczących liczby uczniów ze SPE oraz z niepełnosprawnością ruchową, w tym z afazją

Rok szkolny	Liczba uczniów ze SPE we wszystkich typach szkół	Liczba uczniów z niepełnosprawnością ruchową w tym z afazją
2010\2011	159 524	10 045
2011\2012	158 226	10 621
2012\2013	158 748	11 882
2013\2014	159 971	13 338

Źródło: opracowanie własne na podstawie informacji zawartych w Systemie Informacji Oświatowej, <http://www.cie.men.gov.pl/index.php/dane-statystyczne/139.html> [dostęp: 02.11.2014].



Ryc. 1. Zestawienie liczby uczniów z niepełnosprawnością ruchową, w tym z afazją w latach szkolnych 2010/2011-2013/2014

Źródło: opracowanie własne na podstawie informacji zawartych w Systemie Informacji Oświatowej, <http://www.cie.men.gov.pl/index.php/dane-statystyczne/139.html> [dostęp: 02.11.2014]

Widoczny wzrost liczby uczniów jest prawdopodobnie spowodowany włączeniem „afazji” do grupy uczniów z niepełnosprawnością ruchową. Można zatem zauważyć większą świadomość rodziców, nauczycieli, niektórych specjalistów i lekarzy na temat zaburzeń mowy i komunikacji. Porównując dane liczbowe oraz uwzględniając poziom kształcenia i formę, łatwo również zauważyć wzrost liczby uczniów (ryc. 1). Szczególnie jest on widoczny na poziomie przedszkola ogólnodostępnego oraz szkoły podstawowej ogólnodostępnej. Niestety, dane ilościowe nie uwzględniają liczby uczniów z afazją objętych integracyjną formą kształcenia.

Pozostaje jednak pytanie, kim według ustawodawcy jest uczeń z niepełnosprawnością ruchową – afazją. Diagnoza „niepełnosprawność ruchowa – afazja” jest stawiana dzieciom, które są w pełni sprawne ruchowo, mają jednak zaburzenia ekspresji werbalnej i/lub zaburzenia rozumienia wypowiedzi. Odnosząc się do ustaleń terminologicznych przedstawionych w pierwszej części artykułu, widoczna jest wyraźna rozbieżność w rozumieniu pojęcia afazja, a także brak jasnych i ujednoczonych kryteriów diagnostycznych. Ponadto, jak pokazuje praktyka, do grupy „niepełnosprawność ruchowa – afazja” bardzo często włączone są dzieci z alalią/SLI, opóźnionym rozwojem mowy, afazją dziecięcą, afazją nabytą, czy dzieci i młodzież z niezdiagnozowanym zespołem Aspergera, autyzmem, jak i upośledzeniem umysłowym. Konsekwencją tego jest nieadekwatny program terapii logopedycznej, zalecenia zawarte w orzeczeniu o potrzebie kształcenia specjalnego, pomoc psychologiczno-pedagogiczna. Niejasny pozostaje również aspekt diagnostyczny, a mianowicie: kto powinien stanowić o zaburzeniu – neurologopedę, neurolog, psycholog? Ze względu na potrzeby wydania orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego, diagnoza jest jedynie diagnozą medyczną, stawianą w większości przypadków przez lekarza neurologa, foniatry, otolaryngologa, bez poprzedzającej diagnozy logopedycznej (neurologopedycznej) i psychologicznej. Można zatem przypuszczać, że nie jest to diagnoza w pełni przedstawiająca poziom funkcjonowania dziecka i odzwierciedlająca jego problemy z nadawaniem i/lub rozumieniem mowy.

Uczeń z zaburzeniami mowy w grupie rówieśniczej

Badania antropologiczne ukazują istotę oraz ważność mowy i komunikacji w rozwoju społecznym jednostki. Język pełni podstawową rolę w kontaktach interpersonalnych, tworzeniu więzi, regulacji w interakcjach, a także podczas socjalizacji w rozwoju dziecka²⁵. Kompetencja językowa za pomocą

²⁵ P. McCabe, P.J. Meller, *The relationship between language and social competence: how language impairment affect social growth*, *Psychology in the Schools*, 2004, 41(3), s. 313-321.

reguł składni oraz dwuklasowości reprezentacji języka wzbogaciła człowieka o nowe możliwości poznawcze. Jak pisze I. Kurcz²⁶, osoba posiadająca język, ale bez zdolności komunikacyjnych nie mogłaby zrobić żadnego użytku z tej własności. Rozpatrując zaburzenia rozwoju językowego, należy pamiętać, że mogą one dotyczyć zarówno kompetencji językowych, jak i komunikacyjnych, mogą powstać podczas rozwoju lub wiązać się z urazami ośrodków mowy u osoby, u której mowa była już prawidłowo rozwinięta²⁷.

U dzieci zaburzenia mowy mogą prowadzić do licznych psychospołecznych konsekwencji – zaburzeń zachowania o różnym stopniu nasilenia – od agresji i przemocy po takie zachowania ukryte, jak depresja, lęk, czy trudności w relacjach społecznych i rówieśniczych. Uczeń z zaburzeniami mowy, ze względu na trudności w komunikacji, ma ograniczone możliwości pełnego uczestnictwa w życiu społecznym. Badania, jakie przeprowadzili M.L. Rice, P.A. Hadley, M.A. Sell²⁸ pokazują, że z dziećmi z zaburzeniami mowy rówieśnicy komunikują się mniej chętnie, aniżeli z rówieśnikami o prawidłowej mowie. Badania socjometryczne ukazują także, że dzieci ze specyficznymi zaburzeniami językowymi są wybierane rzadziej na uczestników wspólnej zabawy. Zdecydowanie wolą nawiązywać relacje z osobami dorosłymi niż z rówieśnikami, a na zadane pytania udzielają krótkich odpowiedzi lub stosują komunikację niewerbalną. Ponadto, M. Fujiki, B. Brinton, C.M. Todd²⁹ w swoich badaniach pokazali, że dzieci z zaburzeniami mowy zdecydowanie rzadziej wchodziły w interakcje społeczne z rówieśnikami, ich poziom zadowolenia z relacji społecznych był znacząco niższy od deklarowanego, jak również wykazywali wyższy poziom samotności w porównaniu z rówieśnikami. Jak wskazuje L.B. Leonard³⁰, u dzieci ze specyficznymi zaburzeniami mowy możemy mieć także do czynienia z ryzykiem wystąpienia niskiego statusu społecznego w grupie rówieśniczej. Należy pamiętać, że dzieci z zaburzeniami mowy mają ograniczone możliwości językowe, jakie są niezbędne podczas tworzenia i utrzymywania przyjaźni już we wczesnym dzieciństwie w porównaniu z dziećmi z prawidłowym rozwojem mowy. Nie są w stanie komunikować swoich potrzeb, co może rodzić u nich frustrację, agresję i prowadzić do izolacji społecznej. Jak poka-

²⁶ I. Kurcz, *Psychologia języka i komunikacji*, Warszawa 2000.

²⁷ J. Gładyszewska-Cyłułko, *Psychologiczne aspekty języka i mowy*, [w:] *Dzieci o specjalnych potrzebach komunikacyjnych. Diagnoza – edukacja – terapia*, red. B. Winczura, Kraków 2013.

²⁸ M.L. Rice, P.A. Hadley, M.A. Sell, *Social Interactions of Speech and Language-Impaired Children*, *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 1991, 34, s. 1299-1307.

²⁹ M. Fujiki, B. Brinton, C.M. Todd, *Social Skills of Children with Specific Language Impairment*, *Language, Speech and Hearing Services in Schools*, 1996, 27, s. 195-202.

³⁰ L.B. Leonard, *SLI – specyficzne zaburzenie*.

zały badania, które przeprowadzili B.L. Gertner, M.L. Rice i P.A. Hadley³¹, ograniczone możliwości językowe są związane z niższym poziomem społecznej akceptacji wśród rówieśników, a zdolności językowe uczniów z zaburzeniami mowy były lepszym predykatorem statusu w grupie rówieśniczej niż wiek i inteligencja. Ponadto, również nauczyciele oceniają dzieci ze specyficznymi zaburzeniami mowy jako uczniów o niższym poziomie kompetencji społecznych³².

Podsumowując, należy zwrócić uwagę, że co raz więcej uczniów z zaburzeniami mowy jest objętych kształceniem specjalnym w placówkach ogólnodostępnych i integracyjnych, a także formami pomocy psychologiczno-pedagogicznej. Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z 17 listopada 2010 roku w sprawie organizowania kształcenia, pozwoliły na objęcie pomocą także tych uczniów, włączając ich do kategorii „niepełnosprawność ruchowa”. Należy pamiętać, że uczeń z zaburzeniami mowy – w tym z afazją – wymaga także realizacji specjalnych potrzeb edukacyjnych, ze szczególnym uwzględnieniem potrzeb komunikacyjnych i społecznych.

BIBLIOGRAFIA

- Bishop D.V.M., *Specific language impairment, dyslexia and autism. Using genetics to unravel their relationship*, [w:] *Understanding developmental disorders*, red. C.F. Norbury, J.B. Tomblin, D.V.M. Bishop, Psychology Press, New York 2008.
- Cieszyńska-Rożek J., *Metoda Krakowska wobec zaburzeń rozwoju dzieci. Z perspektywy fenomenologii, neurobiologii i językoznawstwa*, Wydawnictwo Omega Stage Systems, Kraków 2013.
- Czaplewska E., *Rozumienie pragmatycznych aspektów wypowiedzi przez dzieci ze specyficznymi zaburzeniami językowymi SLI*, Wydawnictwo Harmonia Universalis, Gdańsk 2012.
- Daniluk B., *Specyficzne zaburzenia językowe u dzieci*, [w:] *Neuropsychologia kliniczna dziecka*, red. A.R. Borkowska, Ł. Domańska, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006.
- Dilling-Ostrowska E., *Rozwój i zaburzenia mowy u dzieci w zależności od stopnia dojrzałości układu nerwowego*, [w:] *Zaburzenia mowy u dzieci*, red. J. Szumska, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1982.
- Fujiki M., Brinton B., Todd C.M., *Social Skills of Children with Specific Language Impairment*, Language, Speech, and Hearing Services in Schools, 1996, 27.
- Gertner B.L., Rice M.L., Hadley P.A., *Influence of Communicative Competence on Peer Preferences in a Preschool Classroom*, Journal of Speech and Hearing Research, 1994, 37.

³¹ B.L. Gertner, M.L. Rice, P.A. Hadley, *Influence of Communicative Competence on Peer Preferences in a Preschool Classroom*, Journal of Speech and Hearing Research, 1994, 37, s. 913-923.

³² M. Fujiki, B. Brinton, C.M. Todd, *Social Skills of Children*.

- Gładyszewska-Cylulko J., *Psychologiczne aspekty języka i mowy*, [w:] *Dzieci o specjalnych potrzebach komunikacyjnych. Diagnostyka – edukacja – terapia*, red. B. Winczura, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2013.
- Grabias S., *Mowa i jej zaburzenia*, *Logopedia*, 28, 7-36, 2000.
- Herzyk A., *Afazja i mutyzm dziecięcy. Wybrane zagadnienia diagnostyki i terapii*, Wydawnictwo PZM, Lublin 1992.
- Herzyk A., *Mózgowa organizacja języka w ontogenezie. Ujęcie neuropsychologiczne*, *Audiofonologia*, 1993, 5.
- Jastrzębowska G., *Zaburzenia komunikacji językowej u dzieci w świetle kategoryzacji międzynarodowych (ICD-10, DSM-IV)*, [w:] *Logopedia. Pytania i odpowiedzi. Zaburzenia komunikacji językowej u dzieci i osób dorosłych*, red. T. Gałkowski, G. Jastrzębowska, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole 2002.
- Jastrzębowska G., *Diagnostyka i terapia rozwojowych zaburzeń mowy*, [w:] *Podstawy neurologopedii*, red. T. Gałkowski, E. Szelaąg, G. Jastrzębowska, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole 2005.
- Kaczmarek B., *Z zagadnień kształtowania mowy u dzieci z dysfunkcjami ośrodkowego układu nerwowego*, *Zagadnienia Wychowawcze a Zdrowie Psychiczne*, 1986, 5-6.
- Karmiloff K., Karmiloff-Smith A., *Pathways to language from fetus to adolescent*, Harvard University Press, Cambridge 2001.
- Klasyfikacja diagnostyczna zaburzeń psychicznych i rozwojowych w okresie niemowlęctwa i wczesnego dzieciństwa DC:0-3R*, wydanie poprawione, Oficyna Wydawnicza Fundament, Warszawa 2007.
- Kordyl Z., *Psychologiczne problemy afazji dziecięcej*, PWN, Warszawa 1968.
- Krasowicz-Kupis G., *SLI i inne zaburzenia językowe. Od badań mózgu do praktyki psychologicznej*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2012.
- Kurcz I., *Psychologia języka i komunikacji*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2000.
- Leonard L.B., *SLI – specyficzne zaburzenie rozwoju językowego*, Gdańskie Wydawnictwo Oświatowe, Gdańsk 2006.
- Maruszewski M., *Afazja. Zagadnienia teorii i terapii*, PWN, Warszawa 1996.
- McCabe P., Meller P.J., *The relationship between language and social competence: how language impairment affect social growth*, *Psychology in the Schools*, 2004, 41(3).
- Pąchalska M., *Afazjologia*, PWN, Warszawa-Kraków 1999.
- Panaszuk J., *Afazja – typologia zaburzenia. Interpretacja afazji z perspektywy interakcyjnej*, [w:] *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*, red. S. Grabias, M. Kurkowski, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2012.
- Parol U., *Dziecko z niedokształceniem mowy. Diagnostyka, analiza, terapia*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1997.
- Rice M.L., Hadley P.A., Sell M.A., *Social Interactions of Speech and Language-Impaired Children*, *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 1991, 34.
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z 17 listopada 2010 roku w sprawie organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych oraz niedostosowanych społecznie w specjalnych przedszkolach, szkołach i oddziałach oraz w ośrodkach (DzU nr 228, poz. 1489).

- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z 17 listopada 2010 roku w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych oraz niedostosowanych społecznie w przedszkolach, szkołach i oddziałach ogólnodostępnych lub integracyjnych (DzU nr 228, poz. 1490).
- Smoczyńska M., *Wczesne interwencje u dzieci z opóźnionym rozwojem mowy*, [w:] *Teoretyczne podstawy metod usprawniania mowy. Afazje i zaburzenia mowy – materiały przygotowane na konferencję*, red. H. Mierzejewska, M. Przybysz-Piwko, Warszawa 2000.
- Smoczyńska M., *Przedmowa do wydania polskiego*, [w:] *SLI. Specyficzne zaburzenie rozwoju językowego*, red. L.B. Leonard, Gdańskie Wydawnictwo Oświatowe, Gdańsk 2006.
- Smoczyńska M., *Opóźniony rozwój mowy a ryzyko SLI. Co wyniki badań podłużnych mówią nam o potrzebie wczesnej interwencji logopedycznej?* [w:] *Interwencja logopedyczna. Zagadnienia ogólne i praktyka*, red. J. Porayski-Pomsta, M. Przybysz-Piwko, Wydawnictwo Elipsa, Warszawa 2012.
- Spionek H., *Zaburzenia psychoruchowego rozwoju dziecka*, PWN, Warszawa 1969.
- Styczek I., *Logopedia*, PWN, Warszawa 1980.
- Szumska J., *Neurofizjologiczne podstawy zaburzeń mowy u dzieci*, [w:] *Zaburzenia mowy u dzieci*, red. J. Szumska, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1982.
- Tomblin J.B., *The prevalence of specific language impairment in kindergarten*, *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 1997, 40.