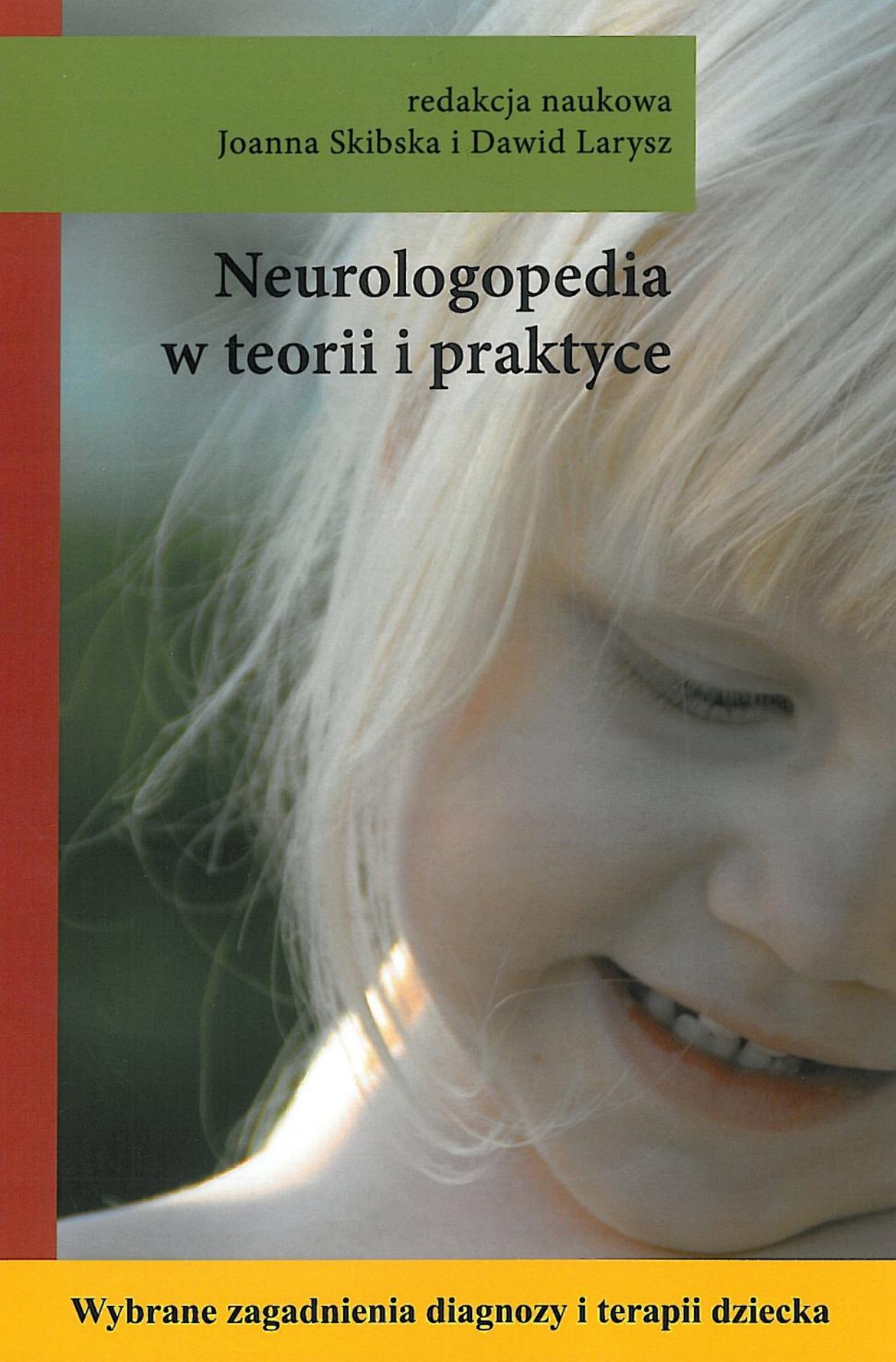




redakcja naukowa
Joanna Skibska i Dawid Larysz

Neurologopedia w teorii i praktyce

Wybrane zagadnienia diagnozy i terapii dziecka

**Redakcja naukowa:
Joanna Skibska i Dawid Larysz**

**Neurologopedia w teorii i praktyce.
Wybrane zagadnienia diagnozy
i terapii dziecka**



**Akademia
Techniczno-Humanistyczna
w Bielsku-Białej**

Redaktor Naczelny:

Prof. ATH dr hab. Jarosław Janicki

Redaktor Działu:

Prof. ATH. dr hab. Libor Pavera

Recenzenci:

Prof. zw. dr hab. Jadwiga Cieszyńska-Rożek

Prof. dr hab. n. med. Rafał Tarnawski

Redakcja naukowa:

Joanna Skibska

Dawid Larysz

Sekretarz Redakcji: Grzegorz Zamorowski

Projekt okładki: Bożena Giemza

Skład i łamanie: Janusz Rus

© Copyright by
Katedra Pedagogiki i Psychologii

ISBN 978-83-62292-07-3

Wydawnictwo Naukowe
Akademii Techniczno-Humanistycznej

Bielsko-Biała 2012

Spis treści

WSTĘP	5
Dawid Larysz	
ROZWÓJ PSYCHORUCHOWY DZIECI EFEKTEM DOJRZEWANIA OŚRODKOWEGO UKŁADU NERWOWEGO	9
Dojrzewanie OUN w okresie prenatalnym	9
Rozwój wybranych struktur mózgowia w okresie postnatalnym	15
Mechanizmy plastyczności mózgu	17
Ciało modelowane	19
Katarzyna Meroń	
WCZESNA INTERWENCJA LOGOPEDYCZNA	22
Pojęcie wczesnej interwencji logopedycznej	22
Postępowanie logopedyczne z uwzględnieniem diagnozy i terapii	27
Rozwój mowy w pierwszym roku życia	30
Rozwój języka w wieku poniemowlęcym – w drugim roku życia	31
Rozwój mowy w trzecim roku życia	33
Marzena Machoś-Nikodem	
WCZESNA DIAGNOZA NEUROLOGOPEDYCZNA ORAZ POSTĘPOWANIE STYMULUJĄCE ZACHOWANIA KOMUNIKACYJNE	37
U źródeł ontogenezy mowy – okres prenatalny	37
Wczesna diagnoza mowy oraz stymulowanie zachowań komunikacyjnych dziecka	40
Joanna Skibska	
AFAZJA DZIECIĘCA	48
Terminologia i klasyfikacje afazji dziecięcej	48
Charakterystyka funkcjonowania dziecka z zaburzeniami mowy o typie afazji	63
Charakterystyka zaburzeń mowy dziecka wynikających z uszkodzeń mózgu	65
Postępowanie logopedyczne z uwzględnieniem diagnozy i terapii dziecka z zaburzeniami mowy wynikającymi z uszkodzeń mózgu	69
Izabela Janik	
MUTYZM DZIECIĘCY	79
Pojęcie mutyzmu	79
Charakterystyka funkcjonowania dziecka z mutyzmem	85
Diagnoza mutyzmu dziecięcego	86
Postępowanie terapeutyczne prowadzone wobec dziecka z mutyzmem	87
Agnieszka Warchał	
Mateusz Warchał	
WSPÓŁWYSTĘPOWANIE MUTYZMU WYBIÓRCZEGO W ZABURZENIACH NERWICOWYCH	95
Pojęcie mutyzmu w ujęciu psychologicznym	95
Psychologiczna charakterystyka funkcjonowania dziecka z mutyzmem wybiórczym	99
Postępowanie psychoterapeutyczne wobec dziecka z mutyzmem	100

Katarzyna Węsierska

PROBLEMY JAKANIA SIĘ DZIECI W WIEKU PRZEDSZKOLNYM	107
Pojęcie jakania u dzieci	107
Charakterystyka funkcjonowania dziecka jakającego się	112
Charakterystyka zaburzeń mowy dziecka jakającego się	114
Postępowanie logopedyczne z uwzględnieniem diagnozy i terapii dziecka jakającego się	115

Joanna Palacz

MOWA JAKO DETERMINANTA ROZWOJU DZIECI NIEPEŁNOSPRAWNYCH UMYSŁOWO	132
Pojęcie oligofazji	132
Charakterystyka funkcjonowania dziecka z oligofazją	134
Charakterystyka zaburzeń mowy dziecka z oligofazją	139
Postępowanie logopedyczne z uwzględnieniem diagnozy i terapii dziecka z oligofazją	145

Katarzyna Knyps-Korycka

STYMULOWANIE ROZWOJU MOWY DZIECKA Z ZESPOŁEM DOWNA	156
Dziecko z zespołem Downa	156
Charakterystyka dziecka z zespołem Downa	158
Charakterystyka zaburzeń mowy dziecka z zespołem Downa	162
Postępowanie logopedyczne z uwzględnieniem diagnozy i terapii dziecka z zespołem Downa	167

Joanna Belter – Czerniak

AUTYZM DZIECIĘCY W DIAGNOZIE I TERAPII NEUROLOGOPEDYCZNEJ	177
Pojęcie autyzmu dziecięcego	177
Charakterystyka funkcjonowania dziecka z autyzmem dziecięcym	184
Charakterystyka zaburzeń komunikacyjnych u dzieci autystycznych	191
Postępowanie logopedyczne z uwzględnieniem diagnozy i terapii dziecka z autyzmem	199

Katarzyna Kubanek

MÓZGOWE PORAZENIE DZIECIĘCE W TEORII I PRAKTYCE NEUROLOGOPEDYCZNEJ	214
Pojęcie mózgowego porażenia dziecięcego	214
Charakterystyka funkcjonowania dziecka z mózgowym porażeniem dziecięcym	221
Charakterystyka zaburzeń mowy u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym	228
Postępowanie logopedyczne z uwzględnieniem diagnozy i terapii dziecka z mózgowym porażeniem dziecięcym	231

WSTĘP

Zaburzenia rozwoju mowy, z uwzględnieniem jej percepcji i ekspresji, są zaburzeniami komunikacji językowej dotyczącymi braku lub nieprawidłowego nabywania kompetencji i sprawności językowej, które występują we wczesnym okresie rozwoju mowy. Stanowią one poważną przeszkodę w funkcjonowaniu dzieci, utrudniają podejmowanie przez nie różnych wyzwań i zadań, zakłócają ich twórcze myślenie i działanie oraz stają na przeszkodzie prawidłowego rozwoju psychoruchowego. Dziecko często nie może sprostać stawianym przed nim wymaganiom poznawczym, emocjonalnym i społecznym. Chcąc zrozumieć jego zachowanie musimy wiedzieć, w jaki sposób odbiera i rozumie ono otaczającą je rzeczywistość i, co najważniejsze, jak interpretuje docierające do niego informacje.

Książka jest próbą syntezy tekstów omawiających różnorodne zaburzenia mowy występujące u dzieci i wynikające z uszkodzeń lub zaburzeń funkcjonalnych ośrodkowego układu nerwowego. Przedstawia zarówno rozważania teoretyczne, jak i wskazówki praktyczne stanowiące podstawę diagnozy i terapii neurologopedycznej dzieci, u których wystąpiły zaburzenia mowy o podłożu neurologicznym. Zwrócono w niej również uwagę na dylematy diagnostyczno-terapeutyczne dotyczące opisu klinicznego zaburzeń u badanych dzieci, które mogą być podobne pod względem przyczyn i objawów neurologicznych, jednak postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne powinno być podporządkowane indywidualnym potrzebom i możliwościom małego dziecka. W tym kontekście niezwykle ważne wydaje się uwzględnienie jego cech osobowych, funkcjonowania w otaczającej rzeczywistości oraz środowiska, w którym żyje. Dlatego też zawsze wymagana jest systematyczna analiza podjętych działań stymulacyjno-usprawniających oraz weryfikacja prowadzonego, szeroko pojętego, postępowania terapeutycznego.

Celem tej książki jest przedstawienie problemów występujących u dzieci z różnymi zaburzeniami mowy, których przyczyn należy upatrywać w zaburzeniach zarówno morfologicznych, jak i funkcjonalnych ośrodkowego układu nerwowego (OUN). Dodatkowo podjęto próbę odpowiedzi na pytania dotyczące neurologopedycznego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, którym powinno być objęte dziecko charakteryzujące się zaburzeniami mowy o podłożu neurologicznym.

Autorzy poszczególnych tekstów dokonują przeglądu literatury z zakresu omawianych zagadnień, charakteryzując funkcjonowanie oraz mowę dziecka

z danym zaburzeniem, przedstawiają i analizują działania diagnostyczne i terapeutyczne mające na celu wieloaspektowe usprawnianie i stymulowanie dziecka.

W pierwszym tekście otwierającym niniejszą publikację w zwięzły sposób opisano rozwój i dojrzewanie ośrodkowego układu nerwowego zarówno w okresie prenatalnym, jak i po urodzeniu. Autor charakteryzując poszczególne procesy dojrzewania mózgowia zwraca jednocześnie uwagę na ich znaczenie w rozwoju psychoruchowym, w tym także rozwoju mowy. Zamieszczone w rozdziale informacje stanowią podstawę do postawienia diagnozy funkcjonalnej i zaplanowania terapii.

Drugi tekst został poświęcony wczesnej interwencji logopedycznej jako oddziaływaniom ukierunkowanym na dziecko we wczesnym okresie rozwoju. Omówiono w nim rolę okresu prenatalnego oraz właściwego sposobu karmienia noworodka lub niemowlęcia dla prawidłowego rozwoju mowy. Scharakteryzowano okresy kształtowania mowy dziecka oraz odruchy ustno-twarzowe. Zaprezentowano także metodę Castillo Moralesa stosowaną w rehabilitacji logopedycznej.

Kolejny artykuł to prezentacja najwcześniejszych uwarunkowań rozwoju mowy. Autorka podaje kryteria wczesnej diagnozy neurologopedycznej w oparciu o autorską kartę oceny odruchów ze sfery orofacialnej oraz umiejętności niemowlęcia istotnych dla rozwoju komunikacji. Wczesna stymulacja logopedyczna obejmuje profilaktykę w zakresie funkcji pokarmowych (odpowiedni dobór akcesoriów oraz pozycji ułożeniowej do karmienia alternatywnego), stymulację odruchów oraz prowokowanie aktywności wokalnej.

W artykule poświęconym między innymi dylematom pojęciowym dotyczącym afazji dziecięcej z uwzględnieniem jej przyczyn, patomechanizmów oraz objawów, autorka charakteryzuje afazję rozwojową (wrodzoną) oraz nabytą i wyjaśnia istniejące pomiędzy nimi różnice. Omawia czynniki dotyczące prostego (samodzielnego) opóźnienia mowy i afazji rozwojowej oraz elementy różnicujące afazję dziecięcą i afazję dorosłych. Przedstawia zaburzenia współtowarzyszące oraz cechy charakterystyczne dla niedokształcenia mowy o typie afazji. Opisuje elementy składające się na diagnozę oraz działania terapeutyczne, z uwzględnieniem standardów postępowania logopedycznego.

Kolejny tekst porusza tematykę dotyczącą mutyzmu. Autorka definiuje i klasyfikuje wyjściowe pojęcie, charakteryzuje typowe zachowania oraz zaburzenia mowy występujące u dzieci z mutyzmem. Przedstawia analizę indywidualnych przypadków – dzieci w wieku od 5 – 15 lat, przejawiających objawy mutyzmu. Ostatnia część to wskazania terapeutyczne.

W tekście dotyczącym występowania mutyzmu wybiórczego w zaburzeniach nerwicowych autorzy charakteryzują psychologiczne uwarunkowania analizowanego zjawiska, a następnie omawiają metody psychoterapeutyczne stosowane przede wszystkim w psychoterapii dzieci. Integralną część tekstu stanowią opisy przypadków pacjentów wskazujące na źródła, objawy oraz terapię mutyzmu.

Następny artykuł prezentuje problem jąkania się dzieci w wieku przedszkolnym. Autorka opisuje zagadnienia związane z funkcjonowaniem dziecka z objawami jąkania oraz przeprowadzaniem odpowiedniej diagnozy, która warunkuje zastosowanie optymalnej strategii logopedycznej. W tekście zaprezentowane zostały różne podejścia profilaktyczno-terapeutyczne rekomendowane w pracy z małymi dziećmi z objawami jąkania.

W kolejnej części książki poruszono problematykę dotyczącą niepełnosprawności intelektualnej oraz oligofazji. Autorka omawia kwestię wzajemnego wpływu rozwoju mowy i poziomu inteligencji oraz wyjaśnia zależności zachodzące między głębokością upośledzenia umysłowego a zaburzeniami mowy. Charakteryzuje też działania diagnostyczno-terapeutyczne, którymi powinny być objęte dzieci niepełnosprawne intelektualnie.

Autorka kolejnego tekstu przedstawia medyczne podstawy zaburzeń struktury i funkcji, tj. wady i dysfunkcje występujące najczęściej u dzieci z zespołem Downa. Przybliża etapy ich rozwoju psychoruchowego, fizycznego, emocjonalnego oraz społecznego, zwracając szczególną uwagę na aspekt językowy i poznawczy dziecka z zespołem Downa. Badaczka charakteryzuje zaburzenia artykulacyjne oraz podaje niektóre czynniki powodujące opóźnienia w rozwoju mowy. Wskazuje wybrane metody stymulujące rozwój psychoruchowy dziecka i przedstawia przykładowy program terapii logopedycznej przeznaczony dla dziecka z zespołem Downa.

W następnym artykule znajdziemy opis różnych aspektów autyzmu dziecięcego z uwzględnieniem triady zaburzeń autystycznych oraz koncepcji „ogłądania” zakłóceń rozwojowych i orzekania o zagrożeniu autyzmem. Autorka prezentuje różne koncepcje wyjaśniające przyczyny autyzmu dziecięcego. Opisuje funkcjonowanie dziecka autystycznego w otaczającej je rzeczywistości, ze szczególnym naciskiem na wczesne, osiowe objawy autyzmu. Omawia także podstawowe deficyty języka oraz cechy charakterystyczne mowy dziecka autystycznego. Prezentuje wybrane metody rozwijające mowę werbalną oraz najczęściej używane systemy komunikacji alternatywnej AAC.

W ostatnim z proponowanych tekstów autorka wyjaśnia pojęcie mózgowego porażenia dziecięcego oraz przedstawia różne klasyfikacje i postacie tej choroby, ich przyczyny oraz objawy. Charakteryzuje dziecko z porażeniem oraz omawia zaburzenia towarzyszące temu upośledzeniu. Część końcowa została poświęcona – typowym dla dziecka z mózgowym porażeniem – zaburzeniom mowy, z uwzględnieniem diagnozy i terapii oraz szczególnym zwróceniem uwagi na wielokierunkowe usprawnianie.

Książka powstała dzięki wieloletniej praktyce logopedycznej prowadzonej przez autorów poszczególnych tekstów na terenie różnych placówek oświatowych i medycznych. Wszystkim autorom składamy serdeczne podziękowania za zaangażowanie i wkład w powstanie tej publikacji.

Joanna Skibska
Dawid Larysz

Dawid Larysz
Śląski Uniwersytet Medyczny
Klinika Neurochirurgii
Katowice

Centrum Leczenia Zaburzeń OUN
i Wspierania Rozwoju Dzieci KANGUR
Sosnowiec

ROZWÓJ PSYCHORUCHOWY DZIECI EFEKTEM DOJRZEWANIA OŚRODKOWEGO UKŁADU NERWOWEGO

Diagnoza zaburzeń wyspecjalizowanych procesów nerwowych, takich jak m.in. mowa czynna, mowa bierna, prakcja, procesy pamięciowe, wymaga gruntownej wiedzy dotyczącej budowy i działania ośrodkowego układu nerwowego (OUN). Ogromne znaczenie ma w tym kontekście nie tylko znajomość budowy struktur mózgowia zaangażowanych w wyżej wymienione funkcje, ale także znajomość mechanizmów zachodzących podczas tych procesów. Jeszcze większej wiedzy wymaga od badacza czy klinicysty próba postawienia diagnozy funkcjonalnej wciąż rozwijającego się mózgu. Uświadomienie sobie procesów dojrzewania tkanki nerwowej, rozwoju i dojrzewania poszczególnych struktur mózgowia, ale także czasowa charakterystyka procesów zachodzących w trakcie rozwoju powyższych mechanizmów, są niezbędne w procesie diagnostycznym. Ponieważ sama diagnoza, poza aspektem orzecznictwem, ma na celu zastosowanie odpowiedniej terapii o charakterze naprawczym i/lub wspierającym, terapeuta powinien rozumieć dynamiczny charakter zarówno samego rozwoju i dojrzewania OUN, jak i dynamikę zaburzeń u leczonych dzieci.

Niniejszy tekst jest próbą nakreślenia schematu dojrzewania OUN w kontekście rozwoju psychoruchowego dzieci.

Dojrzewanie OUN w okresie prenatalnym

Rozwój ośrodkowego układu nerwowego rozpoczyna się od pierwszych podziałów zapłodnionej komórki jajowej. Oczywiście, zanim nazwiemy go mianem układu, minie jeszcze wiele dni, tym niemniej nieprawidłowości we wczesnych podziałach komórkowych, głównie na poziomie chromosomalnym, epigenetycznym (czyli regulacji ekspresji genów) czy genomycznym (czyli dotyczący współdziałania zespołów genów), będą miały ogromne znaczenie zarówno dla budowy określonych struktur mózgowia, jak i ich działania. Pierwsza struktura, którą mo-

żemy nazwać rozwijającym się układem nerwowym, pojawia się w 18. dniu życia płodowego. Jest to *płytką nerwową*, która ulega stopniowemu fałdowaniu, co kończy się powstaniem – początkowo rynienki, a następnie zamkniętej *cewy nerwowej* (Bear, Connors i Paradiso 2001; Carlson 2005). Cewa nerwowa jest już w pełni ukształtowana w 22. dniu życia płodowego. Na takim podłożu pojawiają się pierwsze komórki progenitorowe, z których następnie wykształcają się właściwe pobudliwe komórki układu nerwowego – *neurony* oraz tzw. komórki pomocnicze, czyli *komórki glejowe*. Nie należy przez to rozumieć, że komórki glejowe spełniają jedynie funkcję podporową względem neuronów. W istocie jest to tylko jedna z całego szeregu pełnionych przez nie, kluczowych dla funkcjonowania OUN, czynności, takich jak: przekazywanie neuronom substancji pokarmowych i odbieranie szkodliwych produktów przemiany materii, udział w procesach wspomagających i sterujących pracą synaps czy też funkcji odpornościowych (Pąchalska 2007).

Proces powstawania komórek mózgu – neuronów i komórek glejowych zachodzi w substancji okołokomorowej (*periwenterikularnej*), czyli w najgłębszych obszarach cewy nerwowej. Należy w tym miejscu zauważyć, że światło cewy nerwowej w trakcie rozwoju przekształca się w układ komorowy mózgu produkujący (w największym stopniu) płyn mózgowo-rdzeniowy. Cewa nerwowa zamyka się około 28. dnia życia płodowego. Mniej więcej w tym samym czasie powstają trzy *pierwotne pęcherzyki mózgowe*:

- przodomózgowie (*prosencephalon*),
- śródmózgowie (*mesencephalon*),
- tyłomózgowie (*rhombencephalon*).

Bardzo ścisła współpraca pomiędzy komórkami glejowymi a neuronami zachodzi w trakcie procesu tworzenia tzw. kory nowej (*neocortex*). Sześciowarstwowa kora mózgowia człowieka powstaje w wyniku dość złożonego procesu *migracji neuronalnej*, który zachodzi jeszcze w życiu płodowym (Łuria 1976; Kolb i Whishaw 2003; Siegler, Deloache i Eisenberg 2006). Neurony powstające w głębokich strukturach mózgowia (konkretnie w substancji okołokomorowej) „wędrują” do najbardziej zewnętrznych warstw powstających półkul mózgu. Ich „drogowskazami” są włókna komórek glejowych, które „prowadzą” je do odpowiednich okolic tworzącej się kory. Ten proces dodatkowo wspomagany i regulowany jest przez złożone mechanizmy biochemiczne, których opis znacząco wykracza poza ramy niniejszego opracowania (Bear, Connors, i Paradiso 2001; Siegler, Deloache i Eisenberg 2006; Pąchalska 2007). Proces migracji neuronalnej zachodzi bardzo intensywnie, w wyniku czego już w piątym miesiącu życia płodowego w korze można dostrzec właściwą liczbę sześciu warstw. Kolejnym niezwykle ważnym etapem rozwoju kory mózgu jest jej dojrzwianie, które polega na zwiększeniu jej grubości oraz uformowaniu bruzd i zakrętów (Łuria 1976; Bear, Connors

i Paradiso 2001; Siegler, Deloache i Eisenberg 2006; Pąchalska 2007; Semrud-Clikeman i Teeter-Ellison 2007).

Pierwsza duża bruzda (bruzda podłużna mózgu) powstaje bardzo wcześnie – możemy ją zobaczyć ok. 10. tygodnia życia płodowego. To właśnie bruzda podłużna dzieli dojrzewający mózg na dwie półkule. Już 4 tygodnie później – w 14. tygodniu życia płodowego, możemy wyróżnić w anatomii mózgowia kolejną bruzdę boczną, zwaną inaczej bruzdą (lub szczeliną) Sylwiusza. Bruzda Sylwiusza oddziela płat czołowy od skroniowego i jest miejscem dostępu do wielu struktur głębokich mózgowia w trakcie operacji neurochirurgicznych. W dwudziestym tygodniu życia płodowego wykształca się natomiast bruzda środkowa, zwana inaczej bruzdą Rolanda. Z anatomicznego punktu widzenia ma ona bardzo doniosłe znaczenie, ponieważ nie tylko oddziela płat czołowy od ciemieniowego, ale także jest miejscem oddzielającym zakręt przedśrodkowy (obejmujący większość pierwszorzędowej kory ruchowej) od zakrętu zarodkowego (obejmującego większość pierwszorzędowej kory czuciowej). Kolejne bruzdy pojawiają się w bardzo intensywnym tempie. Oczywiście również i ten proces jest sterowany i kontrolowany za pomocą złożonych mechanizmów neurobiochemicznych (Łuria 1976; Bear, Connors i Paradiso 2001; Siegler, Deloache i Eisenberg 2006; Pąchalska 2007; Semrud-Clikeman i Teeter-Ellison 2007). Równoległe z tworzeniem i dojrzewaniem kory mózgu w ośrodkowym układzie nerwowym zachodzi proces *synaptogenezy*, czyli tworzenia połączeń pomiędzy neuronami (synapsy). Jego nasilenie zwiększa się wraz z upływającymi tygodniami rozwoju płodowego i trwa nieprzerwanie przez całe życie człowieka, z czasem zwalniając swoje tempo. Największe nasilenie synaptogenezy można odnotować około 4. m. ż. Należy jednakże zwrócić uwagę, iż procesy synaptogenezy mają różne nasilenie w czasie w różnych częściach mózgu. Ma to ogromne znaczenie w procesie rozwoju psychoruchowego dziecka. Dla przykładu liczba synaps w korze wzrokowej gwałtownie wzrasta w pierwszych miesiącach życia, żeby osiągnąć swoje maksimum w momencie ukończenia przez dziecko 1. r. ż. Następnie dochodzi do łagodnego zmniejszenia nasilenia procesu synaptogenezy i zmniejszenia liczby synaps (Huttenlocher, Haight, Bryk, Seltzer i Lyons 1991). Analogicznie w tym samym czasie w obszarze kory przedczołowej odpowiedzialnej m.in. za myślenie konkretne i świadomą kontrolę emocji, proces tworzenia synaps będzie jeszcze przez długi czas nasilał swoją intensywność, żeby osiągnąć maksimum około 4. r.ż. dziecka (Huttenlocher, Haight, Bryk, Seltzer i Lyons 1991; Kolb i Whishaw 2003).

Powyższy przykład pokazuje, jak bardzo ustrukturyzowany i etapowy jest rozwój ośrodkowego układu nerwowego i w jaki sposób determinuje on rozwój psychoruchowy dziecka. Ponieważ czynności wzrokowe (w tym również procesy gnozy wzrokowej oraz pamięci wzrokowej) leżą u podłoża wielu wyższych czynności

nerwowych, wykształcają się one znacznie wcześniej niż np. zjawisko myślenia, analizowania bodźców czy też świadomej ich kategoryzacji emocjonalnej.

Interesujący i jednocześnie wciąż nierozstrzygnięty jest problem, w jaki sposób wypustki komórek nerwowych (głównie aksony, ale także dendryty) „znajdują właściwą drogę” do kolejnych, często dość odległych, neuronów w procesie tworzenia połączeń. Wydaje się obecnie najbardziej prawdopodobne, że odbywa się to za pomocą swoistego „dialogu biochemicznego” pomiędzy neuronami (Brodal 2004; Semrud-Clikeman i Teeter-Ellison 2007). Najprawdopodobniej w danym (skądinąd szczególnym) okresie w odpowiednich obszarach mózgu znajdują się właściwe substancje „adresowe” czy też czynniki wzrostu, na które wrażliwe są odpowiednie (w kontekście pierwotnej lokalizacji) komórki nerwowe. W obwodowym układzie nerwowym istnieje cały szereg czynników wzrostu odpowiedzialnych za tworzenie i adresowanie wzrastających włókien nerwowych. Jednym z najczęściej przytaczanych w literaturze przedmiotu jest czynnik wzrostu nerwów (NGF – *ang. Nerve Growth Factor*). Prawdopodobnie podobną rolę w ośrodkowym układzie nerwowym może pełnić inny czynnik wzrostu – BDNF (*ang. Brain Derived Neurotrophic Factor*) (Brodal 2004). Oczywiście sposoby sterowania powyższymi procesami są zdecydowanie bardziej złożone i wymagają współdziałania wielu czynników – zarówno komórkowych, jak i biochemicznych. Szacuje się, iż ponad 50% aksonów „nie trafia” w odpowiednie dla nich obszary mózgowia, aby połączyć się, tworząc synapsę. Większość z nich jest eliminowana, jednak część może zostać użyta w procesie synaptogenezy (Carlson 2005).

Około 3. miesiąca życia płodowego powstają duże wiązki włókien nerwowych (aksonów), które łączą ze sobą obszary mózgowia leżące w różnych półkulach (inaczej zwane włóknami spoidłowymi). Najwcześniej powstaje tzw. spoidło przednie, które łączy przysiódkowe, głębokie okolice płatów czołowych. W dalszej kolejności wykształca się spoidło hipokampów, łączące głębokie struktury płatów czołowych. Dojrzewanie największego ze spoidła – *ciała modzelowatego* – CC (*łac. corpus callosum*, zwanego dawniej *spoidłem wielkim*) odbywa się dopiero w następnej kolejności i – co niezwykle ważne – trwa jeszcze przez długi czas w okresie postnatalnym. Uważa się, że wstępnie dojrzałą formę ciała modzelowatego osiąga ok. piątego roku życia (Carlson 2005; Semrud-Clikeman i Teeter-Ellison 2007). Wg innych autorów wielkość (liczba włókien) spoidła rośnie jeszcze przez wiele lat w wieku dorosłym (Brodal 2004), podobnie jak jego dojrzewanie (w tym mielinizacja – patrz niżej).

Kolejny etap rozwoju mózgowia jest jednym z najbardziej fascynujących z badawczego punktu widzenia. Okazuje się, że eksplozja tworzenia neuronów i połączeń pomiędzy nimi powoduje zdecydowany nadmiar zarówno komórek, jak i synaps. Można więc stwierdzić, że powstaje ich więcej niż mózg jest w stanie wykorzystać. Dlatego kolejnym etapem dojrzewania OUN są procesy zaprogramo-

wanego obumierania neuronów oraz zmniejszenie liczby synaps (*zaprogramowana śmierć komórkowa – apoptoza* oraz *eliminacja synaps – ang. synaptic pruning*). Uważa się, że blisko 40% utworzonych uprzednio synaps ulega eliminacji (Huttenlocher i Dabholkar 1997; Kolb i Whishaw 2003). Badania z wykorzystaniem nowoczesnych metod neuroobrazowania pozwoliły stwierdzić, że eliminacja synaps zachodzi w różnym stopniu na różnych etapach rozwoju w różnych obszarach mózgowia. W najbardziej aktywnym okresie, prawdopodobnie w każdej sekundzie, eliminowane zostaje około 100 tysięcy synaps (Brodal 2004; Semrud-Clikeman i Teeter-Ellison 2007). Rozwój sieci dendrytycznej zachodzi wolniej niż aksonalnej i rozpoczyna się około 7. miesiąca życia płodowego. Najczęściej proces ten rozpoczyna się w momencie, gdy komórki i ich aksony osiągną już docelową lokalizację (Carlson 2005). Również i ten proces zachodzi jeszcze długo w okresie postnatalnym. Mechanizmy biorące udział w jego sterowaniu wciąż są niedostatecznie poznane. Na podstawie licznych badań stwierdzono, iż prawdopodobnie z jednej strony duża liczba synaps odpowiada zwiększeniu możliwości funkcjonalnych danej części mózgowia. Z drugiej jednak strony jakość owych funkcji oraz ich doskonalenie wymaga redukcji ich liczby (Semrud-Clikeman i Teeter-Ellison 2007). W badaniach tomografii emisji jednego fotonu stwierdzono, iż poziom metabolizmu glukozy (który pośrednio świadczy o aktywności neuronalnej) zmniejsza się stopniowo od drugiego roku życia do wieku młodzieńczego (Brodal 2004).

Drugi pozytywny wzrost tworzenia synaps i następową eliminację obserwowano w wieku dorastania, czym próbuje się tłumaczyć kolejne gwałtowne przemiany w funkcjonowaniu poznawczym nastolatków (Kolb i Whishaw 2003). W trakcie tego zjawiska dochodzi jednocześnie do ciekawej dysproporcji dojrzewania istoty białej i szarej. O ile wydaje się, że w ciągu pierwszej dekady życia, ilość istoty białej rośnie dość równomiernie, o tyle około 10. – 12. r.ż. dochodzi początkowo do gwałtownego przyrostu istoty szarej, a następnie wydaje się, że częściowo zostaje ona zastępowana istotą białą. Jako ostatnia dojrzewa ok. 20 r. ż. kora w okolicach przedczołowych, kontrolująca świadomie emocje, uwagę oraz zachowania impulsywne (Gogtay i in. 2004).

W procesie dojrzewania ośrodkowego układu nerwowego aksony uzyskują otoczkę mielinową, której zadaniem jest znaczące przyspieszenie prędkości przesyłania informacji. Proces *mielinizacji* zaczyna się we wczesnych etapach życia płodowego (około 12. tygodnia życia płodowego) i trwa nieprzerwanie w okresie postnatalnym do wieku młodzieńczego, a w opinii niektórych autorów nawet i później. Również i w tym przypadku mamy do czynienia ze znacznym zróżnicowaniem zarówno czasowym, jak i anatomicznym. Po bardzo gwałtownym okresie mielinizacji w trzecim trymestrze ciąży i okresie noworodkowym kolejne znaczne nasilenie tworzenia otoczek mielinowych występuje w wieku dojrzewania płciowego i dotyczy przede wszystkim płatów czołowych (Durstun i in. 2001).

Należy w tym miejscu podkreślić, że powyższe procesy zachodzące w okresie prenatalnym i często kontynuowane po urodzeniu, są bardzo podatne na działanie szeroko pojętych czynników szkodliwych. Listę czynników mogących modyfikować bądź wręcz uszkadzać prawidłowe mechanizmy rozwoju ośrodkowego układu nerwowego, należy rozpocząć od nieprawidłowego stanu zdrowia matki. Rozwijające się mózgowie z wybitną zdolnością proliferacyjną (częstością podziałów komórkowych) jest bardzo wrażliwe na czynniki mutagenne, takie jak:

- infekcje wirusowe (np. HIV, różyczka);
- infekcje bakteryjne;
- nieprawidłowości w działaniu hormonów matczynych (np. zaburzenia gospodarki hormonów tarczycowych);
- przyjmowane przez matkę leki (w tym działające na ośrodkowy układ nerwowy, np. leki przeciwpadaczkowe, nasenne, uspokajające);
- alkohol;
- narkotyki;
- nikotyna.

Rozwijający się OUN płodu jest bardzo wrażliwy na wahania ciśnienia tętniczego krwi matki, co często doprowadza do niedotlenienia lub niedokrwienia tkanki nerwowej (encefalopatia niedokrwienno-niedotlenieniowa). Również poziom stresu matki wpływa negatywnie na rozwój mózgowia płodu, powodując nieprawidłowe jego dojrzewanie. Udowodniono np., że depresja ciążowa matki zwiększa prawdopodobieństwo zaburzeń rozwojowych oraz emocjonalnych u dzieci (Dawson i in. 1992).

Tabela 1. Czasowy przebieg procesów biologicznych związanych z dojrzewaniem OUN

<i>Proces</i>	<i>Początek</i>	<i>Zakończenie</i>
<i>Neurulacja</i>	1 Hbd.	3-4 Hbd
<i>Neuronogeneza</i>	5 Hbd	24 Hbd
<i>Najbardziej nasilona neuronogeneza</i>	19 Hbd	24 Hbd
<i>Synaptogeneza</i>	19 Hbd	† (max. 4 m. ż.)
<i>Eliminacja kompetycyjna</i>	4 m. ż.	†
<i>Migracja neuronalna</i>	4 Hbd	4 m. ż.
<i>Zaprogramowana śmierć komórkowa</i>	9 Hbd	2 r. ż.
<i>Mielinizacja</i>	12 Hbd	†
<i>Arboryzacja dendrytyczna i aksonalna</i>	20 Hbd	†

† – śmierć człowieka, Hbd – tydzień życia płodowego, m. ż. – miesiąc życia, r. ż. – rok życia

źródło: opracowanie własne na podstawie: Luria 1976; Bear, Connors & Paradiso 2001; Kolb & Whishaw 2003; Pąchalska 2007

Rozwój wybranych struktur mózgowia w okresie postnatalnym

Jak dotąd związek rozwoju psychomotorycznego dzieci w kontekście dojrzewania poszczególnych struktur anatomicznych mózgowia nie jest dokładnie zbadany. Wydaje się, że ogromne możliwości plastyczności zarówno rozwojowej, jak i kompensacyjnej mózgowia oraz transferu międzypółkulowego, ułatwiają dojrzewanie odpowiednich funkcji przy często nawet znacznych nieprawidłowościach neuropatologicznych. Można przypuszczać, że znacznego stopnia multipotencjalność dojrzewającego układu nerwowego pozwala na wykształcenie (przynajmniej w znaczeniu czynnościowym) wyższych czynności nerwowych w prawidłowo rozwijających się obszarach mózgowia. Nie dotyczy to jednak rozwoju motorycznego oraz rozwoju mowy.

Ze względu na bardzo wysoką energochłonność procesów dojrzewania mózgu zarówno w życiu płodowym, jak i późniejszym, ważne są mechanizmy prawidłowego zaopatrywania komórek nerwowych i glejowych w odpowiednią ilość substratów ich metabolizmu, głównie tlenu i glukozy. Dlatego procesy niedotlenieniowo-niedokrwienne nawet niewielkiego stopnia – we wczesnych etapach rozwoju mózgu – mogą mieć kolosalne negatywne skutki (Brodal 2004). Dodatkowo proces wzrastania i organizacji mózgowia jest w znacznym stopniu zależny od różnego rodzaju substancji sterujących, takich jak czynniki wzrostu, neurotrofiny czy też hormony. Badania neurofizjologiczne płodów dowiodły, że nie wszystkie połączenia powstające w życiu płodowym i w okresie noworodkowym pozostają na całe życie (Dawson i in. 1992).

Ciekawym przykładem tego procesu jest zjawisko *synestezji* polegające na istnieniu połączeń pomiędzy powstającą korą słuchową i wzrokową oraz pomiędzy siatkówką i szlakami słuchowymi umiejscowionymi we wzgórzach. Połączenia te, umożliwiające noworodkowi „widzenie dźwięków” oraz „słyszenie obrazów”, wraz z rozwojem ulegają zanikowi najprawdopodobniej w procesach zaprogramowanej śmierci komórek, czyli apoptozy. W bardzo rzadkich przypadkach mogą przetrwać do wieku dorosłego, zaburzając jednak prawidłową percepcję bodźców i – co za tym idzie – prawidłowy rozwój psychoruchowy. Prawdopodobnie sens istnienia tego typu połączeń jest związany z nasilonym stymulowaniem rozwoju trzeciorzędowych (najwyższych w organizacji) ośrodków korowych – zarówno słuchu, jak i wzroku (Kolb i Whishaw 2003; Semrud-Clikeman i Teeter-Ellison 2007).

Jednym z najwcześniej rozwijających się obszarów mózgu jest tzw. układ limbiczny. Ta część mózgu odpowiada za układ motywacyjny nagrody i kary, generowanie i kontrolę emocji oraz jest siedliskiem popędów i instynktów. Pourazowe uszkodzenie rozwijającego się układu limbicznego często powoduje zaburzenia emocjonalne w życiu późniejszym. Szczególną rolę odgrywają tu takie struktury anatomiczne jak: ciało migdałowate, podwzgórze, jądra przegrody przezroczystej,

czy okołowodociągowa substancja szara. Co ciekawe, pomimo bardzo wczesnego rozwoju omawianych struktur układu limbicznego, obszary świadomej kontroli emocji (zlokalizowane głównie w korze biegunów płatów czołowych) i ich świadomej pamięci (w korze hipokampów) rozwijają się dopiero w mniej więcej trzecim roku życia dziecka. Nie oznacza to jednak, że do tego czasu wyzwolone emocje (zarówno negatywne, jak i pozytywne) nie wpływają na rozwój psychoruchowy dziecka. Wyzwolone w sytuacji stresowej (nawet u noworodka) aminy biogenne i kortykosterydy mogą w znaczący sposób wpływać, przy częstym działaniu, na zaburzenia prawidłowego dojrzewania układu nerwowego. Podobnie wyzwolone przez pozytywne bodźce inne aminy biogenne oraz endogenne pochodne morfiny stymulują rozwój mózgu dziecka (Brodal 2004; Larysz i Wieczorkowski 2007).

W miarę upływu czasu organizują się kolejno korowe ośrodki poszczególnych płatów mózgu. Z punktu widzenia neuropsychologii klinicznej jednym z najprostszych i jednocześnie dość użytecznych podziałów kory mózgu jest podział zaproponowany przez jednego z twórców nowoczesnej neuropsychologii A. R. Łurę. Wyróżnił on pierwszorzędowe (pierwotne, projekcyjne), drugorzędowe (gnostyczne lub projekcyjno-asocjacyjne) i trzeciorzędowe (najwyżej zorganizowane, asocjacyjne) ośrodki korowe (Łuria 1976; Herzyk 2000).

Zdaniem autora pierwszorzędowe ośrodki korowe stanowią niespecyficzne sieci neuronów, których zadaniem jest jedynie odbiór i pierwotna reakcja na bodźce dochodzące z otoczenia. Drugorzędowa kora projekcyjno-asocjacyjna ma za zadanie pierwotne przekształcenie odebranych przez korę pierwszorzędową bodźców i początkową ich klasyfikację. Natomiast kora trzeciorzędowa jest niezbędna do bezpośredniego, zmysłowego spostrzegania, abstrakcyjnego myślenia i do zachowania w pamięci zorganizowanego doświadczenia (Łuria 1976).

Jako pierwszy pełną organizację osiąga płat potyliczny, w którym zlokalizowane są przede wszystkim pierwszorzędowe i drugorzędowe ośrodki wzroku, a także część trzeciorzędowych. W przeciągu ostatnich dwudziestu lat stwierdzono nieaktualność wcześniejszych danych o lokalizacji korowych struktur wzrokowych jedynie w płatach potylicznych, dowodząc, że „ośrodki” wzroku zlokalizowane są w ok. 55% całej powierzchni kory mózgu (Kolb i Whishaw 2003; Larysz i Wieczorkowski 2007).

Rozwój struktur wzrokowych umożliwia dziecku uświadomienie podstawowych relacji przestrzennych otaczającego je świata. Jest to bardzo ważny etap w rozwoju dziecka. Kolejno wykształcają się płaty czołowe i skroniowe (odpowiedzialne za funkcje słuchowe oraz percepcję mowy, ale także za funkcje pamięciowe) i około szóstego miesiąca życia dziecko zaczyna reagować świadomie na odbierane bodźce – zarówno wzrokowe, jak i słuchowe (choć wytwarzane w płatach czołowych pierwsze programy działania często wydają się zaskakujące dla obserwujących dziecko opiekunów). Pola związane z mową uaktywniają się około dwu-

nastego miesiąca życia. Najpierw dojrzewają obszary korowe związane z rozumieniem mowy, a dopiero później pola wytwarzania mowy. Mniej więcej w tym czasie co ośrodki rozumienia mowy wykształca się kora przedczołowa odpowiedzialna między innymi za samoświadomość (Kolb i Whishaw 2003; Siegler, Deloache i Eisenberg 2006). Do zadań wykonywanych przez płaty czołowe należą także procesy programowania ruchów, generowanie mowy, formowanie strategii zachowania, kontrola zachowania i złożone mechanizmy uczenia. Kora płatów ciemieniowych poza odbieraniem bodźców czuciowych odpowiada za ich uświadamianie, integrację somatosensoryczną i wzrokową oraz za procesy gnozy, czyli świadomego poznania. Płat ciemieniowy odgrywa też ogromną rolę w procesach rozumienia mowy. Należy jednak podkreślić, że rozwój ośrodkowego układu nerwowego zarówno w okresie prenatalnym, jak i po urodzeniu, nie jest jedynie sztywną realizacją „za-programowanego w genomie planu rozwojowego”, ale podlega znacznym wpływom środowiska. Co więcej, złożoność danej funkcji jest wprost proporcjonalna do wielkości prawdopodobieństwa wpływu na jej rozwój środowiska zewnętrznego. Stąd skutki urazów czaszkowo-mózgowych w okresie intensywnego rozwoju mogą mieć decydujące znaczenie dla życia dziecka szczególnie w kontekście złożonych funkcji wyższych czynności nerwowych, do których możemy zaliczyć funkcje mowy.

Mechanizmy plastyczności mózgu

W trakcie całego życia człowieka w ośrodkowym układzie nerwowym istnieją mechanizmy jego plastyczności. Największe jednak nasilenie tych procesów występuje we wczesnym okresie rozwoju. Plastycznością nazywa się zdolność modyfikacji budowy i czynności układu nerwowego na skutek oddziaływań bodźców ze środowiska zewnętrznego, obserwowaną najwyraźniej, chociaż nie wyłącznie, w okresie rozwoju układu nerwowego. Wyróżniamy dwa rodzaje plastyczności:

plastyczność funkcjonalną – czyli zdolność do funkcjonalnej reorganizacji i funkcjonalnej restytucji zaburzonej czynności na poziomie behawioralnym;

plastyczność neurobiologiczną – czyli zdolność do reorganizacji struktur sieci neuronalnych ocenianą na poziomie komórkowym i molekularnym (Martin 1998; Brodal 2004).

Obydwa rodzaje plastyczności pozostają ze sobą w ścisłym związku i wynikają bezpośrednio z siebie.

Inny podział mechanizmów plastyczności mózgu obejmuje:

plastyczność pamięciową – odpowiedzialną za procesy uczenia się,

plastyczność rozwojową – będącą efektem wpływu środowiska na rozwój mózgowia,

plastyczność kompensacyjną – polegającą na powstawaniu procesów naprawczych występujących po uszkodzeniach mózgu.

Plastyczność rozwojowa występuje jedynie we wczesnym dzieciństwie. Natomiast plastyczność pamięciowa i kompensacyjna są procesami aktywnymi przez całe życie. Mechanizmy leżące u podstaw plastyczności polegają na wytwarzaniu nowych połączeń nerwowych (synaptogeneza) oraz reorganizacji już istniejących połączeń sieci neuronalnych. Zgodnie z przyjętymi powyżej założeniami mogłoby się wydawać, że mózg dziecka, który uległ pourazowemu uszkodzeniu, ma zdecydowanie lepsze mechanizmy naprawy uszkodzenia. Takie stwierdzenie może być jednak prawdziwe tylko w przypadku niewielkich uszkodzeń zlokalizowanych w jednej półkuli. Niemowlęta leczone z powodu katastroficznych postaci padaczek lekoopomnych poddawane są czasem zabiegowi anatomicznej lub czynnościowej hemisferektomii, czyli usunięciu jednej półkuli mózgu. Co więcej, w trakcie następowego rozwoju przy sprzyjających warunkach i odpowiednio intensywnej rehabilitacji, mają możliwość wykształcenia tak złożonych wyższych czynności nerwowych jak mowa lub czytanie. Jednakże rozległe lub rozsiane uszkodzenia struktur nerwowych zlokalizowanych w obu półkulach (a niestety najczęściej właśnie z takimi mamy do czynienia po urazach czaszkowo-mózgowych) niosą ze sobą znacznie większe niż u populacji dorosłej negatywne skutki. Wytłumaczeniem tego zjawiska jest wykorzystanie do dalszego rozwoju tzw. transferu międzypółkulowego z wykorzystaniem włókien spoidłowych zlokalizowanych przede wszystkim w obrębie ciała modzełowego oraz włókien łączących głębokie ośrodki podkorowe.

W przypadku patologii zlokalizowanych w obu półkulach - dorosły, ukształtowany uprzednio mózg – może za pomocą mechanizmów plastyczności kompensacyjnej wykształcić na nowo uszkodzone w wyniku urazu połączenia istniejących już sieci funkcjonalnych. W mózgu dziecka taki proces nie może mieć miejsca, gdyż sieci te muszą być dopiero wykształcone. W ten sposób można tłumaczyć fakt znacznych zaburzeń rozwoju psychoruchowego u noworodków i niemowląt po rozległych uszkodzeniach związanych z procesami niedokrwienno-niedotlenieniowymi w ciężkich urazach czaszkowo-mózgowych.

W podobny sposób wyjaśniane jest również pojęcie powstawania engramów, czyli śladów pamięciowych w teoriach sieci funkcjonalnych, które powstają właśnie w wyniku plastyczności pamięciowej (Kolb i Whishaw 2003). Chociaż są one najbardziej nasilone w okresie intensywnego rozwoju, mechanizmy uczenia są aktywne przez całe życie człowieka. Rozsiane uszkodzenie mózgowia u małego dziecka może poprzez zniszczenie tworzących się engramów spowodować znaczną deteriorację (pogorszenie się już istniejącego poziomu) rozwoju. Podobny uraz u osoby dorosłej spowoduje jedynie zniszczenie części engramów prawidłowo rozwiniętego uprzednio mózgowia i objawi się różnego rodzaju i o różnym nasileniu amnezją.

Ciało modelowate

Ze względu na niezwykle istotne znaczenie ciała modelowatego dla rozwoju psychoruchowego, w tym mechanizmów powstawania i działania mowy – zarówno czynnej jak i biernej, należy uświadomić sobie jego budowę. Ciało modelowate jest największą wiązką włókien nerwowych w ośrodkowym układzie nerwowym. Szacuje się, że łączy między sobą półkule mózgu za pośrednictwem 200-800 mln aksonów. Długość ciała modelowatego na przekroju strzałkowym wynosi od 7 do 10 cm. W zależności od lokalizacji włókien w obrębie CC połączone są różne obszary kresomózgowia. Dzięki operacjom chirurgicznym kończącym się niepełnym przecięciem CC (tzw. zabiegi *callosotomii*, stosowane w neurochirurgicznym leczeniu padaczki lekoopornej), można było ustalić funkcje poszczególnych części spoidła. Włókna zlokalizowane w części tylnej przenoszą informację wzrokową, integrując korowe okolice wzrokowe zarówno pierwszo-, drugo-, jak i trzeciorzędowe. Włókna niosące informację słuchową i dotykową znajdują się w części spoidła położonej bardziej z przodu. Przednia część spoidła jest zaangażowana w transfer informacji semantycznej. Należy jednak pamiętać, że stwierdzono znaczne przemieszanie się włókien spoidłowych z różnych okolic oraz że nie wszystkie włókna dążą prosto do celu.

Prawidłowe tworzenie, dojrzewanie i funkcjonowanie CC jest bardzo ważnym elementem rozwoju psychoruchowego. Wystarczy uświadomić sobie, że np. obustronne interakcje międzypółkulowe zachodzące poprzez spoidło wielkie są niezbędne dla jednolitej i spójnej percepcji powierzchni ciała. Potencjalnie ważną funkcją międzypółkulowych połączeń spoidłowych jest transfer wyuczonych asocjacji (bardziej ogólnie – uczenia) z jednej półkuli do drugiej, co – jak przedstawiono powyżej – stanowi niezwykle ważny aspekt rozwoju ośrodkowego układu nerwowego.

Bibliografia

- Bear M. F., Connors B. W. i Paradiso M. A. (2001): *Neuroscience: exploring the brain*, Lippincott Williams & Wilkins, Baltimor.
- Brodal P. (2004): *The central nervous system: Structure and function*, New York, Oxford University Press.
- Carlson N. R. (2005): *Foundations of physiological psychology*, Allyn and Bacon, Boston.
- Damasio A. R., Adolphs R. i Damasio H. (2003): *The contributions of the lesion method to the functional neuroanatomy of emotion*, Oxford University Press, New York.

- Dawson G., Grofer Klinger L., Pangiotides H., Hill D., Spieker S. i Frey K. (1992): *Infants of mothers with depressive symptoms: Electrophysiological and behavioral findings related attachment*, Development and Psychopathology, 67–80.
- Durston S., Hullshoff Pol H. E., Casey B. J., Giedd J. N., Buitelaar J. K., i van Engeland H. (2001): *Anatomical MRI of the developing human brain: What have we learned?* Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1012–1020.
- Gogtay N., Sporn A., Clasen L. S., Nugent T. F., Greenstein D., Nicolson R. i inni (2004): *Comparison of progressive cortical grey matter loss in childhood-onset schizophrenia with that in childhood-onset atypical psychoses*, Archives of General Psychiatry, 17–22.
- Heath R. G., Foreword W. (1997): *The cerebellum and cognition*, [w:] J. D. Schmahmann (red.), *International Review of Neurobiology* (23–25), Academic Press, San Diego.
- Herzyk A., Borkowska A. (1999): *Neuropsychologia emocji. Poglądy, badania, klinika*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Skłodowskiej-Curie, Lublin.
- Herzyk A. (1999): *Neuropsychologiczne modele emocji*, [w:] A. Herzyk i A. Borkowska (red.), *Neuropsychologia emocj.* Wydawnictwo Marii Skłodowskiej-Curie, Lublin.
- Herzyk A. (2000): *Mózg, emocje, uczucia – analiza neuropsychologiczna*, Wydawnictwo Marii Skłodowskiej-Curie, Lublin.
- Huttenlocher J., Haight W., Bryk A., Seltzer M., i Lyons T. (1991): *Early vocabulary growth: Relation to language input and gender*, Developmental Psychology, 236–248.
- Huttenlocher P. R., Dabholkar A. S. (1997): *Regional differences in synaptogenesis in human cerebral cortex*, Journal of Comparative Neurology, 167–178.
- Kolb B., Whishaw I. Q. (2003): *Fundamentals on Human Neuropsychology*, Worth Publishers, New York.
- Konorski J. (1969): *Integracyjna działalność mózgu*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Larysz D., Wiczorkowski P. (2007): *Neuropsychologiczne konsekwencje urazów czaszkowo-mózgowych u dzieci*, „Forum Logopedyczne” 10–15.
- Luria A. R. (1976): *Podstawy neuropsychologii*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa.
- Martin G. M. (1998): *Human Neuropsychology*, Prentice Hall Europe.
- Maruszewski T., Doliński, D., Łukaszewski W., Marszał-Wiśniewska M. (2008): *Emocje i motywacje*, [w:] Strelau J., Doliński D. (red.) *Psychologia. Podręcznik akademicki*, t. 1, 511-649, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.

-
- Pachalska M. (2007): *Neuropsychologia kliniczna*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Semrud-Clikeman M., Teeter-Ellison P. A. (2007): *Child Neuropsychology*, Springer, New York.
- Siegler R., Deloache J., Eisenberg N. (2006): *How Children Develop*, Worth Publishers, New York.

Katarzyna Meroń
Szkoła Podstawowa nr 2
Świętochłowice

Miejskie Przedszkole nr 9
Ruda Śląska

WCZESNA INTERWENCJA LOGOPEDYCZNA

Pojęcie wczesnej interwencji logopedycznej

Wczesna interwencja logopedyczna to oddziaływania logopedyczne ukierunkowane na dziecko we wczesnym okresie jego rozwoju, czyli od urodzenia do 3. r.ż. (Stecko 1996: 7). Jest to najkorzystniejszy czas do stymulacji i wyrównywania nieprawidłowości w rozwoju mowy, ze względu na intensywne dojrzewanie ośrodkowego układu nerwowego dziecka.

Wczesna interwencja logopedyczna obejmuje wczesną diagnozę logopedyczną, która powinna zostać postawiona przed ukończeniem pierwszego roku życia dziecka i zastosowanie specyficznych dla tego okresu metod terapeutycznych, które polegają na stymulacji szeroko pojętego rozwoju dziecka we wszystkich aspektach, ze szczególnym uwzględnieniem stymulacji procesów poznawczych, rozwijania motoryki (zarówno tzw. dużej – dotyczącej ruchów kończyn i tułowia oraz mechanizmów przemieszczania się dziecka, jak i motoryki małej) oraz aktywnych i biernych funkcji językowych.

Rozwój każdej funkcji, w tym także mowy, ma miejsce już w okresie prenatalnym. Ten okres rozwoju jest nazywany *etapem przygotowawczym*. W czasie życia płodowego kształtują się między innymi odruchowe reakcje ssania, polykania, wysuwania warg, szukania pokarmu, doskonali się zmysł słuchu. Okres ciąży to również czas, kiedy dziecko poznaje melodię, rytm, akcent języka, barwę głosu matki, ojca itp.

Wczesny okres życia płodowego jest najważniejszy dla kształtowania się odruchów istotnych w procesie rozwoju mowy. Ich prawidłowe funkcjonowanie może zostać ocenione już w momencie urodzenia dziecka i jest podstawą do planowania ewentualnej terapii.

Tabela 1. Rozwój czynności prelingwalnych w okresie prenatalnym

<i>Etap rozwoju płodowego</i>	<i>Rozwój mowy w okresie prenatalnym</i>
<i>7 tydzień</i>	▪ układ nerwowy reguluje pracę układu mięśniowego ▪ zaczynają pracować wspólnie nerwy i mięśnie; koordynacja ruchów rozpoczyna się od wargi górnej
<i>12 tydzień</i>	▪ obserwuje się otwieranie i zamykanie ust ▪ pojawia się ruch podnoszenia górnej wargi, który jest wstępnym stadium w rozwoju odruchu ssania
<i>14 tydzień</i>	▪ rozpoczynają pracę mięśnie odpowiedzialne po urodzeniu za chwytanie, oddychanie, fonację i ssanie
<i>17 tydzień</i>	▪ w dalszym okresie następuje progresywny trening powyższych mięśni ▪ płód ćwiczy ruchy ssania – wysuwa wargi ku przodowi, ssie własny palec
<i>3 miesiąc</i>	▪ struny głosowe są już ukształtowane ▪ poprzez intensywne połykanie i wypieranie wód płodowych ćwiczone są ruchy potrzebne przy oddychaniu i mówieniu ▪ płód jest zdolny do płaczu przed narodzeniem w przypadku przedwczesnego porodu
<i>6 miesiąc</i>	▪ płód reaguje na bodźce akustyczne ▪ odbiera charakterystyczne cechy dźwięków na drodze pozaakustycznej (melodię, akcent, rytm i natężenie dźwięków) ▪ płód słyszy rytm pracy serca matki, rozpoznaje jej głos, reaguje na śpiew, gniew, a także dźwięki z otoczenia, w którym przebywa matka

źródło: Stecko 1996:15

Istnieje wiele czynników wpływających negatywnie na kształtowanie się mowy. Wczesne rozpoznanie następstw działania tych czynników stwarza możliwość wczesnej interwencji, której celem jest zapobieganie zaburzeniom mowy. Szczególną troską powinny być otoczone dzieci:

- z obciążonym wywiadem prenatalnym, okołoporodowym i wczesnego dzieciństwa;
- dzieci urodzone: w zamartwicy, z punktacją Apgar < 8;
- wcześniaki z niską masą urodzeniową;
- dzieci, których matki leczyły się: na nadciśnienie tętnicze, niedokrwistość, u których wystąpiło krwawienie z dróg rodnych (zwłaszcza w pierwszym trymestrze ciąży), zażywały leki, poddane były leczeniu kardiologicznemu bądź endokrynologicznemu, spożywały alkohol, paliły tytoń, przyjmowały narkotyki itp.

U dzieci tych w pierwszych dniach życia powinna być dokonana:

- ocena anatomii aparatu artykulacyjnego;
- ocena odruchów z punktów twarzy ważnych dla rozwoju mowy, takich jak: ssanie, połykanie, otwieranie i zamykanie warg, wypychanie języka, odwracanie głowy;
- ocena audiometryczna słuchu.

Poniższa tabela przedstawia najczęściej sprawdzane podstawowe odruchy z obszaru ustno-twarzowego.

Tabela 2. Badanie odruchów ze sfery ustno-twarzowej według Flehmiga

<i>Nazwa odruchu</i>	<i>Sposób wywołania</i>	<i>Reakcja</i>	<i>Wiek fizjologiczny</i>	<i>Uwagi</i>
<i>ssanie</i>	• wprowadzenie palca na głębokość około 3 cm do jamy ustnej	• silne i rytmiczne ruchy ssania	• od urodzenia, • możliwość hamowania od 2. miesiąca życia	• może być silniejszy na podniebieniu
<i>połykanie</i>	• dotknięcie podniebienia	• połykanie: – napięcie ust – nacisk języka ku przodowi	• od urodzenia	• obserwujemy częstość połyknięć
<i>zwracanie</i>	• silne podrażnienie tylnej części języka	• odchylenie głowy ku tyłowi • rozwarcie żuchwy • skurcz mięśni języka i gardła	• od urodzenia	
<i>kąsanie</i>	• dotykane dziąseł od przodu palcem wskazującym	• zaciśnięcie ust trwające do ustania bodźca	• od urodzenia do 3, 4. miesiąca życia, czasem do 7. miesiąca życia	• zanika przy pojawieniu się odruchu żucia
<i>żucie</i>	• dotykane dziąseł w okolicy zębów trzonowych	• ruchy żujące	• od 4. do 7. miesiąca życia	• dowolne lub odruchowe
<i>żuchwowy</i>	• palec wskazujący odciąga brodę, drugim uderzamy w palec odciągający	• żuchwa podnosi się wskutek podciągnięcia mięśni żwaczy	• od urodzenia i ulega wygaśnięciu	• w wyjątkowych sytuacjach odruch utrzymuje się
<i>wysuwania języka</i>	• kładziemy kawałek stałego pokarmu na czubek języka	• pokarm jest wypychany na zewnątrz	• od urodzenia	• rozwija się
<i>otwieranie ust</i>	• zbliżanie butelki z pokarmem	• otwiera usta	• od urodzenia do 4. miesiąca życia	

Nazwa odruchu	Sposób wywołania	Reakcja	Wiek fizjologiczny	Uwagi
szukania	• drażnienie kątów ust, środka górnej i dolnej wargi oraz rowka nad górną wargą	• skręt głowy w kierunku bodźca	• od urodzenia • w 3. i 4. miesiącu życia	
akustyczno-twarzowy	• klaskanie w pobliżu uszu	• odruchowe mrużenie	• od 10. dnia do końca życia	
optyczno-twarzowy	• nagle zbliżenie dłoni w kierunku oczu	• odruchowe mrużenie	• od 3. miesiąca do końca życia	

źródło: Cytowska i Winczura 2008: 240-241

Diagnostyka niemowlęcego narządu artykulacyjnego obejmuje również ocenę sposobu karmienia i oddychania. Dużą wagę przywiązuje się do karmienia piersią, ponieważ w naturalny sposób:

- usprawnia ono język i wargi;
- zapewnia prawidłowe połykanie i oddychanie;
- pionizuje język (unosi jego przednią część do wałka dziąsłowego za górnymi siekaczami);
- przeciwdziała powstawaniu wad zgryzu.

Dziecko karmione piersią, nie przerywając ssania, oddycha przez nos, natomiast przyjmując pokarm przez smoczek, przerywa ssanie, aby nabrać powietrze przez usta. W krótkim czasie dochodzi do nawykowego oddychania przez usta, co powoduje częste zakażenia dróg oddechowych, deformację zgryzu, wady artykulacyjne oraz nieprawidłowy sposób połykania (Stecko 1996: 19).

Po okresie wstępnym pojawia się *etap* postnatalny. Według Kaczmarka (1996) wyróżnia się cztery okresy kształtowania mowy dziecka:

- *okres melodii* (0 – 1 rok życia)
- *okres wyrazu* (1 – 2 rok życia)
- *okres zdania* (2 – 3 rok życia),
- *okres swoistej mowy dziecięcej* (3 – 7 rok życia).

Należy jednak pamiętać, iż rozwój mowy nie przebiega identycznie u wszystkich dzieci. Każdy z okresów ma swoją dynamikę rozwoju i dostrzegalne zmiany form językowych.

Okres melodii – rozpoczyna się wraz z przyjściem dziecka na świat – pojawiają się wtedy krzyk oraz płacz. *Krzyk po urodzeniu jest bardzo ważną informacją: dowodem życia dziecka i m.in. sprawności więzadeł głosowych* (Kozłowska 1996: 12).

Logopedzi uważają krzyk za pierwszy krok w kształtowaniu mowy, potwierdzający funkcjonowanie narządów mowy. Początkowo noworodek komunikuje się z otoczeniem za pomocą płaczu, po którym rozpoznaje się jego potrzeby. Płacz jest ćwiczeniem narządu oddechowego, podczas którego można dostrzec krótki wdech i znacznie dłuższy wydech.

Głuzenie pojawia się u niemowląt około 2 – 3. miesiąca życia. Podobnie jak płacz jest to odruch bezwarunkowy. W tej fazie niemowlę nieświadomie gimnastkuje narządy mowy: cmoka, ssie, otwiera buzię, wysuwa język i wydaje przypadkowe dźwięki, w wyniku czego powstają dźwięki gardłowe przypominające „k”, „g”, „h” oraz dźwięki podobne do samogłosek. *Należy pamiętać, iż głuzą wszystkie dzieci, zarówno te słyszące, jak i głuche* (Diener 1999: 11).

Gaworzenie pojawia się w drugim półroczu życia dziecka, jest to kolejny przejaw wokalizacji, polega on na powtarzaniu i naśladowaniu dźwięków mowy. Dziecko artykułuje dźwięki przypadkowo, ale i odtwarza te, które słyszy w swym otoczeniu. Wielką radość sprawia dziecku parskanie, prychanie i artykułowanie nawet trudnych dźwięków. Gaworzenie można uznać za trening słuchu. Zarówno głuzenie, jak i gaworzenie, są potwierdzeniem prawidłowych zmian rozwojowych dokonujących się w mózgu dziecka. Zaczyna ono rozumieć to, co do niego mówimy i podejmuje próby wymawiania pierwszych wyrazów. *U dzieci głuchych po etapie głuzenia nie pojawia się kolejny etap rozwoju mowy, jakim jest gaworzenie.*

Okres wyrazu – przypada na drugi rok życia. Dziecko zaczyna używać większości samogłosek (oprócz nosowych), wymawia już wiele spółgłosek (p, pi, b, bi, m, mi, t, d, n, l). W miarę rozwoju sprawności narządów artykulacyjnych dziecko coraz precyzyjniej wypowiada wyrazy adekwatne do konkretnych sytuacji życiowych. Pierwszymi komunikatami dziecka są wyrazy dźwiękonaśladowcze, tzw. onomatopeje (hau, miau, ko itp.). Pojawiają się wówczas pierwsze wyrazy dwusylabowe (inama, tata, baba itp.). Pod koniec tego okresu dziecko wymawia około 300 słów, a także robi znaczne postępy w zakresie rozumienia wypowiedzi otoczenia (Michalak-Widera i Węsierska 2000: 8). Nie korygujemy mowy dziecka, nie każemy mu powtarzać wyrazów, żeby były „doskonałe”, to ono ma słyszeć ładną, poprawną mowę (Diener 1999: 12).

Okres zdania – trwa od 2. do 3. roku życia. Dziecko w zasadzie wymawia już wszystkie samogłoski oraz spółgłoski (p, b, m, w, f, ś, ź, ć, dź, ń, j, k, g, h, t, d, n, l). Pod koniec tego okresu mogą pojawić się głoski syczące (s, z, c, dz), a nawet szumiące (sz, ż, cz, dż). Dziecko potrafi już poprawnie artykułować głoski w izolacji, natomiast w wypowiedziach spontanicznych mogą być one zniekształcane lub zamieniane na łatwiejsze. Zniekształcenia głosek można tłumaczyć słabą sprawnością narządów artykulacyjnych. Ten okres cechuje częste zastępowanie głosek syczących i szumiących ciszącymi; „r” bywa zastępowane przez „l” lub „j”; brak wyraźnych końcówek w wyrazach. Słownik dziecka wzbogaca się do około 1000 słów,

jest ono w stanie budować proste zdania i używać niektórych zaimków, np. potrafi mówić o sobie „ja”, przyswaja pierwsze reguły gramatyczne. Dla otoczenia jego mowa jest niemal w pełni zrozumiała (Michalak-Widera i Węsierska 2000: 8).

Okres swoistej mowy dziecięcej – trwa od 3. do 7. roku życia dziecka. W tym okresie potrafi już ono prowadzić swobodne rozmowy. Częstym zjawiskiem kształtowania się mowy w tym okresie są:

- metatezy – przestawianie głosek, sylab (np. dziecko mówi zamiast *lokomotywa* – *mokolotywa*);
- kontaminacje – budowanie wyrazów na zasadzie łączenia dwóch w jeden (np. zamiast *posmarować masłem* to *pomasłować*);
- asymilacje – upodobnienia (np. *koszyszek* zamiast *koszyczek*).

W tej ostatniej fazie rozwojowej mowy można dostrzec wzrost zainteresowania światem, a w ślad za tym niekończące się ciągi pytań o wszystko. Do swoich zabaw dzieci włączają bogaty świat fantazji, co czasem budzi niepokój rodziców. Jednak jest to pewna prawidłowość, która nosi nazwę konfabulacji. Zjawisko to wynika ze zderzenia dziecka z ogromnym, niezbadanym światem (Kozłowska 1996: 14-15). W wymowie utrwala się głoski syczące, szumiące i pojawia się głoska „r”.

Pod koniec okresu swoistej mowy dziecięcej wszystkie głoski języka polskiego powinny być opanowane, a mowa dziecka w pełni zrozumiała dla otoczenia.

Postępowanie logopedyczne z uwzględnieniem diagnozy i terapii

Opóźnienia rozwoju mowy bardzo często wiążą się z brakiem systemów koordynacji bodźców sensorycznych odbieranych za pomocą narządów zmysłów (np. oczy – uszy, oczy – język) związanych z obszarem ustno-twarzowym. Często przyczyną powyższych zaburzeń mogą być nieprawidłowe odruchy niemowlęce, które uniemożliwiają prawidłową pracę mięśni oraz właściwą motorykę twarzy. Opóźnienia w integracji odruchów niemowlęcych zawsze wpływają negatywnie na rozwój mowy i artykulacji. Wiele odruchów twarzy powinno zostać zintegrowanych między 4. a 12. miesiącem życia (Regner 2008: 248). Możemy więc sformułować tezę, że odruchy ustno-twarzowe stanowią jeden z pierwszych objawów nieprawidłowego rozwoju motoryki u nowo narodzonego dziecka. Odruchy twarzy należą do grupy odruchów niemowlęcych, stanowiąc reakcję twarzy, ust i głowy. Poniżej przedstawiono podział odruchów według Masgutowej (Masgutowa i Regner 2009: 55–63).

Ssanie – odruch ten nie obejmuje jedynie samej czynności ssania, ale dotyczy także zachowań towarzyszących przyjmowaniu pokarmu. Pojawia się w czternastym tygodniu życia płodowego, a wygasa między 1. a 2. rokiem życia. Przy

prawidłowym przebiegu rozwoju płodowego i narodzin noworodek jest zdolny do ssania zaraz po narodzinach. Podstawowy schemat odruchu ssania kształtuje się podczas karmienia piersią. Najpierw pobudzany jest obszar między podniebieniem twardym a miękkim. Odruch ssania wywołują bodźce dotykowe na linii warg w osi symetrii twarzy i na środku języka. Właściwe wykształcenie się odruchu oraz prawidłowa technika ssania stanowią także motoryczną podstawę do prawidłowego rozwoju mowy. Dzieci, u których odruch ssania kształtował się niewłaściwie albo technika ssania była niepoprawna, stanowią grupę zagrożoną wystąpieniem wad wymowy lub opóźnieniem rozwoju mowy.

Badanie odruchu:

- terapeuta dotyka okolic ust niemowlęcia, stymuluje delikatnie palcem jamę ustną, szczególnie język i podniebienie, a następnie sprawdza, czy dziecko wykonuje ruchy ssące;
- podstawowy schemat odruchu ssania aktywizuje się podczas stymulacji obszaru między podniebieniem miękkim i twardym;
- początkowo ssanie jest reakcją na dotyk sutka i smak pokarmu, później bodźcem może być smoczek, kciuk czy palec.

Ssanie to aktywne i rytmiczne wciąganie pokarmu językiem, mięśniami policzkowymi i z użyciem podniebienia miękkiego, z regulacją wdechu i wydechu.

Oslabienie aktywności odruchu ssania ma miejsce pomiędzy 6. i 7. miesiącem życia i zastępowane jest przez ruchy żucia, co wiąże się z nowym sposobem karmienia dziecka (np. jedzenie z łyżeczki lub samodzielne odgryzanie).

Polykanie – odruch, który podobnie jak umiejętność ssania, warunkuje przetrwanie niemowlęcia. Prawidłowa technika polykania (tak jak ssanie, a potem gryzienie), stanowi motoryczne podłoże prawidłowego rozwoju mowy, głównie artykulacji. Odruch ten aktywizuje się przy poczuciu głodu i podczas ssania.

Badanie odruchu:

- stymulacja okolic krtani lub tylnej części języka;
- gładzenie i wibracja dna jamy ustnej;
- głowa dziecka, lekko nachylona ku przodowi, spoczywa na ręce terapeuty, pod język podawana jest kropla płynu (woda z glukozą); jeżeli polykanie jest prawidłowe, stopniowo zwiększana jest ilość kropli.

Kąsanie, gryzienie i zaciskanie zębów – gryzienie związane jest z przygotowaniem pokarmów do żucia, polega na oddzielaniu kawałków pożywienia. Wymaga ono odgryzania fragmentów twardszych pokarmów i ich żucia. Odruch zaciskania zębów związany jest z potrzebą utrzymania jedzenia w ustach. Odruchy kąsania, gryzienia i zaciskania zębów pomagają w rozwoju narządów mowy i w artykułowaniu głosek: d, b, p, l, s, c, ż, z, cz, sz, rz.

Badane odruchu:

- stymulacja obszaru warg, zębów lub języka przez włożenie w usta pokarmu.

Żucie – odruch ten jest skomplikowaną czynnością aparatu oralnego, wymagającą skoordynowania subtelnych ruchów języka z odpowiednią pracą mięśni skośnych przyżuchwia, domknięciem ust i prawidłowym oddechem, ważną dla funkcjonowania układu trawienia. Odruch ten pomaga w rozwoju mowy i artykulowaniu głosek: s, c, z, dz, cz, sz, rz.

Badanie odruchu:

- dotknięcie warg, zębów lub jamy ustnej pokarmem o stałej konsystencji (Masgutowa i Regner 2009: 55–63).

U niemowląt i małych dzieci w rehabilitacji logopedycznej często stosuje się metodę Castillo Moralesa (Regner 2009: 99–100) w celu wzmacniania mięśni warg, języka i podniebienia miękkiego, aby przygotować niemowlę do podjęcia funkcji oddychania, ssania, połykania, gryzienia, żucia oraz ruchów mimicznych i artykulacyjnych.

Do najczęściej stosowanych technik zalicza się masaż ustno-twarzowy, który wpływa na wrażliwość percepcyjną oraz ułatwia prawidłowe połykanie i ssanie. Najefektywniejsza jest terapia obszaru ustno-twarzowego w pierwszych miesiącach życia. Za pomocą stymulacji wrzecionek nerwowo-mięśniowych¹ wyzwała się określone ruchowe odpowiedzi mięśniowe. Dzięki temu uaktywnia się mięśnie mimiczne i żucia, co umożliwia kontrolę nad ruchami związanymi z prawidłowym ssaniem, połykaniem i artykulacją.

Technikę masażu ustno-twarzowego Castillo Moralesa zaczyna się od przygotowania mięśni, czyli modelowania (Regner 2003: 214–215; Masgutowa i Regner 2009: 99–100).

Modelowanie zaczyna się od głębokiej mobilizacji skóry głowy, masowania opuszkami palców mięśnia potyliczno-czołowego i rozciągania mięśnia do przodu; następnie mobilizuje się *mięsień skroniowy* i *mięsień żwacz*, mięśnie oczu, mięśnie przynosowe, *dźwigacz wargi górnej* oraz *dźwigacz skrzydełek nosa*.

Mobilizacja mięśnia okrężnego warg – spośród wszystkich mięśni twarzowych to właśnie ten jest najczęściej i najsilniej dotknięty patologią. Podczas modelowania zwraca się uwagę na włókna mięśniowe wargi górnej, które współdziałają przy jej podnoszeniu. Hipotoniczną, o zmniejszonej aktywności wargę górną (z obniżonym napięciem mięśniowym), modeluje się przez ucisk i wibrację. Wargę hipotoniczną nie spełnia swoich funkcji, może być krótsza i wtedy nie uczestniczy w jedzeniu. Z tego powodu trzeba najpierw przygotować wargę górną przez delikatne dotykanie jej, a następnie naciąganie w kierunku kaudalnym. Wargę dolną

¹ Rodzaj receptora i efektora uczestniczącego w regulacji napięcia mięśni i ich skurczów, zbudowany z włókien nerwowych, ruchowych i czuciowych.

z zasady ściśle współpracuje z mięśniem bródkowym, obniżającym kąty ust i mięśniem obniżającym wargę dolną. Aby poprawić działanie mięśnia okrężnego, domyka się obie wargi palcem wskazującym i środkowym, uciskając je i wibrując.

Mobilizację policzków przeprowadza się układając obie dłonie płasko na policzkach i masując je symetrycznie oraz asymetrycznie w kierunku brody z uciskiem, rozciąganiem i wibracją.

Mobilizacja obszaru podbródka polega na uciskaniu go palcem wskazującym lub środkowym w kierunku głowowo-grzbietowym, celem domknięcia mięśnia okrężnego warg. Pracuje się z przytrzymywaną lub przerywaną wibracją, a następnie gładzi się podbródek.

Mobilizacja wszystkich mięśni twarzy to ostatnia czynność polegająca na tym, że jedną rękę kładziemy płasko w obszarze brody, a drugą na głowie i równocześnie zaczynamy wykonywać „ruchy wibracyjne”. Służy to regulacji napięcia mięśni mimicznych. Po tak przygotowanej mobilizacji mięśniowej przechodzimy do stymulacji dziecka za pomocą wybranych dla niego ćwiczeń.

Rozwój mowy w pierwszym roku życia

Stymulacja rozwoju mowy powinna odbywać się od pierwszych dni życia dziecka i obejmować: czynności artykulacyjne, zdolność naśladowania i rozumienia oraz zachowania społeczne warunkujące rozwój języka. W związku z tym terapeuta:

- uświadamia rodzicom, że ich zadaniem jest dostarczanie poprawnych wzorców językowych poprzez częste mówienie do dziecka – nazywanie przedmiotów otaczających dziecko, a także podczas wykonywania różnych czynności czy odczuwanych emocji;
- pokazuje rodzicom jak wzmocnić wokalizację dziecka poprzez naśladowanie wydawanych przez nie dźwięków;
- zachęca dziecko od 4. miesiąca życia do naśladowania wymawianych samogłosek i sylab – dorosły wypowiada, a dziecko powtarza;
- uświadamia, że metoda wzbogacania systemu językowego dziecka powinna stać się stałym zwyczajem, na przykład podczas spacerów i innych form spędzania wolnego czasu; łatwiejsze staje się to od dziewiątego miesiąca, kiedy dziecko zaczyna dzielić uwagę z dorosłym i sygnalizować, wskazując palcem, czym właśnie jest zainteresowane; takie zachowanie dziecka nigdy nie powinno być przez opiekunów ignorowane;
- informuje rodziców o tym, że aby dziecko mogło naśladować język i szybko zacząć mówić, należy dbać o zapewnienie mu dużej ilości bodźców werbalnych możliwych do powtarzania; pierwszymi słowami przed ukończeniem

dwunastego miesiąca życia, pozwalającymi na komunikację werbalną z otoczeniem, są onomatopeje, zwykle zbudowane z sylab otwartych: MU, BE, PI jako nazwy zwierząt oraz wyrazy dźwiękonaśladowcze, które mają duże znaczenie w rozwoju mowy małego dziecka;

- zachęca rodziców do śpiewania dziecku kołysanek lub czytania szeptem wierszyków – raz do jednego, raz do drugiego ucha.

Pierwszy rok życia przynosi duże zmiany w zdolności komunikowania się dziecka z otoczeniem. Po 12 miesiącach od urodzenia zaczyna się intensywny rozwój mowy, w którym współlistnieją procesy rozumienia i mowy aktywnej. W wieku 12. miesięcy dziecko rozumie już wiele prostych poleceń i pytań. Roczne dziecko potrafi (Cieszyńska i Korendo 2008: 167–169):

- poprawnie zareagować na pytanie: *gdzie mama, tata, lampa?* – zrozumienie pytania sygnalizuje przeniesieniem wzroku na właściwą osobę lub przedmiot;
- wykonać polecenie *daj lalę, misia* itp.;
- powtarzać sylaby oraz całe wyrazy wypowiediane przez dorosłego;
- samodzielnie wypowiedzieć kilka wyrazów;
- zrozumieć zakaz „*nie wolno*”.

Nie wszystkie dzieci jednak tak płynnie przechodzą przez pierwszy okres w kształtowaniu się mowy. Niektóre choroby, szczególnie zapalenie uszu, gardła, oskrzeli, mogą opóźnić ten proces. Olbrzymie znaczenie dla rozwoju dziecka ma więc uczuciowa z rodzicami, prawidłowe odżywianie, pielęgnowanie i dostarczanie bodźców rozwojowych (Diener 1999: 11).

Rozwój języka w wieku poniemowlęcym – w drugim roku życia

Drugi rok życia to czas szybkich zmian w systemie językowym dziecka, to okres wyrazu. Pierwsze wyrazy pojawiające się przed dwunastym miesiącem życia nie są kojarzone z konkretnym przedmiotem, ale już w kolejnych etapach rozwoju, w następstwie wielokrotnych powtórzeń połączonych z odszukiwaniem osób czy przedmiotów, następuje rozumienie i adekwatne użycie słów (Sawa 1990: 22–23). Do końca drugiego roku w mowie dziecka pojawiają się już wszystkie samogłoski ustne oraz duża część spółgłosek. W związku ze słabą jeszcze pionizacją języka, w artykulacji brakuje głosek dźwiękowych, u niektórych dzieci pojawiają się one dopiero ok. 4. roku życia. Większość wypowiedzianych spółgłosek jest w charakterystyczny sposób zmiękczana, co jest typowe w tym wieku; ten artykulacyjny nawyk z czasem zanika. Niekiedy trudności sprawiają dzieciom spółgłoski wargowo-zębowe („w”, „f”) oraz tylnojęzykowe („k”, „g”). Głoski te najpóźniej powinny być realizowane do 3. roku życia (Cieszyńska i Korendo 2008: 171). Dziecko pół-

toraroczne wypowiada do pięćdziesięciu wyrazów, a pod koniec omawianego okresu słownik jego zawiera około 400 słów (Sołtys-Chmielowicz 1993: 33).

Ćwiczenia stymulujące rozwój mowy dziecka obejmują:

- wskazywanie przedmiotów i wypowiadanie ich nazwy; na początku drugiego roku życia przeważają onomatopeje (np.: hau, miau, tik – tak itp.);
- zachęcanie dziecka do powtarzania sekwencji samogłosek, początkowo dwóch, następnie trzech itd. (np.: AO, UA, AOE);
- zwracanie uwagi na tempo mówienia do dziecka, szczególnie wtedy, gdy wprowadza się nowe słowa – wówczas powinno być ono wolniejsze od spontanicznej mowy;
- zachęcanie do wspólnego czytania bajek, które powinno być wspierane opowiadaniem treści ilustracji językiem dostosowanym do możliwości dziecka.

Podczas oglądania obrazków terapeuta lub rodzic wskazuje palcem dziecka wybrane elementy i wypowiada nazwy, jednocześnie zachęca dziecko do powtarzania oraz kieruje do niego pytania: *Kto to?*, *Co to?* lub *Gdzie jest kot? Pokaż*. Zastępując ręką niektóre przedmioty lub postacie, podaje się formy dopełniacza np.: *To auto. O, nie ma auta. To miś. Nie ma misia*. Pamiętać należy o tym, że wypowiadany do dziecka zdaniom musi towarzyszyć wyrazista mimika oraz w niektórych przypadkach czytelny gest (np. wyciągnięcie ręki podczas wypowiadania *daj* lub rozłożenie rąk przy mówieniu *nie ma*). Należy także zwrócić uwagę na fakt, że u dzieci dwuletnich system fonetyczno-fonologiczny oraz możliwości realizacyjne są bardzo zindywidualizowane. Zasób słownictwa ściśle związany jest z ich indywidualnymi doświadczeniami. Aby zorientować się, czy rozwój pojęciowy dziecka przebiega prawidłowo, można posłużyć się zestawem leksemów (Rodak i Nawrocka 1995; Cieszyńska i Korendo 2008: 74–177):

Rzeczowniki:

- *nazwy osób, najczęściej nazwy rodziny*: (mama, tata, babcia, dziadek, ciocia, wujek, imiona rodzeństwa, pan, pani, pani/pan doktor);
- *nazwy zwierząt* – realizowane często przez onomatopeje: krowa, kot, pies, kura, ptak, koń, świnka koza, baran, żaba, słoń, lew;
- *nazwy pokarmów*: sok, mleko, jajko, kaszka, bułka, chleb, cukierek, czekolada, herbata, kawa, zupa, jabłko, kakao, banan, masło, ser;
- *nazwy zabawek*: lala, miś, auto, piłka, klocki, bajka, książeczka, rowerek, waderko, łopatka, sanki, kredki, pociąg, balon;
- *nazwy części ciała*: oko, nos, buzia, ucho, włosy, ręka, noga, brzuch, głowa, pupa;
- *nazwy ubrań*: spodnie, spódniczka, bluzeczka, kurtka, buty, czapka, szalik, rękawiczki, sweter, skarpetki, koszula;

- *wyposażenie domu*: lampa, stół, łóżko, okno, telewizor, radio, kubek, talerz, łyżka, butelka, zegar, poduszka, kocyk;
- *świat poza domem*: kwiatek, drzewo, słońce, piaskownica, plac zabaw, spacer, auto, autobus, samolot, pociąg, rower, sklep, dom, dym, deszcz, śnieg, noc, dzień, ulica.

Czasowniki: używane zwykle w 3. osobie liczby pojedynczej: spać, jeść, pić, myć, dawać, iść, jechać, kupić, boleć, oglądać, mieć, siedzieć, bać się, bawić się, układać, latać, kąpać, sikać, czytać, mówić, płakać, biegać, całować, spaść, upaść, rysować.

Przymiotniki: duży, mały, gorący, ciepły, zimny, dobry, zły, głodny, brzydki, ładny, czysty, brudny, chory.

Przysłowki: ciepło, zimno, szybko, powoli, ładnie, brzydko, dobrze, źle.

Zaimki: tam, tu, to, co?, kto?, mój.

Przymyki: do, na, u, w, z, dla.

Spójnik: i.

Liczebniki: jeden, dwa, trzy.

Partykula: nie.

Dziecko uczy się mowy w swoim najbliższym środowisku, czyli w rodzinie. To ona ma mu pomagać tłumaczyć zależności występujące między rzeczami i zjawiskami oraz uczyć i opowiadać o otaczającym świecie. W tym okresie dziecko spotyka się z pierwszymi zakazami i nakazami. Rozumie o wiele więcej słów, wyrażań, zdań niż samo jest w stanie wypowiedzieć – zjawisko to nazywamy *słownikiem biernym*. W mowie dziecka budowa słów jest uproszczona, jednak rodzice nie mogą sobie pozwolić na powtarzanie tych wytworów językowych dziecka, *muszą mówić poprawnie* (Diener 1999: 12)

Rozwój mowy w trzecim roku życia

Okres od 2. do 3. roku życia w kształtowaniu się mowy nosi nazwę *okresu zdania*. Na początku są to zdania dwu- i trzywyrazowe. Dziecko poprawnie wymawia wszystkie samogłoski, z wyjątkiem nosowych i dźwiękowych. W tym okresie następuje stały wzrost słownictwa, a także pojawiają się kolejne kategorie gramatyczne. Pod koniec 3. roku życia dziecko potrafi zbudować poprawnie zdanie nie tylko pojedyncze, ale i złożone. W rozwoju mowy dziecka jako pierwsze, spośród zdań złożonych podrzędnie, pojawiają się zdania przyczynowe, np.: *Nie chcę, bo to jest niedobre* lub *Daj mi kaloszki, bo pada deszcz*. Potrafi ono zakomunikować swoje potrzeby, odpowiedzieć na stawiane mu pytania, zapytać o coś, co je interesuje.

Ćwiczenia wspomagające rozwój mowy w trzecim roku życia (Cieszyńska i Korendo 2008: 180–181):

- pokazujemy obrazek i prosimy dziecko o podanie jego nazwy, a następnie odwracamy ilustrację i pytamy: *czego nie ma*, ćwicząc z dzieckiem poprawną formę dopełniacza;
- czytamy dziecku książeczkę, wskazujemy na znajdujące się na ilustracjach przedmioty, podajemy ich nazwy oraz nazywamy czynności, określamy cechy przedmiotów (tj.: wielkość, kolor), osób (np.: wesoły, smutny, zły);
- prosimy dziecko o podanie nazw przedmiotów, osób i czynności przedstawionych na obrazkach; pytania powinny być stopniowo coraz bardziej skomplikowane, np.: *Kto lub co to jest? Co stoi na stoliku? Co trzyma w rączkach Kasia? Czym bawi się Adaś?*;
- podczas czytania książeczek stymulujemy dziecko do nadawania imion postaciom i posługiwania się konsekwentnie tymi imionami – jest to ćwiczenie pamięci dziecka;
- wprowadzamy zabawę polegającą na wykonywaniu przez dziecko poleceń mówionych szeptem do ucha, np.: *schowaj klocek pod łóżko, daj misia mamusi, wrzuć pileczkę do kosza*;
- proponujemy gry językowe, mogą one mieć formę zagadek; ponieważ w tym wieku zagadki rymowane są trudne, należy układać proste zagadki, oparte na głównych cechach definicyjnych danego przedmiotu, np.: *Co to jest?; Ma cztery koła i trąbi na ulicy?; Ma jedno uszko lub dwa, pijesz w nim soczek lub herbatkę?*

W przypadku każdego zdrowego dziecka kształtowanie się mowy powinno przebiegać harmonijnie. Prawidłowy rozwój językowy daje dziecku poczucie bezpieczeństwa, łatwiej mu porządkować otaczający świat i nauczyć się zasad obowiązujących w społeczeństwie. Mowa, w miarę jej rozwoju, służy początkowo do sygnalizowania prostych, a później do wyrażania coraz bardziej skomplikowanych potrzeb, przeżyć i stanów psychicznych. Pozwala na wymianę doświadczeń, kształtowanie się uczuć wyższych i na rozwój procesów poznawczych. Dzięki zrozumieniu świata zewnętrznego staje się środkiem integracji zachowania człowieka i regulacji jego stosunków z otoczeniem (Galkowski i Jastrzębska 1999: 275).

Rozwój mowy zależy od ogólnego rozwoju właściwości psychicznych i fizycznych dziecka, a także od czynników zewnętrznych (warunków środowiskowych). Rozwój psychomotoryczny jest procesem zmian progresywnych, w którym motoryka jest ściśle powiązana z psychiką, czyli z całokształtem czynności poznawczych i emocjonalno-motywacyjnych. Oznacza to, że proces nabywania zdolności językowych jest ściśle związany z rozwojem procesów orientacyjno-

poznawczych i emocjonalno-motywacyjnych oraz wykonawczych. Kształtowanie i rozwój mowy zależy więc od rozwoju umysłowego, motorycznego, od poziomu funkcji spostrzeniowych, uwagi, pamięci, a nawet od rozwoju emocjonalnego.

Zaburzenie któregokolwiek z wymienionych procesów może prowadzić do *zaburzeń rozwoju mowy*, ponieważ:

- *procesy orientacyjno-poznawcze* pozwalają na odbiór informacji i dokonywanie ich analizy i syntezy (funkcje spostrzegania: wzrokowe, słuchowe, kinestetyczne, dotykowe), są także odpowiedzialne za ich przechowywanie i odtwierzanie (uwaga i pamięć). Wzajemna integracja i koordynacja, czyli współdziałanie między tymi funkcjami oraz prawidłowo przebiegające czynności motoryczne niezbędne do realizacji zadań złożonych – to integracja percepcyjno-motoryczna, od której w znacznym stopniu zależy prawidłowy przebieg czynności mowy;
- *procesy intelektualne i myślenie* (zdolności umysłowe), takie jak: wnioskowanie, uogólnianie, abstrahowanie rozwijają się dzięki przetwarzaniu informacji, owo wyższe stadium procesów poznawczych umożliwia m. in. kodowanie i dekodowanie mowy;
- *procesy emocjonalno-motywacyjne* odpowiadają za aktywizowanie i ukierunkowywanie działań; zalicza się do nich emocje (złość, radość, strach, smutek, itp.) i ich wyższy poziom – uczucia (np. miłość, odpowiedzialność); uczucia kształtują się na bazie emocji, a w tworzeniu wypowiedzi istotne są nie tylko treści intelektualne, lecz również aspekt emocjonalny;
- *procesy wykonawcze* decydują o wszystkich motorycznych formach działania, w tym werbalnych.

W zasadzie prawie każde zaburzenie rozwoju psychoruchowego może opóźnić moment pojawienia się pierwszych słów, zdań, wpływać na rozwój zasobu leksykalnego, artykulacji czy przyswajania przez dziecko reguł gramatycznych. Większość dzieci z deficytami rozwojowymi – z nieprawidłowo rozwijającym się lub uszkodzonym ośrodkowym układem nerwowym, niedosłyszających i głuchych, opóźnionych lub upośledzonych umysłowo, z deficytami strukturalnymi w obrębie aparatu wykonawczego mowy, z zaburzeniami rozwoju emocjonalnego, społecznego czy z rozległymi zaburzeniami rozwojowymi – wykazuje różne formy zaburzeń rozwoju mowy (Gałkowski i Jastrzębowska 1999: 276). Dlatego stymulacja rozwoju mowy powinna odbywać się od pierwszych dni życia dziecka i obejmować czynności artykulacyjne, zdolność naśladowania i rozumienia.

Bibliografia

- Cieszyńska J., Korendo M. (2008): *Wczesna interwencja terapeutyczna. Stymulacja rozwoju dziecka od noworodka do 6 roku życia*, Wydawnictwo Edukacyjne, Kraków.
- Cytowska B., Winczura B. (2008): *Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju małego dziecka*, Oficyna Wydawnicza IMPULS, Kraków.
- Diener K. E. (1999): *Profilaktyka zaburzeń mowy. Przewodnik dla rodziców, opiekunów, nauczycieli i lekarzy*, Wydawnictwo Pedagogiczne ZNP, Kielce.
- Gałkowski T., Jastrzębowska G. (1999): *Logopedia. Pytania i odpowiedzi*, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole.
- Kozłowska K. (1996): *Pomagajmy dzieciom z zaburzeniami mowy*, Wydawnictwo Pedagogiczne ZNP, Kielce.
- Masgutowa S., Regner A. (2009): *Rozwój mowy dziecka w świetle integracji sensorycznej*, Wydawnictwo Continuo, Wrocław.
- Michalak-Widera I., Węsierska K. (2000): *Aby nasze dzieci mówiły pięknie. Program terapii stymulującej nabywanie mowy przez dzieci prawidłowo rozwijające się, jak i te, u których rozwój przebiega nieharmonijnie*, Katowice.
- Regner A. (2003): *Podstawy ustno-twarzowej terapii regulacyjnej według koncepcji Rodolfo Castillo Moralesa*, „Logopedia” t. 23, Polskie Towarzystwo Logopedyczne, Lublin.
- Rodak H., Nawrocka D. (1995): *Od obrazka do słowa*, WSiP, Warszawa.
- Sawa B. (1990): *Dzieci z zaburzeniami mowy*, WSiP, Warszawa.
- Sołtys-Chmielowicz A. (1993): *Rozwój mowy dziecka. Usprawnianie mowy u dzieci specjalnej troski. Metodyka postępowania*, Lublin.
- Stecko E. (1996): *Zaburzenia mowy u dzieci. Wczesne rozpoznanie i postępowanie logopedyczne*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa.

Marzena Machoś-Nikodem
Szkoła Podstawowa nr 14
z Oddziałami Integracyjnymi Zabrze

WCZESNA DIAGNOZA NEUROLOGOPEDYCZNA ORAZ POSTĘPOWANIE STYMULUJĄCE ZACHOWANIA KOMUNIKACYJNE

U źródeł ontogenezy mowy – okres prenatalny

O rozwoju mowy możemy mówić już w okresie prenatalnym, od pierwszych chwil funkcjonowania układu nerwowego. Zgodnie z badaniami neonatologów rozwój układu nerwowego jest widoczny w 13. dniu ciąży, kiedy z ektodermy wyodrębnia się tuba nerwowa, która ustanawia się w postaci płytki nerwowej. Zapadając się w części środkowej tworzy rowek ograniczony fałdami nerwowymi. Zamknięcie przedniego odcinka cewy skutkuje powstaniem zawiązku mózgu, zaś tylnego – rdzenia kręgowego. Następnie w czasie zamykania się tuby powstają trzy pęcherzyki pierwotne, z których wyłaniają się: przodomózgowie, śródmózgowie i tyłomózgowie. Około piątego tygodnia powstają pęcherzyki oczne, zaś w końcu drugiego miesiąca wykształcają się półkule mózgowe i płat węchowy. Pod koniec czwartego miesiąca wyodrębniają się płaty czołowe, skroniowe, ciemieniowe i potyliczne jako główne części półkul mózgu. Prawidłowy przebieg tych procesów jest jednym z gwarantów prawidłowego rozwoju dziecka, a także przygotowaniem układu nerwowego do podjęcia funkcji mowy (Rządзка: w druku).

W czwartym miesiącu płód reaguje na sen i czuwanie matki. Ośrodki mowy, których stronność uwarunkowana jest genetycznie, kształtują się w rozwijającym się mózgu płodu. Od szóstego tygodnia ciąży układ nerwowy reguluje pracę układu mięśniowego (Stecko 1996: 15). W dwunastym tygodniu u płodu obserwuje się otwieranie i zamykanie ust, reakcję na dotyk, w tym okresie pracę rozpoczynają również mięśnie oddechowe i fonacyjne, biorące udział w ssaniu (Floyd 1963). Pojawiają się załączki odruchu wargowego, pod wpływem dotknięcia górna warga unosi się do góry. Siedemnastotygodniowy płód ssie własny palec, uwypukla i wysuwa wargi ku przodowi, umiejętność ssania opanowuje bardzo dobrze w dwudziestym dziewiątym tygodniu życia (Liley 1969). W trzecim miesiącu życia płodowego struny głosowe są już ukształtowane, zaś poprzez połykanie i wypieranie wód płodowych dziecko ćwiczy ruchy potrzebne przy oddechaniu i mówieniu (Stecko 1996: 15).

Warunkiem decydującym o rozwoju mowy jest prawidłowy słuch. Od czwartego miesiąca życia płodowego dziecko reaguje na silne dźwięki. W tym okresie na drodze pozaakustycznej odbiera ono melodie, rytm i natężenie dźwięku. Płód przyswaja cechy prozodyczne systemu językowego i łatwiej uczy się języka, którym posługuje się otoczenie przed jego narodzeniem, reaguje także na dźwięki mowy ludzkiej (Stecko 1996: 16). Rozwój analizatora słuchu rozpoczyna się w dwunastym tygodniu życia płodowego i trwa do ukończenia przez dziecko 10. roku życia. Wykształcenie się neuronów rozpoczyna się w życiu płodowym i trwa przez wiele lat po urodzeniu. W piątym miesiącu ciąży wiele przejawów aktywności płodu zależy od odbioru bodźców słuchowych. Do drugiego roku życia dziecko lepiej rozpoznaje i rozróżnia od innych głos matki, co – zdaniem Stecko (1996) – wskazuje na trwałość pamięci spostrzeżeń słuchowych okresu prenatalnego. Po urodzeniu dziecko przyjmuje pozycję i sposób ssania umożliwiające mu słuchanie rytmu bicia serca matki, który jest mu znany z życia płodowego. Matka mówi do niemowlęcia, prowadząc z nim *pseudodialog* (Bouvet 1996), *matczyną rozmowę* (Uden 1999). Wielu autorów podkreśla rolę tych pierwszych werbalnych zachowań pomiędzy matką a dzieckiem w dalszym rozwoju mowy.

W okresie prenatalnym ma miejsce przygotowanie do prawidłowego rozwoju odruchowych reakcji oralnych. *Prawidłowość przebiegu ciąży jest gwarantem kształtowania się odruchów prymitywnych z obszaru twarzoczaszki, które w miarę dojrzewania ośrodkowego układu nerwowego będą punktem wyjścia do rozwoju funkcji motorycznych, komunikacyjnych i fizjologicznych.* (Rządзка: w druku) Od siódmego tygodnia życia płodowego można obserwować rozwój zmysłów, wtedy to widoczny jest zwrot tułowia w odpowiedzi na drażnienie górnej wargi płodu. Okolica zuchwowa i szczękowa uwrażliwia się w dziesiątym tygodniu, zaś środkowa część twarzy w jedenastym. W dwudziestym tygodniu ostateczną postać przyjmuje odruch wargowy, w dwudziestym dziewiątym tygodniu zakończony jest rozwój odruchu ssania, a w trzydziestym tygodniu bodźcowany język wysuwa się i dotyka górnej wargi (Stecko 1996: 15).

Warunkiem prawidłowego rozwoju mowy jest dojrzewanie odruchów istotnych dla rozwoju mowy, wśród których należy wymienić (Machoś-Nikodem: w druku):

- odruchową reakcję ssania i polykania;
- odruchową reakcję szukania;
- odruchową reakcję kłaniania;
- odruchową reakcję wymiotną;
- odruchową reakcję otwierania ust;
- odruchową reakcję wysuwania języka;
- odruchowe reakcje wargowe;
- odruchową reakcję zuchwową.

Prawidłowe reakcje w sferze oralnej są gwarantem nabywania języka w aspekcie umiejętności artykulacyjnych oraz umożliwiają rozwój prawidłowej trakcji oddechowej i stabilizację napięcia mięśniowego w obrębie twarzy. Poniższa tabela ilustruje przygotowanie do rozwoju mowy dziecka w okresie prenatalnym:

Tabela 1. Przygotowanie do rozwoju mowy w okresie prenatalnym.

<i>tydzień życia płodowego</i>	<i>rudymen tarne procesy rozwoju mowy</i>
2/3 Hbd	początki rozwoju układu nerwowego (obecność zawiązków)
6 Hbd	układ nerwowy zaczyna regulować pracę układu mięśniowego
7 Hbd	stopniowy rozwój zmysłów (globalna odpowiedź na drażnienie górnej wargi)
10 Hbd	sensoryczne dojrzewanie okolicy zuchwowo-szczękowej
11 Hbd	budowanie osi symetrii (uwrażliwianie środkowej części twarzy)
12 Hbd	otwieranie i zamykanie ust, początek aktywności mięśni oddechowych i fonacyjnych biorących udział w późniejszym ssaniu, kształtowanie się odruchu wargowego
14/15 Hbd	rozwój strun głosowych, intensywne polykanie i wypieranie wód płodowych
17 Hbd	mięsień okrężny ust wykonuje ruchy zbieżne z motoryką ssania, dziecko ssie własny palec
20 Hbd	kształtuje się ostateczna postać odruchu wargowego (reakcja na bodziec wyraźnie zawężona do okolicy ust)
23 Hbd	mięśnie są w pełni ukształtowane
29 Hbd	oddechowa reakcja ssania jest ukształtowana, równolegle następuje koordynacja ssania i polykania
31 Hbd	powstaje odruch lizania
32 Hbd	pełna koordynacja ssania, polykania i gotowości do oddychania
33 Hbd	bodźcowany język wysuwa się i dotyka górnej wargi, powstaje odruch wypychania wszystkiego, co nie jest płynem (odruch zabezpieczający krtani)
33-40 Hbd	dojrzewanie odruchów

źródło: Rządźka: w druku; za Floyd 1963; Liley 1969

Należy sądzić, że za możliwość nabywania języka jest odpowiedzialny nie tyle taki czy inny specyficzny aspekt mózgu, ile sposób, w jaki liczne części mózgu współdziałają ze sobą (Lenneberg 1980: 231). Parametry dojrzewania mózgu ana-

lizowane przez neurofizjologów wskazują, że pierwszy rok życia dziecka charakteryzuje się bardzo szybkim tempem dojrzewania. Mózg osiąga 60% swej dojrzałości, kiedy w rozwoju dziecka zaczynają pojawiać się zachowania językowe (Cieczyńska 2001: 16).

Wczesna diagnoza mowy oraz stymulowanie zachowań komunikacyjnych dziecka

Dziecko rodzi się z predyspozycjami do posługiwania się rozumem i mową. Predyspozycje te jednak aktywizują się pod wpływem otaczającego środowiska. Przyjmując za Chomskym hipotezę, że język jest wrodzony i ujawnia się niejako samoczynnie, jak tylko dziecko dojrzeje do jego używania, trzeba jednak zauważyć, że proces przyswajania języka nie przebiega bez udziału otaczających dziecko osób. Wiele badań dowodzi, że w procesach nabywania mowy ważną rolę odgrywa czynnik społeczny (Bernstein 1990). To dorośli dostarczają dziecku wzorów, jak funkcjonować językowo w określonej społeczności (Porayski-Pomsta 2006).

Proces przyswajania i rozwoju języka jest możliwy dzięki dialogowi. W pierwszych miesiącach życia jest to dialog pomiędzy niemowlęciem a matką oraz innymi dorosłymi osobami z najbliższego otoczenia dziecka. W okresie prelingwalnym nie do pominięcia jest rola wczesnej stymulacji werbalnej dla przyswajania przez dziecko kolejnych elementów języka. Dzięki niej ze strony najbliższych dziecko czuje się bezpieczne oraz uczy się zachowań komunikacyjnych. Mowa jest obecna również w trakcie ćwiczenia przez dziecko kolejnych umiejętności, takich jak siadanie, chodzenie.

Analiza kolejnych aktywności podejmowanych przez dziecko podkreśla rolę, jaką odgrywa w ich realizacji stymulacja werbalna. Dzięki aktywności słownej osoby dorosłej dziecko oswaja się z suprasegmentalną warstwą mowy oraz poznaje i uczy się rozumieć otaczający świat.

Stymulacja werbalna bardzo często jest instynktowna, matka czuje potrzebę dialogu z dzieckiem, głośno nazywa wykonywane czynności oraz zachowania dziecka. Logopeda prowadzący terapię dziecka z zaburzeniami rozwojowymi, które nie posługuje się językiem, winien w swych działaniach uwzględniać formy wspierania rozwoju małego dziecka wychodzące poza aspekt stymulacji werbalnej. Poniższa tabela przedstawia sposób stymulowania mowy u dzieci od urodzenia do 36. miesiąca życia:

Tabela 3. Prawidłowy rozwój mowy i sposób jego stymulowania u dzieci od 0 do 36. miesiąca życia

wiek (miesiąc życia)	wokalizacja, pierwsze dźwięki, słowa i zdania	sposób terapii
0–3	wydaje z siebie dźwięki, gżuzenie, głoski: wargowe, frykatywne, szczelinowe, nosowe, gardłowe (sk, gh, h, gr, eku)	• ćwiczenie prawidłowego ssania, przeprowadzanie masażu ustno-twarzowych, wzmacnianie występujących dźwięków przez prowokowanie dziecka
4–6	śmieje się, piszczy w położeniu na plecach, tworzy łańcuchy głosowe, dźwięki: cmoka przy ssaniu, głoski: a-u-i, erre, eche	• pobudzanie głośni przez vibracje, wywoływanie palcami dźwięków „ssących” i „młasczących”, zabawy ze smoczkim
7–9	głoski p, b i szczelinowe s-s, podwojenia, łańcuchy sylabowe ga-ga-ga, ta-ta-ta, wyrażanie się głośno-cicho, wyrażanie emocji – „dźwięków złości”	• masaż języka, żuchwy i warg, prowokowanie różnych dźwięków przy wibrowaniu, prowadzenie dźwięków wargowych i „młasczących”, wspomaganie ukierunkowanej uwagi, ćwiczenie naśladownictwa prostych mchów i dźwięków towarzyszących działaniu
10–12	naśladowe dźwięki, głoski wargowe, zabawne ruchy językiem, dźwięki wołania, zmienia akcent i wysokość dźwięku, często powtarza dźwięku, tworzy kombinacje sylabowe	• ćwiczenie naśladowania głosek zamykających usta: p, b, n, ćwiczenie łańcuchów dźwiękowych związanych z działaniem, zachęcanie, by dźwięki towarzyszyły zabawie
13–18	kieruje się do matki i ojca, imituje dźwięki mowy, naśladowe poszczególne słowa obrazujące dźwięki, dużo gaworzy, wypowiada sylaby z trudnymi wzorami intonacyjnymi, monologi	• ćwiczenie różnicowania dźwięków mowy, dostarczanie informacji towarzyszących działaniu, ćwiczenia zabawowe w naśladowaniu poszczególnych dźwięków, prowadzenie dialogu w gaworzeniu
19–24	używa trzech słów poza mama i tata, zdań jednowyrazowych, słów do określenia jedzenia i picia	• poszerzanie słownictwa określającego dźwięki, oczekiwanie słów w sytuacjach codziennych, pobudzanie do mówienia o zabawkach i książkach z obrazkami, nazywanie wspólnie wykonywanych czynności
25–29	słownik większy niż 50 pojedynczych słów, mówienie nakierowane na komunikację	• wielowarstwowe ćwiczenia mające na celu poszerzenie aktywnego słownika dziecka (sytuacje codzienne, zabawki, książki z obrazkami), pobudzanie zdań złożonych z dwóch słów, ćwiczenia rytmiczne, gry językowe z użyciem przypadków
30–36	Postępuje się zdaniami, nazywa obrazek, stosuje liczbę mnogą, tworzy zdania z trzech słów, mowa jest jeszcze niezrozumiała, a gramatyka „logiczno-sensowna”	• nazywanie czasowników i przymiotników w działaniu, prowokowanie dziecka do odpowiedzi na proste pytania

Źródło: Kaczan i Regner 2004: 172

Przed podjęciem mowy czynnej dziecko magazynuje stopniowo system językowy w sferze podświadomości. Mowy nie można ograniczać jedynie do składnika artykulacyjnego. Rozpatrując zatem problem nabywania języka należałoby sięgnąć do samego początku i prześledzić okres prenatalny oraz postnatalny w aspekcie wczesnych uwarunkowań związanych z późniejszym przyswajaniem języka. Wczesny okres życia płodowego jest ważny dla kształtowania się odruchowych reakcji oralnych, istotnych dla rozwoju mowy. Istnieje ciągłość rozwoju narządów artykulacyjnych, funkcji psychicznych oraz układów decydujących o możliwościach rozwoju języka i mowy dziecka, zaś rozwój każdej funkcji, a więc i mowy, trwa od poczęcia. Dziecko później zaczyna mówić, jednak rozumienie mowy decydujące o jej dalszym kształtowaniu zaczyna się już w pierwszych dniach życia, kiedy reaguje na suprasegmentalne elementy mowy. Dziecko odpowiada na werbalne zachowania matki całym ciałem, jego reakcje na fizyczny kontakt, bliskość rodzica, ograniczają się początkowo do znaków komunikacji niewerbalnej, takich jak uśmiech, „wymachiwanie” nogami, krzyk, płacz, nerwowe ruchy. Na ontogenetyczne podstawy opanowania języka składają się uczucia i pragnienia wyrażane spontanicznie przez dziecko, głużenie, gaworzenie (i inne ćwiczenia w wydawaniu dźwięków), naśladowanie i kojarzenie dźwięków słyszalnych z odczuciami, przedmiotami, sytuacjami oraz kojarzenie dźwięków wydawanych przez niemowlę z reakcjami innych osób.

Każde rodzące się dziecko dziedziczy cechy biologiczne swoich przodków, ale dysponuje także dziedziczeniem społecznym, dzięki któremu wchodzi w posiadanie określonych wartości. Niemowlę w pierwszych dniach życia wykazuje wrażliwość na bodźce słuchowe, smakowe, wzrokowe i węchowe i to pozwala mu być aktywnym członkiem społeczności. Już od pierwszych minut kontaktuje się ono z otoczeniem za pomocą głosu.

Krzyk i płacz noworodka stanowią formę sygnalizowania zimna, bólu i głodu. Jest to bezwarunkowa reakcja organizmu na dopływ powietrza do płuc związany z czynnością oddychania, będąca oznaką pełnej sprawności więzadeł głosowych. W początkowym okresie życia dziecka krzyk jest swojego rodzaju ćwiczeniem oddechowym, które niewątpliwie przyczynia się do rozwoju mowy. Z upływem czasu krzyk staje się reakcją warunkową.

Sprawność porozumiewania się z otoczeniem pozwala dziecku wyjść poza środowisko rodzinne. Dziecko codziennie uczy się nowych słów, dlatego tak istotny jest słownik jego opiekunów. Należy zatem dostarczać dziecku właściwych wzorców. W rodzinie nawiązuje ono kontakt słowny z otoczeniem, który rzutuje na jego osobowość, kulturę oraz sposób posługiwania się mową. Zatem rodzina jest pierwszym ważnym środowiskiem dziecka, które ma znaczenie profilaktyczne w kwestii ewentualnych wad wymowy i dysfunkcji artykulatorów. Wady wymowy mają niejednokrotnie swoje źródło w środowisku rodzinnym. Dziecko przychodzi

na świat wyposażone w mózg, który jest niczym biała kartka, na której dorośli zapisują treści potrzebne do funkcjonowania społecznego (Balejko 1994:14). Słowa wypowiedane przez rodziców w początkowych miesiącach w trakcie codziennych czynności są kodowane w mózgu dziecka. Ten kontakt z opiekunami jest istotny dla całego procesu rozwoju mowy dziecka.

Nowo narodzone dziecko jest wyposażone w aparat mowy oraz zmysły (słuchu, dotyku, wzroku, smaku, zmysł ruchu i równowagi). Obserwacja ich pracy pozwala już w okresie pierwszych tygodni z dużym prawdopodobieństwem stwierdzić, czy rozwój dziecka przebiega prawidłowo, a w szczególności, czy dziecko słyszy.¹ W miarę reaktywności kory mózgowej małe dziecko przyswaja sobie melodię mowy, zaczyna reagować na modulację głosu i z czasem potrafi operować tonami o różnej wysokości. Zazwyczaj melodii towarzyszą mimika i żywe gesty, już w pierwszych miesiącach życia dziecko reaguje na melodię mowy.

W pierwszym okresie rozwoju mowy wyróżnia się dwa podokresy: okres głużenia i gaworzenia. W okresie głużenia dźwięki wydawane przez dziecko są przypadkowe, a ich wokalizacja odbywa się na zasadzie odruchu bezwarunkowego. To sygnał, że układ fonacyjny, artykulacyjny i oddechowy funkcjonuje w sposób prawidłowy. Warto zwrócić uwagę na to, że ich występowanie jest uzależnione od warunków, w jakich żyje dziecko. Gaworzenie jest już formą ćwiczeń w wytwarzaniu dowolnych dźwięków. Opiekunowie bacznie obserwujący niemowlę mogą zauważyć, w jaki sposób dziecko tworzy kombinacje dźwiękowe. Łączy spółgłoski z samogłoskami i wymawia je jako „ma”, „ta”, „da” lub jako połączenia samogłoskowe „a-a-a-u”. W miarę rozwoju sprawności narządów artykulacyjnych i reaktywności kory mózgowej łączy je w pewne zupełnie przypadkowe grupy sylabowe („ma-ma”, ta-tu” itd.). Gaworzenie jest zatem swoistą formą zabawy. Wymawia-

¹ Aby sprawdzić słuch dziecka, wykonujemy następujące ćwiczenia:

- 0-3 miesiąca** – sprawdzamy, czy dziecko śpiąc w cichym pokoju porusza się i zaczyna budzić przy głośniejszych dźwiękach; obserwujemy, czy dziecko uspokaja się na głos matki lub ojca
- 3-6 miesiąca** – obserwujemy, czy dziecko lubi grzechotki i inne zabawki dźwiękowe oraz czy zwraca się w kierunku interesujących je dźwięków lub gdy woła się je po imieniu
- 6-10 miesiąca** – sprawdzamy, czy dziecko rozumie zakaz *nie wolno* i czy zna swoje imię
- 12 miesiąc** – sprawdzamy, czy dziecko zwraca się w kierunku interesującego go dźwięku lub gdy jest wołane po imieniu oraz czy dziecko zaczyna powtarzać niektóre z wymawianych przez rodzica dźwięków
- 15 miesiąc** – obserwujemy, czy dziecko potrafi pokazać znane sobie rzeczy, gdy je o to prosimy oraz czy wymawia 3 lub cztery słowa poza *mama* i *tata*
- 18 miesiąc** – sprawdzamy, czy dziecko potrafi pokazywać znane obrazki, gdy się je nazywa, czy nazywa to, czego się domaga, np. *woda*, *suczek*, czy potrafi dobierać głos do przedmiotu, np. *miau* do kota
- 24 miesiąc** – sprawdzamy, czy dziecko bez patrzenia na usta dorosłego potrafi wskazać przynajmniej jedną część ciała oraz czy potrafi wskazać właściwy obrazek, jeśli powiemy: *gdzie jest kol?* (na podstawie materiałów profilaktycznych Ośrodka Diagnostyczno-Leczniczno-Rehabilitacyjnego dla Osób Niesłyszących i Niedosłyszących „Cochlear Center”)

nie dźwięków sprawia dziecku przyjemność, bo jest ich wykonawcą i może je słyszeć (Balejko 1994: 28). Pod koniec pierwszego roku życia dziecko zaczyna rozumieć naszą mowę, samo zaczyna mówić, początkowo używając kilku wyrazów.

Rozwój mowy w wieku niemowlęcym jest obszarem badań, który ciągle się rozwija. Stecko (1996: 27-31) zwraca szczególną uwagę na działania profilaktyczne w pierwszym roku dziecka.

Logopeda, badając dziecko w czasie pierwszej wizyty, powinien sprawdzić anatomiczne warunki jamy ustnej (ruchomość języka, długość wędzidełka itp.). Jest to istotne dla prawidłowego oddychania i odżywiania, a w późniejszym okresie dla artykulacji. Jeśli sztuczne karmienie jest wynikiem obniżonego napięcia mięśniowego, to z logopedycznego punktu widzenia należy rozpocząć usprawnianie warg, języka i policzków. Skrócone wędzidełko podjęzykowe wymaga interwencji chirurgicznej (podcięcie wędzidełka), a słaby mięsień okrężny warg – masażu warg.

Nie można przeoczyć oddychania przez usta w okresie niemowlęcym. Takie oddychanie należy szybko korygować, ponieważ niekorzystne skutki oddychania przez usta ujawniają się około trzeciego roku życia. Niejednokrotnie tłumaczymy częste zakażenia dróg oddechowych kontaktem z grupą rówieśników w przedszkolu. Zdaniem Stecko (1996) zapomina się, że w trakcie nieprawidłowego oddychania dziecko nie korzysta z naturalnego filtra, jakim jest jama nosowa, a wdychając przez usta powietrze nieogrzone i zakażone, wprowadza je bezpośrednio do górnych dróg oddechowych. Uchylone usta i płasko ułożony język przy oddychaniu pozostają w takiej samej pozycji także w czasie połykania i mówienia. W konsekwencji może powstać wada zgryzu i wada wymowy².

W celu skorygowania niewłaściwego sposobu oddychania stosujemy następujące zabiegi. W okresie noworodkowym wspomagamy domknięcie ust dziecka czapeczką z zapięciem pod brodą lub zwiniętą pod brodą pieluszką. Jest to szczególnie istotne w czasie spacerów, kiedy dziecko zasypia na świeżym powietrzu z otwartą buzią. Należy zabiegać o drożność nosa przy pomocy specjalnej gruszki sięgającej poza jego przedsionek. Nie wolno krępować ubrankiem ruchomości klatki piersiowej, gdyż w takim wypadku może dojść do nieprawidłowego oddychania przez usta. Jeżeli dziecko oddycha tylko przez usta, mięśnie klatki piersiowej wyłączą się całkowicie i dojdzie do nawykowego oddychania przez usta pomimo drożności nosa.

Niewskazane jest stosowanie pustych smoczków lub gryzaków pozornie blokujących jamę ustną. Gumowy element trzymany wałkami dziąsłowymi lub pierwszymi zębami zwalnia od obowiązku napinania mięśnia wargowego, uniemożliwiając jednocześnie wytworzenie się odruchowego zamykania ust. Po wyjęciu

² Stecko zaleca w przypadku niemowlęcia oddychającego przez usta zakładanie dziecku czapeczki zawiązanej pod brodą i odpowiednie układanie dziecka.

smoczka na skutek atoniczności tego mięśnia dochodzi do rozwierania warg i innych negatywnych następstw z tym związanych. Przedłuża to odruch ssania, przenosząc go na obce przedmioty, w tym palce. Gumowy element ma wpływ na kształtowanie się prawidłowego zgryzu i czynności języka (Mackiewicz 1998: 69-71).

W wieku 8–10 miesięcy, kiedy dziecko siedzi, powinniśmy ocenić jego wyraz twarzy, przede wszystkim zaś obserwujemy, czy z rozchylonych warg nie wystaje język. Jeżeli tak się dzieje, konieczne jest usprawnianie aparatu artykulacyjnego, które należy rozpocząć w połączeniu ze stymulacją gaworzenia. W takim wypadku logopeda powinien udzielić rodzicom instrukcji na temat form stymulacji i zaproponować konkretne ćwiczenia. Należy wówczas polecić opiekunowi dziecka, aby masując wargi i język pomagał dziecku wymawiać sylaby i krótkie wyrazy³. W tych ćwiczeniach kształtujemy koordynację czuciowo-słuchową oraz zachęcamy do wykonywania podobnych ruchów.

Jeśli ćwiczenia przeprowadzamy w formie zabawy, mamy możliwość obserwacji subtelnych niedomagań dziecka oraz zapewniamy trwałość kontaktu wzrokowego i emocjonalnego.

W ostatnim kwartale pierwszego roku dziecko rozumie proste pytania, potrafi na przykład wskazać, gdzie jest miś, mama itp. oraz mówi przynajmniej trzy zrozumiałe dla niego słowa. Jeśli nie osiąga tego poziomu, powinno się skontrolować jego słuch. W tym okresie należy stymulować mówienie przez bogaty kontakt językowy z dzieckiem, w ten sposób prowokujemy dziecko do wyrażania własnych uczuć i emocji. Od 10. miesiąca życia prowadzimy ćwiczenia wrażliwości słuchowej w zakresie słuchu fizycznego⁴, jak i fonetycznego⁵. Nie należy czekać, aż wymienione umiejętności same się rozwiną, ponieważ w przypadku opóźnienia rozwoju jakiejś funkcji opóźnienie to będzie się z czasem pogłębiać.

Konieczność jak najwcześniejszego rozpoczęcia usprawniania podkreśla Ślenzak (1979), zwracając ponadto uwagę na fakt, iż okresem najintensywniejszego dojrzewania układu nerwowego są pierwsze trzy lata dziecka. Jeżeli ćwiczenia rozpoczniemy w tym okresie, możemy zapobiec utrwalaniu się błędnych spostrzeżeń u dziecka oraz powstawaniu późniejszych zaburzeń. Według Ślenzak (1979) stymulacja dzieci z zaburzeniami czynności psychoruchowych powinna opierać się na następujących założeniach:

- zachowywanie bodźców służących aktywizowaniu i ukierunkowywaniu poznawania świata zewnętrznego;

³ Sylaby wymawiamy „do oka”, to znaczy tak, aby dziecko widziało nas słuchając.

⁴ Rozróżnianie głosów otoczenia.

⁵ Wybieranie zabawek i obrazków po usłyszeniu ich nazwy, naśladowanie głosów zwierząt.

- zachowywanie kolejności wzorców rozwojowych, ponieważ umiejętności dziecka rozwijają się w określonej kolejności – każda poprzednio zdobyta umiejętność umożliwia rozwój następnej;
- program usprawniania musi opierać się na prawach rozwojowych dziecka z uwzględnieniem poziomu jego rozwoju.

Podkreślając konieczność bardzo wczesnego rozpoczynania ćwiczeń logopedycznych, nie można wykluczyć konieczności ich kontynuowania w późniejszym wieku (Stecko 1996: 27-30).

Bibliografia

- Balejko A. (1994): *Uczymy się ojczystej mowy*, Wydawnictwa Logopedyczne, Białystok.
- Bernstein B. (1990): *Odtwarzanie kultury*, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa.
- Bouvet D. (1996): *Mowa dziecka. Wychowanie dwujęzyczne dziecka niesłyszącego*, WSiP, Warszawa.
- Brunet O., Lezine I. (1997): *Skala rozwoju psychomotoryki dziecka 0-3*, [w:] M. John-Borys: *Wybrane metody diagnozowania i prognozowania rozwoju dziecka do lat trzech*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice.
- Cieszyńska J. (2001): *Od słowa przeczytanego do wypowiedzianego. Droga nabywania systemu językowego przez dzieci niesłyszące w wieku poniemowlęcym i przedszkolnym*, Wydawnictwo Naukowe AP, Kraków.
- Cieszyńska J., Korendo M. (2008): *Wczesna interwencja terapeutyczna*, Wydawnictwo Edukacyjne, Kraków.
- Floyd R. L. (1963): *Psychology of Life*, Chicago.
- Kaczan T, Regner A. (2004): *Teoretyczne i praktyczne podstawy ustno-twarzowej terapii regulacyjnej według koncepcji Rodolfo Castillo Moralesa*, [w:] L. Sadowska (red.): *Neurofizjologiczne metody usprawniania dzieci z zaburzeniami rozwoju*, Wydawnictwo Naukowe AWF, Wrocław.
- Kielar-Turska M. (1989): *Mowa dziecka. Słowo i tekst*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Lenneberg E. H. (1980): *Język w kontekście rozwoju i dojrzewania*, [w:] G. Shugar, M. Smoczyńska (red.): *Badania nad rozwojem mowy dziecka*, PWN, Warszawa.
- Liley H. M. (1969): *Modern Motherhood*, New York.
- Mackiewicz B. (1998): *Zapobieganie oddychaniu przez usta u noworodków i niemowląt*, [w:] B. Ročławski (red.): *Opieka logopedyczna od poczęcia*, GLOTTISPOL, Gdańsk.

- Machoś M. (2010): *Diagnoza neurologopedyczna niemowlęcia od 0-12 miesiąca życia. Ocena odruchów ze sfery orofacjalnej oraz umiejętności istotnych dla rozwoju mowy*, Wydawnictwo Ergo-sum, Bytom (w druku).
- Machoś M. (2010): *Samogłoski dla malucha. Zabawy z ciocią Guguhoplą*, Wydawnictwo Ergo-sum, Bytom (w druku).
- Machoś M.: *To i owo o komunikacji dziecka z zespołem Downa* (w druku).
- Porayski-Pomsta J. (2006): *Czy i jak my możemy wpływać na rozwój mowy dziecka*, www.tkj.uw.pl
- Rządзка M.: *Rozwój odruchowych reakcji niemowlęcych ze sfery ustno-twarzowej* (w druku).
- Stecko E. (1996): *Zaburzenia mowy dzieci – wczesne rozpoznawanie i postępowanie logopedyczne*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa.
- Ślenzak J. (1979): *Znaczenie postaw rodziców w procesie usprawniania dzieci z zaburzeniami rozwoju psychoruchowego*, Polska Akademia Nauk, Warszawa, Wrocław, Kraków, Gdańsk.

AFAZJA DZIECIĘCA

Terminologia i klasyfikacje afazji dziecięcej

Afazja dziecięca to pierwotne zaburzenie zachowania językowego wynikające z patologii mózgu (Herzyk 1998: 89). Pojęcie *afazja* oznacza (Jastrzębowska 1998b):

- brak rozwoju mowy lub jej całkowitą utratę oraz brak rozumienia mowy (afazja ekspresyjno-percepcyjna; afazja całkowita);
- brak rozwoju ekspresji językowej lub całkowitą utratę mówienia z zachowaniem rozumienia, nawet w niewielkim stopniu (afazja ekspresyjna, motoryczna, ruchowa; afazja częściowa);
- całkowitą utratę rozumienia przy zachowaniu mówienia, czasami częściowego (afazja sensoryczna, czuciowa, akustyczna; afazja częściowa).

Przedrostek „a-” odnosi się do stanu – braku mowy. Mamy z nim do czynienia w przypadku, gdy mowa się nie wykształca oraz wtedy, kiedy w trakcie procesu rozwojowego lub po jego zakończeniu osoba całkowicie traci zdolność porozumiewania się. Natomiast rdzeń „fazja” wskazuje na to, że uszkodzenie jest zlokalizowane w OUN (Jastrzębowska 1998b: 78).

Określenie *dziecięca* dodane do pojęcia *afazja* sugeruje podobieństwo do afazji dorosłych, z drugiej strony podkreśla różnice wynikające z tego, że uszkodzenie mózgu nastąpiło w czasie trwania procesu rozwojowego. *Rozróżnienie afazji dziecięcej od afazji typu dorosłych wiąże się z tym, że kliniczny obraz zaburzeń mowy u dzieci, ich utrzymywanie się i możliwość restytucji mowy (...) zależą od układu różnorodnych czynników* (Jastrzębowska 2001: 338).

Występujące u dzieci zaburzenia rozwoju mowy mają różne przyczyny oraz patomechanizmy. Można wymienić trzy podstawowe kierunki badań – upatrujących przyczyn afazji w (Jastrzębowska 1998b, 1999, 2001):

1. uwarunkowaniach konstytucjonalnych lub genetycznych;
2. opóźnieniach dojrzewania ośrodków korowych oraz zaburzeniach mowy będących wynikiem zaburzeń funkcjonalnych – dysfunkcji OUN;
3. organicznym uszkodzeniu OUN (mikrouszkodzenia mózgu).

Dilling-Ostrowska (1990) wśród wrodzonych przyczyn zaburzeń mowy wymienia:

- spowolnienie lub zaburzenia mielinizacji¹ włókien nerwowych;
- nieprawidłowy rozwój dróg nerwowych odpowiedzialnych za mowę;
- nieprawidłowości, do których doszło w pierwszym trymestrze ciąży.

Parol (1997) natomiast podaje pierwotne przyczyny afazji nabytej, do których zalicza:

- prenatalne (choroby matki w pierwszej połowie ciąży, urazy psychiczne w pierwszej połowie ciąży, zatrucia chemiczne);
- perinatalne (urazy okołoporodowe);
- postnatalne (choroby dziecka w 1. – 3. roku życia – wirusowe, bakteryjne, powikłania; urazy czaszkowo-mózgowe).

Afazja przez jednych badaczy spostrzegana jest jako wrodzone zaburzenie języka, a przez innych jako deficyt językowy nabyty. Obie postacie afazji nazwane są przez neuropsychologów afazją dziecięcą.

W *afazji nabytej* mamy do czynienia z utratą osiągniętej umiejętności posługiwania się mową. Istotą nabytej afazji dziecięcej jest dezintegracja mowy, czyli rozpad systemu komunikacyjnego oraz utrata posiadanych już umiejętności językowych, a także wstrzymanie i opóźnienie dalszego procesu mowy (Jastrzębowska 2001). Uszkodzenie mózgu, będące przyczyną utraty posiadanych umiejętności językowych, nastąpiło pomiędzy początkiem 2. a 7. rokiem życia (Herzyk 1992). Dolna granica wiekowa wynika z tego, że to w tym czasie zaczyna rozwijać się język, dziecko rozumie wypowiedzi i samo je formułuje.

W ocenie afazji nabytej należy jednak pamiętać, że rozwój mowy dziecka do momentu uszkodzenia mózgu przebiegał prawidłowo.

Afazja rozwojowa (wrodzona) – została wyróżniona i nazwana w 1917 roku przez Hinshelwooda, natomiast pojęcia *afazji wrodzonej* po raz pierwszy użył w 1950 roku Karlin (Dilling-Ostrowska 1982). Dotyczy ona braku lub znacznego opóźnienia rozwoju mowy dziecka, u którego mowa nigdy nie rozwijała się prawidłowo, a występujące deficyty językowe nie są konsekwencją innych zaburzeń rozwojowych, których podłoża należy upatrywać w dysfunkcjach mózgowych (Jastrzębowska 1999; Daniluk 2006). To skrajny stan dysfazji, *zaburzenie mające bogatą nomenklaturę, najczęściej nazywane alalią, słuchoniemotą, niedorozwojem, niedokształceniem mowy o typie afazji, niemotą pochodzenia centralnego, wrodzonymi zaburzeniami mowy, wrodzonym niedorozwojem ekspresji lub recepcji i ekspresji słownej, afazją pierwotną, afazją wrodzoną (...)* – charakteryzuje się brakiem rozwoju języka i w konsekwencji opóźnieniem rozwoju mowy (Jastrzębowska 1999: 369). Określana jest jako

¹ Proces tworzenia osłonki mielinowej wokół włókien nerwowych w mózgu i rdzeniu kręgowym warunkujący efektywny przebieg impulsów nerwowych.

specyficzne zaburzenia rozwoju mowy, pojawiające się w wyniku patologii mózgowej wrodzonej, okołoporodowej lub występującej w pierwszych miesiącach życia dziecka. Istotą afazji rozwojowej jest brak integracji mowy i w konsekwencji opóźnienie jej rozwoju (Daniluk 2006: 119).

Z analizy literatury wynika, że pojęcie *afazji dziecięcej* nie przez wszystkich badaczy zagadnienia jest używane w tym samym znaczeniu (Szumska 1992: 21; Jastrzębowska 1998b: 72).

Dilling-Ostrowska (1990) wśród wrodzonych zaburzeń mowy wymienia *afazję wrodzoną (rozwojową)*, której przyczyn upatruje w uszkodzeniach półkul mózgowych. Jej zdaniem wrodzone zaburzenia mowy pozbawione są cech zaburzeń afatycznych, ponieważ ich istota tkwi w nieprawidłowym rozwoju mowy (od początku), a nie w jej utracie. W związku z tym ten typ zaburzeń nazywa *wrodzonym niedorozwojem ekspresji słownej* (zaburzenia ekspresyjne) oraz *wrodzonym niedorozwojem recepcji i ekspresji słownej* (zaburzenia mieszane).

Styczek (1980) używa terminu *alalia* nazywając w ten sposób niedorozwój mowy u dzieci prawidłowo rozwijających się umysłowo i mających prawidłowy słuch. Uważa ona, że należy odróżniać *afazję dziecięcą* od *alalii* czy *niemoty* pochodzenia centralnego, ponieważ *alalia* jej zdaniem to opóźnienie mowy, a *afazja* to utrata mowy już istniejącej.

Kordyl (1969) wyodrębnia z kolei pojęcia *afazja dziecięca* i *głuchoniemota*, wyjaśniając je w następujący sposób:

- *afazję* traktuje jako zaburzenia rozwoju mowy, które można wiązać z uszkodzeniami OUN mającymi miejsce w początkowym etapie jej rozwoju lub zaburzeniami poprzedzonymi prawidłowym rozwojem mowy; natomiast z *afazją dziecięcą* mamy do czynienia wtedy, gdy dochodzi do utraty lub zaburzenia mowy dobrze wykształconej;
- *głuchoniemota* oznacza zaburzenie rozwoju mowy spowodowane widocznymi przyczynami w budowie i funkcjonowaniu OUN.

Szumska (1982) zaburzenia mowy wynikające z uszkodzeń mózgu dzieli na:

- *zaburzenia mowy typu afatycznego* utożsamiane z afazją dziecięcą; nazewnictwo to dotyczy zaburzeń pojawiających się nagle lub etapami w trakcie prawidłowego – w stosunku do wieku – rozwoju mowy;
- *zaburzenia rozwojowe*, do których zaliczane są wszystkie opóźnienia mowy o różnym stopniu nasilenia wynikające z mikrouszkodzeń mózgu, a prowadzące do wrodzonej niezdolności do nabywania mowy (afazją rozwojową).

Termin *niedokształcenia mowy* odnosi się do tego, że mowa nie osiągnęła pełnej formy, a tylko w pewnym względzie jest wykształcona, natomiast pojęcie o *typie afazji* (Kordyl 1968) związane jest z kolei z podobieństwem pod względem etiologii i symptomów do afazji dorosłych. Wśród dzieci z *niedokształceniem mowy o typie afazji* możemy wyróżnić te, które mają trudności z mówieniem przy zachowanym jej rozumie-

niu. Mówimy wtedy o *niedokształceniu mowy o typie afazji ekspresyjnej*. W drugiej grupie znalazły się dzieci, które charakteryzują się zaburzeniami rozumienia mowy; mamy wtedy do czynienia z *niedokształceniem mowy o typie afazji percepcyjnej*. W tym miejscu należy zaznaczyć, że afazja ekspresyjna wcześniej była określana mianem *afazji motorycznej*. Zestawienie charakterystycznych cech mowy dzieci, u których stwierdza się niedokształcenie mowy o typie afazji ekspresyjnej wykazuje, jak bardzo słuszna jest (...) zmiana terminologii. (...) Bowiem mamy do czynienia nie z samymi trudnościami motorycznymi, (...) cała bowiem strona ekspresyjna mowy jest zaburzona, (...) niedokształcona (Kordyl 1968: 193-194).

Podsumowując powyższe rozważania terminologiczne możemy dokonać rozróżnienia pomiędzy alalią, niedokształceniem mowy o typie afazji oraz afazją rozwojową, uwzględniając kryterium czasu wystąpienia uszkodzenia OUN, objawy oraz postępowanie terapeutyczne (tabela 1).

Tabela 1. Kryteria różnicujące alalię, niedokształcenie mowy o typie afazji i afazję dziecięcą:

<i>Kryteria różnicujące</i>	<i>Alalia</i>	<i>Niedokształcenie mowy o typie afazji</i>	<i>Afazja dziecięca</i>
<i>czas wystąpienia uszkodzenia OUN</i>	• w okresie przed-słownym • do 1. roku życia	• w okresie kształtowania się struktur języka • między 2. a 6. rokiem życia	• w okresie częściowo nabytych sprawności językowych lub już opanowanego systemu językowego • między 7. a 18. rokiem życia
<i>objawy</i>	• mowa od początku rozwija się nieprawidłowo • obserwowane są zaburzenia sprawności we wszystkich czynnościach językowych	• mowa do jakiegoś momentu rozwija się prawidłowo, po czym następuje zakłócenie tego procesu • objawy mają charakter uogólniony i niespecyficzny • przeważają zaburzenia ekspresji słownej	• utrata porozumiewania się – dezintegracja mowy • utrata w pełni opanowanych sprawności językowych • zaburzenia mowy mają specyficzny i wybiórczy charakter
<i>postępowanie terapeutyczne</i>	• programowanie kompetencji językowych	• początkowo przywracamy utracone sprawności językowe • kolejny etap to programowanie niewykształconych struktur języka	• odbudowywanie utraconej kompetencji językowej i jej usprawnianie

źródło: opracowanie własne na podstawie: Panasiuk 2010

Określenie *rozwojowa*, dodane do pojęcia *afazja*, wskazuje na to, że jest to wada wynikająca z zaburzeń rozwojowych, które stały się przyczyną braku podstaw prawidłowego rozwoju mowy oraz *sugeruje, że uszkodzenie mózgu ma charakter wrodzony (...) lub nabyty (...)*. Jest to o tyle istotne, że działające w tym czasie na mózg dziecka patogenne czynniki – (...) upośledzają rozwój mowy, powodują, że mowa się nie wykształca, co określa się jako *niedorozwój, niedokształcenie mowy*, natomiast, gdy działają później – prowadzą do (...) zahamowania rozwoju, regresu, utraty opanowanych już umiejętności. Sformułowanie *nabyta* oznacza (...), że zaburzenia rozwoju ekspresji lub/i percepcji mowy wystąpiły po okresie względnie prawidłowego rozwoju mowy, ale nie jako wynik zaburzeń postępujących (...). Oznacza też, że jest ona *nabytym zaburzeniem rozwoju mowy*, które powstało wówczas, gdy czynnik uszkadzający mózg działał w okresie wyrazu, zdania lub swoistej wymowy dziecięcej (Jastrzębowska 2001: 337–338). W rozróżnieniu zaburzeń rozwojowych i nabytych istotne jest także to, że w afazji nabytej (zazwyczaj) bez problemu wskazujemy przyczynę uszkodzenia mózgu, natomiast przyczyny rozwojowej afazji dziecięcej są często nieznane lub tylko przypuszczalne.

Poniżej przedstawiono różnice pomiędzy postaciami afazji dziecięcej – afazją rozwojową i nabytą.

Tabela 2. Różnice pomiędzy postaciami afazji dziecięcej – afazją rozwojową i nabytą

<i>Kryterium różnicujące</i>	<i>Afazja rozwojowa</i>	<i>Afazja nabyta</i>
<i>czas uszkodzenia mózgu</i>	• przed urodzeniem się dziecka • w trakcie porodu • w pierwszym roku życia	• między 1. a 7. r. 2.
<i>okres rozwoju, w którym nastąpiło uszkodzenie</i>	• prenatalny (w życiu płodowym) • perinatalny (okres okołoporodowy) • częściowo postnatalny (w pierwszym roku życia)	• postnatalny (w pierwszym roku życia)
<i>charakter zaburzenia</i>	• wrodzone	• nabyte

Kryterium różnicujące	Afazja rozwojowa	Afazja nabyta
czynniki powodujące patologię lub uszkodzenie mózgu	• w życiu płodowym: - czynniki <i>endogenne</i> uwarunkowane konstytucjonalnie lub dziedzicznie - czynniki <i>egzogenne</i>, np. zatrucie matki środkami farmakologicznymi, urazy psychiczne • w okresie perinatalnym: - czynniki <i>egzogenne</i>, np. urazy mózgu, niedotlenienie mózgu • w okresie częściowo postnatalnym: - czynniki <i>egzogenne</i>, np. schorzenia mózgu, urazy mózgu	• w okresie postnatalnym: - czynniki <i>egzogenne</i>, np. schorzenia mózgu, urazy mózgu
mechanizmy powstawania zaburzeń rozwoju mowy	• upośledzenie rozwoju struktur mózgowych odpowiedzialnych za wykształcenie zdolności percepcyjno-ekspresyjnych	• uszkodzenie mózgu powodujące zahamowanie, regres, i opóźnienie rozwoju mowy lub utratę nabytych wcześniej zdolności ekspresyjnych lub percepcyjnych
przyczyny zaburzeń rozwoju mowy	• niedorozwój lub zaburzenia mielinizacji w korowych polach mowy • brak rozwoju dróg nerwowych związanych z mową • patologia dotycząca pierwszego trymestru ciąży • silne wstrząsy psychiczne matki • niedotlenienia mózgu • urazy okołoporodowe • choroby i urazy głowy	• uszkodzenia mózgu spowodowane urazami • uszkodzenia mózgu spowodowane chorobami naczyniowymi mózgu, zapalnymi lub zwyrodnieniowymi
etap rozwoju mowy dziecka	• uszkodzenie mózgu nastąpiło przed rozpoczęciem procesu kształtowania mowy – przed etapem wyrazu	• uszkodzenie mózgu wystąpiło w okresie stopniowego kształtowania się mowy – stosownie do wieku – w okresie wyrazu, zdania, swoistej mowy dziecięcej

<i>Kryterium różnicujące</i>	<i>Afazja rozwojowa</i>	<i>Afazja nabyta</i>
<i>objawy zaburzeń rozwoju mowy</i>	• brak wykształcenia się mowy • opóźnienie rozwoju mowy • występowanie mieszanych zaburzeń mowy – ekspresyjno – percepcyjnych	• zahamowanie rozwoju mowy • utrata mowy • opóźnienie dalszego rozwoju mowy • występowanie mieszanych zaburzeń mowy – ekspresyjno – percepcyjnych oraz zaburzeń ekspresyjnych

źródło: Jastrzębowska 1998a: 217; 1998b: 85; 1999: 386–388

Afazja rozwojowa często jest mylona z prostym opóźnieniem rozwoju mowy. Różnicowanie tych zespołów jest przyczyną wielu trudności. Do 5. roku życia nie istnieje żadna zasadnicza różnica. Początkowo, w obu zespołach, obserwuje się brak i opóźnienie rozwoju mowy. Jeżeli w wyniku obserwacji stwierdzamy utrzymywanie się opóźnień rozwojowych mowy powyżej 5. roku życia, mówimy wtedy o afazji rozwojowej. Dzieci charakteryzujące się prostym opóźnieniem mowy nagle zaczynają mówić i w szybkim tempie wyrównują opóźnienia. W tym samym czasie rozwój mowy dzieci z afazją rozwojową jest niestety niewielki.

Cechami wspólnymi omawianych zespołów: afazji rozwojowej i prostego – samoistnego opóźnienia rozwoju mowy są:

- prawidłowy słuch;
- prawidłowy rozwój psychoruchowy;
- prawidłowa motoryka mowy;
- częste współwystępowanie zaburzeń lateralizacji.

Natomiast czynniki odróżniające (tabela 3) proste opóźnienie rozwojowe mowy od afazji rozwojowej to:

Tabela 3. Cechy odróżniające proste opóźnienie rozwojowe mowy od afazji rozwojowej

<i>Rodzaj czynnika różnicującego</i>	<i>Proste (samoistne) opóźnienie rozwojowe mowy</i>	<i>Afazja rozwojowa</i>
<i>1. łatwość ustępowania objawów (najważniejsze kryterium różnicujące)</i>	• do 5. roku życia opóźnienie rozwoju mowy zrównuje się z poziomem mowy rówieśników	• zaburzenia mowy utrzymują się długo, najczęściej są trwałe
<i>2. rozwój motoryczny</i>	• może być opóźniony	• często mamy do czynienia z ogólną niezręcznością ruchową

<i>Rodzaj czynnika różnicującego</i>	<i>Proste (samoistne) opóźnienie rozwojowe mowy</i>	<i>Afazja rozwojowa</i>
3. rozwój innych funkcji psychoruchowych	najczęściej rozwój koordynacji wzrokowo-ruchowej, ujmowania stosunków przestrzennych jest prawidłowy	- mogą wystąpić zaburzenia: myślenia, uwagi, pamięci, motywacji - często występują zaburzenia koordynacji wzrokowo-ruchowej i ujmowania stosunków przestrzennych
4. rodzaj czynników wywołujących opóźnienia rozwoju mowy	- czynniki społeczne (środowiskowe) - czynniki biologiczne (uwarunkowania genetyczne)	- czynniki biologiczne - czynniki środowiskowe i uwarunkowania społeczne stanowią czynniki podtrzymujące
5. fundament, na którym kształtuje się mowa	prawidłowa podstawa, mowa pojawia się później i wolniej niż zwykle	podstawa patologiczna
6. patogeneza	opóźnienie dojrzewania OUN	- nieprawidłowy i/lub zaburzony rozwój OUN - wcześnie nabyte uszkodzenie mózgu
7. objawy zaburzeń – rozwój mowy	zaburzenia mowy czynnej, przy prawidłowo rozwijającej się mowie biernej (przemijające wraz z wiekiem)	- przy zaburzeniach wrodzonych zaburzenia mieszane (ekspresyjno-mieszane), zdolności językowe są powolne, a mowa nie osiąga normalnego poziomu - przy uszkodzeniach okołoporodowych i w 1. roku życia mogą występować zaburzenia ekspresyjne lub/i percepcyjne
8. rokowania	- nie wywołuje większych konsekwencji dla dalszego rozwoju mowy - ustępuje samoistnie około 5. roku życia (bez udziału specjalisty)	- zaburzenia wrodzone – pozostawiają konsekwencje w postaci długo utrzymujących się zaburzeń językowych oraz innych problemów dodatkowych - zaburzenia nabyte – opóźnienie może szybko się wyrównać i nie pozostawić poważniejszych konsekwencji

Wyróżniamy kilka klasyfikacji afazji dziecięcej. Wepman wyróżnił pięć typów afazji rozwojowej (wrodzonej) i nabytej, uwzględniając stadia rozwoju językowego. Jego zdaniem na każdym etapie rozwoju mowy dziecka możemy mieć do czynienia z zaburzeniami mowy o typie afazji.

Tabela 4. Klasyfikacja afazji dziecięcej wg Wepmana

<i>Stadium rozwojowe języka</i>	<i>Typ afazji</i>	<i>Objawy afazji</i>
przedjęzykowe (brak mowy)	<i>afazja całkowita (globalna)</i>	brak rozumienia i nadawania mowy
przedjęzykowe (używanie pojedynczych dźwięków pozbawionych znaczenia)	<i>afazja żargonowa</i>	mowa niezrozumiała, występowanie bezsensownych połączeń dźwięków
nabywanie rozumienia mowy, wypowiadanie słów pozbawionych znaczenia	<i>afazja pragmatyczna</i>	mowa zawiera wiele neologizmów, nie jest adekwatna do bodźca; słowa mogą być zrozumiałe, jednak użyte bezsensownie w kontekście
mowa wyrazowa – początek porozumiewania się	<i>afazja semantyczna</i>	występowanie w mowie słabo powiązanych słów
w wypowiedziach wykorzystywana jest składnia	<i>afazja syntaktyczna</i>	w mowie występują tylko rzeczowniki i czasowniki – styl telegraficzny – brak form gramatycznych

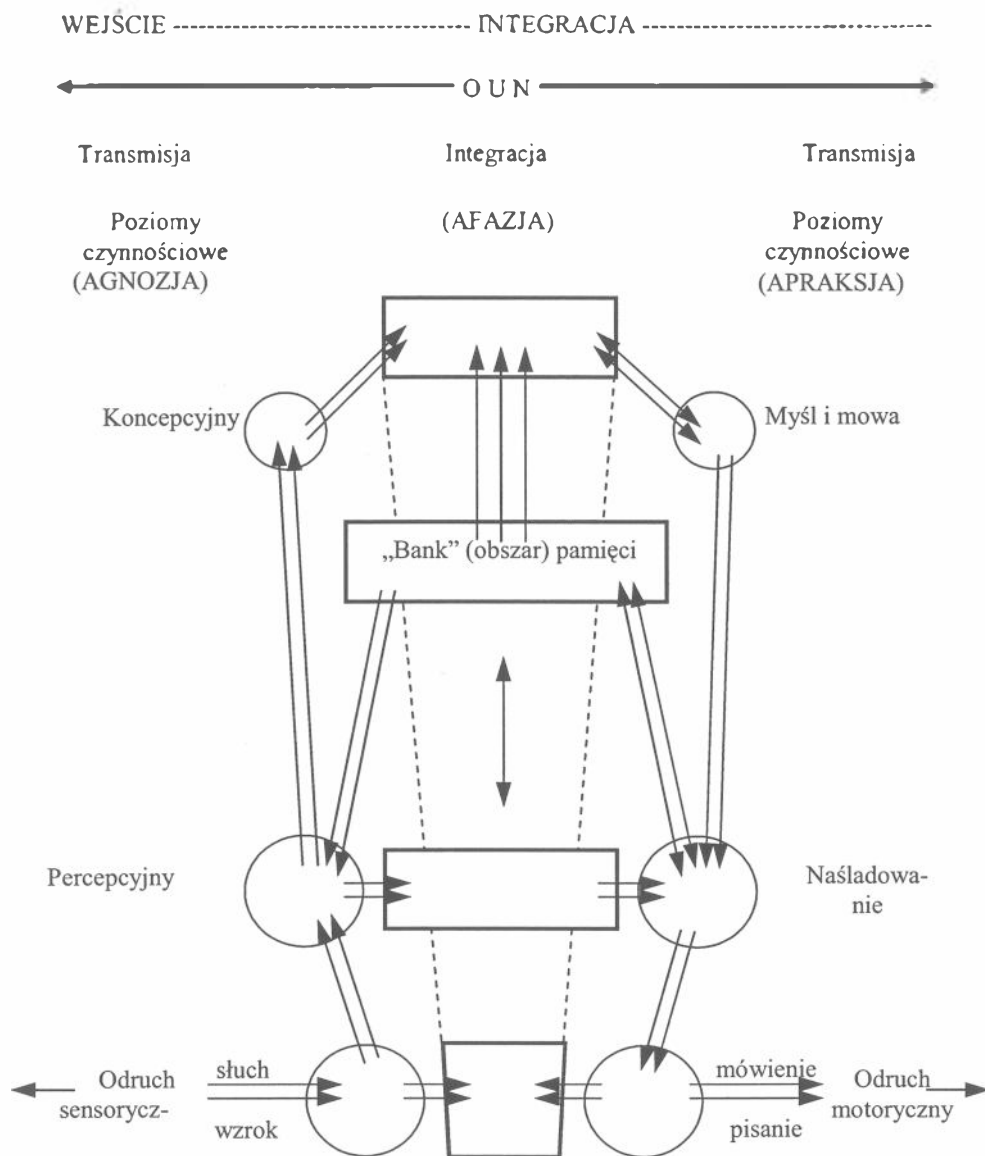
źródło: Sawa 1991: 6

Wepman wyróżnia trzy rodzaje zaburzeń mowy (za: Sawa 1991: 61):

1. agnozę transmisyjną (uszkodzenie centralnego układu nerwowego na wejściu);
2. apraksję transmisyjną (uszkodzenie na etapie integracji);
3. afazję integracyjną (uszkodzenie na wejściu).

Według niego afazja jest zaburzeniem zdolności potrzebnych do formułowania czy rozumienia symboli werbalnych, wynikającym z uszkodzeń ośrodkowego układu nerwowego. Koncepcję tę ilustruje schemat 1. – zaburzeń mowy po uszkodzeniu centralnego układu nerwowego – model Wepmana.

Schemat 1. Model Wepmana – zaburzenia mowy po uszkodzeniach centralnego układu nerwowego



źródło: Sawa 1991: 62

W *Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10)* zaburzenia rozwojowe pochodzenia mózgowego zaliczane są do *specyficznych zaburzeń rozwoju mowy i języka*, wśród których rozróżniamy *zaburzenia ekspresji słownej oraz zaburzenia rozumienia mowy*. Używane są nazwy: afazja rozwojowa typu ekspresyjnego lub recepcyjnego. Zaburzenia te mają podobne nazwy w amerykańskiej klasyfikacji *Diagnostic and Statistical Manual of Mental – Disorders (DSM-IV)*, w której *zaburzenia komunikacyjne* dzielone są na *zaburzenia ekspresji językowej (rozwojowe i nabyte)* oraz na *zaburzenia językowe mieszane recepcyjno-ekspresyjne (rozwojowe i nabyte)*. (za: Jastrzębowska 2001: 323).

W DSM-IV nie wyróżniono zaburzeń percepcyjnych, ponieważ autorzy tej klasyfikacji uważają, że nie występuje czysta postać zaburzeń zdolności recepcyjnych. Związane jest to z faktem, że rozwój ekspresji językowej uzależniony jest od rozwoju percepcji mowy. *Tłumaczy to dlaczego w przypadku zaburzeń rozwojowych wyróżnia się jedynie (...) afazję typu ekspresyjnego oraz recepcyjno-ekspresyjnego, z pominięciem zaburzeń czysto percepcyjnych opisywanych zarówno w polskiej literaturze przedmiotu, jak i w klasyfikacji ICD-10* (Jastrzębowska 2001: 332).

Rapin (za: Daniluk 2006: 135-136) przedstawiła trzy kategorie zaburzeń językowych: recepcyjno-ekspresyjne, ekspresyjne i zaburzenia procesów wyższego rzędu, dotyczące jednego lub kilku poziomów języka (fonologicznego, syntaktycznego, semantycznego i pragmatycznego). Odpowiadają one afazji percepcyjnej, ekspresyjnej oraz afazji przewodzenia.

Uwzględniając kryterium objawowe wyróżniamy trzy odmiany afazji rozwojowej: afazję typu ekspresyjnego, afazję typu percepcyjnego i percepcyjno-ekspresyjnego, których objawy przedstawiono poniżej.

Tabela 5. Klasyfikacja afazji dziecięcej wg kryterium objawowego

Typy afazji	Objawy afazji
afazja typu ekspresyjnego (motoryczna)	• zaburzenia wypowiedzania i powtarzania słów – mowa niezrozumiała • zaburzenia w zapamiętaniu 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
	<u>zachowane jest:</u> • rozumienie mowy • rozumienie poleceń oraz adekwatne reagowanie na nie • wskazywanie nazywanych przedmiotów • porozumiewanie niewerbalne • zdawanie sobie sprawy ze swego defektu <u>objawy wtórne:</u> • problemy w kontaktach rówieśniczych • zaburzenia zachowania • zaburzenia emocjonalne • nadpobudliwość ruchowa • zaburzenia koncentracji uwagi • niezbyt głębokie zaburzenia analizy i syntezy słuchowej • zaburzenia percepcji i pamięci słuchowej • czasem występuje częściowa utrata słuchu • upośledzenie rozwoju ekspresji mowy wynikające z izolacji środowiskowej oraz niemożności udziału w rozmowach

Typy afazji	Objawy afazji
afazja typu percepcyjnego (sensoryczna, recepcyjna)	• zaburzenia rozumienia mowy, mimo prawidłowego słyszenia dźwięków mowy • zaburzenia percepcji mowy • agramatyzmy • wielomówność • bezsensowne odpowiedzi na pytania – mechanicznie powtarzane • współwystępowanie utraty słuchu • niezdolność do reagowania na znane nazwy pod koniec 1. roku życia • niezdolność do identyfikowania kilku codziennych przedmiotów w 18. miesiącu życia • niezdolność do wykonywania prostych poleceń w wieku 2 lat • <u>zachowane jest:</u> • zdolność ekspresji mowy • <u>objawy wtórne:</u> • zaburzenia analizy i syntezy słuchowej • zaburzenia zachowania • zaburzenia emocjonalne – lęk, nadwrażliwość i nadmierna nieśmiałość • zaburzenia społeczno – ekonomiczne • nadpobudliwość ruchowa • zaburzenia uwagi • niedostosowanie społeczne • izolacja w grupie rówieśniczej
afazja typu percepcyjno – ekspresyjnego	• znaczne zaburzenia rozumienia mowy • zniekształcona artykulacja wyrazów przy zachowanej prawidłowej wymowie pojedynczych głosek • zaburzenia ekspresji mowy • błędy artykulacyjne • liczne parafrazje fonetyczne, asymilacje, inwersje, kontaminacje i metatezy • nieprawidłowa budowa zdań – zły szyk • <u>objawy wtórne:</u> • zaburzenia emocjonalne • nadpobudliwość ruchowa • zaburzenia uwagi • niedostosowanie społeczne • izolacja w grupie rówieśniczej

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Kordyl 1968:190-193; 244-247; Szumska 1982: 21; Sawa 1991: 107; Kurcz 1995: 27; Herzyk 1998: 90-91; Jastrzębowska 1999: 388-392, Skorek 2002: 17; Daniluk 2006: 128-133

Na podstawie przedstawionych cech charakterystycznych poszczególnych typów afazji możemy wyodrębnić wyraźne podobieństwa i różnice (Kordyl 1968: 249–251) występujące między niedokształceniem mowy o typie afazji ekspresyjnej a niedokształceniem mowy o typie afazji percepcyjnej. Wśród podobieństw należy wymienić:

- dążenie dzieci do komunikacji pozawerbalnej;
- brak rozumienia wypowiedzi dziecka przez otoczenie;
- zachowywanie przez dłuższy czas określeń z wczesnodziecięcego języka oraz dziecięcego sposobu mówienia;
- zniekształcenia słów ze względu na występowanie asymilacji, metatez, inwersji oraz kontaminacji;
- posilkowanie się omówieniami, nazwami gatunkowymi lub nazwami pokrewnymi podczas nazywania przedmiotów;
- przeważanie rzeczowników i czasowników w słowniku dziecka;
- szybkość przyswajania często używanych słów oraz właściwego posługiwania się nimi;
- posługiwanie się przede wszystkim zdaniami pojedynczymi;
- liczne agramatyzmy.

Natomiast występujące pomiędzy wymienionymi typami niedokształcenia mowy różnice to:

- u dziecka z niedokształceniem mowy o typie afazji ekspresyjnej nie występują zaburzenia rozumienia mowy, które występują u dzieci z afazją percepcyjną;
- dziecko z niedokształceniem mowy o typie afazji percepcyjnej ma trudności z wypowiadaniem, łatwiej przychodzi mu powtarzanie i prawidłowa artykulacja, natomiast dziecko z afazją ekspresyjną również charakteryzuje się trudnościami w formułowaniu wypowiedzi słownych, przy zachowanej prawidłowej artykulacji pojedynczych dźwięków i sylab oraz zaburzeniami uczenia się artykulacji słów (dziecko stosuje ułatwienia w postaci dzielenia słowa na sylaby oraz kilkakrotne jego powtórzenia, służące poprawianiu wypowiedzi);
- dziecko z afazją ekspresyjną wykorzystuje gesty zastępując nimi pojedyncze słowa, natomiast dziecko z afazją percepcyjną sięga po gesty znacznie częściej, zastępując nimi słowa i całe sceny; szczególną rolę w komunikacji pełni rysunek, który staje się częstą formą przekazu;
- dziecko z niedokształceniem mowy o typie afazji ekspresyjnej buduje zdania i coraz lepiej formułuje poprawne wypowiedzi pod względem składniowym, natomiast dziecko z afazją percepcyjną nie dba o poprawność wypowiedzi;
- agramatyzmy w wypowiedziach dziecka z afazją ekspresyjną pojawiają się czasowo, a u dzieci z niedokształceniem mowy o typie afazji percepcyjnej są liczne i występują mimo prowadzonej terapii;

- terapia prowadzona z dzieckiem z niedokształceniem mowy o typie afazji ekspresyjnej przynosi widoczne efekty; w przypadku afazji percepcyjnej efekty są nieznaczne, nadal utrzymują się trudności rozumienia i ekspresji słownej;
- w grupie dzieci z afazją ekspresyjną wiele z nich to jednostki milczące, z utrudnionym kontaktem z otoczeniem – zamknięte w sobie, natomiast dzieci z afazją percepcyjną są rozmowne, spontaniczne w podejmowaniu kontaktów interpersonalnych.

Wielu badaczy wykazuje także zainteresowanie problemem występowania różnic między afazją dziecięcą a afazją dorosłych (tabela 6).

Tabela 6. Różnice między afazją dziecięcą a afazją u dorosłych

<i>Elementy różnicujące</i>	<i>Afazja dziecięca</i>	<i>Afazja u dorosłych</i>
<i>objawy</i>	• mają charakter uogólniony i niespecyficzny z przewagą zaburzeń ekspresji językowej • rzadko występują wyselekcjonowane trudności w rozumieniu lub nazywaniu	• zaburzenia afatyczne mogą przybierać wybiórcze i specyficzne formy trudności językowych
<i>remisja mowy</i>	• następuje szybciej i pełniej, często spontanicznie; • w kilka tygodni lub miesięcy od zachorowania możliwy jest zupełny powrót funkcji językowych	• rzadko następuje pełne przywrócenie funkcji mowy, ponieważ objawy mają często trwały charakter
<i>częstotliwość występowania afazji uzależniona od miejsca uszkodzenia</i>	• częstotliwość wystąpienia afazji po uszkodzeniu L i P półkuli jest podobna (około 35%)	• u dorosłych występowanie afazji po uszkodzeniu P półkuli dotyczy rzadkich przypadków – 1-3%
<i>przebieg zaburzeń afatycznych</i>	• jest łagodniejszy niż u dorosłych, ponieważ rozwijający się mózg dziecka charakteryzuje się większą plastycznością oraz możliwościami kompensacyjnymi – przy uszkodzeniu jednych obszarów mogą być wykorzystane inne, nieuszkodzone • brak jest także zdecydowanej dominacji półkuli L dla funkcji językowych (stąd obecność afazji po uszkodzeniu P półkuli)	• jest często ciężki i trudny w terapii; • czynność mowy ma najczęściej ustaloną lateralizację • często występuje dominacja półkuli L dla funkcji językowych

źródło: opracowanie własne na podstawie: Herzyk 1998: 91

Najczęściej obserwowane różnice między afazją dziecięcą a afazją dorosłych dotyczą objawów i możliwości powrotu mowy (Herzyk 1998).

Charakterystyka funkcjonowania dziecka z zaburzeniami mowy o typie afazji

Poziom rozwoju umysłowego dziecka z afazją mierzony skalą niewerbalną mieści się w granicach normy. Również rzadko występują uszkodzenia obwodowego aparatu mowy. Dzieci charakteryzują się często obniżoną sprawnością motoryczną, manualną oraz zaburzeniami w obrębie koordynacji wzrokowo-ruchowej i lateralizacji, a także wzmoczoną męczliwością. Nie stwierdza się deficytów słuchu, upośledzenia umysłowego, zaburzeń neurologicznych (Herzyk 1998, Daniluk 2006).

Niedokształceniu mowy o typie afazji często współtowarzyszą zaburzenia poznawcze. Mogą one być dyskretne, a w innych przypadkach bardzo wyraźne.

Dzieci te charakteryzują się *zaburzeniami pamięci i myślenia* oraz jego spowolnieniem, występuje tzw. *lepkosć procesów myślowych*. Mają znacznie *obniżoną uwagę* w obrębie selektywności – mają zaburzoną zdolność wyboru jednego bodźca – źródła stymulacji. Występują u nich trudności z eliminowaniem szumów, co znacznie pogarsza ich zdolność oczekiwania na określony bodziec. W związku z tym nie są w stanie przez dłuższy czas skupić się na jednej czynności, np. dziecko bierze zabawkę, odkłada ją, by bawić się inną, ale nie kontynuuje nią zabawy i nie kończy; wykonując ćwiczenia grafomotoryczne, zaczyna pisać szlaczki literopodobne, by po chwili odłożyć narzędzie pisarskie i zająć się czymś innym. Takie zachowania rzutują na jakość i sposób wykonywania zadań.

Charakterystyczne dla tych dzieci są także zaburzenia w obrębie *percepcji słuchowej i wzrokowej*. Nabywanie i rozwijanie mowy przebiega w dwóch powiązanych ze sobą i występujących kolejno etapach: percepcyjnym i umysłowym (Sawa 1991). *Poziom percepcyjny* polega na słyszeniu i naśladowaniu dźwięków mowy (początkowo są to wzory intonacyjne, melodyczne, a następnie fonetyczne). Naśladowanie wzorów fonetycznych wymaga zdolności rozróżniania i zapamiętania dźwięków – bodźców słuchowych, co z kolei wpływa na pozostawienie śladu jako całości, który pojawiając się ponownie, zostaje przekształcony w akt motoryczny będący istotną częścią mowy. Natomiast *poziom umysłowy* uczenia się związany jest z pamięcią słuchową, rozróżnianiem słuchowym, analizą i syntezą słuchową.

Zaburzenia na poziomie percepcyjnym powodują więc zakłócenia w obrębie czynności fonacyjno-artykulacyjnych oraz utrudniają przejście do drugiego etapu rozwoju mowy – etapu umysłowego. Z kolei zaburzenia na poziomie uczenia się

percepcyjnego są związane z *apercepcją słuchową*². Powodują utrudnienia w transmitowaniu dźwięków, co wpływa na nieprawidłowy odbiór bodźców słuchowych. Wśród defektów wpływających na zaburzenia mowy w procesach słuchowych (zarówno o charakterze percepcyjnym, jak i ekspresyjnym) u dzieci wymieniana się niezdolność do:

- odbierania bodźców, które są produkowane w porządku sekwencyjnym;
- utrzymania bodźców w pamięci, tak że ich komponenty nie mogą być integrowane;
- reagowania w różny sposób – odpowiedni do rozmaitych bodźców.

Zaburzenia w zakresie tych procesów w połączeniu z uszkodzeniami lewej półkuli prowadzą do afazji dziecięcej. Za typowe dla afazji u dzieci uznaje się braki w słuchowym różnicowaniu oraz braki pamięci słuchowej (Sawa 1991: 99).

Dzieci z afazją charakteryzują się nasilonymi zaburzeniami słuchu fonemowego powodującymi zakłócenia rozumienia mowy oraz nieprawidłową artykulację, *ponieważ wzorce kinestetyczno-ruchowe kształtują się pod wpływem słuchu fonematycznego*³. Zaburzenia słuchu fonematycznego uważa się m. in. za przyczynę afazji dziecięcej (...) (Sawa 1991:103).

Ponadto u tych dzieci występują *zaburzenia lateralizacji oraz zaburzenia w określaniu stosunków przestrzennych*. Trudności te przejawiają się w bezradności dzieci wobec polecenia wskazania kierunków świata (np. na mapie) lub stron lewej i prawej na schematach (w tym schemacie własnego ciała), mapach lub rysunkach oraz w nieumiejętności określania położenia danego przedmiotu (pod, nad, obok, za, itp.). Dzieci często nie potrafią odczytywać wskazań zegara oraz orientować się w położeniu strzałek na tarczy zegarowej – myli symetrycznie ułożone godziny (np. 3 i 9, 4 i 8).

Niektóre opisane powyżej zaburzenia korelują z występowaniem *trudności w czytaniu i pisanu*. Zaburzenia analizy i syntezy wzrokowej, lateralizacji oraz zaburzenia wzrokowo-przestrzenne stają się przyczyną trudności w różnicowaniu np. liter (cyfr) podobnych, różnie ułożonych w przestrzeni lub różniących się między sobą tylko drobnymi elementami. Dodatkowo w czasie pisania czy rysowania dzieci mają trudność z rozplanowaniem np. przepisywanego tekstu lub wykonywanego rysunku na stronie. Często zapisują litery i cyfry w zwierniadlany sposób.

Wśród trudności, z którymi może borykać się dziecko afatyczne, możemy wymienić także *trudności matematyczne* związane z nierozumieniem pojęcia liczby

² Termin używany przez Wepmana dla określenia braku percepcji

³ Występowanie zaburzeń słuchu fonematycznego wraz z zaburzeniami kinestezji artykulacyjnej staje się przyczyną trudności w określeniu mechanizmów zaburzeń mowy dziecka; *kinestezja artykulacyjna* to czucie ułożenia, napięcia mięśniowego narządów mowy w czasie artykulacji poszczególnych głosek; najpierw rozwija się słuch fonematyczny, a dopiero później czucie.

czy innych pojęć matematycznych, niepamiętaniem struktur liczb wielocyfrowych oraz trudnościami w wykonywaniu czterech działań arytmetycznych z przekroczeniem progu dziesiętkowego lub z wykonywaniem pamięciowych obliczeń matematycznych.

Dzieci z afazją charakteryzuje duża ruchliwość wynikająca z *zaburzeń koordynacji i integracji ruchowej*. Można powiedzieć, że są ciągle w ruchu. Ich ruch jest nieorganizowany, nieuporządkowany oraz bezcelowy. Swoją nadruchliwością męczą otoczenie, ale także i siebie. Ruchliwości często towarzyszy *niestabilność emocjonalna* – szybkie przechodzenie z jednego stanu emocjonalnego w drugi. Dziecko w danym momencie jest płaczliwe i zdenerwowane, by po chwili być wesole i zadowolone. *Dzieci z wrodzonymi zaburzeniami mowy wykazują pewne charakterystyczne cechy osobowości: są nadmiernie aktywne bądź mają skłonność do odosobnienia, (...) brak umiejętności zabawy w grupie rówieśników. Wynika to z tego, iż dzieci te, o normalnym lub przeciętnym poziomie inteligencji, wskutek zaburzeń mowy znajdują się w stałej sytuacji stresowej* (Szumska 1982: 22).

Dzieci te mają dużą trudność w nawiązywaniu i podtrzymywaniu kontaktów z otoczeniem, wynika to nie tylko z utrudnionej komunikacji, ale także preferowanych zachowań, nieakceptowanych przez koleżanki i kolegów. Ponadto starsze dzieci stają się coraz bardziej świadome swojej odmiennej mowy, co przyczynia się do znacznych obciążeń psychicznych i – co za tym idzie – wycofywania się z kontaktów interpersonalnych.

Charakterystyka zaburzeń mowy dziecka wynikających z uszkodzeń mózgu

Zaburzenia o typie afazji są rozpatrywane jako specyficzne zaburzenia rozwoju mowy i języka. Już we wczesnych stadiach rozwoju zakłócone są prawidłowe wzorce kształtowania się mowy. Wszelkie deficyty ujawniają się bardzo wcześnie. Dzieci znacznie mniej mówią niż ich rówieśnicy, a ich język charakteryzuje się deficytami w zakresie: fonologii, morfologii i syntaktyki. *Język dzieci afatycznych ma wiele specyficznych cech, dotyczących zarówno sposobu posługiwania się mową typową dla wszystkich dzieci w tej grupie (co może odróżniać afazję rozwojową od innych zaburzeń mowy), jak i indywidualnego, swoistego dla każdego dziecka, sposobu kontaktowania się z otoczeniem (z użyciem środków werbalnych i niewerbalnych)* (Daniluk 2006: 128). *Język dziecka z niedokształceniem mowy, zarówno jego słownik, jak i charakterystyczny sposób mówienia, ukazuje się raczej jako pewne zjawisko niezupełnie wykończone, nie całkiem zintegrowane, aniżeli jego twór oryginalny* (Kordyl 1968: 257).

Sposób wypowiadania się jest chaotyczny, dziecko – szukając odpowiedniego słowa – nie zawsze znajduje właściwe. Kiedy jest pytane, sprawia wrażenie,

jakby mówiło tylko po to, by coś powiedzieć. Przed znanymi słowami wtrąca głoski lub sylaby. Podejmowane próby poprawy artykulacji słowa są bezskuteczne. Dziecko sprawia wrażenie, jakby źle usłyszało pytanie lub go nie rozumiało.

W trakcie mówienia pojawiają się liczne błędy polegające na zamianie słów lub ich fragmentów, co często istotnie zmienia sens wypowiedzi. Dziecko jednocześnie nie zdaje sobie sprawy z użycia niewłaściwych słów. *Są to tak zwane objawy parafatyczne* (Zaleski 1992: 61). *Dzieci afatyczne posiadają swój specyficzny sposób mownego kontaktowania się z otoczeniem za pomocą różnych, nie tylko werbalnych środków ekspresji. Określenie specyficzne odnosi się zarówno do sposobu posługiwania się mową właściwego dzieciom afatycznym w ogóle, jak też dotyczy mowy każdego pojedynczego dziecka z tej grupy. Każde dziecko z niedokształceniem mowy ma odrębny, swoisty sposób mówienia charakterystyczny pod względem ilości i rodzaju pozawerbalnych środków ekspresji, jakości emisji werbalnej (nawykowa predyspozycja do nadużywania niektórych dźwięków mowy), zasobu słownika, struktury wypowiedzi* (Kordyl 1968: 255).

Kordyl (1968, 1969) przedstawiła charakterystyczne cechy mowy dzieci o typie afazji (tabela 6) dzieląc je na dwie grupy – jedną obejmującą cechy dotyczące nadawania i drugą – rozumienia.

Szumaska (1982), opisując zaburzenia mowy typowe dla afazji rozwojowej, zwraca uwagę na utrudnioną artykulację słów z jednoczesnym zachowaniem rozumienia mowy (zaburzenia ekspresyjne) lub współwystępowanie zaburzeń mówienia oraz rozumienia mowy (zaburzenia recepcyjno-ekspresyjne).

Zaburzenia ekspresyjne mowy dotyczą artykulacji oraz rozwoju mowy. Prawidłowy jest rozwój werbalizacji przedsłownej, natomiast zaburzona jest werbalizacja słowna. Pierwsze słowa pojawiają się po 2. roku życia, a zdania ok. 8. roku życia; dziecko nigdy nie nabywa umiejętności prawidłowego posługiwania się mową. Mowa charakteryzuje się:

- zaburzeniami artykulacji i składni, a czasami intonacji;
- lepszą artykulacją sylab początkowych niż końcowych;
- prawidłową wymową samoglosek;
- zniekształconymi spółgłoskami, przestawieniami, pomijaniem lub zastępowaniem jednej spółgłoski drugą;
- wypowiadaniem ostatniej sylaby pierwszego wyrazu i pierwszej drugiego (dotyczy artykulacji par wyrazów);
- występowaniem swoistego słownika, w którym często pojawiają się neologizmy;
- w czasie wypowiadania zdań pojawia się mowa telegraficzna.

Posiadając wiedzę na temat etiologii oraz objawów towarzyszących afazji dziecięcej, a także w oparciu o rozpoznanie logopedyczne, możemy mówić o symptomach niedokształcenia mowy o typie afazji (tabela 7).

Tabela 7. Cechy charakterystyczne dla niedokształcenia mowy o typie afazji

zakres zaburzeń	cechy charakterystyczne
n a d a w a n i e	1. <u>Zaburzenia ekspresji</u> werbalnej przejawiające się: • błędami artykulacyjnymi (mylenie głosek, niekonsekwentne zastępowanie jednej głoski inną) • metatezami (przestawianiem) głosek i sylab • kontaminacjami (skrzyżowaniami) dźwięków i sylab • inwersjami (odwracaniem) i elizjami (opuszczaniem) głosek lub sylab • błędami asymilacyjnymi (upodobnienia poszczególnych dźwięków, wyrazów do wyrazu zbliżonego fonicznie) • długotrwałym utrzymywaniem się wyrazów charakterystycznych dla języka małego dziecka 2. <u>Zaburzenia nominacji</u> polegające na tym, że dziecko: • nie przypominając sobie określonego słowa, zastępuje je innym – najodpowiedniejszym • nazywanie np. przedmiotów zastępuje omówieniami • posługuje się przede wszystkim rzeczownikami i czasownikami 3. <u>Agramatyzm</u> – dzieci afatyczne: • mówiąc nie stosują liczby i rodzaju • najczęściej używają czasowników w 3. osobie liczby pojedynczej, czasownika w każdym czasie • rzadko używają przymków 4. <u>Zaburzenia składni</u> dotyczą: • budowania krótkich zdań, składających się z orzeczenia, podmiotu, przymka lub przydawki • posługiwania się równoważnikami zdań 5. <u>Zaburzenia rytmu</u> przejawiające się: • swoistą melodią mowy • skandowaniem • wybijaniem rytmu słów 6. <u>Zaburzenia motoryki</u> mowy wynikające z: • utrudnionego ruchu warg, języka, szczęki • ciągłego poszukiwania właściwego ułożenia narządów aparatu artykulacyjnego podczas artykulacji
rozumienie	• trudności z przypomnieniem nazwy określonego desygnatu • w rozumieniu mowy otoczenia ogromne znaczenie mają gesty, mimika • w percepcji wypowiedzi istotne dla dziecka jest słowo najlepiej przez nie rozumiane; stanowi ono podstawę rozumienia całości, co często nie oddaje znaczenia wypowiedzi, ponieważ dziecko nie zawsze właściwie ocenia znaczenie słowa oraz nie uwzględnia zachodzących relacji między wypowiedziami

źródło: opracowanie własne na podstawie: Kordyl 1968, 1969

Tabela 8. Symptomy niedokształcenia mowy o typie afazji

<i>Symptomy niedokształcenia mowy</i> 	
<i>o typie afazji motorycznej (ekspresyjnej)</i>	<i>o typie afazji sensorycznej (percepcyjnej)</i>
<i>DZIECKO:</i> • prawidłowo wykonuje proste polecenia • nie powtarza słów i zdań (nawet prostych) • nie mówi, unika mówienia • w komunikacji wykorzystuje gesty i okrzyk • charakteryzuje się opóźnionym rozwojem ruchowym • często jest leworęczne • ma zaburzoną orientację przestrzenną • wykazuje opóźnienia koncentracji uwagi w stosunku do wieku • nawiązuje prawidłowy kontakt emocjonalny i intelektualny z otoczeniem • jest inteligentne	<i>DZIECKO:</i> • charakteryzuje się opóźnionym rozwojem mowy • przejawia trudności w rozumieniu wypowiedzi słownych • stosuje neologizmy i szczątkowe formy wyrazów • wypowiada quasi – słowa bez związku ze znaczeniem • powtarzanie słów jest utrudnione • dobrze rozumie język niewerbalny • nie wykazuje zainteresowania komunikacją werbalną • prawidłowo reaguje na muzykę • nawiązuje prawidłowy kontakt emocjonalny z otoczeniem • ma zaburzony kontakt intelektualny z otoczeniem • jest inteligentne

źródło: Panasiuk 2008: 82-83

Szumska (1998) podkreśla, że symptomatologia nabytych zaburzeń mowy zależna jest od stopnia rozwoju strukturalno-czynnościowego mózgu w chwili wystąpienia uszkodzenia. Z opóźnieniem rozwoju mowy mamy do czynienia w przypadku uszkodzenia półkul mózgowych, które nastąpiło w okresie wokalizacji przedsłownej. Opóźnienie nie jest uwarunkowane dominacją półkulową, ponieważ w najwcześniejszym okresie rozwoju mózgu jeszcze nie występuje. W związku z tym z zaburzeniem czynności mowy będziemy mieć do czynienia w przypadku uszkodzenia każdej z półkul. Z drugiej strony uszkodzenie tych obszarów mózgu, które mają stanowić podłoże anatomiczne dla mechanizmów programujących czynności mowy w okresie, gdy mózg dopiero się rozwija, prowadzi do zaburzeń rozwoju ośrodkowego układu nerwowego (Szumska 1982: 29).

U dzieci, u których uszkodzenie mózgu nastąpiło powyżej dwunastego miesiąca życia, występują zaburzenia mowy charakteryzujące się zahamowaniem ekspresji

słownej lub jednocześnie ekspresji i percepcji. Do 5. roku życia często występują zaburzenia percepcyjno-ekspresyjne, będące następstwem uszkodzeń obu półkul, które w tym czasie są w takim samym stopniu odpowiedzialne za mowę. Po piątym roku życia mieszane zaburzenia mowy wynikają z bardziej rozległych uszkodzeń lewej półkuli. Jest to związane z faktem, że lewa półkula mózgu, mimo ciągłego braku ustalonej dominacji mózgowej, zaczyna kształtować się jako półkula dominująca dla mowy. Między 5. a 9. rokiem życia zaburzenia mowy występują, gdy uszkodzenie jest zlokalizowane w lewej półkuli, a czas ich trwania i głębokość jest uwarunkowana stopniem uszkodzenia mózgu (Szumska 1982). W wieku przedszkolnym zaburzenia afatyczne mają wpływ na nabywanie i kształtowanie mowy czytanej i pisanej, a w wieku szkolnym znacznie zakłócają te dwa procesy.

Postępowanie logopedyczne z uwzględnieniem diagnozy i terapii dziecka z zaburzeniami mowy wynikającymi z uszkodzeń mózgu

Fundamentem diagnostyki dziecka z zaburzeniami mowy wynikającymi z uszkodzeń mózgu jest wczesne zauważenie nieprawidłowości pojawiających się w rozwoju mowy, ze szczególnym zwróceniem uwagi i dokonaniem oceny, czy występujące zaburzenia percepcji i ekspresji słownej są wynikiem indywidualnych predyspozycji dziecka, specyficznych zaburzeń rozwoju języka, czy stanowią pochodną deficytów sensorycznych, psychicznych lub wynikają z wad w budowie aparatu artykulacyjnego.

Diagnoza dziecka z zaburzeniami mowy wynikającymi z uszkodzeń mózgu powinna przebiegać wielokierunkowo i uwzględniać różne elementy składowe (tabela 9).

Tabela 9. Elementy składowe diagnozy zaburzeń mowy wynikających z uszkodzeń mózgu

<i>Diagnoza</i>	<i>Elementy specjalistycznej diagnozy</i>
<i>medyczna</i>	• badanie audiologiczne w celu wykluczenia niedostuchu • badanie neurologiczne w celu stwierdzenia zaburzeń neurologicznych oraz chorób OUN (urazy, mózgowe porażenie dziecięce) • badanie psychiatryczne w celu wykluczenia chorób psychicznych oraz trudności w interakcjach społecznych
<i>psychologiczna</i>	• ocena poziomu inteligencji • diagnoza funkcji poznawczych

<i>Diagnoza</i>	<i>Elementy specjalistycznej diagnozy</i>
<i>neuropsychologiczna</i>	• wywiad dotyczący psychoruchowego rozwoju dziecka • obserwacja zachowań dziecka w różnych sytuacjach zadaniowych oraz społecznych • diagnoza funkcji poznawczych • określenie zespołu objawów obserwowanych – specyficznych dotyczących czynności językowych • określenie zespołu objawów obserwowanych – niespecyficznych dotyczących pamięci, myślenia oraz koncentracji uwagi
<i>logopedyczna</i>	• ocena budowy i sprawności narządów artykulacyjnych • ocena żucia i połykania • ocena oddychania • ocena fonacji • ocena recepcji oraz percepcji słuchowej • ocena rozumienia wypowiedzi słownych, nazywania, powtarzania oraz wypowiedzi spontanicznych (sprawność narracyjna i dialogowa) • określenie zasobu słownictwa biernego i czynnego (leksyka) • określenie trudności artykulacyjnych, z uwzględnieniem złożonych wypowiedzi, uwzględniających sprawność sytuacyjną, społeczną oraz pragmatyczną

źródło: opracowanie własne na podstawie: Jastrzębowska 1999: 394-396; Daniluk 2006: 124-125; Panasiuk 2009

Według standardów postępowania klinicznego opracowanych przez Polskie Towarzystwo Logopedyczne w diagnozowaniu niedokształcenia mowy o typie afazji kluczowym elementem jest badanie logopedyczne, które powinno obejmować następujące etapy (Panasiuk 2008: 74–76; 2010: 47–50):

1. *Wywiad*, pozwalający na zebranie informacji dotyczących:
 - a. szczegółowych danych na temat rozwoju dziecka w okresie prenatalnym – przebieg ciąży, perinatalnym – przebieg porodu i stan noworodka, w postnatalnym;
 - b. uwarunkowań genetycznych i środowiskowych;
 - c. dynamiki rozwoju mowy;
 - d. oceny objawów zaburzeń rozwoju mowy dziecka – specyficznych (językowych) i niespecyficznych (rozwój psychoruchowy, emocjonalny i społeczny).

2. *Obserwacja dziecka ukierunkowana na:*
 - a. zachowanie się dziecka;
 - b. sprawność motoryczną;
 - c. funkcje recepcyjne i percepcyjne;
 - d. orientację przestrzenną;
 - e. lateralizację;
 - f. sposoby inicjowania kontaktu;
 - g. metody komunikowania się dziecka z otoczeniem – werbalne i niewerbalne;
 - h. zdolność koncentracji uwagi;
 - i. rozwój emocjonalny.
3. *Ocena czynności mowy obejmująca:*
 - a. badanie sprawności systemowej:
 - artykulacji, prozodii i tempa mowy;
 - słownika biernego i czynnego dziecka;
 - ocena sprawności gramatycznej – form fleksyjnych, operacji słowotwórczych, konstrukcji składniowych;
 - sprawności narracyjnej;
 - b. badanie sprawności językowej i komunikacyjnej:
 - sprawności sytuacyjnej;
 - sprawności społecznej;
 - sprawności pragmatycznej;
 - c. badanie funkcji percepcyjnych:
 - rozumienia tekstów;
 - rozumienia zdań;
 - rozumienia nazw;
 - funkcji słuchowych (słuchu fonematycznego, pamięci i uwagi słuchowej);
 - d. badanie funkcji realizacyjnych:
 - nazywania;
 - powtarzania;
 - budowania zdań;
 - tworzenia wypowiedzi dialogowych;
 - tworzenia wypowiedzi narracyjnych – opisu, opowiadania.
4. *Ocena czynności fizjologicznych:* połykania, żucia, oddychania, fonacji.
5. *Ocena budowy i funkcjonowania aparatu artykulacyjnego.*
6. *Ocena wyższych funkcji psychicznych:* analizy i syntezy wzrokowej, myślenia, pamięci i uwagi.

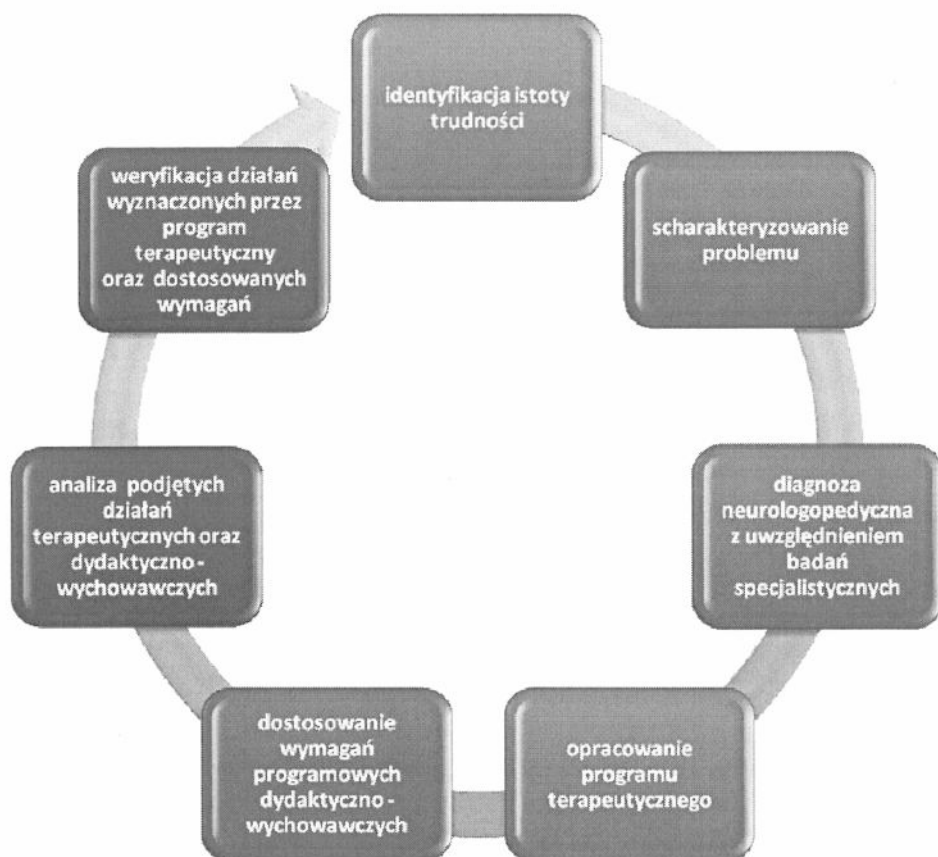
W czasie diagnozy niedokształcenia mowy o typie afazji należy wziąć także pod uwagę czy (Panasiuk 2008: 78):

- mowa od początku rozwijała się nieprawidłowo, czy też okresowo była prawidłowa;
- dziecko było diagnozowane lub leczone neurologicznie;
- objawy zaburzeń mowy są pierwotne czy współwystępują z innymi zaburzeniami rozwojowymi, np. niepełnosprawność intelektualna, niedosłuch;
- są to zaburzenia o specyficznym charakterze – dotyczą tylko trudności językowych czy wynikają z dysfunkcji mózgu;
- dziecko było diagnozowane przez psychiatrę, psychologa, audiologa;
- zaistniał czynnik będący przyczyną zaburzeń, np. alkoholizm w rodzinie dziecka, urazy czaszkowo-mózgowe, zapalenie opon mózgowych;
- poziom i przebieg rozwoju psychoruchowego dziecka jest zaburzony;
- rozwój językowy dziecka jest opóźniony w stosunku do normy wiekowej;
- dziecko było objęte terapią logopedyczną i jakie metody usprawniania rozwoju mowy stosowano.

Po wykonaniu diagnostyki specjalistycznej możemy przejść do kolejnych działań obejmujących planowanie postępowania diagnostyczno-terapeutycznego oraz dydaktyczno-wychowawczego (w odniesieniu do dzieci przedszkolnych i szkolnych), na które składają się poszczególne etapy:

1. identyfikacja trudności, z którymi boryka się dziecko;
2. scharakteryzowanie problemu na podstawie obserwowanych zachowań;
3. diagnoza neurologopedyczna z wykorzystaniem badań specjalistycznych;
4. opracowanie programu terapeutycznego postępowania logopedycznego z dzieckiem;
5. dostosowanie wymagań programowych dydaktyczno-wychowawczych; dotyczy to dzieci uczęszczających do przedszkola i szkoły – w związku z występującymi u nich zaburzeniami należy określić możliwości, zdolności i predyspozycje dziecka, które pomogą mu pokonywać trudności oraz realizować wymagania określone w *Podstawie programowej wychowania przedszkolnego* lub *Podstawie programowej kształcenia ogólnego/specjalnego*;
6. systematyczna analiza podjętych działań terapeutycznych oraz dydaktyczno-wychowawczych z uwzględnieniem efektów terapii prowadzonej z dzieckiem;
7. weryfikacja prowadzonego postępowania terapeutycznego oraz dydaktyczno-wychowawczego.

Schemat 2. Działania diagnostyczno-terapeutyczne oraz dydaktyczno-wychowawcze (dotyczy dzieci przedszkolnych i szkolnych), którymi powinno być objęte dziecko z zaburzeniami mowy wynikającymi z uszkodzeń mózgu



Źródło: opracowanie własne

Wyróżnione działania mają na celu pomóc dziecku z zaburzeniami mowy o typie afazji zdobyć umiejętności językowe umożliwiające podejmowanie oraz podtrzymywanie różnych form komunikacji z otoczeniem oraz kontaktów interpersonalnych.

Analizując wypowiedzi dzieci z zaburzeniami mowy o typie afazji, Parol (1997: 149–153) opracowała etapy postępowania terapeutycznego (tabela 10).

Tabela 10. Etapy postępowania terapeutycznego i ich charakterystyka

<i>Etapy postępowania terapeutycznego</i>	<i>Charakterystyka przebiegu postępowania terapeutycznego</i>
1. kwalifikacja zaburzenia na podstawie obserwacji wypowiedzi słownych	• nawiązanie kontaktu z dzieckiem w sprzyjającej i życzliwej atmosferze opartej na współdziałaniu • obserwacja możliwości komunikacji werbalnej i pozawerbalnej • określenie poziomu umiejętności budowania wypowiedzi i ich percepcji • wstępna kwalifikacja zaburzeń na podstawie nagrań oraz sporządzonych notatek
2. wyodrębnienie przyczyn	• przeprowadzenie wywiadu z rodzicami lub opiekunami dziecka na temat: - rozwoju dziecka, przebiegu ciąży i porodu, przebytych chorób lub różnych zdarzeń i ich wpływu na rozwój dziecka - zdrowia matki - zdrowia pozostałych członków rodziny • odnotowanie innych danych pozyskanych w czasie wywiadu • zapoznanie się z informacjami odnotowanymi w książeczce zdrowia • poznanie opinii przedszkola lub szkoły na temat dziecka i jego funkcjonowania • zapoznanie się z wynikami badań specjalistycznych: - neurologicznego - psychologicznego - neuropsychologicznego - laryngologicznego - audiologicznego • jeżeli jest taka potrzeba, należy posiłkować się również badaniami: - psychiatrycznymi - endokrynologicznymi - foniatrycznymi - ortopedycznymi - ortodontycznymi - okulistycznymi
3. zestawienie symptomów	• wyodrębnienie zniekształceń wypowiedzi słownych w obrębie: - treści językowej - form językowych - substancji fonicznej w płaszczyźnie segmentalnej
4. diagnoza	• dokonujemy szczegółowego rozpoznania na podstawie przyczyn i symptomów • dane niezbędne w diagnostyce uzyskujemy na podstawie analizy wypowiedzi badanego dziecka oraz rozumienia przez nie wypowiedzi pochodzących z otoczenia (o zrozumieniu świadczą wypowiedzi ustne oraz adekwatne reakcje) • uwzględniamy dane z wywiadu, obserwacji oraz badań specjalistycznych

<i>Etapy postępowania terapeutycznego</i>	<i>Charakterystyka przebiegu postępowania terapeutycznego</i>
5. określenie psychicznych i społecznych następstw zaburzeń	- wiedzy o stanie psychicznym dostarcza skrupulatnie prowadzona i dokładnie przeanalizowana książeczka zdrowia oraz wywiad - w czasie wizyt obserwujemy relacje panujące między dzieckiem a rodzicami (opiekunami) - wspieranie rodziców (opiekunów) w zaakceptowaniu zaburzeń rozwojowych ich dziecka - uświadomienie rodzicom (opiekunom) ich postaw przejawianych wobec dziecka oraz ich roli w pracy terapeutycznej - wytworzenie pozytywnego nastawienia wobec dziecka w przedszkolu lub szkole - podjęcie ścisłej współpracy nauczyciela z logopedą oraz zaangażowanie go w pracę terapeutyczną
6. terapia	- praca terapeutyczna powinna być prowadzona już z dwuletnim dzieckiem, które nie opanowało mowy we właściwym stopniu w stosunku do wieku - w pracy rewalidacyjnej powinny brać udział: poradnia, rodzina, przedszkole lub szkoła, ponieważ tylko taka współpraca gwarantuje sukces

źródło: opracowanie własne na podstawie Parol 1997: 149-153

W terapii logopedycznej prowadzonej z dzieckiem z niedokształceniem mowy o typie afazji możemy wykorzystać opracowane przez Panasiuk (2010) standardy postępowania logopedycznego. W przypadku niedokształcenia mowy o typie afazji motorycznej (ekspresyjnej, ruchowej) proponuje ona następujące etapy terapii oraz ćwiczenia:

Tabela 11. Standardy postępowania logopedycznego w przypadku niedokształcenia mowy o typie afazji motorycznej (ekspresyjnej, ruchowej)

<i>Etapy terapii</i>	<i>Cele i ćwiczenia terapeutyczne</i>
etap I	ćwiczenia relaksacyjne
etap II	ćwiczenia ruchowe rozwijające ogólną sprawność motoryczną (motoryka duża)
etap III	ćwiczenia rozwijające sprawność manualną (motoryka mała)
etap IV	stymulowanie psychiczne gotowości do mówienia (drama)
etap V	- realizacja intencji komunikacyjnej przy użyciu kodów niewerbalnych - powtarzanie wypowiedzi rytmizowanych – wierszyki, wyliczanki, piosenki
etap VI	realizacja intencji komunikacyjnej bez udziału kodów para – werbalnych
etap VII	ćwiczenia analizy i syntezy wypowiedzi przy wykorzystaniu rozmaitych analizatorów – klaskanie, rzucanie piłką, stukanie klockami, podskakiwanie
etap VIII	ćwiczenia sprawności aparatu artykulacyjnego, oddechowego i fonacyjnego
etap IX	ćwiczenia artykulacyjne
etap X	ćwiczenia prozodyczne

źródło: Panasiuk 2010: 63

Kordyl (1968) podkreśla, że praca terapeutyczna z dzieckiem z niedokształceniem mowy o typie afazji ekspresyjnej (motorycznej, ruchowej), prowadzona systematycznie, daje pozytywne efekty. Znacznie wzrasta:

- zasób słownictwa;
- łatwość wypowiadania słów (w tym również dłuższych);
- poprawność fonetyczna i gramatyczna wypowiedzi;
- płynność wypowiadania;
- długość wypowiedzi;
- odwaga i ochota do wypowiadania się;
- ilość swobodnych wypowiedzi.

Natomiast podczas pracy z dzieckiem z niedokształceniem mowy o typie afazji sensorycznej (percepcyjnej) Panasiuk (2010) proponuje następujące etapy i rodzaje ćwiczeń:

Tabela 12. Standardy postępowania logopedycznego w przypadku niedokształcenia mowy o typie afazji sensorycznej (percepcyjnej)

<i>Etapy terapii</i>	<i>Cele i ćwiczenia terapeutyczne</i>
<i>etap I</i>	• ćwiczenia w rozpoznawaniu akustycznych właściwości dźwiękowych (długi – krótki, ciche – głośne, wysokie – niskie)
<i>etap II</i>	• ćwiczenia w nadawaniu znaczeń dźwiękom: - semantyzacja dźwięków naturalnych (ziewanie, klaskanie, tupanie, gwizdanie) - symbolizacja dźwięków (onomatopcje) - odczytywanie barwy dźwięków (wesoło, żwawo, smutno, załośnie, groźnie, łagodnie)
<i>etap III</i>	• rozpoznawanie znaczeń wzorców intonacyjnych (pytanie, polecenie, oznajmienie)
<i>etap IV</i>	• rozpoznawanie globalnego znaczenia wypowiedzi (do której sytuacji przedstawionej na ilustracji odnosi się dana wypowiedź)
<i>etap V</i>	• delimitacja tekstu na całości intonacyjne (wypowiedzenia)
<i>etap VI</i>	• wyodrębnianie struktur tonicznych w obrębie zdania • wystukiwanie zestrojów akcentowanych
<i>etap VII</i>	• analiza sylabowa prostych zdań
<i>etap VIII</i>	• ćwiczenia w przyporządkowaniu nazw desygnatom
<i>etap IX</i>	• ćwiczenia w analizie i syntezie głoskowej i literowej
<i>etap X</i>	• ćwiczenia słuchu fonematycznego

źródło: Panasiuk 2010: 63

Terapia logopedyczna prowadzona z dzieckiem z afazją percepcyjną jest procesem powolnym i mimo prowadzonych działań nadal utrzymują się:

- trudności w rozumieniu i produkowaniu mowy;
- zniekształcenia w obrębie brzmienia wypowiedzianych słów;
- agramatyzmy oraz błędy składniowe;
- komunikacja pozawerbalna.

Znaczej poprawie ulega kontakt emocjonalny z dzieckiem oraz jego aktywność artykulacyjna – dziecko mówi dużo i chętnie, jego słownik staje się bogatszy, zaczynają pojawiać się wyuczone schematy zdaniowe oraz spontaniczne wypowiedzi (Kordyl 1968).

Wykorzystane w pracy z dzieckiem z niedokształceniem mowy o typie afazji ćwiczenia powinny być krótkie i ograniczać zakres realizowanego materiału ściśle do tematyki wykorzystywanej w czasie jednostki terapeutycznej, tak aby dziecko było zainteresowane tym, co robi i potrafiło skupić uwagę na zadaniu.

Bibliografia

- Balejko A. (2003): *Diagnoza i terapia osób z afazją*, ORTHDRUK, Białystok.
- Borkowska A., Domańska Ł. (2006): *Neuropsychologia kliniczna dziecka*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Daniluk B. (2006): *Specyficzne zaburzenia językowe u dzieci*, [w:] A. Borkowska, Ł. Domańska (red.): *Neuropsychologia kliniczna dziecka*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Dilling-Ostrowska E. (1990): *Zaburzenia mowy*, [w:] J. Czochońska (red.), *Neurologia dziecięca*, PZWL, Warszawa.
- Dilling-Ostrowska E. (1982): *Rozwój i zaburzenia mowy u dzieci w zależności od stopnia dojrzałości układu nerwowego*, [w:] J. Szumska (red.) *Zaburzenia mowy u dzieci*, PZWL, Warszawa.
- Gałkowski T., Jastrzębowska G. (1999): *Logopedia. Pytania i odpowiedzi*, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole.
- Gleason J. B., Ratner N. B. (2005): *Psycholingwistyka*, GWP, Gdańsk.
- Herzyk A. (1998): *Afazja dziecięca*, Biuletyn – Czasopismo Polskich Terapeutów Mowy, Wydawnictwo Fundacji ORATOR.
- Herzyk A. (1992): *Afazja i mutyzm dziecięcy*, Wydawnictwo PZM, Lublin.
- Jastrzębowska G. (1998a): *Podstawy teorii i diagnozy logopedycznej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole.
- Jastrzębowska G. (1998b): *Dysfazja, afazja u dzieci*, Biuletyn – Czasopismo Polskich Terapeutów Mowy, Wydawnictwo Fundacji ORATOR.

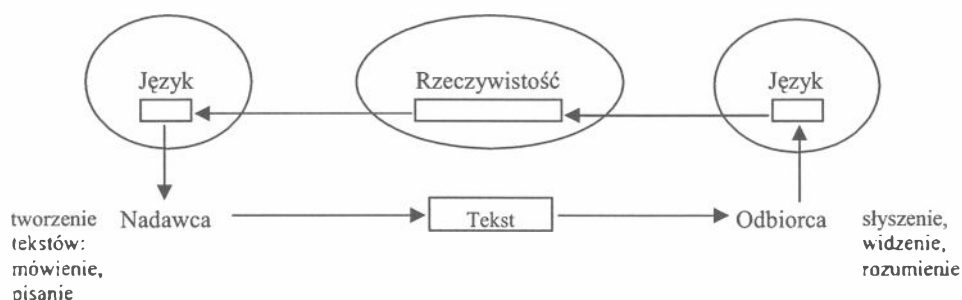
- Jastrzębowska G. (1999): *Afazja, dysfazja dziecięca*, [w:] T. Gałkowski, G. Jastrzębowska (red.): *Logopedia. Pytania i odpowiedzi*, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole.
- Jastrzębowska G. (2001): *Z metodologii opisu alalii (afazji, dysfazji rozwojowej)*, [w:] S. Grabias (red.): *Zaburzenia mowy*, Wydawnictwo Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin.
- Kordyl Z. (1968): *Psychologiczne problemy afazji dziecięcej*, PWN, Warszawa.
- Kordyl Z. (1969): *Mowa dzieci afatycznych*, „Logopedia” nr 8/9.
- Kurcz I. (1995): *Pamięć. Uczenie się. Język*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Łuria A. (1967): *Zaburzenia wyższych czynności korowych wskutek ogniskowych uszkodzeń mózgu. Wprowadzenie do neuropsychologii*, PWN, Warszawa.
- Maruszewski M. (1966): *Afazja – zagadnienia teorii i praktyki*, PWN, Warszawa.
- Minczakiewicz E. M. (1997): *Mowa – rozwój – zaburzenia – terapia*, Wydawnictwo Naukowe AP, Kraków.
- Panasiuk J. (2008): *Standard postępowania logopedycznego w przypadku alalii i niedokształcenia mowy o typie afazji*, [w:] „Logopedia” nr 37, *Standardy postępowania logopedycznego*, Polskie Towarzystwo Logopedyczne, Lublin, s. 69-88.
- Panasiuk J. (2010): *Zaburzenia mowy u dzieci chorych neurologicznie – diagnoza i terapia logopedyczna*, [w:] B. Cyl (red.): *Różne aspekty rozwoju mowy*, Regionalny Ośrodek Metodyczno – Edukacyjny METIS, Katowice.
- Parol U. (1997): *Dziecko z niedokształceniem mowy. Diagnoza, analiza, terapia*, WSiP, Warszawa.
- Skorek E. M. (2002): *Z logopedią na ty. Podręczny słownik logopedyczny*, Oficyna Wydawnicza IMPULS, Kraków.
- Styczek I. (1980): *Logopedia*, PWN, Warszawa.
- Szumaska J. (1982): *Zaburzenia mowy u dzieci*, PZWL, Warszawa.
- Zaleski T. (1992): *Opóźniony rozwój mowy*, PZWL, Warszawa.

MUTYZM DZIECIĘCY

Pojęcie mutyzmu

Komunikacja to porozumiewanie się, czyli celowa oraz świadoma wymiana poszczególnych informacji lub treści między jedną osobą, wysyłającą te informacje, a drugą, która je odbiera (schemat 1). Akt komunikacji stanowi więc wymianę informacji realizowaną w konkretnym czasie i przestrzeni.

Schemat 1. Model aktu językowego



źródło: Pawłowska 2002: 9

Konwencjonalnie komunikację dzielimy na werbalną i niewerbalną. W obrębie komunikacji werbalnej komunikat ma postać językową, czyli składa się ze słów albo z innych symboli, reprezentujących te słowa. Z kolei komunikacji niewerbalnej przeważnie używamy do przedstawiania emocji, uczuć, postaw, choć bywają gesty mające mniej lub bardziej określone znaczenie językowe (Pąchalska 2007).

W literaturze przedmiotu spotyka się pojęcie kompetencji komunikacyjnej, czyli zdolności wykorzystywania języka jako narzędzia porozumienia się w założonym celu, dostosowania środków językowych do aktualnej sytuacji w ramach aktu mowy. Poziom kompetencji językowej bywa zróżnicowany. Wiadomo, że praktyczną wiedzę językową w wyższym stopniu mają ludzie dorośli, którzy od urodzenia posługują się językiem, niż małe dzieci, czy cudzoziemcy, uczący się dopiero danego języka. Poziom kompetencji zależy też od wykształcenia człowieka,

jego indywidualnych predyspozycji, własnego stosunku do języka, a także od stanu zdrowia (Gałkowski 2005).

Komunikacja werbalna stanowi ważny element w procesie porozumiewania się. Najczęstszą jej formą jest mowa. Dzięki komunikacji słownej nie tylko wymieniamy myśli i poglądy z innymi, ale również poznajemy świat oraz zjawiska w nim zachodzące. Sprawna komunikacja jest szczególnie ważna w przypadku małych dzieci, jak i tych rozpoczynających naukę szkolną. Nabywanie mowy, a później komunikowanie się, wpływa na rozwój psychospołeczny dziecka, kształtuje prawidłowy stosunek do samego siebie, wpływa na samoakceptację. Obok zdarzających się artykulacyjnych wad wymowy, opóźnień rozwoju mowy, jąkania, afazji, dysartrii, może pojawić się *mutyzm*, który jest zjawiskiem co raz bardziej powszechnym. Jest on następstwem utraty korowych i podkorowych wpływów motywacyjnych na ośrodki sterujące czynnością mowy (Pruszewicz 1992). *Objawia się całkowitą niemożnością posługiwania się mową, ale rozumienie mowy jest przy tym zachowane. Występuje u osób, które uprzednio mówiły i które mają aparat mowny (zarówno część centralną jak i obwodową) nie uszkodzony* (Styczek 1981: 423). Zdaniem Cummingsa (2003: 83) *Termin mutyzm stosowany jest do określenia zarówno utraty zdolności mowy (z zachowaną zdolnością do chrząkania, kaszlu, śpiewu itd.), i całkowitego zaniku zdolności wydawania dźwięków przy zachowanej przytomności. Obok logofobii jest najbardziej typowym przykładem zaburzenia mowy u osób cierpiących na nerwicę. Jest zaprzestaniem mówienia z przyczyn psychologicznych, które w związku z tym leżą poza aparatem mowy* (Zaleski 1992: 76). Logoneurozy to nerwice mowy występujące u osób z zaburzeniami psychicznymi. *Nerwica jest czynnościowym zaburzeniem w zakresie wyższych czynności nerwowych (tzw. czynności psychicznych), nie powodującym jednak zmian osobowości ani krytycyzmu, nie będącym więc chorobą psychiczną* (Styczek 1981: 422). Synonimy mutyzmu: *bezruch mowy, zanik mowy, całkowite zaniemówienie, apraksja artykulacyjna* (Pruszewicz 1992: 277). Według Herzyk (1992: 29) *Mutyzm jest definiowany jako brak lub ograniczenie mówienia (ekspresji oralnej) przy zachowaniu rozumienia mowy oraz możliwości porozumiewania się pisemnego. Zdaniem Reuttowej (1971: 34) Słowem mutyzm określamy wypadki, w których osobnik przy zachowaniu nienaruszalności organów centralnych i organów ekspresji – milczy, chociaż poprzednio posługiwał się już mową. W przypadkach uszkodzenia organów centralnych mówimy nie o mutyzmie, lecz o afazji. Niemniej jednak mutyzm może być obecny w początkowej fazie afazji niepełnej (afazja Broca, afazja całkowita), stanowiąc charakterystyczną, wczesną cechę afazji związanej z uszkodzeniami podkorowymi (wzgórze, jądra podstawy) oraz w afazji ruchowej transkorowej* (Cummings 2003: 85).

Mutyzm selektywny opisano po raz pierwszy w 1870 roku. Sądono wtedy, że osoby z tym zaburzeniem nie odzywają się celowo i dlatego nazwano ten typ

trudności *afazją zamierzoną*. W roku 1927 Morgenstern opisała pierwszy przypadek mutyzmu psychogennego, a w 1934 roku przedstawiono zjawisko *mutyzmu wybiórczego*, którym to zajmował się Tramer (1949). Dopiero wyniki badań opublikowane w 1934 roku w magazynie *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* wykazały, że odmowa mówienia u osób z tym zaburzeniem nie jest indywidualnym wyborem i nie wynika z uporu, lecz jest przejawem *fobii społecznej*. Schorzenie to ma związek z pojawieniem się uczucia lęku przed kontaktami interpersonalnymi. Obawy te mogą doprowadzić do innych zachowań, np. unikania kontaktu wzrokowego, ograniczenia mimiki, obawy przed kontaktem fizycznym, nerwowych odruchów, zamknięcia się w sobie (Herzyk 1992).

Mutyzm występuje rzadko, dotyczy około 0,02% grupy dzieci i młodzieży oraz 0,2% dzieci leczonych psychiatrycznie. Najczęściej dotyka dzieci w końcowym etapie rozwoju mowy lub w początkowej fazie dojrzewania (Popek 2005). Zdaniem Cummingsa (2003: 86) *7 na 1000 dzieci cierpi z powodu przemijającego mutyzmu wybiórczego, a u 0,7% dzieci utrzymuje się ponad 6 miesięcy*.

W *Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych* (ICD) istnieje m.in. podział zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania. W tej klasyfikacji zaburzenia rozwoju mowy i języka należą do kategorii ICD-10, a zaburzenia komunikacji u dzieci są określone jako wycinkowe, specyficzne, a niektóre jako całościowe. Zaburzenia rozwoju stanowią dotychczas najmniej rozpoznany problem, gdyż etiologia większości przypadków jest nieznana i zarówno granice, jak i precyzyjny podział tych zaburzeń rozwojowych jest niepewny.

W ICD-10 wyróżnia się trzy podstawowe rodzaje rozwojowych zaburzeń psychicznych; są to następujące grupy diagnostyczne:

- 1) F70 – F79 – upośledzenie umysłowe,
- 2) F80 – F89 – zaburzenia rozwoju psychicznego,
- 3) F90 – F98 – zaburzenia zachowania i emocjonalne.

Mutyzm wybiórczy, jękanie i mowę bełdadną (gielkot) zaliczono do grupy trzeciej F90 – F98, określonej jako *zaburzenia zachowania i emocjonalne*, rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku dorastania.

Zaburzenia lękowe w postaci fobii i inne zaburzenia lękowe, nerwicowe – włączono do kategorii F40 – F48 jako zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i występujące w postaci somatycznej (Namysłowska 2005).

Reuttowa (1971: 39) pisze, że: ze względu na dającą się określić przyczynę bezpośrednią, mutyzm może występować:

- w schizofrenii (w jej formie katatonicznej);
- w histerii – zazwyczaj po wypadkach wyzwalających objawy histeryczne;
- jako mutyzm tymogeny (afektywny) po wielkich wstrząsach uczuciowych, różniący się tym od mutyzmu histerycznego, że dotknięta nim jednostka nie zdradza żadnych innych objawów histerycznych;
- mutyzm ideogeny, wypływający z przekonania, że narząd głosowy jest chory i niezdolny do wydawania dźwięków;
- jako przejściowy mutyzm „nieśmiały”;
- jako mutyzm „symulantów”, dorzucających zazwyczaj głuchotę do jego objawów, co może ułatwić diagnozę;
- mutyzm jako oznaka otępienia, wyraz zatrzymania wszelkich procesów myślowych;
- mutyzm woluntarny – w pewnych sytuacjach krytycznych, przez ostrożność lub z obawy przed kompromitacją;
- mutyzm dziecięcy – wynikający z różnych przyczyn”.

Ze względu na etiologię wyodrębnia się dwa rodzaje mutyzmu, tj. *mutyzm funkcjonalny* (psychogeny) i *mutyzm organiczny*. Podział ten nie jest rozłączny. Często obraz mutyzmu tworzą zarówno czynniki organiczne, jak i psychogenne. Niekiedy nawet nieznaczne dysfunkcje organiczne mogą dawać głęboki stopień zaburzenia, gdy współwystępują z nimi niekorzystne czynniki zewnętrzne (Herzyk 1992).

Mutyzm funkcjonalny rozpoznajemy, gdy spełnione są następujące warunki:

- jest wykluczona lub mało prawdopodobna dysfunkcja mózgu;
- brak zaburzeń w budowie i funkcjonowaniu narządów mowy;
- obecność zewnętrznych czynników patogeny o różnym charakterze (deprywacja środowiskowa, nieprawidłowa struktura rodziny, błędy wychowawcze, silne przeżycia psychiczne, długotrwałe sytuacje stresowe).

Dziecko z mutyzmem funkcjonalnym przejawia uogólnioną i trwałą niechęć do mówienia, nie mówi lub mówi mało.

Wymienia się następujące rodzaje *mutyzmu funkcjonalnego*: *mutyzm selektywny* (*mutyzm sytuacyjny*) oraz *mutyzm całkowity* (Herzyk 1992).

Mutyzm selektywny (*wybiórczy*) – to zaburzenie najczęściej rozwijające się w dzieciństwie. Dziecko w pewnych sytuacjach i z pewnymi osobami rozmawia, z innymi nie (widoczna jest niechęć do mówienia w postaci odpowiadania monosylabami, braku inicjowania spontanicznych wypowiedzi); np. dziecko nie mówi w przedszkolu, na lekcjach w klasie, ale rozmawia z niektórymi nauczycielami i rówieśnikami poza lekcjami. Może rozmawiać w domu, ale nie zawsze ze

wszystkimi członkami rodziny (rozmawia z matką lub tylko z ojcem, albo tylko z rodzeństwem); dziecko często zachowuje dystans w stosunku do otoczenia reagując ucieczką lub wybuchami płaczu na próby nawiązania z nim kontaktu (może tak reagować, gdy terapeuta zbliża się do niego lub gdy chce wziąć go za rękę).

Mutyzm sytuacyjny – pojawia się u dzieci prawidłowo mówiących, w sytuacjach nowych czy też trudnych dla dziecka. Mutyzm ten wycofuje się wraz ze zmianą sytuacji; na przykład okresowy mutyzm mogą przejawiać dzieci w pierwszych dniach lub tygodniach pobytu w szkole, w przedszkolu. W mutyzmie selektywnym czy sytuacyjnym dziecko rozmawia w pewnych sytuacjach i z pewnymi osobami (Herzyk 1992).

Mutyzm całkowity – określany jest czasem mianem *mutyzmu histerycznego*; dziecko nie mówi wcale, nie używa języka mówionego w żadnej sytuacji; mogą pojawiać się nieartykułowane dźwięki, krzyk lub bezgłośny szept zastępujące wypowiedź językową. Bywa, że dziecko odpowiada niewerbalnie (np. kiwanie głową zamiast odpowiedzi „tak”). Mogą współwystępować dodatkowe objawy, takie jak: *dysfagia* (trudności w przełykaniu), brak łaknienia (może przybrać postać anoreksji), *animia* (zredukowana mimika twarzy, ograniczone mimowolne ruchy oczu), *afonia* (bezgłos – rzadko występuje). Mutyzm całkowity ma charakter psychogeny i może być reakcją dziecka na sytuacje trudne lub zagrożenia. Nie zawsze można ustalić przyczynę zaburzeń zachowania dziecka. Jeżeli przyczyną mutyzmu całkowitego są konflikty rodzinne, wówczas mutyzm jest reakcją obronną dziecka. W takich przypadkach konieczna jest terapia zachowań rodziców prowadząca do zmiany nastawień i oddziaływań wychowawczych (tj. zmiany relacji rodzice – dziecko). Prowadzi się wówczas terapię psychodynamiczną (analiza zachowania lub wytworów dziecka), a także terapię objawową. Mutyzm całkowity często towarzyszy *psychozom dziecięcym*; nasila się on w ostrym stanie chorobowym, a zmniejsza w stanie remisji. Wtedy dzieci mogą wypowiadać pojedyncze słowa, odpowiadać na pytanie „nie/tak”. Jednak takie wypowiedzi zdarzają się rzadko nawet w tym okresie. Mutyzm jako objaw choroby psychicznej wymaga kompleksowego leczenia klinicznego, w które powinna zostać włączona terapia logopedyczna (Herzyk 1992).

Do odmian *mutyzmu organicznego* należą mutyzm akineetyczny, hiperkineetyczny, afatyczny.

Mutyzm organiczny – może występować w postaci częściowego zredukowania ekspresji oralnej lub jej braku. Przyczyną są organiczne uszkodzenia peryferycznych organów mowy lub uszkodzenia mózgu. Peryferyczne dysfunkcje narządów mowy współwystępujące z mutyzmem (np. nieprawidłowości w budowie krtani, podniebienia) wymagają leczenia laryngologicznego. W mutyzmie organicznym z powodu dysfunkcji mózgu, brak mowy występuje na tle innych objawów uszkodzeń centralnego systemu nerwowego, wśród których najczęściej wy-

mieniana jest *apraksja oralna* – zaburzenia w ruchach dowolnych warg i języka, wywołane trudnościami w odpowiednim ułożeniu mięśni tych organów. Trudności w *praksji oralnej* przejawiają się zaburzeniami w wykonywaniu takich czynności jak dmuchanie, gwizdanie, wysuwanie języka itp. Mogą one występować bez znacznych niedowładów mięśniowych. Artykulacja jest niewyraźna i zamazana. Mówienie sprawia dziecku trudności i mutyzm jest konsekwencją takiej sytuacji. Jeżeli ćwiczenia praksji oralnej są skuteczne i przynoszą poprawę, objawy mutyzmu mogą się wycofywać.

Mutyzm akinetyczny, czyli bezruch mowy. Zdaniem Pruszewicza (1992) jest następstwem uszkodzenia środkowych struktur mózgu lub przerwania ich łączności z korowym obszarem ekspresji mowy. Uszkodzenia dotyczą najczęściej istoty szarej. W wyniku tych uszkodzeń występuje bezruch mowy i apraksja artykulacyjna, które są skutkiem utraty „rozzusznika”, czyli braku oddziaływania korowych i podkorowych wpływów motywacyjnych na czynność mowy (Pruszewicz 1992). *W mutyzmie akinetycznym chory nie mówi, otwiera oczy, rozgląda się, nie reaguje na rozkazy i sytuacje otoczenia. W przypadku silnych bodźców bólowych odpowiada ruchową reakcją obronną, czasem wspartą przekleństwem. Mutyzm akinetyczny bywa zazwyczaj stanem przejściowym, rzadziej natomiast występuje w postaci przewlekłej jako zespół zamknięty w sobie w zejściowych stanach apalicznych, po głębokiej długotrwałej śpiączce. Przyczyną tych stanów są uszkodzenia pnia mózgu, urazy, udary naczyniowe, nowotwory, wodogłowie wewnętrzne i inne* (Pruszewicz 1992: 277). Mutyzm akinetyczny występuje na tle patologicznie spowolnionej wszelkiej aktywności ruchowej, co przejawia się brakiem reakcji na wszystkie bodźce ze środowiska (nie tylko werbalne). Reakcje wegetatywne (ziewanie, kaszel, mruganie) są obecne. Mutyzm nie zawsze jest całkowity, czasami można uzyskać zredukowane odpowiedzi (wypowiadane szeptem). Dziecko z akinezą sprawia wrażenie zmęczonego fizycznie i psychicznie, co przejawia się bardzo wolnym tempem wypowiadania nawet krótkich zadań i szybkim rozproszeniem uwagi. Akineza występuje w różnych schorzeniach neurologicznych, a głębokość mutyzmu i efekty terapii logopedycznej zależą od przebiegu choroby. Według Pąchalskiej (2007) pierwotnym objawem przedjęzykowym, pojawiającym się w okresie tuż po wybudzeniu pacjenta z długotrwałej śpiączki, jest tzw. mutyzm akinetyczny. *Pacjent w takim stanie jest przytomny, w wąskim sensie tego słowa, ale jeszcze nie jest świadomy tego, że jego ciało należy do niego. Mutyzm ten można by również nazywać akinezą niemą, gdyż jest to zaburzenie globalne: pacjent nie rusza się w ogóle dlatego, że kontakt pomiędzy „ja” a „ciałem” nie został jeszcze odnowiony. Zatem siłą rzeczy narząd mowy nie może funkcjonować prawidłowo, a jeżeli już, to tylko w odpowiedzi na reakcje odruchowe: jęki, wycie i podobne odgłosy* (Pąchalska 2007: 87).

Wyróżniamy dwa rodzaje mutyzmu akinetycznego. *Pierwszy rodzaj to „coma vigile”, kiedy to pacjent pozostaje w bezruchu, z zachowanym, jak się zdaje, stanem czuwania oraz zachowanymi ruchami gałek ocznych (...) Drugi somnolencyjny rodzaj mutyzmu charakteryzuje się zaburzeniami ruchomości gałek ocznych, przy czym pacjent zdaje się spać przez większą część czasu* (Cummings 2003: 85).

Mutyzm hiperkinetyczny – objawia się ogólnym niepokojem ruchowym przejawiającym się w ruchach niecelowych, przymusowych i niekontrolowanych, czasami w postaci stereotypii. Są to ruchy całego ciała i rąk znacznie utrudniające wykonywanie ruchów celowych. W ekspresji oralnej, zamiast reakcji werbalnej, może pojawiać się krzyk lub głośne nieartykułowanie dźwięków. W głębokich stopniach niepokoju ruchowego kontakt z dzieckiem jest bardzo trudny; dziecko może spełniać krótkie polecenia, ale dłuższe ćwiczenia są niemożliwe.

Mutyzm afatyczny – termin ten jest używany do określenia braku ekspresji werbalnej w głębokiej formie afazji ruchowej. W odróżnieniu od afazji totalnej zachowane jest rozumienie. Mutyzm afatyczny ma na ogół charakter przemijający, a postępowanie terapeutyczne jest takie, jak w terapii afazji. Mutyzm afatyczny stanowi głębszą formę werbalnej agnozji słuchowej występującej w zaburzeniach receptywno-ekspresyjnych afazji wrodzonej. Dziecko nie wypowiada się spontanicznie, nie powtarza. Bywa, że może nauczyć się czytać i pisać, ale w ograniczonym stopniu, tzn. czytanie głośne jest niemożliwe (Herzyk 1992).

Minczakiewicz (1997) także wyodrębniła mutyzm w autyzmie. Może on być jednym z elementów autyzmu dziecięcego. *W obrazie klinicznym mutyzmu oprócz uporczywego, konsekwentnego milczenia rozpoznawane być mogą dodatkowe, wyraźne symptomy autyzmu: putrzenie w dal poprzez osoby i przedmioty, stereotypowe ruchy głowy i kończyn, wykręcanie palców, kiwanie się, animia polegająca na zredukowaniu mimiki twarzy* (Minczakiewicz 1997: 141).

Charakterystyka funkcjonowania dziecka z mutyzmem

Dziecko z mutyzmem zachowuje się właściwie, kiedy czuje się bezpiecznie. W momencie znalezienia się w centrum uwagi odczuwa narastający strach, co pogłębia jego świadomość, że mówienie będzie oczekiwane i pożądane. W takiej sytuacji dziecko nie może „wykrztusić” słowa. Ludzie cierpiący w dzieciństwie na mutyzm, którzy opisują swoje uczucia po latach, mówią, że ich gardło było jak ściśnięte lub sparaliżowane. Nie jest więc zaskakujące, że cierpiący próbuje bronić się przed tak nieprzyjemnym uczuciem.

Dziecko jest wrażliwe na to, jak inni je oceniają. Obawia się bycia innym, boi się krytyki oraz odrzucenia i nie chce, żeby ktokolwiek wiedział o jego strachu. W rezultacie zaczyna unikać zajęć, w których tak naprawdę chciałoby uczestni-

czyć. Wie, że mówienie prowadzi do akceptacji, tworzenia przyjaźni, ale mówienie, a w szczególności inicjowanie rozmowy, jest dla niego niewiarygodnie trudne. Wówczas „rezygnuje” z mówienia poprzez unikanie ludzi oraz izolację. Nie nabywa umiejętności społecznych, staje się samotne, nawet jeśli nie jest samotnikiem (Johnson 2001).

Na charakterystyczny obraz dziecka z mutyzmem składa się typowa sylwetka i zachowanie. Dzieci te trzymają głowę i ramiona lekko przygięte do przodu. Obserwuje się prosty kręgosłup, sztywne i napięte kończyny. Unikają kontaktu wzrokowego, kierując spojrzenie w dół lub bok. Uboga jest mimika ich twarzy. Natomiast wyraz oczu świadczy o tym, że dziecko interesuje się otoczeniem (Popek 2005).

Najczęściej występujące cechy osobowości dzieci mutystycznych to społeczny lęk, wycofywanie się, wrażliwość i upór, kontrolowanie i manipulowanie otoczeniem, stawianie biernego oporu, zachowania agresywne.

Ważne jest różnicowanie mutyzmu i umysłowych zaburzeń rozwoju psychoruchowego, gdyż nietrafne rozpoznanie upośledzenia rani zarówno dziecko, jak i jego rodziców. *Rutynowe testy inteligencji nie są właściwym narzędziem badania dzieci z objawami mutyzmu. Niezdolność do współpracy z badającym i brak odpowiedzi słownych może powodować, że dziecko uzyskuje niskie wyniki liczbowe, te zaś, mechanicznie odczytane, bywają podstawą do zakomunikowania rodzicom rozpoznania upośledzenia (...) Wskaźnikami dobrych możliwości rozwojowych dziecka mutycznego są:*

- *okres prawidłowego rozwoju przed wystąpieniem mutyzmu;*
- *samorzutna aktywność poznawcza poza sytuacjami zadaniowymi;*
- *orientacja w sytuacjach rodzinnych i życiowych, choć nie wyrażona słowami;*
- *prawidłowość gramatyczna wypowiedzi, jakkolwiek rzadko by się one pojawiły* (Olechnowicz 1997: 105).

Diagnoza mutyzmu dziecięcego

Ocena artykulacji czy ewentualnych zaburzeń mowy jest utrudniona, gdyż dzieci z mutyzmem raczej nie dadzą się namówić na rozmowę ze specjalistą. Konieczne jest przeprowadzenie badania mowy w inny sposób, np. na podstawie nagrania wykonanego przez rodziców lub też na podstawie pisemnych wypracowań dziecka. Ponadto obrazkowe testy językowe, w których wymaga się od dziecka wskazywania obrazka stanowiącego ilustrację określonego słowa, mogą być stosowane jako badania przesiewowe pozwalające wykryć problemy związane z rozumieniem mowy.

Dziecko z mutyzmem może cechować prawidłowa wymowa pod względem artykulatoryjnym bądź występowanie typowych wad wymowy, takich jak: sygmatyzm, rotacyzm, interdentalna realizacja głosek i inne, np. dyslalia złożona.

Należy pamiętać, że dzieci mutystyczne reagują wzmocnieniem oporu na uczenie ich mówienia drogą poleceń. Rutynowe postępowanie logopedyczne nie jest wobec nich wskazane.

Ustaleniem diagnozy mutyzmu zajmuje się zespół specjalistów (tabela 1), w skład którego wchodzi, w zależności od obrazu klinicznego dziecka: neurolog (lub psychiatra), psycholog, pedagog, neurologoped (lub logopeda ogólny).

Tabela 1. Specjaliści uczestniczący w diagnozie mutyzmu

<i>Specjaliści biorący udział w rozpoznaniu mutyzmu</i>						
<i>Rodzaj mutyzmu</i>	<i>neurolog</i>	<i>psychiatra</i>	<i>psycholog</i>	<i>pedagog</i>	<i>neurologoped</i>	<i>logopeda</i>
<i>organiczny</i>	tak	tak	tak		tak	
<i>funkcjonalny</i>		tak	tak	tak		tak

źródło: opracowanie własne

Rozpoznanie mutyzmu powinno być poprzedzone diagnozą stanu psychicznego i somatycznego dziecka. Należy wykluczyć zaburzenia słuchu oraz neurologiczne zaburzenia mowy. Obserwacja dziecka i diagnoza psychologiczna uwzględniająca poziom rozwoju intelektualnego i trudności rozwojowych powinny być uzupełnione nagraniem wypowiedzi dziecka w sytuacjach, w których mówi (Popek 2005). Niezbędne jest przeprowadzenie wywiadu środowiskowego z prawnymi opiekunami dziecka.

Postępowanie terapeutyczne prowadzone wobec dziecka z mutyzmem

W literaturze przedmiotu w przypadku mutyzmu selektywnego odnajdujemy dwa sposoby oddziaływań, tj. nastawienie na eliminację objawów oraz niekorzystnych czynników środowiskowych. Sposoby te wzajemnie się uzupełniają.

W terapii dziecka z mutyzmem selektywnym konieczna jest współpraca otoczenia, udział rodziców lub nauczycieli w zajęciach terapeutycznych. Bywa, że środowisko rodzinne lub szkolne nie chce współpracować z terapeutą; wówczas oddziaływania terapeutyczne mogą być mniej skuteczne, chociaż poprawa poro-

zumienia dziecka z otoczeniem jest możliwa. Dziecko z mutyzmem trudno nawiązuje kontakt pozawerbalny z nieznanymi osobami, dlatego może pojawiać się lęk oraz wycofywanie z komunikacji.

Herzyk (1992) zaproponowała następujące oddziaływania terapeutyczne:

Tabela 2. Etapy postępowania terapeutycznego

<i>Etapy terapii</i>	<i>Proponowane oddziaływania terapeutyczne</i>
<i>etap I</i>	• biernie obserwowanie przez terapeutę kontaktu dziecka z osobą, z którą zwykle rozmawia (jest to najczęściej matka lub członek rodziny) • zwrócenie uwagi, w jakich sytuacjach można uzyskać odpowiedź werbalną od dziecka i jaka jest to odpowiedź (obserwowanie dziecka, sporządzanie notatek) • zarejestrowanie, czy i w jaki sposób dziecko wypełnia instrukcje werbalne (np. przynieś, podaj, weź, pokaz, narysuj itp.), jakie są jego reakcje niewerbalne (np. ruchy głową wyrażające odpowiedź „tak” lub „nie”, inne gesty) • wskazany jest dystans fizyczny, tzn. terapeuta powinien prowadzić obserwacje z pewnej odległości, nie należy zbliżać się do dziecka, ponieważ może ono zareagować lękiem i nie podejmować rozmowy z matką
<i>etap II</i>	• skrócenie dystansu fizycznego pomiędzy dzieckiem i terapeutą, który może zacząć rozmawiać z matką • osvajanie dziecka z osobą terapeuty • przebywanie terapeuty w grupie rówieśniczej dziecka • terapeuta nadal nie zwraca się bezpośrednio do dziecka
<i>etap III</i>	• nawiązanie z dzieckiem bezpośredniego kontaktu niewerbalnego (np. terapeuta podaje zabawkę, pomaga układać klocki) • mówienie pochwał dziecku, aprobowanie jego umiejętności • terapeuta nie wymaga od dziecka żadnych odpowiedzi, nadal to matka pełni rolę wiodącą w rozmowie
<i>etap IV</i>	• poproszenie dziecka o niewerbalną reakcję (np. podaj mi, połóż na stole, pokaz) • matka jest blisko dziecka, rozmawia z nim, nie pełni już wiodącej roli w rozmowie • terapeuta zaczyna zastępować matkę
<i>etap V</i>	• zwrócenie się bezpośrednio do dziecka z pytaniem wymagającym wykonania gestu potakującego lub zaprzeczającego, bądź odpowiedzi „tak/nie”. • matka jest jeszcze blisko dziecka, ale już z nim nie rozmawia (chyba że dziecko zwróci się bezpośrednio do niej), wycofuje się

<i>Etapy terapii</i>	<i>Proponowane oddziaływania terapeutyczne</i>
<i>etap VI</i>	• terapeuta rozmawia z dzieckiem, przejmuje funkcję animatora • matka staje się biernym obserwatorem, siadając nieco dalej od dziecka • zajęcia są prowadzone tak, by dziecko nie musiało ciągle udzielać werbalnej odpowiedzi • rozpoczynanie spotkań od zabaw niewymagających wypowiedzi • komentowanie przez terapeutę czynności dziecka (np. podczas rysowania) • zadawanie pytań dziecku (np. jakim kolorem pomalujesz dom?, gdzie narysujesz okno? dziecko może odpowiadać werbalnie albo pokazywać), starsze dzieci mogą głośno czytać (krótkie teksty, podpisy pod obrazkami) • zachęcanie dziecka, aby podpisało obrazek, a potem głośno przeczytało ten podpis
<i>etap VII</i>	• utrzymywanie przez matkę dalszego dystansu fizycznego w stosunku do dziecka • wprowadzenie metod rozhamowujących mówienie (np. wyliczanki, piosenki, liczenie przedmiotów) • zachęcanie do wspólnego omawiania ilustracji • na tym etapie dziecko powinno już odpowiadać werbalnie na pytania i prośby skierowane do niego przez terapeutę (swobodne kontakty werbalne terapeuty z dzieckiem) • wprowadzenie ćwiczeń głosowych i fonacyjnych (ćwiczenia w głośniejszym mówieniu); stosuje się je tylko wtedy, gdy dziecko już rozmawia z terapeutą
<i>etap VIII</i>	• spotkania terapeuty i dziecka bez udziału matki • stosowanie podczas spotkań metod zabawowych • stałe komentowanie wykonywanych przez dziecko czynności • ćwiczenia w mówieniu: wspólne opowiadanie ilustracji i uzyskiwanie odpowiedzi na pytania zadane dziecku
<i>etap IX</i>	• wprowadzenie znanej dziecku osoby do pomieszczenia (oprócz terapeuty i dziecka), z którą dziecko nie rozmawia (np. wychowawczyni z przedszkola lub nauczyciel, jest ona biernym obserwatorem) • terapeuta przejmuje rolę matki, a więc osoby, z którą dziecko już rozmawia • kolejno krok po kroku stosowane są takie same etapy jak poprzednio
<i>etap X</i>	• ten etap, jak i następne pozwalają na pełne włączenie i zaakceptowanie przez dziecko wprowadzonej osoby • w dalszej kolejności terapeuta wprowadza na zajęcia osobę dziecku nieznaną; kolejność postępowania jest podobna jak w poprzednich etapach

źródło: opracowanie własne na podstawie: Herzyk 1992: 31

Warto dodać, że trwale efekty terapii dzieci w wieku od 5 do 12 lat daje się uzyskać za pośrednictwem zabaw ze śpiewem, zabaw manipulacyjnych, np. z wykorzystaniem origami, zabaw tematycznych, łatwych układów choreograficznych, scenek dramatycznych z udziałem kukiełek, którym dziecko użycza swego głosu (Minczakiewicz 1997: 139).

Namysłowska (2005: 145) podaje, że do metod *znajdujących zastosowanie w leczeniu mutyzmu wybiórczego zaliczamy terapię behawioralną, psychodynamiczną, rodzinną, farmakoterapię oraz interdyscyplinarne formy pomocy zakładające współpracę między rodzicami, klinicystami a szkołą. Nie ma jednego zalecanego schematu postępowania, dlatego dla każdego dziecka z mutyzmem selektywnym powinien być przygotowany indywidualny plan leczenia, który uwzględni specyfikę problemu, jego wieloczynnikową etiologię. Należy pamiętać, że w każdym przypadku, obojętnie, czy mamy do czynienia z mutyzmem organicznym czy funkcjonalnym (tak selektywnym, jak i całkowitym) zachodzi potrzeba mówienia do dziecka i organizowania normalnych warunków komunikacyjnych, prowokujących do interakcji* (Minczakiewicz 1997: 143).

Organizacja SMIRA¹ opracowała materiały i ulotki dla nauczycieli oraz rodziców dotyczące sposobów postępowania z dzieckiem cechującym się mutyzmem selektywnym, pomagające dzieciom „odnaleźć głos”, gdy przekraczają próg szkoły. Małe dzieci, które idą do szkoły, mogą nie być gotowe na oddzielenie od rodziny (w rozumieniu braku ufności i pewności siebie). Jednocześnie od nauczycieli wymaga się, aby pomogli dzieciom osiągnąć cel, jakim jest nawiązanie komunikacji i relacji z innymi dziećmi. Większość nauczycieli nigdy nie miało kontaktu z przypadkami mutyzmu, stąd zrozumienie istoty schorzenia będzie niezbędne. Szkoła powinna mieć kontakt ze specjalistami gotowymi do udzielenia szczegółowej informacji.

Przyczyny i czynniki powodujące utrzymywanie się mutyzmu selektywnego

Dotychczas nie udało się zidentyfikować jednego czynnika, który prowadzi do powstania mutyzmu, ale czynniki emocjonalne, psychologiczne i społeczne wpływają na rozwój syndromu. Do niedawna przypuszczano, że dzieci z mutyzmem miały tendencję do manipulacji lub łatwo popadały w złość. Jak wcześniej zaznaczono, najnowsze badania wykazały, że schorzenie ma związek z pojawieniem się uczucia lęku przed kontaktami interpersonalnymi.

Mutyzm selektywny to schorzenie wieku dziecięcego, które pojawia się we wczesnym dzieciństwie i ma zazwyczaj charakter przejściowy. Może wystąpić w pierwszych tygodniach pobytu w przedszkolu i szkole lub gdy dziecko jest poddane hospitalizacji. W rzadkich przypadkach schorzenie to może trwać przez cały okres szkoły. Dzieci z mutyzmem najczęściej komunikują się normalnie z rówieśnikami

¹ SMIRA – brytyjska organizacja *Selective Mutism Information and Research Association* z siedzibą w Leicester oferuje informacje i porady dla rodzin mających dzieci z mutyzmem selektywnym. Organizacja rozprowadza biuletyny, organizuje spotkania dla rodziców, pośredniczy w nawiązywaniu kontaktów między rodzinami będącymi w podobnej sytuacji.

i rodzicami, a odmawiają komunikacji z nauczycielami. Mutyzm selektywny jest zjawiskiem dość rzadkim i istnieją przypadki, kiedy występujące schorzenie nie zwraca niczyjej uwagi, ponieważ dziecko nie sprawia kłopotów w szkole. Tymczasem dla rodziców to poważny problem. Zauważa się, że brak mówienia u tych dzieci wiąże się z określonymi czynnikami.

Tabela 3. Czynniki sprzyjające utrzymywaniu się mutyzmu

<i>Czynniki powodujące utrzymywanie się braku mówienia</i> 	
<i>w domu</i>	<i>w szkole</i>
• niskie oczekiwania lub mała potrzeba mówienia • przejmowanie przez rodzica inicjatywy, żeby zaoszczędzić dziecku zakłopotania, lęku, rozczarowania • naciski na dziecko, by mówiło w niekomfortowych dla niego sytuacjach • milczenie przyjęte jako wzorzec reagowania na obcych lub wzorzec manifestowania złości • ograniczone życie towarzyskie, społeczne • wyraźne ostrzeżenia rodziców, gdy dziecko ma mówić przed obcymi osobami • zbyt nie pobłażanie powodujące, że dziecko nie widzi, iż zmiany są możliwe, pożądane • miłość (przytulanie) okazywane bardziej za wycofywanie się z czegoś niż branie udziału • niepokój rodziny (w związku z mutyzmem), który jest przekazywany dziecku	• milczenie jest akceptowane warunkowo, czyli tylko po tym, jak dziecko było przymuszane do mówienia • nagrody na wyróst – za to, co dziecko mogłoby zrobić, a nie za to, co zrobiło • wyczuwanie przez dziecko oczekiwania, że zacznie mówić, np. „czy jesteś gotów do rozmowy ze mną?”, „nie pomogę ci, jeżeli mi nie powiesz” • zawsze duża liczba osób słuchających • żądanie mówienia kierowane przez rówieśników • uczucie wyobcowania w wyniku braku kontaktów społecznych • niejasne komunikaty i oczekiwania • brak potrzeb zmiany

źródło: opracowanie własne na podstawie publikacji organizacji SMIRA

Wśród czynników ogólnych wpływających na poziom niepokoju dziecka należy wymienić:

- patrzeć na dziecko i oczekiwanie na kontakt wzrokowy;
- wymagany poziom głosu;
- możliwość bycia podsłuchiwanym przez innych (nieodpowiednie miejsce, hałas w tle);
- językowa złożoność (długość) zdania;

- ryzyko popełnienia błędu;
- oczekiwanie na odpowiedź (presja czasu);
- obawa przed konsekwencjami i reakcjami na mówienie dziecka, które obawia się reakcji otoczenia.

Każdy pedagog pracujący z dziećmi charakteryzującymi się mutyzmem selektywnym ma do odegrania ważną rolę w pomocy zarówno dzieciom, jak i ich rodzicom. Uznanie faktu, że lęk jest przyczyną mutyzmu powinno pomóc dorosłym w przełamaniu frustracji wynikającej z kontaktu z tymi dziećmi. W żadnym razie nie należy wywierać na dziecko nacisku, a zachęta do kontaktu z rówieśnikami powinna być mocno podkreślana. Należy stworzyć atmosferę, w której dziecko poczuje się w pełni akceptowane, nawet jeśli nie podejmie komunikacji werbalnej. Należy zachęcać rówieśników do emocjonalnego wsparcia dziecka i przeciwdziałać zachowaniom tyranizującym czy prześmiewczym. Pedagog powinien faworyzować wszelkie formy komunikacji pozawerbalnej, ponieważ ułatwi to dziecku nawiązywanie kontaktów interpersonalnych, które są niezbędne w procesie terapii. Najmniejszy postęp powinien być nagradzany, co z kolei pomoże dziecku w nabraniu pewności siebie.

Do działań pomocnych w nawiązaniu kontaktu z dzieckiem z mutyzmem należą:

- jeśli dziecko nie reaguje werbalnie na wyczytanie nazwiska – pozwalanie na to, żeby zaznaczyło swoją obecność w inny sposób (poprzez podniesienie ręki, uśmiech, skinienie głowy);
- zachęcanie dziecka do samoekspresji poprzez działalność artystyczną i angażującą wyobraźnię;
- sadzanie dziecka w pierwszym rzędzie podczas opowiadania grupie jakiejś historii;
- podczas prowadzonej dyskusji dawanie dziecku czasu do namysłu i wypowiedzenia opinii, ale bez wyczekiwanie na odpowiedź;
- jeśli dziecko nie ma kontaktu z rówieśnikami – zachęcanie go do zabaw ze spokojnymi dziećmi;
- zachęcanie do zabaw oddechowych;
- inicjowanie zabaw w teatr lalkowy lub grę w maskach;
- organizowanie gry na instrumentach;
- organizowanie głośnych zabaw werbalno-ruchowych (np. stary niedźwiedź mocno śpi);
- zwracanie uwagi na rozwój zmysłów, aby rozbudzać w dziecku samoświadomość;
- zachęcanie do zabaw wymagających mówienia szeptem;
- sugerowanie nagrywania wypowiedzi dziecka w domu, rozmów przez telefon;
- stosowanie Redukcji Osobowej lub Sytuacyjnej (*ang. Person or Situation Fading*) – polega ona na pracy w obecności osoby, z którą dziecko rozmawia

i stopniowym wprowadzaniu osób trzecich; dziecko jest nagradzane za kontakt z nowymi osobami lub prawidłowe zachowanie w nowych sytuacjach; w miarę usamodzielniania się dziecka, obecność osoby lub sytuacji dającej początkowe poczucie bezpieczeństwa może być zredukowana.

Działania rodziców służące wsparciu dziecka z mutyzmem to:

- przejawianie postawy tolerancji i zrozumienia;
- uzbrojenie się w cierpliwość i nastawienie na działania długofalowe;
- nienazywanie dziecka niemową;
- niekaranie za odmowę mówienia, gdyż kara przyniesie skutek przeciwny;
- zachęcanie do komunikacji werbalnej i niewerbalnej;
- podejmowanie prób rozmów w domu z rówieśnikami na tematy osobiste i o życiu codziennym w szkole;
- pamiętanie o poczuciu humoru, bo śmiech może przekonać dziecko, że mówienie nie jest czymś, czego należy się bać;
- rozmowę i czytanie na głos można nagrać na taśmę magnetofonową i odtworzyć w szkole (za zgodą dziecka), żeby przyzwyczało się do słuchania własnego głosu;
- w rodzinie wielodzietnej – traktowanie dzieci z mutyzmem na równi z rodzeństwem;
- powstrzymywanie się rodziców od mówienia w imieniu dziecka;
- jeżeli dziecko nie rozmawia z rodzeństwem – tłumaczenie tego stanu, żeby nie potęgować konfliktów i zachęcić całą rodzinę do wspólnego wysiłku; wskazana jest również rozmowa wyjaśniająca z dalszą rodziną;
- zabawa w teatr lub przebieranka, które dadzą możliwość odgrywania ról;
- zabawy typu: naśladowanie dźwięków, dmuchanie baniek mydlanych, gwizdanie, klaskanie językiem itp.;
- zachęcanie dziecka do zajęć pozalekcyjnych, gdyż ważny jest kontakt z rówieśnikami;
- organizowanie wizyt nauczyciela w domu dziecka – mogą być one pomocne w usuwaniu wzajemnej nieśmiałości (SMIRA).

Wskazania terapeutyczne w przypadku leczenia mutyzmu organicznego

W terapii mutyzmu organicznego można zastosować podobne postępowanie jak w przypadku mutyzmu funkcjonalnego, z wyjątkiem mutyzmu afatycznego.

W mutyzmie organicznym należy jednak uwzględnić występowanie innych zaburzeń zachowania, które często utrudniają kontakt z dzieckiem i wpływają ujemnie na

efekty terapii. Od dziecka z mutyzmem akinetycznym nie należy oczekiwać szybkiej reakcji, dlatego np. wydłużamy czas formułowania przez nie odpowiedzi. Z kolei dziecku z mutyzmem hiperkinetycznym powtarzamy polecenia, gdyż dziecko może nie wykonać zadania z powodu rozproszenia uwagi. Należy także pamiętać, że w przypadku mutyzmu hiperkinetycznego ćwiczenia przed lustrem mogą prowadzić do ujemnego efektu tworzenia niekontrolowanych grymasów twarzy dziecka (Herzyk 1992).

Bibliografia

- Cummings J. L. (2003): *Neuropsychiatria*, Urban&Partner, Oxford.
- Gałkowski T., Szelaż E., Jastrzębowska G. (2005): *Podstawy neurologopedii*, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole.
- Herzyk A. (1992): *Afazja i mutyzm dziecięcy. Wybrane zagadnienia diagnozy i terapii*, Wydawnictwo Polskiej Fundacji Zaburzeń Mowy, Lublin.
- Johnson M. (2001): *Selective Mutism Resouce Manual*, Speechmark Publishing Ltd. Telford Road, Bicester.
- Morgestem S. (1927): *Un cas de mutisme psychogene*, Revue Francaise de Psychanalyse I, Paris.
- Minczakiewicz E. M. (1997): *Mowa – Rozwój – Zaburzenia – Terapia*, Kraków.
- Namysłowska I. (2005): *Psychiatria dzieci i młodzieży*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
- Olechnowicz H. (1997): *Opowieści terapeutów*, WSiP, Warszawa.
- Olechnowicz H. (1997): *Tożsamość mechanizmów samonaprawczych dwóch chłopców mutystycznych*, [w:] *Opowieści terapeutów*, WSiP, Warszawa.
- Pawłowska R. (2002): *Metodyka ćwiczeń w czytaniu*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk.
- Pąchalska M. (2007): *Neuropsychologia kliniczna. Urazy mózgu, część 2*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Popek L. (2005): *Zaburzenia funkcjonowania społecznego rozpoczynające się w dzieciństwie lub w wieku młodzieżowym*, [w:] I. Namysłowska, *Neuropsychologia kliniczna. Urazy mózgu, część 2*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
- Pruszevicz A. (1992): *Foniatria Kliniczna*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa.
- Reuttowa N. (1971): *Z zagadnień mutyzmu dziecięcego*, „Logopedia” nr 10, Wydawnictwo Uniwersytetu M. Curie-Skłodowskiej, Lublin.
- Składanowski H. (2001): *Opis i analiza przypadku*, Wydawnictwo BEA, Toruń.
- Styczek I. (1981): *Logopedia*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa.
- Tramer M. (1949): *Manuel de psychiatrie infantile generale*, Presses Universitaires de France, Paris.

Agnieszka Warchał
Niepubliczny Zakład
Opieki Zdrowotnej FENIKS
Katowice

Mateusz Warchał
Katedra Pedagogiki i Psychologii
Akademia Techniczno – Humanistyczna
Bielsko-Biała

WSPÓŁWYSTĘPOWANIE MUTYZMU WYBIÓRCZEGO W ZABURZENIACH NERWICOWYCH

Pojęcie mutyzmu w ujęciu psychologicznym

Problematyka występowania mutyzmu budzi w zakresie oceny psychologicznej wiele wątpliwości, zarówno w aspekcie definicyjnym, etiologii zaburzenia, jak i jego terapii. Z punktu widzenia psychologii klinicznej i psychiatrii mutyzm może towarzyszyć zaburzeniom psychicznym, które nie mają tła organicznego, a zatem jest taką dysfunkcją, która jest podatna na oddziaływania terapeutyczne i rehabilitację. Z kolei praktyka logopedyczna i neurologopedyczna dopuszcza organiczną etiologię mutyzmu, co znacząco ogranicza interwencję psychologiczną, sprowadzając ją jedynie do etapu diagnostycznego. Przywołany w niniejszym artykule kontekst zakłada holistyczny przegląd problematyki, ze wskazaniem na próbę różnicowania mutyzmu, na tle wciąż rosnącej liczby przypadków zaburzeń nerwicowych, szczególnie w grupie dzieci. Różnicowanie to odbywa się już na etapie diagnostycznym, co wskazuje na potrzebę jasnego sprecyzowania istoty podłoża tego zaburzenia.

Zaburzenia nerwicowe, odpowiadające w międzynarodowej klasyfikacji ICD-10 kategoriom F40–F48, częściej przypisywane są dorosłym niż dzieciom. Dzieje się tak zapewne dlatego, że objawy nerwicowe występujące u dzieci są mniej wyraźnie rozgraniczone i cechują się większą zmiennością (za Pużyński i Beręsewicz 1993). W grupie często rozpoznawanych zaburzeń znajdują się w tej kategorii m.in.:

- zaburzenia lękowe w postaci fobii;
- zaburzenie lękowe z napadami lęku (lęk paniczny);
- zaburzenie lękowe uogólnione;
- zaburzenie depresyjne i lękowe mieszane;

- zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne;
- reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne;
- zaburzenia dysocjacyjne (konwersyjne);
- zaburzenia występujące pod postacią somatyczną.

W przypadku wieku dziecięcego mówi się najczęściej o zaburzeniach emocjonalnych, rozpoczynających się zwykle na wczesnych etapach rozwoju emocjonalno – społecznego, ale obserwowanych również w okresie adolescencji. Najczęściej są to zaburzenia lękowe, którym towarzyszą swoiste objawy pod postacią psychosomatyczną oraz nieśmiałość, bojaźliwość, nadwrażliwość, zaburzenia snu (w tym koszmary nocne), lęk niemający związku z rzeczywistym zagrożeniem, lęk separacyjny, lęk przed szkołą czy zaburzenia nastroju. Zaburzenia lękowe, charakterystyczne dla tej grupy wiekowej, mogą przybierać postać fobii związanej z odczuwaniem lęku w sytuacjach, które obiektywnie nie są niebezpieczne. Lęk przeżywany jest subiektywnie, fizjologicznie i behawioralnie, a jego nasilenie może być zmienne, od lekkiego niepokoju do przerażenia, a nawet paniki. Do najczęstszych zaburzeń nerwicowych wieku dziecięcego zalicza się jednak fobie specyficzne, np. lęk separacyjny, fobię szkolną, unikanie kontaktów z rówieśnikami czy zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne.

Zaburzeniom lękowym mogą towarzyszyć zmiany nastroju, epizody depresyjne oraz szereg objawów somatycznych i poznawczo – behawioralnych, takich jak np.: ogólne uczucie napięcia, trudności w odprężaniu się, gwałtowne reakcje, trudności z koncentracją, lęk przed odrzuceniem, gonitwa myśli, zamęt, osłabienie pamięci czy strach. Współwystępują także trudności w mówieniu, zróżnicowane jakościowo i ilościowo. W wielu przypadkach klinicznych pojawia się również mutyzm (por. opis przypadku). Warto podkreślić, że fobia, szczególnie społeczna, rozpoznawana jest najczęściej u dzieci z dysharmonią rozwojową, to znaczy obciążonych np. dysgrafią, dysleksją, zespołem hiperkinetycznym czy deficytami uwagi. Ten związek ma szczególne znaczenie w postępowaniu nie tylko psychoterapeutycznym, ale także logopedycznym.

Odrębną kategorię zaburzeń nerwicowych stanowią zaburzenia obsesyjno – kompulsyjne (zob. opis przypadku). Zaburzenia te charakteryzują się natrętnymi, nawracającymi myślami (tzw. obsesje) i/lub przymusowymi czynnościami (tzw. kompulsje). Natrętne myśli, obrazy czy bodźce trwale powracają, dając uczucie niepokoju i napięcia. Podejmując próby ich stłumienia chorzy często wykonują czynności kompulsyjne. Ponadto próby zahamowania czy zaniechania obsesji wzmagają ją jeszcze bardziej. Zaburzenie to wiąże się z bardzo silnym napięciem i lękiem, a objawy narastają wraz z pojawieniem się sytuacji stresujących. Podatność na zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne jest taka sama u obu płci; występowanie zaburzeń u dzieci w zakresie objawów podobne jest natomiast do objawów

obserwowanych u dorosłych (Carson, Butcher i Mineka 2003). Jak już wspomniano, zaburzeniom tym towarzyszy silny lęk, ale często występują również zaburzenia nastroju, fobia społeczna, fobie specyficzne oraz zaburzenia osobowości, zwłaszcza osobowość unikająca i osobowość zależna. W przypadkach klinicznych spotyka się również występowanie mutyzmu u osób cierpiących na zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (zob. opis przypadku).

Tabela 1. Przyczyny zaburzeń lękowych okresu dzieciństwa

<i>Przyczyny zaburzeń</i>	<i>Charakterystyka</i>
<i>wrażliwość konstytucjonalna</i>	• dziecko łatwo reaguje zdenerwowaniem na każde rozczarowanie i trudno je uspokoić
<i>wcześnie przebyte choroby, wypadki lub utraty powodujące ból i cierpienie</i>	• w wyniku hospitalizacji dziecko może utracić pewność siebie, poczucie bezpieczeństwa
<i>nadmiernie lękowi i nadopiekuńczy rodzice</i>	• dziecko uwrażliwiane jest na niebezpieczeństwa i zagrożenia otaczającego świata • rodzice mogą również w ten sposób komunikować dziecku brak zaufania do jego możliwości radzenia sobie
<i>obojętność i brak zaangażowania rodziców</i>	• rodzice nie wspierają dziecka w rozwijaniu podstawowych umiejętności i pozytywnego obrazu samego siebie
<i>czynniki społeczno-środowiskowe</i>	• badania wykazały wzrost poziomu lęku w kulturach, w których przychylnie traktuje się powściągliwość, uległość i posłuszeństwo
<i>przemoc</i>	• narażenie na przemoc wiąże się z obniżeniem poczucia bezpieczeństwa i dobrostanu psychicznego • brak kontroli nad negatywnymi czynnikami środowiskowymi może wzmacniać odczuwanie lęku

źródło: opracowanie własne na podstawie: Carson, Butcher i Mineka 2003

Mutyzm wybiórczy, rzadziej całkowity, może wystąpić we wszystkich wspomnianych kategoriach zaburzeń nerwicowych. Wybiórczość mówienia ma podłoże emocjonalne i charakteryzuje się zaprzestaniem mówienia w pewnych sytuacjach lub w obecności niektórych osób. Czasem obserwuje się zaprzestanie mówienia we wszystkich sytuacjach i w obecności wszystkich ludzi, czyli tzw. mutyzm całkowity (zob. Herzyk 1992). Wśród zaburzeń nerwicowych występujących u dzieci opisuje się także afonię histeryczną, która może objawiać się całkowitym bezgłosem, mową szeptaną lub jękaniem. Zaburzenie to występuje u osób, u których prawidłowo rozwijały się funkcje mowy i nie stwierdzono anomalii w zakresie narządu mowy. Afonia histeryczna może być związana z rozwojem

osobowości histerycznej, ale może być też reakcją na silny stres (Kozanecka 2003). Należy ją więc wyraźnie różnicować od mutyzmu.

W rozpoznaniu mutyzmu wybiórczego istotny jest prawidłowy lub bliski prawidłowemu poziom rozumienia mowy, kompetencje w posługiwaniu się mową na poziomie wystarczającym do społecznego komunikowania się, a także pewność, że osoba cierpiąca na to zaburzenie potrafi prawidłowo mówić w niektórych sytuacjach. Diagnozując mutyzm u dzieci, należy mieć na względzie konieczność stwierdzenia dostatecznie rozwiniętej mowy (por. ICD-10 2000: 229). Diagnoza psychologiczna mutyzmu powinna uwzględniać poziom rozwoju intelektualnego oraz trudności rozwojowe, przy jednoczesnym wykluczeniu zaburzenia słuchu oraz neurologicznych zaburzeń mowy (Popek 2005).

Przy definiowaniu mutyzmu stwierdza się brak lub ograniczenie mówienia (ekspresji oralnej) przy zachowaniu rozumienia mowy oraz możliwości porozumiewania się pisemnego (za Herzyk 1992: 29). Niektórzy autorzy obok mutyzmu funkcjonalnego wyróżniają także mutyzm organiczny, spowodowany uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego (OUN) lub organicznym uszkodzeniem peryferycznych organów mowy (zob. Herzyk 1992). Inne badania podkreślają, że w przypadku mutyzmu osoba – przy zachowaniu nienaruszalności organów centralnych i organów ekspresji – milczy, chociaż poprzednio posługiwała się już mową (Reuttowa 1971). W przypadkach uszkodzenia organów centralnych mówimy więc nie o mutyzmie, lecz o afazji. Podkreśla się także, że mutyzm występuje u osób, które uprzednio mówiły i które mają aparat mowny (zarówno część centralną, jak i obwodową) nieuszkodzony (Styczek 1981). Zróżnicowanie definicyjne podkreśla więc przyjętą tezę o konieczności poprawnej i dokładnej diagnostyki.

Tabela 2. Zaburzenia współwystępujące w mutyzmie wybiórczym

<i>Zaburzenia</i>	<i>Charakterystyka</i>
<i>psychiczne</i>	• poza omówionymi zaburzeniami nerwicowymi mogą występować przede wszystkim zaburzenia afektywne
<i>mowy</i>	• obecne są często takie nieprawidłowości jak opóźnienie posługiwania się mową lub utrzymujące się nieznaczne problemy z artykulacją
<i>inteligencji</i>	• ocena poziomu inteligencji dziecka musi być przeprowadzona na podstawie testów z użyciem skal do badania związków wizualno-przestrzennych, bez potrzeby używania mowy
<i>społeczne</i>	• większość dzieci wykazuje duży stopień nieśmiałości w kontaktach społecznych oraz dążenie do unikania kontaktów zarówno w grupie rówieśniczej, jak i z dorosłymi
<i>zachowania</i>	• często dynamicznie zmieniające się; izolacja, niekiedy agresja, w zależności od sytuacji i potrzeby wybiórczego komunikowania się z niektórymi osobami

źródło: opracowanie własne

Duża ilość zróżnicowanych jakościowo objawów towarzyszących występowaniu mutyzmu znacząco utrudnia postępowanie diagnostyczne i terapeutyczne. Współwystępujące zaburzenia najczęściej występują pod postacią różnorodnych wymiarów funkcjonowania pacjenta.

Psychologiczna charakterystyka funkcjonowania dziecka z mutyzmem wybiórczym

Mutyzm objawia się silnym lękiem społecznym, dużą wrażliwością i uporem, nadmiernym kontrolowaniem otoczenia, wycofywaniem się, biernym oporem, a także niską samooceną. Zachowania agresywne występujące w tym zaburzeniu mają na celu rozładowanie napięcia emocjonalnego i fizycznego.

W zakresie postępowania psychologicznego istotne jest wyróżnienie wskaźników dobrych możliwości rozwojowych dziecka mutycznego. Należą do nich (za Olechnowicz 1997):

1. okres prawidłowego rozwoju przed wystąpieniem mutyzmu;
2. samorzućna aktywność poznawcza poza sytuacjami zadanowymi;
3. orientacja w sytuacjach rodzinnych i życiowych, choć niewyraźna słowami;
4. prawidłowość gramatyczna wypowiedzi, jakkolwiek rzadko by się one pojawiły.

Z kolei wśród czynników sprzyjających pojawieniu się mutyzmu wymieniana jest niestabilna sytuacja rodzinna, nadopiekuńczość, obniżona tolerancja na stres, postrzeganie przez członków rodziny otoczenia jako wrogiego. Dziecko staje się nieśmiałe, lękliwe i podejrzliwe w stosunku do obcych osób, które spostrzega jako mu zagrażające (por. Kozanecka 2003).

Poczucie zagrożenia, braku bezpieczeństwa i braku stabilności sprawia, że dziecko cofa się do fazy wczesnego dzieciństwa, które w jego odczuciu było bardziej przyjazne i bezpieczne. Z kolei u młodszych dzieci stan zaprzestania czy zahamowania mowy można odbierać jako chęć zachowania uprzywilejowanej roli w rodzinie.

Istnieją także alternatywne kryteria oceny występowania mutyzmu. Zaburzenie to spostrzegane jest czasem jako specyficzna forma nerwicy protestu (Bilińkiewicz 1992) albo jako forma „karania milczeniem” osób, które niewłaściwie opiekują się dzieckiem, np. matka nadmiernie wymagająca i kontrolująca (Jaklewicz 1989).

Obserwowane aspekty psychologiczne, choć ważne z diagnostycznego punktu widzenia, powinny wskazać przede wszystkim drogę odpowiedniego postępowania psychoterapeutycznego.

Postępowanie psychoterapeutyczne wobec dziecka z mutyzmem

Osobny aspekt stanowi spojrzenie psychoterapeutyczne na problem współwystępowania mutyzmu w zaburzeniach nerwicowych. Mając na uwadze ich specyfikę i leżący u ich podłoża silnie przeżywany lęk, można spodziewać się znacznych trudności w terapii tych zaburzeń, w szczególności jeśli występują razem. Złożoność objawów, które w znaczny sposób ograniczają kontakt z pacjentem, zmusza do szerszego spojrzenia na stosowane terapie.

Szerokie spektrum objawów, a przede wszystkim utrudniony kontakt werbalny, może wymagać podejścia eklektycznego, które w praktyce psychoterapeutycznej jest bardzo rozpowszechnione. Terapeuta wykorzystuje na przemian lub w kombinacji różne metody terapeutyczne, które pozwalają uzyskać określone cele na poszczególnych etapach procesu terapeutycznego. W ostatnich latach dokonywane są próby integracji, które zakładają istnienie wspólnych czynników leczniczych w różnych podejściach terapeutycznych. Do czynników tych zaliczyć można relację między pacjentem a terapeutą, objaśnianie natury zaburzeń w celu umożliwienia pacjentowi zrozumienia objawów i dolegliwości, rozładowanie emocjonalne pozwalające na wyrażenie traumatycznych doświadczeń z przeszłości oraz trudności i konfliktów występujących obecnie, konfrontacja z własnymi problemami, a także wzmocnienie zachowań pożądanых (Kratochvíl 2003).

W terapii dzieci i adolescentów każda interwencja niesie za sobą oddziaływanie terapeutyczne, które ukierunkowane jest na zmniejszenie dolegliwości psychicznych, zredukowanie zachowań niepożądanych czy nieprawidłowych oraz poprawienie funkcjonowania przystosowawczego. Terapia modułowa dopasowuje różne rodzaje terapii do określonego przypadku oraz objawów dominujących w określonym czasie. Największym powodzeniem cieszą się terapie niebehavioralne, podczas gdy 70% badań dotyczy terapii behavioralnych lub poznawczo-behavioralnych (zob. Popek 2009).

Warto podkreślić, że ze względu na silne napięcie towarzyszące zarówno zaburzeniom nerwicowym, jak i zaburzeniom mowy, w tym mutyzmowi, istotnym elementem terapii powinna być relaksacja, która może przyjmować różne formy – od treningów oddechowych, po autogenne oraz wizualizacje czy relaksację neuromięśniową (zob. opis przypadku). Coraz częściej można spotkać się z treningiem relaksacyjnym przy pomocy biofeedbacku, który monitoruje czynności bioelektryczne mózgu (tzw. EEG biofeedback), w celu warunkowania powstawania i utrzymywania fal alfa, co jest charakterystyczne dla stanu relaksu i odprężenia. Metoda ta, w odróżnieniu od innych form relaksacji, nie likwiduje stanu napięcia, lecz uczy dezaktywizować lub aktywizować emocje drogą pośrednią (Sybilski 2007).

W terapii dzieci z mutyzmem wybiórczym stosuje się dwa sposoby oddziaływań: pierwszy nastawiony na eliminację objawu, drugi ukierunkowany na elimi-

nację niekorzystnych czynników środowiskowych, takich jak niewłaściwa organizacja środowiska rodzinnego, deprywacja środowiskowa, błędy wychowawcze, zaburzone relacje między członkami rodziny, ekspozycja na długotrwały i silny stres. Dla osiągnięcia celów terapii niezbędna jest współpraca otoczenia, w tym przede wszystkim rodziców oraz nauczycieli, co nie zawsze jest możliwe, a wówczas w znacznym stopniu osłabia skuteczność oddziaływania terapeutycznego (por. Herzyk 1992).

Istotą pierwszego etapu terapii dziecka mutystycznego jest obserwacja jego reakcji niewerbalnych, przy zachowaniu pewnego dystansu fizycznego. W kolejnych etapach następuje skracanie dystansu, nawiązywanie kontaktu niewerbalnego (np. podawanie dziecku zabawki), aż do nawiązania kontaktu werbalnego (por. Herzyk 1992).

Wśród różnych technik terapeutycznych stosowanych w pracy z dziećmi można znaleźć również te, które wykorzystują zabawę w celu poprawy werbalizacji, znajdowania środków wyrazu pomagających dziecku w mierzeniu się z traumami i zaburzeniami, wyrażania sprzecznych emocji, radzenia sobie z problemami psychicznymi (Kaduson i Schaefer 2003).

Ponadto w terapii dziecka z mutyzmem konieczna jest współpraca otoczenia i motywacja rodziców do udziału w psychoterapii wspartej wcześniejszą psychoedukacją. Czasami jednak środowisko rodzinne i szkolne nie chce współpracować z terapeutą, co utrudnia prowadzenie terapii. Przy braku współpracy z rodzicami należy mieć świadomość, że oddziaływania terapeutyczne mogą być mniej skuteczne, chociaż poprawa komunikacji dziecka z otoczeniem jest możliwa.

Oddziaływania psychoterapeutyczne powinny być zgodne z ogólnymi zasadami terapeutycznymi wypracowanymi na podstawie obserwowanych w mutyzmie wybiórczym trudności z komunikacją oraz lękiem przed mówieniem.

Najważniejsze, aby zwrócić uwagę na to, że niechętny, a nawet wrogi stosunek otoczenia do dziecka z mutyzmem, może spowodować pojawienie się u niego wtórnych zaburzeń emocjonalnych. W skład takich zachowań wchodzi negatywizm emocjonalny, a także tendencja do zachowań agresywnych i wycofywania się (tendencje do izolacji), co może dodatkowo utrudnić terapię.

W aspekcie terapeutycznym postępowania z dziećmi cierpiącymi na mutyzm najważniejsze jest zwiększenie ich poczucia własnej wartości, m.in. poprzez próbę pokonania ich lęku przed kontaktem werbalnym lub lęku o innym podłożu, który ten kontakt werbalny utrudnia. Stopniowe postępy dziecka, wcześniej często nagradzane, powinny zmierzać do uzyskania spontanicznych wypowiedzi dziecka i podtrzymania mówienia, kiedy nie będzie już ono nagradzane. Osiągnięcie tego rezultatu wymaga jednak terapii długoterminowej.

W podejściu terapeutycznym należy także podjąć pełną procedurę oddziaływań obejmującą pracę pedagogiczną z dzieckiem polegającą na:

- prowadzeniu systematycznej obserwacji dziecka w czasie zabaw w grupie rówieśniczej i na zajęciach dydaktycznych;
- stosowaniu środków wzmocnienia pozytywnego (docenianie, gratyfikacja);
- rozwijaniu funkcji percepcyjno-motorycznych, uaktywnianiu w grach i zabawach zespołowych;
- stymulowaniu rozwoju emocjonalno-społecznego;
- prowadzeniu zajęć indywidualnych.

Ze względu na podział i kryteria zastosowania psychoterapii, przy założeniu nerwicowego uwarunkowania mutyzmu wybiórczego, terapeuta ma do wyboru szereg dostępnych metod.

Ze względu na czas trwania psychoterapia może mieć charakter krótkoterminowy lub długoterminowy. Biorąc po uwagę szerokie spektrum nasilonych objawów, zalecane i konieczne jest stosowanie terapii długoterminowej.

Tabela 3. Przegląd metod terapeutycznych wykorzystywanych w terapii mutyzmu

<i>Metody (podejścia) terapeutyczne</i>	<i>Cele terapii</i>
<i>podejście behawioralne – poznawcze</i>	• analiza zaburzonego zachowania oraz zmiana tego zachowania lub nauka właściwych zachowań • wyjaśnienie mechanizmów powstawania nieprawidłowych nawyków
<i>podejście systemowe</i>	• obserwacja patogenicznych wzorów komunikowania się w rodzinie • wprowadzenie nowych zasad komunikowania się w rodzinie • uzyskanie przez członków rodziny wglądu w sposoby rozwiązywania przez nich problemów • zachowanie poczucia odrębności każdego z członków rodziny i jasnych granic, przy jednoczesnych bliskich, wzajemnych relacjach
<i>psychoterapia dynamiczna</i>	• analiza stosunków interpersonalnych i aktualnych konfliktów pacjenta • zrozumienie przez pacjenta własnego udziału w powtarzających się nieprzystosowawczych zachowaniach oraz problemach • zrozumienie związku zachodzącego między aktualnym zaburzoną zachowaniem, jego przeżywaniem i postawą a wcześniejszymi znaczącymi doświadczeniami • przeżycie korekcyjnego doświadczenia emocjonalnego oraz osiągnięcie prawidłowego funkcjonowania społecznego
<i>podejście egzystencjalno – humanistyczne</i>	• wzmacnianie indywidualnego rozwoju, dążenie do samorealizacji • wytworzenie zaufania między terapeutą a pacjentem
<i>psychoterapia relaksacyjna i wyobraźniowa</i>	• zmniejszanie napięcia mięśniowego i psychicznego • przeciwdziałanie stresowi

źródło: opracowanie własne

Psychoterapia może mieć charakter grupowy i indywidualny. Ze względu na specyfikę mutyzmu o podłożu psychogennym spotkania indywidualne w początkowej fazie terapii są jedynie słuszne i skuteczne; w miarę nawiązywania kontaktu werbalnego dziecko może uczestniczyć w spotkaniach grupowych w formie zabawy.

Duże znaczenie przypisuje się relaksacji, jako metodzie wspomagającej psychoterapię, która korzystnie wpływa na psychiczny stan dziecka. Podobnie korzystne są metody niewerbalne, takie jak terapia muzyką, rysunek, gimnastyka, terapia zajęciowa. Powodują one głównie odreagowanie agresji, uczą ekspresji emocjonalnej, umożliwiają korekcję zachowań. Psychoterapia analityczna jest bardzo rzadko stosowana, choć podkreśla się, że formy wypowiedzi obrazowych lub psychodramy, pozwalające na swobodne ujawnienie stosunków emocjonalnych w najbliższym otoczeniu, mogą przyczynić się do opanowania kontaktu werbalnego.

Naturalną formą pomocy w przypadku objawów nerwicowych i towarzyszącego im mutyzmu, mających źródło w trudnej sytuacji rodzinnej dziecka, powinno być – w miarę możliwości – zastosowanie terapii systemowej z udziałem rodziny.

Obraz dziecka z zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi – opis przypadku

Maciek, obecnie 20 lat

Trafił na terapię w wieku 17 lat z rozpoznaniem zaburzeń obsesyjno – kompulsyjnych oraz mutyzmem wybiórczym. Pierwsze objawy nerwicowe pojawiły się ok. 8. roku życia. Pacjent posiadał natrętne myśli oraz wykonywał kompulsyjne czynności (np. wielokrotne zamykanie i otwieranie drzwi). Oprócz tego był wycofany w kontaktach z rówieśnikami i charakteryzował się dużą nieśmiałością, niską samooceną, obawiał się przy tym odrzucenia przez grupę rówieśniczą. Przestał komunikować się z rówieśnikami oraz z ojcem. Odczuwał silny lęk związany ze szkołą, wskutek czego rozpoczął nauczanie indywidualne, które kontynuował w liceum, aż do klasy maturalnej. Po pewnym czasie komunikował się tylko z matką i starszą o 5 lat siostrą. Nie wychodził prawie w ogóle z domu, tylko w sporadycznych przypadkach wychodził z matką – wiązało się to zawsze z bardzo silnym lękiem i niepokojem.

Maciek mieszkał od urodzenia z matką, ojcem i starszą siostrą. Od najmłodszych lat jego życia rodzice byli skonfliktowani i rzadko komunikowali się ze sobą, delegując do tego dzieci. Ojciec, który utrzymuje rodzinę, spostrzegany jest przez wszystkich jej członków jako awanturniczy i konfliktowy. Z kolei matka nie pracuje, zajmuje się wychowaniem dzieci, przejawia cechy matki nadopiekuńczej. Siostra pacjenta od czasu uzyskania pełnoletniości pracuje, aby pomóc w utrzymaniu domu; często przejmując też rolę rodzica.

Od momentu zachorowania, aż do 17. roku życia, chłopiec przeszedł wielokrotnie konsultacje u różnych psychologów i psychiatrów, jednak szybko rezygnował z kontynuacji leczenia. Przyprawdzony do psychologa przez matkę pod koniec 2007 r. (ze zwerbalizowanym przez matkę celem przystąpienia syna do matury), uczęszczał przez kolejne dwa lata na psychoterapię, zakończoną w grudniu 2009 r.

Podczas początkowych spotkań terapeutycznych postawa chłopca była bardzo napięta, głowa i ramiona pochylone do przodu, pacjent poruszał się bardzo sztywno, dłonie ścisnął w pięści, powieki zaciskał. Początkowo nie odzywał się do terapeuty, nie utrzymywał kontaktu wzrokowego, ale wykonywał polecenia.

Pierwsze spotkania terapeutyczne poświęcone były ćwiczeniom relaksacyjnym oraz próbom nawiązania kontaktu przy pomocy różnych technik terapeutycznych, łącznie z pracą z rysunkiem. Silne napięcie pacjenta utrzymywało się dosyć długo; z czasem pacjent przyjął postawę wyprostowaną i mniej napiętą, ale nadal nie utrzymywał kontaktu wzrokowego ani werbalnego.

Duże napięcie emocjonalne pojawiało się w związku z objawami obsesyjno-kompulsyjnymi. Po zaleceniu przez terapeutę, aby pacjent nie powstrzymywał się przed wykonywaniem kompulsywnych czynności i zaleceniu rodzinie akceptowania takiego zachowania pacjenta, objawy zmniejszyły swoją intensywność i częstotliwość występowania, pacjent odczuwał mniejsze napięcie, a po upływie około półtora roku objawy te ustąpiły.

W trakcie trwania terapii chłopiec zaczął komunikować się werbalnie z terapeutą, po pewnym czasie również z ojcem oraz nieśmiało z obcymi ludźmi. Zaczął wychodzić z domu, przystąpił do egzaminu maturalnego, który zdał z bardzo dobrymi wynikami. Chciał rozpocząć naukę na uczelni wyższej, jednak pod wpływem matki i siostry, które twierdziły, że nie jest jeszcze gotowy, zrezygnował z tych planów, odkładając je w czasie.

Pacjent po ok. roku psychoterapii rozpoczął trening przy pomocy Eeg biofeedback (ok. 10 sesji), co znacznie przyspieszyło proces terapeutyczny.

Psychoterapia pacjenta trwała przez ponad 2 lata; sesje odbywały się raz w tygodniu, każda trwała 60 minut. Rodzina pacjenta, mimo zaleceń terapeuty, nie chciała uczestniczyć w terapii rodzinnej. Pacjent, pod opieką lekarza psychiatry, leczony był farmakologicznie lekami antydepresyjnymi. W trakcie psychoterapii korzystano z różnych technik terapeutycznych, takich jak np. rysunek, trening oddechowy, autogenny, relaksacja neuro-mięśniowa, psychoterapia behawioralna – poznawcza i w ostatnim etapie psychoterapia dynamiczna.

Obraz dziecka ze zdiagnozowaną fobią – opis przypadku

Jacek, 10 lat

Trafił na terapię wraz z rodzicami. W wywiadzie anamnestycznym ustalono, że chłopiec mówił do 8 roku życia pojedynczymi słowami, nie budując zdań, jego mowa była bardzo niewyraźna, odzywał się tylko do wybranych osób (matka, ojciec, jeden z braci). Zanimowanie mowy nastąpiło w momencie rozpoczęcia przez chłopca w normalnym czasie nauki szkolnej. Biernie uczestniczył w zajęciach szkolnych, nie odzywał się do rówieśników i do nauczycieli. Nie brał także udziału w żadnych zespołowych grach i zabawach. W wywiadzie z rodzicami pozyskano informacje, że Jacek nie kontaktował się również werbalnie z obcymi osobami.

W czasie pierwszego spotkania terapeutycznego ustalono, że odbyła się wcześniejsza konsultacja psychiatryczna dziecka, w czasie której lekarz nie nawiązał kontaktu werbalnego.

go, stwierdzając u pacjenta mutyzm wybiórczy o podłożu psychogennym. Wprowadził również farmakoterapię i zalecił terapię psychologiczną.

W toku wywiadu psychologicznego oraz na podstawie wyników dalszych oddziaływań psychoterapeutycznych ustalono, że jednym z ważniejszych powodów wystąpienia lęku pod postacią fobii był brak doświadczeń i umiejętności społecznych dziecka. Jacek jest najmłodszym dzieckiem w rodzinie, którą cechowała wyraźna nadopiekuńczość. Dziecko było mało samodzielne, wyręczane przez matkę w sytuacjach trudnych; nowe reguły i zasady szkolne (systemowe oraz rówieśnicze) wywołały u ucznia stany lękowe. U dziecka nieradzącego sobie z wymaganiami i trudnościami, stosującego nieświadomie mechanizmy obronne, pojawiły się różne objawy zdrowotne. Najważniejszym jednak syndromem towarzyszącym był mutyzm wybiórczy, znacznie utrudniający funkcjonowanie społeczne dziecka.

Z relacji matki wynikało, że wskutek odrzucenia przez grupę rówieśniczą pojawił się u chłopca silny lęk przed szkołą, pogorszył się apetyt. Ponadto Jacek zaczął się moczyć w nocy.

Dzięki wybranym działaniom terapeutycznym udało się zbudować zaufanie pacjenta do osoby terapeuty – po trzech spotkaniach chłopiec zaczął się z nim komunikować. Dopiero jednak po kolejnych dwóch miesiącach terapii pacjent zaczął kontaktować się w pełni z otoczeniem rodzinnym; niedługo potem z wybranymi osobami w środowisku szkolnym.

Skuteczność terapii mutyzmu mierzy się m.in. rzetelną diagnozą, współpracą specjalistów i rodziny pacjenta oraz właściwym doбором technik terapeutycznych. Wszystkie te elementy są szczególnie istotne przy ocenie zaburzeń o niejasnej etiologii, wymagających szerokiego rozeznania w zakresie ich klasyfikacji, istotnych różnic i właściwych objawów. Podstawowym celem wspólnych działań terapeutycznych powinien być powrót pacjenta do komunikacji z otoczeniem, umożliwiającej jednocześnie nabywanie kompetencji społecznych.

Bibliografia

- Bilikiewicz A. (1992): *Psychiatria, podręcznik dla studentów medycyny*, Wydawnictwo PZWL, Warszawa.
- Carson R., Butcher J., Mineka S. (2003): *Psychologia zaburzeń*, GWP, Gdańsk.
- Herzyk A. (1992): *Afazja i mutyzm dziecięcy. Wybrane zagadnienia diagnozy i terapii*, Wydawnictwo Polskiej Fundacji Zaburzeń Mowy, Lublin.
- Jaklewicz H. (1989): *Minimalne uszkodzenia mózgu u dzieci*, [w:] A. Popielarska, *Psychiatria wieku rozwojowego*, Wydawnictwo PZWL, Warszawa.
- Kaduson H., Schaefer Ch. (2003): *Zabawa w psychoterapii*, GWP, Gdańsk.
- Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10 (2000)*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne VESALIUS, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków – Warszawa.
- Kottler J. A. (2007): *Opór w psychoterapii. Jak pracować z trudnym klientem?*, GWP, Gdańsk.
- Krotochvil S. (2003): *Podstawy psychoterapii*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań.

- Kozanecka E. (2003): *Zaburzenia komunikacji związane z zaburzeniami psychicznymi*, [w:] T. Gałkowski, G. Jastrzębowska (red.), *Logopedia – pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki, tom 2. Zaburzenia komunikacji językowej u dzieci i dorosłych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole.
- Minczakiewicz E. (1997): *Mowa – Rozwój – Zaburzenia – Terapia*, Wydawnictwo Naukowe WSP, Kraków.
- Olechnowicz H. (1997): *Opowieści terapeutów*, WSiP, Warszawa.
- Popek L. (2005): *Zaburzenia funkcjonowania społecznego rozpoczynające się w dzieciństwie lub w wieku młodzieńczym*, [w:] I. Namysłowska, *Neuropsychologia kliniczna. Urazy mózgu, część 2*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
- Popek L. (2009): *Współczesne tendencje w psychoterapii niemowląt i małych dzieci*, „Psychoterapia” 4 (151), s. 29–35.
- Pużyński S., Beręsewicz M. (1993): *Zasady rozpoznawania i leczenia zaburzeń psychicznych*, Wydawnictwo IPiN, Warszawa.
- Reuttowa N. (1971): *Z zagadnień mutyzmu dziecięcego*, „Logopedia” nr 10, Wydawnictwo Uniwersytetu M. Curie–Sklódowskiej, Lublin.
- Styczek I. (1981): *Logopedia*, PWN, Warszawa.
- Sybilski Z. (2007): *Dezaktywizacja i aktywizacja emocji w psychoterapii*, Wydawnictwo Druk–Intro SA, Inowrocław.

PROBLEMY JĄKANIA SIĘ DZIECI W WIEKU PRZEDSZKOLNYM

Pojęcie jąkania u dzieci

Problemów z płynnością mówienia doświadcza wiele dzieci w wieku przedszkolnym, choć nie są one tak rozpowszechnione jak na przykład wady wymowy. Długofalowe konsekwencje, jakie może spowodować wystąpienie i utrwalenie się jąkania w mowie dziecka, sprawiają jednak, że jest to jeden z poważniejszych problemów logopedycznych. Jeśli bowiem jąkanie, które najczęściej ujawnia się w wieku przedszkolnym, utrwali się, może stać się poważnym obciążeniem, wpływającym negatywnie na dalszy rozwój dziecka. Jąkanie zmienia się wraz z wiekiem. Zmieniają się i pogłębiają emocjonalne i społeczne konsekwencje tego problemu (Chmela i Reardon 2005). Wiele osób jąkających się doświadcza przykrości spowodowanych pojawianiem się w ich mowie objawów jąkania. Niektóre osoby jąkające się doświadczają lęku związanego z wypowiadaniem się, co z kolei prowadzi do unikania mówienia i w konsekwencji znacząco wpływa na samoocenę. Wydaje się, że podejmowanie działań z zakresu profilaktyki i wczesnej interwencji logopedycznej, które mogą zapobiec w przyszłości powstaniu i rozwojowi zjawiska jąkania, jest istotnym zadaniem systemu kompleksowej opieki logopedycznej.

Dla analizy zagadnienia występowania zaburzeń płynności mówienia u małych dzieci konieczne jest podjęcie próby zdefiniowania jąkania. Od wielu lat badacze na całym świecie poszukują definicji zjawiska jąkania. D. Morris, autor *Słownika Zaburzeń Komunikacji* (*Dictionary of Communication Disorders*), przytacza ogólną definicję, gdzie (...) [jąkanie] to zaburzenie płynności mowy o wieloczynnikowej etiologii (2005: 221). T. Woźniak w opublikowanym w roku 2008 na łamach „Logopedii” *Standardzie postępowania logopedycznego w przypadku jąkania* opowiada się za kompleksowym ujmowaniem jąkania, jako najlepszym z punktu widzenia postępowania terapeutycznego. Rekomenduje on analizę tego problemu zgodnie z definicją przyjętą w *ICD-10: Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych*. W tym ujęciu jąkanie zostało zdefiniowane jako zaburzenie płynności mówienia, w którym występują symptomy opisywane na różnych poziomach: komunikacyjnym, psychicznym i neurofizjologicznym. Na poziomie komunikacyjnym objawem dominującym jest patologiczna niepłynność mówienia, polegająca przede wszystkim na blokowaniu, przeciąganiu i powtarza-

niu dźwięków mowy. Na poziomie psychicznym zwraca uwagę świadomość występowania zaburzenia, przewidywanie wystąpienia nie płynności i wiążące się z tym reakcje lękowe o charakterze patologicznym (logofobia). Na poziomie neurofizjologicznym głównym objawem jest podniesione napięcie mięśniowe w obrębie narządów mowy – spastyczność (Woźniak 2008: 218). Choć opisane objawy wzajemnie się warunkują, to za symptom podstawowy jąkania należy uznać specyficznie patologiczną nie płynność mówienia (Woźniak 2008). Jąkanie od lat uznawane jest za kompleksowy problem, występujący na całym świecie. Brytyjskie badaczki i terapeutki E. Kelman i A. Nicholas stwierdzają, że (...) *tak jak nie sposób podać jednej przyczyny wystąpienia i rozwoju jąkania, podobnie nie ma prostej metody terapii* (2008: 79).

Od lat prowadzone są badania nad rozprzestrzenieniem jąkania i innych zaburzeń mowy u dzieci w wieku przedszkolnym. Według niektórych badaczy jąkanie jest drugą, po dyslalii (wady wymowy), najczęściej występującą wadą mowy w tej grupie wiekowej (Tarkowski 1997:122). Szacuje się, że jąka się około 5 % dzieci w wieku przedszkolnym (Andrews i in. 1983; Mansson 2000). Należy pamiętać, że nie wszystkie dzieci, które w okresie wczesnego dzieciństwa manifestują objawy nie płynności mówienia, będą się jąkać w przyszłości. Zwykła nie płynność towarzyszy kształtowaniu się mowy niemal każdego dziecka. Z. Tarkowski definiuje zjawisko rozwojowej nie płynności mowy jako (...) *zaburzenie swobodnego przechodzenia od jednego elementu wypowiedzi do drugiego oraz zakłócenie jej tempa i rytmu w następstwie desynchronizacji procesu formowania wypowiedzi, tj.: treści, formy językowej i substancji fonicznej, występujących w okresie intensywnego rozwoju językowego* (1997: 29). Zdaniem tego badacza należy jednak odróżniać naturalne trudności z płynnością mowy od jąkania wczesnodziecięcego. Pierwsze symptomy jąkania pojawiają się najczęściej w okresie wczesnego dzieciństwa pomiędzy 18.–20. miesiącem życia a okresem pokwitania, najczęściej jednak występują pomiędzy 2. a 5. rokiem życia (Van Riper i Erickson 1996; Tarkowski 1997; Yairi i Ambrose 2005; Guitar 2006). Wyniki badań prowadzonych w ramach *The Illinois Early Childhood Stuttering Project (the University of Illinois Stuttering Research Program)* pod kierunkiem E. Yairi i N. G. Ambrose wskazują, że jąkanie najczęściej ma swój początek pomiędzy 24. a 36. miesiącem życia (Yairi i Ambrose 2005). Dzieje się to w okresie najbardziej gwałtownego rozwoju mowy i języka. Zazwyczaj nie płynność mówienia u małych dzieci pojawia się w postaci łagodnych objawów z tendencją do nasilania się, w niektórych jednak przypadkach początek jest gwałtowny – wówczas występują bardzo silne objawy już w początkowym stadium (Yairi 1997). Zaburzenia płynności mówienia częściej obserwuje się wśród chłopców niż dziewcząt, choć początkowo proporcje płci (dotyczy to małych dzieci) są niemal jednakowe. Stosunek jąkających się chłopców do dziewcząt z objawami jąkania wzrasta wraz wiekiem, by w okresie nauki szkolnej pla-

sować się w proporcjach 5:1 lub 6:1 jękających się chłopców w stosunku do jękających się dziewcząt (Kloth i in. 1995; Yairi i Ambrose 2005). Dla analizy tego zjawiska istotny jest fakt, że wiele dzieci, które doświadczają objawów jękania we wczesnym dzieciństwie, upora się z tym problemem bez specjalnej interwencji terapeutycznej (ang. *recovery without treatment*). Zagadnienie tzw. spontanicznego – samoistnego przezwyciężania objawów jękania (ang. *spontaneous* lub *natural recovery*) jest od lat przedmiotem ożywionej dyskusji wśród badaczy. Przyjmuje się, że około 75 % dzieci, które zaczynają się jękać, przezwycięża ten problem w okresie dzieciństwa (Guitar 2006). Powszechnie akceptowany jest również fakt, że dziewczęta częściej niż chłopcy „wychodzą z jękania” bez interwencji terapeutycznej (Yairi i Ambrose 1999; Guitar 2006).

Kryterium jakościowym ułatwiającym zdiagnozowanie jękania u dzieci jest ocena tzw. prymarnych i sekundarnych objawów niepełności (ang. *core behaviours, secondary behaviours*). Do prymarnych – pierwotnych objawów wskazujących na występowanie jękania u dziecka zaliczyć należy:

- powtórzenia całych słów lub sylab,
- prolongacje dźwięków,
- blokowanie, zwłaszcza na starcie mowy,
- napięcia mięśniowe w obrębie aparatu mowy,
- współtruchy pojawiające się najczęściej w czasie bloków,
- zaburzenia procesu oddychania – tzw. dysrytmie oddechowe.

Objawy wtórne pojawiają się w następstwie próby unikania wystąpienia objawów pierwotnych. Dla analizy tego problemu ważne jest zatem rozpatrywanie również tzw. objawów wtórnych:

- unikanie wypowiadania pewnych słów (dźwięków) lub ich zamiana,
- utrata kontaktu wzrokowego,
- napięte pauzy,
- unikanie wypowiadania się w pewnych sytuacjach,
- negatywne uczucia towarzyszące mówieniu (por. Tarkowski 1997; Kostecka 2000; Guitar 2006; Kelman i Nicholas 2008; Woźniak 2008).

Dokonując odróżnienia jękania wczesnodziecięcego od tzw. rozwojowej niepełności mowy, uwzględnia się również analizę ilościową, przyjmując, że w przypadku niepełności patologicznej ilość zająknięć w próbie sylabowej przekracza około 3 % - 5 % (por. Tarkowski 1997; Kurkowski 2003; Kelman i Nicholas 2008; Woźniak 2008). Ważnymi czynnikami pozwalającymi na zakwalifikowanie objawów niepełności jako jękania wczesnodziecięcego są: dłuższy czas trwania odcinków niepełności, różnorodna lokalizacja niepełności w wypowiedzi, pojawianie się świadomości zaburzenia, a także jednostajny lub narastający przebieg problemu w mowie (Tarkowski 1997; Woźniak 2008).

Opisując zjawisko jąkania się dzieci w wieku przedszkolnym, należy rozpatrywać je w aspekcie różnych czynników, które mogą mieć wpływ na pojawienie się objawów, ich nasilenie i utrzymywanie w mowie dziecka (Byrne 1987; Bennett 2006; Tarkowski 2010). Do tzw. czynników predysponujących do jąkania zalicza się często historię jąkania w rodzinie, co może sugerować genetyczne podłoże tego zaburzenia. Badania prowadzone przez zespół naukowców pod kierunkiem E. Yairi i N. G. Ambrose sugerują silny komponent genetyczny w przypadku jąkania. Na neurobiologiczne podłoże jąkania, na gruncie rodzimej literatury przedmiotu, wskazywała również E. Szeląg, analizując takie czynniki jak dziedziczność czy asymetrię półkulową (1996). Jednocześnie badania ujawniają, że w rodzinach, w których jąkanie występowało, ale ustąpiło samoistnie, są większe szanse, że jękające się dziecko samo przezwycięży problem (Yairi i Ambrose 2005). Do tzw. czynników przyspieszających, które mogą spowodować pojawienie się problemów w mowie dziecka, zalicza się z kolei nieharmonijny rozwój mowy dziecka, co może wiązać się często z podwyższonymi oczekiwaniami otoczenia wobec sposobu wypowiadania się dziecka. Negatywny wpływ na mowę dziecka może mieć również rywalizacja pomiędzy rodzeństwem lub zbyt napięty styl życia rodziny. Do tej grupy czynników zalicza się także opóźnienia rozwoju mowy, a niektórzy autorzy sugerują współistniejące zaburzenia artykulacyjne. Do grupy czynników predysponujących do jąkania Z. Tarkowski zalicza natomiast: historię jąkania w rodzinie, krewnych, u których występowały problemy logopedyczne, niską sprawność językową dziecka, zakłócenia procesów poznawczych, obniżoną sprawność motoryczną czy zaburzoną lateralizację. Zdaniem tego autora występowanie wyłącznie czynników predysponujących nie musi spowodować ujawnienia się u dziecka jąkania. Dopiero skumulowanie czynników predysponujących z wyzwalającymi lub/i utrwalającymi może doprowadzić do jego wystąpienia. Do grupy czynników wyzwalających zaliczył on: uraz psychiczny, długotrwały stres, lęk, niepokój czy wzmożone napięcie. Natomiast za czynniki utrwalające uznał takie zachowania otoczenia jak: krytykowanie, nagradzanie, rywalizacja, niewłaściwy wzór mówienia, nadmierne wymagania językowe (Tarkowski 1999). Można zatem przyjąć, że istnieją uwarunkowania, które ułatwiają prognozowanie wystąpienia i rozwoju zjawiska jąkania u małych dzieci (Yairi 1997; Guitar 2006; Kelman i Nicholas 2008; Manning 2010). Do czynników rokujących pozytywnie zaliczyć można:

- brak historii jąkania w rodzinie lub występujące przypadki samoistnego ustąpienia jąkania,
- płeć żeńską,
- zmniejszanie się objawów niepełności,
- krótki czas występowania objawów (krótszy niż 12 miesięcy),
- niewielką częstotliwość objawów,

- brak negatywnych reakcji otoczenia,
- niski poziom obaw rodziców związanych z nie płynnością dziecka,
- brak lub niską świadomość dziecka związaną z problemem (dziecko nie manifestuje świadomości występowania problemu),
- brak innych problemów rozwojowych (także związanych z rozwojem mowy i języka),
- wystąpienie pierwszych objawów około 2. – 3. roku życia.

Rokowania są z kolei negatywne, gdy obserwujemy następujące czynniki:

- występujące w rodzinie przypadki jąkania chronicznego,
- płeć męska,
- objawy nie płynności nasilają się lub utrzymują na jednakowym poziomie,
- objawy utrzymują się dłużej niż 12 miesięcy,
- duże nasilenie objawów,
- negatywne reakcje otoczenia,
- wysoki poziom obaw rodziców,
- dziecko jest świadome – ewentualnie manifestuje negatywne reakcje emocjonalne związane z obecnością problemu w mowie,
- współwystępowanie innych problemów rozwojowych (w tym w rozwoju mowy i języka),
- pierwsze objawy wystąpiły później niż po 3. – 4. roku życia.

Jak już zasygnalizowano, ostatnie dekady są okresem zintensyfikowanych badań nad problematyką jąkania się małych dzieci. Jednak często wyniki tych badań są wzajemnie sprzeczne. Wielu autorów podkreśla, że jąkanie wczesnodziecięce jest wyjątkowym zjawiskiem, jest trudno przewidywalne, zmienne i różnorodne. Nie sposób podać jednej przyczyny wystąpienia i rozwoju jąkania – zjawisko to uwarunkowane jest wieloma czynnikami. Jak stwierdza B. Guitar, wiemy już obecnie, że *(....) wiele czynników zarówno związanych z samym dzieckiem, jak i z jego środowiskiem ma wpływ na wystąpienie, utrwalanie się lub też ustępowanie objawów jąkania* (2006: 71). Obecnie, także na gruncie polskiej literatury przedmiotu, przyjmuje się za najbardziej prawdopodobną tzw. wieloczynnikową koncepcję podłoża tego zaburzenia mowy (Pruszewicz 1992; Tarkowski 1999; Woźniak 2008). W ujęciu koncepcji wieloczynnikowej rozpatrywanie genezy, jak i rozwoju jąkania, odbywa się w oparciu o analizę grupy uwarunkowań. Zalicza się tu następujące czynniki:

- fizjologiczne (także genetyczne),
- lingwistyczne,
- psychologiczne (emocjonalne),
- środowiskowe (Smith i Kelly 1997).

W opinii niektórych badaczy uwarunkowania tzw. fizjologiczne i lingwistyczne mają większy wpływ na wystąpienie objawów i rozwój jąkania. Natomiast

na nasilanie i utrwalanie się objawów działają współwystępujące wówczas z nimi tzw. czynniki psychologiczne i środowiskowe (Guitar 2006; Kelman i Nicholas 2008). W tym rozumieniu kombinacja takich uwarunkowań jak np.: płeć męska, historia jąkania chronicznego w najbliższej rodzinie dziecka, jego poziom możliwości językowych, może mieć wpływ na pojawienie i nasilanie się problemu jąkania. Z kolei na utrwalanie i nasilanie się objawów mogą oddziaływać dodatkowo takie czynniki jak: temperament i osobowość dziecka, styl komunikowania się osób, z którymi dziecko najczęściej rozmawia, reakcje najbliższego otoczenia na pojawiające się w mowie problemy, a także styl życia rodziny. Badacze wskazują, że dla celów diagnostycznych i prognostycznych istotna jest bardzo uważna analiza występujących u dziecka czynników. I tak na przykład według E. Yairi i N. G. Ambrose występowanie w rodzinie przypadków jąkania nie jest warunkiem wystarczającym do prognozowania wystąpienia u dziecka tego problemu. Zdaniem tych badaczy należy raczej analizować przebieg jąkania u innych osobników w rodzinie. Należy również pamiętać, że zjawisko jąkania u małych dzieci podlega wahaniom w czasie, przypadkowym, trudnym do prognozowania zmianom, co również utrudnia jego ocenę (Kelman i Nicholas 2008).

Charakterystyka funkcjonowania dziecka jākającego się

Pomimo obiegowych opinii, według których osoby jākające się uznawane są za bardziej nerwowe bądź lękliwe, wyniki badań nie potwierdzają istnienia istotnych różnic pomiędzy funkcjonowaniem ludzi jākających się a tych, którzy nie manifestują objawów niepełności w mowie. O. Bloodstein zwraca uwagę, że podobnie jak osoby, które nie mają problemów z płynnością mowy, jākający się reprezentują różne typy osobowości (1995). Nie można zatem przyjmować za pewnik, że dzieci jākające się są bardziej lękliwe niż ich niejākający się rówieśnicy. Jednocześnie wyniki badań wskazują, że u osób jākających się częściej obserwuje się wysoki poziom wzbudzenia systemu autonomicznego, co może powodować pojawianie się i nasilanie objawów jąkania (Guitar 2006). W grupie dzieci jākających się, podobnie jak i dorosłych, częściej też obserwuje się występowanie osobników z temperamentem nadwrażliwym. Ta nadwrażliwość może być związana z występowaniem fizycznego napięcia mięśni odpowiadających za fonację. Rodzice dzieci jākających się często w czasie trwania wywiadu stwierdzają, że w ich opinii dziecko jest szczególnie wrażliwe. Zdaniem niektórych badaczy taka podwyższona wrażliwość dziecka w połączeniu z reakcjami słuchaczy na objawy niepełności może wpływać na zwiększanie napięcia i nasilanie się objawów jąkania (Rustin i in. 2002). Ostatnie lata przynoszą również zainteresowanie badaczy związkiem, jaki zachodzi pomiędzy temperamentem dziecka a rozwojem problemu

jąkania. Wyniki badań wskazują na częstsze występowanie wśród dzieci z problemem nie płynności w mówieniu osobników:

- nadaktywnych i mających problemy z utrzymaniem koncentracji uwagi,
- trudniej adaptujących się do nowych sytuacji, mniej odpornych na zmiany (np. rytmu dnia codziennego),
- trudniej radzących sobie z emocjami (płaczliwych lub wybuchowych),
- nadwrażliwych, męczliwych,
- wycofujących się, opornych (Karrass i in. 2006; Kelman i Nicholas 2008).

Zdaniem niektórych badaczy takie uwarunkowania związane z temperamentem dziecka w połączeniu z niekorzystnymi wpływami środowiska mogą powodować utrwalanie się objawów. Sytuacje, w których objawy nie płynności mówienia u małych dzieci mogą nasilać się, to przede wszystkim takie momenty, gdy są one:

- zmęczone lub chore, podekscytowane,
- zasypywane gradem pytań,
- zmuszone, by mówić do osoby, która ich nie słucha lub nie manifestuje tego.

Utrudnieniem w utrzymaniu płynności w mowie są także takie sytuacje społeczne, gdy kilka osób mówi jednocześnie lub dzieci są proszone o wypowiedź na forum grupy lub przed osobami nieznanymi. Objawy nasilać się będą również wtedy, gdy dziecko próbuje mówić na skomplikowane tematy, używając trudnego słownictwa lub budując złożone zdania. Czasami nie płynności intensyfikują się w miejscach nowych, nieznanach dziecku lub w obecności niezajomych osób. Wydaje się, że w sytuacji, gdy następuje spłot takich uwarunkowań psychologicznych, środowiskowych, a dodatkowo jeszcze lingwistycznych, utrzymanie płynności w mowie bez wsparcia osób dorosłych jest dla dziecka nieosiągalne. W takich momentach istotne jest, by brać pod uwagę stopień uświadomienia sobie problemów w mowie przez dziecko. Przez wiele lat panowała powszechna opinia, że nie jest wskazane, aby rozmawiać z dzieckiem na temat przytrafiających się mu zająknięć. Uzasadnieniem był pogląd, że uświadomienie dziecku występujących w jego mowie objawów jąkania nasili problem. Wyniki badań prowadzonych w ostatnich latach wskazują na potrzebę zrewidowania takiego stanowiska. Ta panująca w otoczeniu dziecka swoista zmowa milczenia (ang. *conspiracy of silence*) nie pomaga mu w przezwyciężaniu jego kłopotów w mowie. Wyniki badań prowadzonych przez E. Yairi i N. G. Ambrose wskazują, że choć w początkowym stadium jąkania stosunkowo niewielka grupa dzieci ma tego świadomość, to jednak takie przypadki istnieją. Zdaniem tych badaczy dzieci, u których jąkanie nasila się z czasem, utrwała się również negatywna samoocena związana z tym problemem (Yairi i Ambrose 2005). Istotne wydaje się zatem dokonanie podczas badania logopedycznego oceny percepcji własnego jąkania przez dziecko oraz rozpoznania opinii rodziców w tym względzie. Ułatwi to takie zaprogramowanie terapii, które

integralną częścią będzie desensytyzacja, polegająca na zniwelowaniu negatywnych reakcji dziecka i jego otoczenia na problem jąkania.

Charakterystyka zaburzeń mowy dziecka jąkającego się

Wielu badaczy zjawiska jąkania wczesnodziecięcego zwraca uwagę na związek pomiędzy rozwojem mowy i języka a występowaniem objawów nie płynności w mowie. Dla analizy problemu jąkania się dzieci w wieku przedszkolnym istotny jest fakt, że objawy nie płynności pojawiają się w okresie gwałtownego rozwoju mowy i języka. Umiejętności posługiwania się mową dźwiękową narastają w tym czasie u dziecka w sposób gwałtowny. Badacze zjawiska podkreślają również, że jąkanie jest zaburzeniem, które ujawnia się najczęściej u małych dzieci w tzw. okresie zdania. Dziecko w wieku przedszkolnym, szczególnie na etapie tworzenia się i doskonalenia umiejętności posługiwania się zdaniami – pomiędzy 2. – 3. a 7. rokiem życia, doświadcza okresowych zakłóceń w zakresie płynności mówienia, co jest zjawiskiem normalnym. Często pojawiające się nie płynności związane są z użyciem trudniejszych słów bądź próbą znalezienia odpowiedniego wyrazu (Karniol 1995). W praktyce często obserwuje się, że objawy jąkania nasilają się w sytuacji, gdy dziecko rozpoczyna wypowiedź (na początku zdania lub frazy) i zwykle są bardziej typowe dla wypowiedzi dłuższych lub skomplikowanych gramatycznie. Jest to związane ze wzrostem ruchliwości dziecka, dużą ilością przeżywanych doświadczeń, gwałtownym rozwojem myślenia, a także tym, że rozumienie rozwija się szybciej niż umiejętność wypowiadania się. Rozwojowa nie płynność mówienia, która pojawia się na tym etapie, nie jest objawem patologii. Dla większości z doświadczających nie płynności maluchów jest to zjawisko okresowe, ustępujące w miarę doskonalenia się umiejętności językowych dziecka. Jednak u niektórych dzieci objawy jąkania nie ustępują, wręcz przeciwnie – nasilają się. Należy bowiem odróżniać naturalne trudności z utrzymaniem płynności mówienia od jąkania wczesnodziecięcego.

Wyniki badań nad zjawiskiem jąkania u dzieci wskazują również, że w pewnej grupie jąkających się zaburzenie płynności mowy współistnieje z innymi wadami mowy lub/i języka (Tarkowski 1999; Guitar 2006). Zaburzeniom płynności mówienia u dziecka towarzyszyć mogą problemy artykulacyjne, opóźniony rozwój mowy, zakłócony proces nabywania języka. Współwystępowanie jąkania wczesnodziecięcego z innymi problemami logopedycznymi analizowała w swoich badaniach N. Bernstein-Ratner (2005). Dzieci, u których jąkanie zaistnieje jednocześnie z innymi problemami w nabywaniu mowy, znajdują się w grupie ryzyka utrwalenia się problemu. Dość powszechnie przyjmuje się, że najczęściej współwystępującym z jąkaniem wczesnodziecięcym problemem logopedycznym są wady wymowy (Blood i Seider 1981; Hill 2003). Dzieci, które oprócz nie płynności mowy

przejawiają również, w różnym nasileniu, nieprawidłowości w realizacji dźwięków mowy, mają mniejsze szanse na samoistne przezwyciężenie jąkania i w tych przypadkach istnieje również większe ryzyko, że objawy niepełności nabiorą cech chroniczności (Paden, Yairi i Ambrose 1999). Niektórzy badacze wskazują z kolei na częstsze występowanie opóźnień w rozwoju mowy u dzieci jękających się (Andrews i Harris 1964, cyt. za: Howell 2007). Dla odpowiedniego planowania postępowania logopedycznego w przypadku wczesnej niepełności mowy ważne jest uwzględnienie faktu, że dzieci z objawami niepełności mowy mogą przejawiać różnego typu zakłócenia w sferze nabywania mowy i języka (opóźnienie, zaburzenia, nieharmonijny przebieg tych procesów). Dlatego w programowaniu procesu terapii logopeda powinien założyć wykorzystanie strategii terapeutycznych ukierunkowanych na stymulowanie i wspieranie rozwoju mowy i języka oraz przezwyciężanie współwystępujących problemów logopedycznych.

Postępowanie logopedyczne z uwzględnieniem diagnozy i terapii dziecka jękającego się

W przedmowie do 37. tomu „Logopedii”, w którym zaprezentowane zostały standardy postępowania logopedycznego dla poszczególnych zaburzeń mowy, S. Grabias wyraził nadzieję, że (...) *przyjdzie taka chwila, kiedy każdy terapeutyczny krok logopedy będzie działaniem celowym wynikającym z jego głębokiej kompetencji* (2008a: 5–6). W ogólnym standardzie postępowania logopedycznego autor sprecyzował trzy główne procedury wyznaczające pole działań logopedy. Są to:

- diagnozowanie zaburzenia mowy,
- programowanie terapii,
- prowadzenie terapii (2008b: 13–27).

Jak pisze S. Ziemiński w pracy *Problemy dobrej diagnozy* (1973), (...) *[diagnoza polega na] zakwalifikowaniu, na przyporządkowaniu badanego zjawiska do tzw. jednostki diagnostycznej, tj. gatunku albo typu* (1973: 62). Prawidłowa diagnoza logopedyczna nie może jednak zawężyć się wyłącznie do ustalenia defektów językowych i objawów im towarzyszących, ale musi poszukiwać również związków przyczynowo-skutkowych (Iskra i Szuchnik 2005). Diagnoza jest bowiem stałym aktem terapii logopedycznej. W procesie oddziaływania logopedycznego diagnoza powinna być pogłębianą w miarę rozpoznawania problemu badanej osoby i permanentnie weryfikowaną w toku terapii (Jastrzębowska i Pelc-Pękala 2003; Guitar 2006). W badaniu logopedycznym, podobnie jak w badaniach medycznych, konieczne jest w niektórych przypadkach dokonywanie diagnozy różnicowej, polegającej na rozpoznawaniu objawów i zaklasyfikowaniu ich do określonego zaburzenia. W przypadku małych dzieci konieczne jest zazwyczaj rozróżnienie, czy

dziecko ujawnia objawy rozwojowej nie płynności mowy, czy występuje u niego jąkanie wczesnodziecięce. W każdym badaniu logopedycznym, szczególnie jednak w diagnozie różnicowej zaburzeń płynności mówienia, postawienie poprawnej diagnozy jest zależne od przeprowadzenia rzetelnego wywiadu. Badanie logopedyczne w przypadku wczesnej nie płynności, oprócz analizy płynności mowy, obejmuje również ocenę charakterystycznych cech rozwojowych, takich jak język dziecka, artykulacja i kontrola motoryczna oraz zmiennych środowiskowych – stresu komunikacyjnego, czyli sposobu, w jaki otoczenie porozumiewa się z dzieckiem i stresu interpersonalnego, czyli wzajemnego oddziaływania członków rodziny na siebie (Gregory 1994).

Zdaniem B. Guitara w przypadku występowania objawów jąkania u małych dzieci kluczowe dla dalszych kroków diagnostycznych jest poszukiwanie odpowiedzi na następujące pytania: (1) Czy mamy do czynienia z normalną (typową dla tego okresu rozwoju mowy) formą nie płynności mówienia? (2) Jakie są szanse na samoistne ustąpienie objawów? (3) Jeśli terapia jest konieczna, to jaką powinna mieć formę – interwencji pośredniej czy bezpośredniej? (2006: 273). Wstępnym etapem diagnostycznym w przypadku wczesnej nie płynności mowy, który ułatwi logopedzie znalezienie odpowiedzi na pierwsze dwa pytania, może być przesiew logopedyczny. Badanie przesiewowe to prosta, orientacyjna ocena problemu umożliwiająca dokonanie wczesnej identyfikacji dzieci z grupy ryzyka wystąpienia jąkania w celu objęcia ich jak najszybszą opieką logopedyczną. Badacze z ośrodka Michaela Palina w Londynie, w praktykowanym w tym ośrodku podejściu terapeutycznym *Palin PCI* (*Palin Parent-Child Interaction Approach* – Interakcyjna Terapia Rodzic-Dziecko), proponują trzy formy przeprowadzenia takiego przesiewu. Są to do wyboru: bezpośrednia rozmowa i obserwacja prowadzona w ośrodku z udziałem dziecka i jego rodziców, przesiew w formie listowej (poprzez przesłanie rodzinie kwestionariusza wywiadu) lub umówiony wcześniej wywiad telefoniczny z rodzicami. Wykorzystanie zawartych w karcie badania przesiewowego pytań (ang. *initial screening form*) umożliwia dokonanie wstępnej analizy problemu (Kelman i Nicholas 2008; Węsierska 2010). Wielu autorów podkreśla znaczenie wczesnej identyfikacji dzieci z grupy ryzyka wystąpienia jąkania. Wśród wspólnych czynników, które powinny być analizowane w toku takiego przesiewu, wymienia się najczęściej: (1) historię jąkania chronicznego w rodzinie, (2) nasilenie lub utrzymywanie się na tym samym poziomie objawów jąkania w ocenie rodziców, (3) dłuższy okres obecności nie płynności w mowie dziecka, (4) obawy rodziców, (5) reakcje otoczenia na problem w mowie, (6) współwystępowanie innych problemów związanych z opanowywaniem mowy i języka, (7) reakcje dziecka na problem w mowie (Curlee i Yairi 1997; Hill 2003; Chmela 2004; Kelman i Nicholas 2008).

W przypadku podejrzenia występowania u dziecka objawów jąkania należy przeprowadzić pełną diagnozę logopedyczną. Celem takiej diagnozy jest przede wszystkim ocena ilościowa i jakościowa występujących w mowie dziecka objawów, pozwalająca na potwierdzenie bądź wykluczenie hipotezy o jąkaniu się dziecka. Celem badania jest również ustalenie, jak występujący w mowie dziecka problem wpływa na funkcjonowanie samego dziecka i jego rodziny oraz jakie czynniki (fizjologiczne, psychologiczne, lingwistyczne i środowiskowe) mogły mieć wpływ na wystąpienie i rozwój zjawiska. Kompleksowa ocena zjawiska pozwala na dokonanie wyboru odpowiedniej strategii terapeutycznej. Najważniejsze elementy takiej diagnozy to:

- wywiad z rodzicami,
- obserwacja interakcji rodzic-dziecko,
- badanie objawów nie płynności w mowie dziecka w różnych próbach,
- analiza danych związanych z postawą dziecka i uczuciami związanymi z problemem jąkania,
- ogólna ocena rozwoju mowy i języka,
- analiza wyników badań specjalistycznych.

Badanie objawów nie płynności w mowie przeprowadzane powinno być w zróżnicowanych próbach, np.: podczas spontanicznej zabawy, w czasie zabawy z rodzicem, opowiadania historyjki obrazkowej, zabawy pod presją czasu (Chmela 2004). Z. M. Kurkowski proponuje przeprowadzenie badania dzieci poniżej 7. roku życia w oparciu o *Próbkę Sylabową do Oceny Niepłynności Mówienia* z wykorzystaniem następujących prób: nazywanie obrazków, powtarzanie zdań, dialog, historyjka obrazkowa (2003: 18). B. Guitar rekomenduje także analizę nagrań wypowiedzi dziecka dostarczonych przez rodziców, jako najbardziej miarodajnych i wiarygodnych (2006). W praktyce często diagnostyka wczesnej nie płynności mowy to obserwacja tego zjawiska w dłuższym odstępie czasu, tak by możliwe było dokonanie analizy takich danych jak:

- ilość nie płynności – jak częste są epizody mowy nie płynnej i czy mają tendencję do ustępowania wraz z wiekiem i doskonaleniem się sprawności językowej, co jest charakterystyczne dla rozwojowej nie płynności mowy,
- głębokość nie płynności – jeśli powtarzaniu, przeciąganiu głosek, a nawet zatrzymaniu toku mówienia towarzyszy zwiększone napięcie mięśni, lęk oraz próby pokonywania siłą tych zaburzeń (reakcja walki), to wskazuje na patologiczną formę nie płynności,
- okoliczności występowania nie płynności – jeśli nasilenie nie płynności wiąże się z konkretnymi sytuacjami lub też z obecnością pewnych osób, może to sygnalizować nasiloną postać jąkania,

- zachowania zmierzające do ukrywania trudności – świadome stosowanie przez dziecko różnych sposobów celem uniknięcia utrudnień w mowie, co również może wskazywać na patologiczny charakter zaburzenia.

Z. Tarkowski w celu ustalenia nasilenia jąkania zaleca wykorzystanie jednej z najbardziej popularnych skal: *Stuttering Severity Instrument SSI* autorstwa G. Riley (Riley 1972; Guitar 2006). *Skala intensywności jąkania dla dzieci*, w adaptacji jego autorstwa, pozwala na ocenę stopnia zaawansowania jąkania w oparciu o trzy czynniki: częstotliwość objawów nie płynności, czas trwania najdłuższych odcinków nie płynności i występowanie współruchów (Tarkowski 1997).

Jak już wspomniano, istotną częścią badania jest szczegółowy wywiad z rodzicami, który zdaniem specjalistów z Michael Palin Centre w Londynie powinien obejmować analizę czterech zasadniczych obszarów. Są to:

1. Czynniki fizjologiczne:

- historia jąkania w rodzinie i jej przebieg,
- wywiad na temat innych problemów logopedycznych wśród członków rodziny,
- wczesne stadia rozwoju dziecka związane z narodzinami, okresem niemowlęcym, rozwój motoryczny dziecka i opanowywanie koordynacji.

2. Czynniki lingwistyczne:

- moment wystąpienia pierwszych objawów jąkania, rozwój i nasilanie się problemu, zmienność objawów w czasie, wpływ problemu jąkania na życie rodziny,
- rozwój mowy i języka, ewentualne zakłócenia lub zaburzenia tego procesu,
- ogólny poziom umiejętności komunikacyjnych dziecka (styl komunikowania się).

3. Czynniki społeczne:

- społeczne i emocjonalne uwarunkowania, które mogą mieć wpływ na płynność w domu,
- społeczne i emocjonalne uwarunkowania, które mogą mieć wpływ na płynność dziecka w przedszkolu,
- style komunikowania się w środowisku dziecka: tempo mowy otoczenia, wygórowane wymagania względem mowy dziecka, bilingwalność, brak przestrzegania zasady mówienia po kolei,
- reakcje otoczenia na problem jąkania.

4. Czynniki psychologiczne:

- niepokój i lęk po stronie dziecka i/lub rodziców związany z problemem jąkania,
- inne problemy emocjonalne, np. kryzys w rodzinie, żaloba,
- osobowość, temperament dziecka,
- osobowości innych członków rodziny, rywalizacja między rodzeństwem,

- problemy wychowawcze, rutyna dnia, konsekwencja,
- radzenie sobie ze zmianami, z lękiem przed rozdzieleniem i inne (Rustin i in. 2002; Kelman i Nicholas 2008).

Z. Tarkowski proponuje schemat wywiadu w przypadku jąkania wczesnodziecięcego zawierający następujące sekcje tematyczne: (1) dane biograficzne dziecka, (2) dane o rodzinie i jej stosunku do dziecka jākającego się, (3) dane o rozwoju dziecka, (4) dane o jākaniu, zawierające również informacje o początku jākania i aktualnym stanie mowy dziecka (Tarkowski 1997: 197-203). Uzupełnieniem szczegółowego wywiadu na temat rodziny i rozwoju dziecka jest badanie sprawności językowej – czynności odbiorczych i nadawczych, zarówno w aspekcie fonetycznym, leksykalnym, gramatycznym oraz ekspresyjnym, jak i analiza wyników badań specjalistycznych (Rustin i in. 2002; Chmela 2004; Kelman i Nicholas 2008). W trakcie prognozowania i programowania terapii dziecka jākającego się należy brać pod uwagę istnienie zależności pomiędzy rozwojem mowy i języka, ewentualnymi zakłóceniami tego procesu i pojawianiem, nasilaniem lub utrzymywaniem nie płynności mówienia. Utrudnienia diagnostyczne w przypadku wczesnej nie płynności mowy wymagają od logopedy podjęcia działań o charakterze profilaktycznym i z zakresu wczesnej interwencji, a następnie przeprowadzenia diagnozy różnicowej i stosownie do jej wyników prowadzenia postępowania terapeutycznego (Tarkowski 1997).

W praktyce logopedycznej pojęcie *terapia logopedyczna* rozumiane jest jako (...) *specyficzne, zamierzone oddziaływania ukierunkowane na usunięcie wszelkich zakłóceń procesu porozumiewania się* (Skorek 2000: 168). Zdaniem A. Packman i M. Onslow w celu opisu strategii udzielania pomocy terapeutycznej w przypadku jākania wczesnodziecięcego można dokonać ich pogrupowania. Zdaniem tych badaczy terapia może się wiązać z: (1) przekształceniami dokonywanymi w środowisku dziecka, ukierunkowanymi zwłaszcza na rodzinę, (2) zmianami w sposobie mówienia, ukierunkowanymi na rodziców lub/i bezpośrednio na sposób mówienia dziecka, (3) warunkowaniem instrumentalnym za pomocą odpowiednich informacji zwrotnych o płynnym lub nie płynnym sposobie mówienia, (4) językowym upraszczaniem wypowiedzi dziecka (1999). W kolejnym ujęciu wskazują oni, że podejścia terapeutyczne najogólniej dzieli się na: pośrednie lub bezpośrednie, w zależności od tego, czy logopeda koncentruje się na bezpośrednim upłynnianiu mowy dziecka czy nie. Ponadto terapia może być „zaprogramowana” (usystematyzowana), przebiegająca według ściśle określonych etapów lub polegająca na tym, że zasady postępowania terapeutycznego są luźno określone i logopeda na bieżąco podejmuje decyzje o przebiegu terapii. Według tych autorów kolejna linia podziału procedur terapeutycznych dotyczy tego, w jaki sposób zostały one opracowane, np. jedne podejścia terapeutyczne powstały w oparciu o podstawy teoretyczne, polegające na przyjęciu konkretnej koncepcji jākania, inne wywodzą się z praktyki tera-

peutycznej. Dodatkowo terapia może być wystandaryzowana – wówczas każdy przypadek jąkania prowadzony jest według tych samych procedur terapeutycznych lub może być wysoce zindywidualizowana – wtedy dla każdego dziecka realizowany jest inny, odpowiedni dla niego schemat terapii (Packman i Onslow 1999).

M. Chęciek w przypadku jąkania proponuje ogólny podział strategii postępowania terapeutycznego, wyróżniając trzy główne podejścia:

- interwencja bezpośrednia – oddziaływania ukierunkowane na niwelowanie nie płynności mówienia za pomocą różnorodnych ćwiczeń: oddechowych, emisyjnych, artykulacyjnych i słuchowych,
- interwencja pośrednia – oddziaływania, które mają wpływ na procesy warunkujące mowę, ale bez bezpośredniego korygowania nie płynności,
- oddziaływania kompleksowe, które łączą metody interwencji bezpośredniej i pośredniej (2007).

P. Zebrowski podkreśla, że logopeda na podstawie wyniku diagnozy logopedycznej dostosowuje model postępowania terapeutycznego do potrzeb konkretnego jąkającego się dziecka (Zebrowski 1997, cyt. za: Manning 2010). W zależności od ustaleń diagnozy logopedycznej, w czasie której rozpatrywana jest między innymi kwestia głębokości zaburzenia i jego etiologia, a także uwarunkowania środowiskowe, logopeda wybiera odpowiednią strategię postępowania terapeutycznego. Proponuje ona kilka wariantów w zależności od zgromadzonych w badaniu informacji i przyjętych w oparciu o te wyniki rokowań. Mogą to być następujące warianty działań logopedy:

1. U dziecka z bardzo dobrymi rokowaniami na ustąpienie objawów rolą logopedy jest udzielenie rodzicom porad dotyczących rozwoju mowy i języka, sytuacji ich dziecka w tym względzie, przedstawienie im informacji na temat czynników związanych z genezą i nasilaniem się jąkania u dzieci oraz określenie rokowań związanych z przewyciężaniem jąkania przez ich dziecko. Rodzice otrzymują odpowiednią bibliografię i mają możliwość kontaktowania się z terapeutą (są to comiesięczne raporty składane telefonicznie lub za pośrednictwem Internetu). Rodzice są proszeni o obserwowanie ewentualnych zmian w częstotliwości i typie jąkania. W razie nasilania się objawów zalecana jest wizyta kontrolna.
2. U dzieci z dość wysokim prawdopodobieństwem ustąpienia objawów (np. takich, u których dodatkowym czynnikiem obciążającym i ewentualnie rokującym negatywnie mogą być współwystępujące problemy logopedyczne) zalecane są wszystkie powyższe działania realizowane dla wariantu pierwszego, dodatkowo proponowana jest również terapia przewyciężania problemów związanych z opóźnieniem lub zaburzeniem mowy. Jeśli w rodzinie występował problem jąkania, logopeda dodatkowo udziela konsultacji i wsparcia członkom rodziny, w celu zniwelowania ewentualnych obaw związanych z tym problemem.

3. W przypadku dzieci (zwłaszcza dotyczy to dziewczynek), u których objawy jąkania są dłużej obecne w mowie (np. powyżej 2 lat) terapia zawiera wszystkie komponenty poprzednich wariantów. Dodatkowo proponowane są konsultacje i porady dla rodziców, które mają na celu ułatwienie im dokonywania zmian w sposobie komunikowania się z dzieckiem, poprzez zwolnienie tempa mowy, użycie pauz, unikanie przerywania. Według P. Zebrowski wskazane może być również skorzystanie z zajęć grupowych dla rodziców i dzieci, które ułatwiają wspomaganie płynności mowy.
4. W przypadku dzieci, u których rokowania na samoistne ustąpienie objawów są jeszcze niższe niż w poprzednich wariantach, oprócz wszystkich zalecanych wcześniej form pomocy terapeutycznej logopeda proponuje również comiesięczne wizyty w poradni w celu monitorowania objawów jąkania w mowie dziecka. W razie nasilania się niepłynności zalecana jest bezpośrednia interwencja terapeutyczna.
5. W przypadku dzieci, u których rokowania są najgorsze (np. objawy jąkania obecne są w mowie dłużej niż 3 lata), dodatkowo proponowana jest bezpośrednia interwencja terapeutyczna (Zebrowski 1997, cyt. za: Manning 2010).

Badacze i terapeuci skupieni wokół ośrodka Michaela Palina w Londynie zaproponowali następujący podział form interwencji terapeutycznej w przypadku objawów jąkania u małych dzieci:

- **udzielanie porad i informowanie** – rekomendowane zwłaszcza w takich przypadkach, gdy rodzice nie są zaniepokojeni stanem mowy dziecka, objawy niepłynności w mowie mają łagodną postać i występują od niedawna, nie ma historii jąkania w rodzinie dziecka, a także nie manifestuje ono innych zaburzeń bądź zakłóceń rozwoju mowy i języka,
- **terapia pośrednia** – proponowana w sytuacjach, gdy rodzice przejawiają większy niepokój spowodowany jąkaniem się dziecka, objawy jąkania mogą być bardziej zmienne, u dziecka obserwuje się większe napięcie i pierwsze objawy frustracji,
- **terapia bezpośrednia lub kombinacja terapii pośredniej i bezpośredniej** – zalecana w takich przypadkach, gdy poziom obaw rodziców jest zdecydowanie wysoki; takie strategie terapeutyczne rekomendowane są dzieciom nieco starszym lub takim, u których objawy jąkania utrzymują się stosunkowo długo; zastosowanie tych podejść może mieć miejsce w sytuacji współwystępowania innych czynników rokujących negatywnie (Rustin i in. 2002).

Pierwszym i najczęściej stosowanym sposobem udzielania pomocy rodzinie dziecka z objawami jąkania są porady i konsultacje dla rodziców. Jest to popularna forma pomocy logopedycznej, polegająca na udzielaniu praktycznych, prewencyjnych wskazań i sugestii rodzicom lub opiekunom. Porady i konsultacje praktyko-

wane są nie tylko w sytuacji pierwszych objawów nie płynności mowy, wśród dzieci z grupy ryzyka, lecz także w przypadkach bardziej zaawansowanego jąkania jako wstęp do dalszych oddziaływań terapeutycznych. Najczęściej konsultacje z rodzicami obejmują omawianie takich zagadnień tematycznych jak: rozwój zjawiska jąkania, styl komunikowania się rodziny umożliwiający poprawę płynności mowy dziecka. W tym ostatnim aspekcie poruszane są takie kwestie jak: adekwatne dla dziecka tempo mowy, nienadużywanie pytań, stosowanie zasady mówienia po kolei, pełne słuchanie, rutyna życia codziennego, konsekwencja i ewentualne problemy wychowawcze (Tarkowski 1997; Kostecka 2000; Hill 2006; Kelman i Nicholas 2008). Konsultacje i porady udzielane rodzicom są często efektywnym i niejednokrotnie wystarczającym sposobem pomocy w przypadku wczesnej nie płynności mowy. D. Hill akcentuje jednakże, że skuteczność tych oddziaływań uwarunkowana jest wówczas takimi czynnikami jak zadbanie o partnerskie relacje pomiędzy specjalistą i rodzicami (2006). Wydaje się zatem, że terapeuta, który chce skutecznie udzielać porad, musi mieć na uwadze następujące kwestie:

- przyjmowanie wspierającej i akceptującej postawy wobec rodziców, okazywanie szacunku dla ich poglądów, opinii oraz dokonywanych przez nich wyborów,
- aktywne i nieoceniające słuchanie wypowiedzi rodziców, także nienarzucanie im swoich poglądów,
- umożliwienie rodzicom otwartego dyskusowania o nurtujących ich problemach,
- unikanie oceny, krytykowania, pouczania,
- wspieranie rodzica, opieranie się na mocnych stronach dziecka, zadawanie pytań w celu poszukiwania tego, co już działa, by to wzmacniać (Kelman i Nicholas 2008).

Zadbanie o spełnienie tych warunków podczas udzielania porad i konsultowania rodzin dzieci z objawami jąkania ułatwia w konsekwencji aktywizowanie opiekunów. Możliwe jest wówczas lepsze zrozumienie przez opiekunów problemu ich dziecka i aktywne ich zaangażowanie się w udzielanie mu wsparcia (Hill 2006).

Zastosowanie terapii pośredniej zgodne jest z poglądem, że mowa małego dziecka jest determinowana przez wpływ otoczenia i oddziaływanie na to środowisko daje odpowiednie efekty terapeutyczne. W tej formie terapii logopeda koncentruje się na modyfikowaniu tempa i rytmu mówienia dziecka i jego najbliższych. Rodzicom – opiekunom sugeruje się również upraszczanie sytuacji komunikacyjnych, w jakich uczestniczy dziecko. Stymulowanie mowy dokonuje się przede wszystkim za pośrednictwem zabawy w toku ćwiczeń logorytmicznych, relaksacyjnych i muzykoterapeutycznych. Rodzice otrzymują instrukcje, jak postępować z dzieckiem w domu, jak komunikować się z nim, by nie koncentrować uwagi

dziecka na mowie, nie kłaść nacisku na kontrolowanie wypowiedzi. W przypadku objawów wskazujących na jåkanie wczesnodziecięce, gdy brak jest obciążenia w postaci współwystępowania czynników wyzwalających lub podtrzymujących przejawy niepłynności, praktykuje się zalecanie rodzicom odpowiedniego postępowania i ograniczone angażowanie dziecka w terapię. W trakcie spotkań z logopedą dokonuje się modelowanie postaw osób znaczących w życiu dziecka wobec jego mowy. Logopedzi doradzają rodzicom dziecka, jakie zasady postępowania powinny obowiązywać rodzinę i otoczenie dziecka z wczesną niepłynnością mowy – na potrzeby oddziaływań profilaktyczno – terapeutycznych przygotowują konkretne wskazówki dla rodziców (Kostecka 2000; Waszczuk 2005; Kamińska 2006; Jeziorczak i Węsierska 2008; Węsierska 2010).

Podjęcie bezpośredniej terapii logopedycznej wobec dziecka w wieku przedszkolnym jest w wielu wypadkach konieczne i uzasadnione. Logopeda decyduje o zastosowaniu bezpośredniej interwencji po przeprowadzeniu pełnej diagnozy logopedycznej. W terapii bezpośredniej podstawowym celem jest osiąganie płynności mówienia poprzez trening tej umiejętności. Metody i techniki terapii bezpośredniej, stosowane w jåkaniu wczesnodziecięcym, ułatwiają osiąganie płynności w mowie, mają formę zabawową i są dostosowane do możliwości dziecka (Walton i Wallace 1998).

B. Guitar, dokonując przeglądu terapii zaburzeń płynności mowy u małych dzieci, przywołuje trzy podejścia:

- *Palin Parent-Child Interaction Approach*,
- *Stuttering Prevention and Early Intervention*,
- *Lidcombe Program of Early Stuttering Intervention* (Guitar i McCauley 2010).

Palin Parent-Child Interaction Approach (*Interakcyjna Terapia Rodzic – Dziecko – Palin PCI*) jest programem terapii jåkania wczesnodziecięcego, opracowanym w Centrum dla Dzieci Jåkających się imienia Michaela Palina w Londynie (Botterill, Kelman i Rustin 1991; Chęćek 1993; Kostecka 1998; Kelman i Nicholas 2008; Węsierska 2010). *Palin PCI* jest przykładem kombinacji terapii pośredniej i bezpośredniej, opartej na podbudowie teoretycznej i zweryfikowanej w badaniach empirycznych (Millard, Nicholas i Cook 2008; Millard, Edwards i Cook 2009). W podejściu *Palin PCI* podstawą działań terapeutycznych jest kompleksowa diagnoza, która umożliwia rozpoznanie konkretnych potrzeb dziecka i zaprogramowanie terapii w taki sposób, aby ich zaspokojenie umożliwiło mu osiąganie płynności w mówieniu. Głównymi założeniami tej terapii jest umożliwienie rodzicom opanowania takich umiejętności, które sprzyjają upłynniowaniu mowy dziecka. Celem terapii jest również zmniejszenie obaw rodziców związanych z komunikowaniem się ich dziecka i poprawa płynności mowy do poziomu poniżej 3 % zająknięć w mowie (Guitar i McCauley 2010). Rola logopedy w tym

programie polega głównie na wspieraniu rodziny i koordynowaniu przebiegu terapii, która odbywa się w formie cotygodniowych godzinnych spotkań w poradni przez okres 6 tygodni. W tym czasie terapeuta koncentruje się na pracy z rodzicami lub opiekunami w celu wypracowywania optymalnych interakcji rodzic–dziecko i w konsekwencji obniżenia stresu komunikacyjnego w otoczeniu dziecka. Zadaniem logopedy jest modelowanie postaw rodziców i wspieranie ich. Podczas spotkań w poradni wykorzystuje on technikę wideotreningu, umożliwiającą bezpośrednią obserwację i analizowanie zachowań. W terapii wykorzystuje się przede wszystkim tzw. strategię zorientowaną na zmianę interakcji (*interaction strategies*) i strategię rodzinne (*family strategies*), rzadziej te ukierunkowane na bezpośrednią pracę z dzieckiem nad opanowywaniem płynności w mowie (*child strategies*). Efekty sześciotygodniowej terapii utrwalane są w etapie drugim, w okresie terapii w warunkach domowych (*the home-based consolidation period*). Kluczowym założeniem podejścia *Palin PCI* jest zaangażowanie rodziców w terapię. W tym celu wykorzystywana jest technika tzw. czasu specjalnego (*special time*), która ułatwia rodzicom wdrażanie i kontynuowanie terapii w warunkach domowych (Botterill i Kelman 2010). *Stuttering Prevention and Early Intervention (Profilaktyka i wczesna interwencja w jękanii)* jest programem ukierunkowanym zarówno na wykorzystanie interwencji bezpośredniej dla wzmacniania płynności mowy dziecka, jak i pośredniej, skierowanej na środowisko w celu zredukowania stresu komunikacyjnego (Gottwald 2010). Podstawowym celem programu jest umożliwienie dziecku osiągnięcia normalnego poziomu płynności w mowie. Dodatkowo podejmowane są działania kierowane do rodziców, takie jak konsultacje czy poradnictwo, w celu modyfikowania sposobu komunikowania się członków rodziny. Strategie terapii bezpośredniej z dzieckiem wykorzystywane w tym programie to przede wszystkim opanowywanie techniki mówienia w sposób zwolniony, zrelaksowany czy też techniki jękania się w sposób bardziej płynny. W czasie spotkań w poradni terapeuta pracuje pośrednio z rodziną i bezpośrednio nad mową dziecka, w ograniczonym stopniu wykorzystując technikę wideorejestracji. Logopeda podejmuje działania w stosunku do rodziny dziecka, których celem jest obniżenie wymagań wobec sposobu jego komunikowania się. Wspomaga on również rodzinę dziecka w nabywaniu umiejętności stymulowaniu mowy i języka dziecka.

Lidcombe Program of Early Stuttering Intervention (Program wczesnej interwencji w jękanii Lidcombe) został opracowany w latach 90. XX wieku w Australii i adresowany jest głównie do jękających się dzieci poniżej 6. roku życia (Lincoln i Harrison 1999). *Lidcombe Program* jest przykładem terapii bezpośredniej skoncentrowanej przede wszystkim na przywracaniu pełnej płynności w mowie dziecka (Harrison i Onslow 2010). Zadanie to realizowane jest poprzez czynne zaangażowanie rodziców w proces terapii i wdrożenie ich w realizację programu podczas codziennych zabaw w warunkach domowych. Logopeda w czasie spotkań

w poradni ma za zadanie przygotować rodziców do kompetentnego wdrażania jego zaleceń. Z pomocą logopedy rodzice uczą się również, jak ewaluować przebieg terapii. Ważnymi technikami wykorzystywanymi w programie są wzmacniające pochwały oraz okazjonalne korygowanie dziecka celem modelowania płynności w mówieniu. *Lidcombe Program* realizowany jest w dwóch etapach. Pierwszy poświęcony jest niemal całkowitemu wyeliminowaniu nie płynności w mowie dziecka (*near-zero level*), natomiast drugi to przede wszystkim utrwalanie i utrzymanie efektów terapii w mowie.

Jak podkreśla B. Guitar, zaprezentowane trzy strategie terapeutyczne w jąkanu wczesnodziecięcym mają wiele wspólnych cech, a różnią się między sobą jedynie stopniem wykorzystania interwencji bezpośredniej (Guitar i McCauley 2010). Wspólny mianownik tych trzech podejść to przede wszystkim: czas specjalny sam na sam rodzica i dziecka, wzmacnianie dziecka poprzez konkretne pochwały, systematyczne mierzenie postępów w terapii, udzielanie wsparcia rodzicom.

Przez wiele lat wśród logopedów praktyków powszechny był pogląd, że nie jest zasadne podejmowanie terapii bezpośredniej wobec dzieci z nie płynnością mowy. Wskazywano przy tym, że koncentrowanie się na objawach nie płynności może powodować utrwalanie ich u dziecka. Ostatnie lata przynoszą zmiany w stanowisku zarówno teoretyków, jak i praktyków logopedii w tym zakresie. Coraz częściej akcentuje się potrzebę wczesnej interwencji w przypadku jąkania wczesnodziecięcego (Crichton-Smith, Wright i Stackhouse 2003). Powszechniejszy też staje się pogląd, że zaniechanie specjalistycznej pomocy wobec dziecka z wczesną nie płynnością mowy może doprowadzić do utrwalenia nawyku jąkania się, by stać się w przyszłości źródłem wielu napięć oraz niepowodzeń w życiu osobistym. Także w praktyce logopedycznej w naszym kraju coraz częściej stosuje się kombinację terapii pośredniej i bezpośredniej, tzw. terapię kompleksową, w której poszczególne techniki terapeutyczne wykorzystywane są stosownie do potrzeb dzieci jākających się i ich rodzin (Tarkowski 1997; Kostecka 1999; Waszczuk 2005; Jeziorczak i Węsierska 2008).

Terapeuci podejmujący pracę z rodziną jākającego się dziecka nastawiają się na modelowanie funkcjonowania rodziny, które warunkuje poprawę płynności mowy dziecka, a zatem zwiększa efektywność oddziaływań logopedy. Terapia logopedyczna dziecka jākającego się prowadzona z udziałem rodzin zyskuje sobie coraz większą popularność także w środowisku polskich logopedów. Wydaje się, że logopedzi coraz częściej doceniają znaczenie czynnika, jakim jest zaangażowanie środowiska opiekuńczo-wychowawczego dziecka dla skuteczności terapii logopedycznej.

Obok prowadzenia działań diagnostyczno-terapeutycznych niemniej ważnym polem działania logopedów wobec wczesnej nie płynności mowy jest skuteczna profilaktyka. Przyjmuje się, że profilaktyka logopedyczna to promowanie opty-

malnych warunków rozwoju mowy i języka, eliminowanie czynników, które mogą zakłócać ten proces oraz przeciwdziałanie ewentualnym niepomyślnym skutkom występujących już zaburzeń mowy (por. Błachnio 1995: 23; 2003: 185). Podobnie jak w przypadku innych zaburzeń mowy, w odniesieniu do problematyki jąkania wyróżnia się trzy rodzaje profilaktyki logopedycznej:

- pierwszorzędową (pierwotną),
- drugorzędową (wtórną),
- trzeciorzędową (Hill 2003).

Profilaktyka pierwszorzędowa odnosi się do wszelkich oddziaływań skierowanych do całej populacji, których celem jest zapobieganie, uprzedzenie wystąpienia jąkania. Są to działania promujące zagadnienia związane z rozwojem mowy, jego zakłóceniami, informowanie o czynnikach ryzyka wystąpienia zjawiska jąkania, pedagogizacja środowiska (rodzice, opiekunowie, nauczyciele, lekarze). Profilaktyka drugorzędowa to przede wszystkim wczesna identyfikacja problemu, polegająca na wyłonieniu dzieci z tzw. grupy ryzyka jąkania. W takim celu stosowane są tzw. przesiewy logopedyczne, które pozwalają w stosunkowo krótkim badaniu dokonać orientacyjnej oceny sytuacji dziecka (Hill 2003; Kelman i Nicholas 2008; Węsierska 2010). Upowszechnienie tej formy profilaktyki umożliwia odpowiednio wczesną interwencję logopedyczną wobec osób zagrożonych wystąpieniem jąkania. Profilaktyka trzeciorzędowa w odniesieniu do jąkania to z kolei wszelkie działania prewencyjne i wspomagające wobec tych osób, u których zdiagnozowano już występowanie problemów płynności mówienia. Jej celem jest zredukowanie negatywnego wpływu jąkania na rozwój i funkcjonowanie dziecka. Działania z zakresu profilaktyki trzeciorzędowej logopeda podejmuje we współpracy z innymi specjalistami, zwłaszcza istotna wydaje się w tym wypadku kooperacja z nauczycielami (Kostecka 1999; Plusajska-Otto i Węsierska 2009).

Badania naukowe potwierdzają, że małe jākające się dzieci potrzebują krótszej terapii, by przezwyciężyć problem niż osoby starsze (Manning 2010). Najważniejszym argumentem przemawiającym za podejmowaniem terapii w przypadku objawów jākania wczesnodziecięcego jest pogłębianie się problemu w miarę wzrastania dziecka. Z kolei terapia nasilonych, utrwalonych objawów jākania trwa dłużej niż wczesnej postaci jākania (Kingston i in. 2003). Jākanie jest problemem, który silnie wpływa na proces komunikowania się jednostki. W większości przypadków ma negatywny wpływ na dalsze losy osoby jākającej się. Fakt, że wśród jākających się osób były słynne osobistości, takie jak Karol Darwin czy Winston Churchill, nie zmienia negatywnego wydźwięku społecznego związanego z tym zjawiskiem. Podejmowanie wczesnej skutecznej interwencji logopedycznej w przypadku jākania wydaje się być absolutnie uzasadnione, zarówno w aspekcie społecznym, jak i ekonomicznym.

Bibliografia

- Andrews G., Craig A., Feyer A., Hoddinott S., Howie P., Neilson M. (1983): *Stuttering: A review of research findings and theories circa 1982*. „Journal of Speech and Hearing Disorders” nr 48, s. 226–246.
- Bennett E. M. (2006): *Working with People Who Stutter. A Lifespan Approach*. Pearson Prentice Hall, Upper Saddle River.
- Bernstein–Ratner N. E. (2005): *Stuttering and concomitant problems*, [w:] Lees R., Stark C., (red.): *The Treatment of Stuttering in the Young School-aged Child*. Whurr Publishers, London, s. 163–177.
- Blood G., Seider R. (1981): *The concomitant problems of young stutterers*, “Journal of Speech and Hearing Research” nr 46, s. 31–33.
- Bloodstein O. (1995): *A Handbook on Stuttering*, Singular Publishing, San Diego.
- Błachnio K. (1995): *System nowoczesnej profilaktyki logopedycznej*. „Logopedia” nr 22, s. 21–32.
- Błachnio K. (2003): *Vademecum logopedyczne*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Adama Mickiewicza, Poznań.
- Botterill W., Kelman E. (2010): *Palin Parent–Child Interaction*, [w:] Guitar B., McCauley R., (red.): *Treatment of Stuttering. Established and Emerging Interventions*. Wolters Kluwer, Lippincott Williams and Wilkins, Baltimore, s. 63–90.
- Botterill W., Kelman E., Rustin L. (1991): *Parents and Their Pre–School Stuttering Child*. [w:] L. Rustin (red.), *Parents, Families and the Stuttering Child*. Far Communications Ltd., Kibworth, s. 59–71.
- Byrne R. (1987): *Pomówmy o zacinaniu*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa.
- Chęć M. (1993): *Jåkanie*. [w:] T. Gałkowski, Z. Tarkowski, T. Zaleski (red.): *Diagnoza i terapia zaburzeń mowy*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin, s. 125–140.
- Chęć M. (2007): *Jåkanie. Diagnoza – terapia – program*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków.
- Chmela K. A. (2004): *Working with Preschoolers Who Stutter: Successful Intervention Strategies*. The Stuttering Foundation of America, Memphis.
- Chmela K. A., Reardon N. (2005): *The School–Age child Who Stutters: Working with Attitudes and Emotions*. The Stuttering Foundation, Memphis.
- Crichton-Smith I., Wright J., Stackhouse J. (2003): *Attitudes of speech and language therapists towards stammering: 1985 and 2000*. “International Journal of Language & Communication Disorders”, t. 38, nr 3, s. 213–234.

- Curlee R. F., Yairi E. (1997): *Early intervention with early childhood stuttering: A critical examination of the data*. "American Journal of Speech-Language Pathology", nr 6 (2), s. 8–18.
- Gottwald S. R. (2010): *Stuttering Prevention and Early Intervention: A Multidimensional Approach*. [w:] Guitar B., McCauley R., (red.): *Treatment of Stuttering*. Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, s. 91–117.
- Grabias S. (2008a): *Przedmowa do tomu 37. „Logopedii”*, s. 5–7.
- Grabias S. (2008b): *Postępowanie logopedyczne. Diagnoza, programowanie terapii, terapia*, „Logopedia” nr 37, s. 13–28.
- Gregory H. H. (1994): *Jąkanie: gdzie jesteśmy? Dokąd zmierzamy?*, „Logopedia” nr 21, s. 25–29.
- Guitar B. (2006): *Stuttering. An Integrated Approach to Its Nature and Treatment*. Lippincott, Williams i Wilkins, Baltimore.
- Guitar B., McCauley R. (2010): *An Overview of Treatment for Preschool Stuttering*. [w:] Guitar B., McCauley R., (red.): *Treatment of Stuttering. Established and Emerging Interventions*. Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, s. 56–62.
- Harrison E., Onslow M. (2010): *The Lidcombe Program for Preschool Children Who Stutter*. [w:] Guitar B., McCauley R., (red.): *Treatment of Stuttering. Established and Emerging Interventions*. Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, s. 118–140.
- Hill D. G. (2003): *Differential Treatment of Stuttering in the Early Stages of Development*. [w:] Gregory H. H., Campbell J. H., Gregory C. B., Hill D. G., (red.): *Stuttering Therapy: Rationale and Procedures*. Pearson Education Inc., Boston, s. 142–185.
- Hill D. G. (2006): *Counseling Parents of Children Who Stutter*. [w:] Fraser J., Zebrowski P., (red.): *Effective Counseling in Stuttering Therapy*. The Stuttering Foundation, Memphis, s. 37–52.
- Howell P. (2007): *Signs of developmental stuttering up to age eight and at 12 plus*. "Clinical Psychology Review", nr 27, s. 287–306.
- ICD-10 *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD – 10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, (2000), Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków.
- Iskra L., Szuchnik J. (2005): *Diagnoza logopedyczna*, [w:] T. Gałkowski, E. Szelaż, G. Jastrzębowska (red.): *Podstawy neurologopedii. Podręcznik akademicki*. Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole, s. 271–302.
- Jastrzębowska G., Pelc-Pękala O. (2003): *Metodyka ogólna diagnozy i terapii logopedycznej*. [w:] T. Gałkowski, G. Jastrzębowska, (red.): *Logopedia – py-*

- tania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole, s. 309-345.
- Jeziorczak B., Węsierska K. (2008): *Interwencja terapeutyczna w przypadku wczesnej dysfluencji – założenia programu terapii dla dzieci w wieku przedszkolnym*, „Forum Logopedyczne” nr 15, s. 24-27.
- Kamińska D. (2006): *Wspomaganie płynności mowy dziecka – profilaktyka, diagnoza i terapia jąkania wczesnodziecięcego*, Oficyna Wydawnicza IMPULS, Kraków.
- Karniol R. (1995): *Stuttering, Language, and Cognition: A Review and a Model of Stuttering as Suprasegmental Sentence Plan Alignment (SPA)*. „Psychological Bulletin”, t. 117, nr 1, s. 104-124.
- Karrass J., Walden T. A., Conture E. G., Graham C. G., Arnold H. S., Hartfield K. N., Schwenk K. A. (2006): *Relation of Emotional Reactivity and Regulation to Childhood Stuttering*. „Journal of Communication Disorders”, nr 39, s. 402-423.
- Kelman E., Nicholas A. (2008): *Practical Intervention for Early Childhood Stammering. Palin PCI Approach*. Speechmark Publishing Ltd., Milton Keynes.
- Kingston M., Huber A., Onslow M., Jones M., Packman A. (2003): *Predicting treatment time with the Lidcombe Program: Replication and meta-analysis*. „International Journal of Language and Communication Disorders”, nr 38, s. 1675-1677.
- Kloth S., Janssen P., Kraaimaat F., Bruten G. (1995): *Speech-motor and linguistic skills of young stutterers prior to onset*. „Journal of Fluency Disorders”, nr 20, s. 157-170.
- Kostecka W. (1998): *Kurs terapii płynności mowy dla dzieci*. Londyn, lipiec 1998, „Logopedia” nr 25, s. 166-167.
- Kostecka W. (1999): *Pomoc logopedyczna dziecku jękającemu się*, „Logopedia” nr 26, s. 67-85.
- Kostecka W. (2000): *Dziecko i jąkanie*, Polskie Towarzystwo Logopedyczne, Lublin.
- Kurkowski Z. M. (2003): *Próba sylabowa do oceny niepełności mówienia*, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, Warszawa.
- Lincoln M., Harrison E. (1999): *The Lidcombe Program*. [w:] Onslow M., Packman A., (red.): *The Handbook of Early Stuttering Intervention*. Singular Publishing Group, Inc., San Diego, s. 105-117.
- Manning W. H. (2010): *Clinical Decision Making in Fluency Disorders*. Delmar Cengage Learning, Clifton Park.
- Mansson H. (2000): *Childhood stuttering: Incidence and development*. „Journal of Fluency Disorders”, nr 25, s. 47-57.

- Millard S. K., Nicholas A., Cook F. M. (2008): *Is Parent-Child Interaction Therapy Effective in Reducing Stuttering?* "Journal of Speech, Language, and Hearing Research", nr 51, s. 636–650.
- Millard S. K., Edwards S., Cook F. M. (2009): *Parent-Child Interaction Therapy: Adding to the Evidence*. "International Journal of Speech-Language Pathology", nr 11 (1), s. 61–76.
- Morris D. (2005): *Dictionary of Communication Disorders. Fourth Edition*, Whurr Publishers, London and Philadelphia.
- Packman A., Onslow M. (1999): *Issues in the Treatment of Early Stuttering*. [w:] Onslow M., Packman A., (red.): *The Handbook of Early Stuttering Intervention*. Singular Publishing Group, Inc., San Diego, s. 1–16.
- Paden P. E., Yairi E., Ambrose N. G., (1999): *Early childhood stuttering. II: Initial status of phonological abilities*. "Journal of Speech, Language, and Hearing Research", nr 42, s. 1113–1124.
- Plusajska-Otto A., Węsierska K. (2009): *Znaczenie współpracy logopedy i nauczyciela w terapii dziecka jękającego się*, „Forum Logopedyczne” nr 17, s. 29–34.
- Pruszewicz A., (1992): *Zaburzenia mowy i języka. Jękanie*, [w:] A. Pruszewicz (red.): *Foniatrya kliniczna*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa, s. 255–260.
- Riley G., (1972): *A stuttering severity instrument for children and adults*. "Journal of Speech and Hearing Disorders" nr 37, s. 314–322.
- Rustin L., Cook F., Botterill W., Hughes C., Kelman E., (2002): *Stammering. A Practical Guide for Teachers and Other Professionals*. David Fulton Publishers, London.
- Skorek E. M. (2000): *Z logopedią na Ty. Podręczny słownik logopedyczny*, Oficyna Wydawnicza IMPULS, Kraków.
- Smith A., Kelly E. (1997): *Stuttering: A dynamic Multifactorial Model*. [w:] Curlee R. E., Siegel G. M., (red.): *Nature and Treatment of Stuttering*. New Directions. Allyn and Bacon, s. 204–217.
- Szeląg E. (1996): *Neurobiologiczne korzenie jękania*, [w:] Z. Tarkowski (red.): *Jękanie*, Wydawnictwo Polskiej Fundacji Zaburzeń Mowy, Lublin, s. 71–82.
- Tarkowski Z. (1997): *Jękanie wczesnodziecięce*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa.
- Tarkowski Z. (1999): *Jękanie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Tarkowski Z. (2010): *Jękanie. Księga pytań i odpowiedzi*, Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk.
- Van Riper Ch., Erickson R. L. (1996): *Speech Correction. An Introduction to Speech Pathology and Audiology*. Allyn and Bacon, Needham Heights.
- Walton P., Wallace M., (1998): *Fun with Fluency. Direct Therapy with the Young Child*. Imaginart, Bisbee.

- Waszczuk H. (2005): *Rodzinna terapia jąkania*, Fundacja Rozwoju Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk.
- Węsierska K. (2006): *Niepłynność mowy wśród dzieci w wieku przedszkolnym – profilaktyka i wczesna interwencja w dysfluencji*. „Śląskie Wiadomości Logopedyczne” nr 11, s. 45-54.
- Węsierska K. (2010): *Interakcyjna Terapia Rodzic-Dziecko – Palin Parent-Child Interaction Approach (Palin PCI) – przykładem skutecznego postępowania logopedycznego w jąkaniu wczesnodziecięcym*, „Forum Logopedyczne” nr 18 [w druku].
- Woźniak T. (2008): *Standard postępowania logopedycznego w przypadku jąkania*, „Logopedia” nr 37, s. 217-226.
- Yairi E. (1997): *Disfluency characteristics of childhood stuttering*. [w:] Curlee R. E., Siegel G. M., (red.): *Nature and Treatment of Stuttering. New Directions*. Allyn and Bacon, Boston, s. 49-78.
- Yairi E., Ambrose N. G. (1999): *Early Childhood Stuttering I: Persistency and recovery rates*. Journal of Speech, Language, and Hearing Research nr 42, s. 1097-1112.
- Yairi E., Ambrose N. G. (2005): *Early Childhood Stuttering. For Clinicians by Clinicians*. Pro-ed An International Publisher, Austin.
- Ziemski S. (1973): *Problemy dobrej diagnozy*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

MOWA JAKO DETERMINANTA ROZWOJU DZIECI NIEPEŁNOSPRAWNYCH UMYSŁOWO

Pojęcie oligofazji

Oligofazja jest terminem niedoprecyzowanym. Odnosi się do mowy osób upośledzonych umysłowo, jest zaburzeniem mowy spowodowanym niepełnosprawnością intelektualną (Skorek 2005: 117). Zalicza się do grupy zaburzeń dotyczących niewykształconych zaburzeń percepcyjnych. Natomiast *upośledzenie umysłowe* wiąże się z *niedorozwojem wyspecjalizowanych struktur mózgowych, odpowiedzialnych za przebieg złożonych procesów psychicznych, w którym jednak zachowane są bardziej elementarne czynności. W efekcie owych zakłóceń dochodzi do zaburzeń wszelkich form zachowań werbalnych, które zależą od poziomu tych zdolności (zadawanie pytań, opowiadanie)* (Jastrzębowska i Pelc-Pękała 2001: 775).

W literaturze przedmiotu znajdujemy wiele koncepcji dotyczących upośledzenia umysłowego. Najczęściej stosuje się terminologię *niepełnosprawność intelektualna, upośledzenie umysłowe, niedorozwój umysłowy, oligofrenia* (greckie: *oligoz* – mało, *phren* – myśl, umysł), *opóźniony rozwój umysłowy, obniżona sprawność umysłowa*. Podobnie rzecz ma się w kwestii definiowania upośledzenia umysłowego i kryteriów oceniania.

Kostrzewski (1981: 36) definiuje *upośledzenie umysłowe* jako istotnie niższy od przeciętnego, co najmniej o dwa odchylenia standardowe, poziom *funkcjonowania intelektualnego o charakterze globalnym wraz z zaburzeniami w zakresie dojrzwania, uczenia się i przystosowania społecznego, spowodowane przez czynniki genetyczne i egzogeniczne na podłożu względnie trwałych zmian w ośrodkowym układzie nerwowym*.

Definicja Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM-IV) ustala, że istotną cechą upośledzenia umysłowego jest niższy ogólny poziom funkcjonowania intelektualnego (kryterium A), który współwystępuje przy znacznych ograniczeniach w zachowaniu przystosowawczym w przynajmniej dwóch następujących obszarach zdolności: porozumiewania się, troski o siebie, trybie życia domowego, sprawności społeczno-interpersonalnej, korzystania ze środków zabezpieczenia społecznego, kierowania sobą, troski o zdrowie i bezpieczeństwo, zdolności szkolnych, sposobów organizowania czasu wolnego i pracy (kryterium B). Co ważne, początek tego stanu musi wystąpić przed 18. rokiem życia (kryterium C).

Tarkowski (1999: 489) określa niepełnosprawność intelektualną jako stan *obniżonej sprawności intelektualnej, powstałej w okresie rozwojowym, a związany z zaburzeniami procesu dojrzewania, uczenia się i przystosowania*.

Upośledzenie umysłowe wg Doroszewskiej (1981: 15) *to zjawisko niezmiernie skomplikowane w swych powiązaniach bio – psycho – społecznych, i to zarówno z powodu różnorodnych przyczyn, jakie leżą u jego podstaw, jak i wielorakich objawów, a także ze względu na nieraz trudny do przewidzenia jego dynamizm, a więc i prognozę*.

Grzegorzewska (1985) wyróżnia dwa terminy dotyczące upośledzonych umysłowo: oligofrenię i otępienie. Są one rozgraniczone i określają – *oligofrenię* jako niedorozwój umysłowy od urodzenia dziecka lub najwcześniejszego dzieciństwa, związany z wstrzymaniem rozwoju mózgu i wyższych czynności nerwowych oraz *otępienie* – występujące nieco później, jako osłabienie, rozpad procesów korynych, uszkodzenie czynności umysłowych, dotychczas pełnowartościowych.

Clarke i Clarke (1991) definiują *niedorozwój umysłowy* jako funkcjonowanie intelektu poniżej przeciętnej. Samo upośledzenie powstaje w okresie rozwojowym i towarzyszy mu obniżenie zdolności przystosowania.

W ujęciu behawioralnym niedorozwój umysłowy określany jest jako *sprawność intelektualna niższa niż przeciętna, powstała w okresie rozwojowym, a związana z jednym lub większą ilością zaburzeń w zakresie dojrzewania, uczenia się i przystosowania społecznego*. Z definicją behawioralną zgadza się Tizard (1992), który traktuje upośledzenie umysłowe nie jak jednostkę chorobową, lecz jako opóźnienie procesów rozwojowych, charakteryzujące się głównie przejawianiem ograniczonej inteligencji.

Zdaniem Lewickiego (1998) oligofrenia jest zahamowaniem lub upośledzeniem rozwoju psychicznego prowadzącym do zaburzeń w przystosowaniu społecznym.

Jak wynika z powyższych definicji, do rozpoznania upośledzenia umysłowego nie wystarcza stwierdzenie niższego poziomu intelektualnego, uzyskanego z badań psychologicznych, ale musi mu jeszcze współtowarzyszyć odpowiednio niski poziom funkcjonowania przystosowawczego.

W ujęciu wielu autorów (Bogdanowicz 1985; Borzyszkowska 1985) upośledzenie umysłowe to pojęcie globalne, definiujące dysfunkcje rozwojowe powstałe na skutek oddziaływania różnego rodzaju czynników patogennych rozpoznawanych do 3. roku życia. Jeśli czynniki szkodliwe wpływają na dziecko po 3. roku życia, mówimy o *obniżeniu poziomu rozwoju umysłowego*. Gdy rozwój dziecka przebiega zgodnie z normą wiekową, a następnie nastąpi jego zatrzymanie, spowodowane różnymi czynnikami, wtedy mówimy o *zahamowaniu rozwoju intelektualnego*. Uznaje się, że zahamowanie to może mieć charakter czasowy. Innym rodzajem globalnych dysfunkcji jest *opóźnienie rozwoju intelektualnego*. Jego cechą jest wolniejsze od przeciętnego tempo rozwoju, spowodowane czynnikami choro-

twórczymi lub społecznymi. Dzięki odpowiednim działaniom pedagogicznym i stworzeniu prawidłowych warunków społecznych opóźnienie to ulega wyeliminowaniu.

Pojęcie upośledzenia umysłowego jest bardzo szerokie i to zarówno ze względu na zróżnicowane stopnie zaburzeń procesów poznawczych i sprawności motorycznej, jak i zaburzenia somatyczne, zachowania i motywacji oraz zaburzenia emocjonalne. Odnosi się ono nie tylko do wymienionych sfer, ale obejmuje całą osobowość jednostki. Dlatego przyjmuje się, że jest to stan obniżonej sprawności intelektualnej powstałej w okresie rozwojowym. Samo zaś orzekanie o niepełnosprawności intelektualnej jest niczym innym jak wskazaniem na trudności rozwojowe osoby.

Charakterystyka funkcjonowania dziecka z oligofazją

Dzieci upośledzone umysłowo charakteryzują się zaburzeniami w zakresie rozwoju procesów poznawczych, percepcyjnych i emocjonalnych. U znacznej części tych dzieci występują także wady wzroku i słuchu, upośledzenie narządów ruchu, zaburzenia mowy oraz niektóre choroby, np. padaczka. *Jedność psychiki i motoryki we wczesnych okresach rozwoju są podstawą konstruowania portretu dziecka upośledzonego umysłowo (...). Zauważa się również, iż oba aspekty rozwoju psychoruchowego powinny być traktowane równorzędnie zarówno w diagnostyce, jak i oddziaływaniach pedagogicznych (...). Obecnie związek między psychiką i motoryką jest rozumiany szeroko – jako powiązanie ruchu z całokształtem procesów poznawczych i emocjonalno – motywacyjnych* (Gładkowska 1999: 20).

Fakt, że dzieci z upośledzeniem są mało aktywne, ma wpływ na słaby rozwój mowy, co w konsekwencji powoduje ograniczony zasób słownictwa. Dzieci te mają trudności z przewidywaniem zdarzeń i reakcji, a bez tej umiejętności nie są w stanie poprawnie zachowywać się i myśleć. Im głębsze upośledzenie umysłowe, tym większy stopień upośledzenia fizycznego. Dodatkowymi objawami oligofrenii mogą być anomalie w budowie głowy, twarzy, dysproporcje ciała.

Wyróżnia się cztery stopnie upośledzenia umysłowego (tabela 1):

Tabela 1. Klasyfikacja upośledzenia umysłowego

<i>stopień rozwoju umysłowego</i>	<i>Wechsler</i>	<i>Terman-Merrill</i>
<i>rozwój przeciętny</i>	85-110	84-100
<i>rozwój niższy niż przeciętny</i>	70-84	69-83

<i>stopień rozwoju umysłowego</i>	<i>Wechsler</i>	<i>Terman-Merrill</i>
<i>niedorozwój umysłowy lekki</i>	55-69	52-68
<i>niedorozwój umysłowy umiarkowany</i>	40-54	36-51
<i>niedorozwój umysłowy znaczny</i>	25-39	20-35
<i>niedorozwój umysłowy głęboki</i>	0-24	0-19

źródło: Clarc i Clark 1971; Gładkowska 1999; Minczakiewicz 1999; Wyczesany 2002

Stopnie niepełnosprawności intelektualnej znacznie wpływają na poziom rozwoju oraz funkcjonowanie dziecka (tabela 2) w otaczającym je świecie.

Tabela 2. Stopnie upośledzenia umysłowego a ich wpływ na funkcjonowanie dziecka

<i>Stopień upośledzenia umysłowego</i>	<i>Iloraz inteligencji</i>	<i>Charakterystyka dziecka</i>
<i>lekkie</i>	<i>52 - 67 mieści się między dwoma i trzema odchyleniami standardowymi</i>	- nie wyciąga wniosków - ma ubogą wyobraźnię twórczą - ma zaburzoną uwagę (dowolna) i pamięć (mechaniczna) - ma słabą motorykę - bazuje na myśleniu konkretno – obrazowym - pierwsze słowa pojawiają się w wieku 2-5 lat - pierwsze frazy występują między 3. a 7. rokiem życia - proces przyswajania reguł gramatycznych, umożliwiających tworzenie zdań, jest opóźniony - mowa rozwija się późno - występują częste wady wymowy - mały zasób słownictwa przyczynia się do trudności z wypowiedaniem myśli, formułowaniem wypowiedzi - pojawiają się częste agramatyzmy - zaburzona jest sfera uczuć i emocji - dziecko jest impulsywne, agresywne, niespokojne - ma obniżoną samoocenę - charakteryzuje się niskim poziomem uspołecznienia <u>Dziecko potrafi:</u> - zatroszczyć się o siebie i innych - zdobyć zawód, który będzie z powodzeniem wykonywany w przyszłości - zachowana zostaje zdolność uczenia się mowy, czytania, pisanie i liczenia

<i>Stopień upośledzenia umysłowego</i>	<i>Iloraz inteligencji</i>	<i>Charakterystyka dziecka</i>
<i>umiarkowany</i>	<i>36-51 mieszczący się między trzema i czterema odchyleniami standardowymi</i>	- występują zaburzenia wzroku i słuchu - ma duże problemy z wyodrębnianiem cech przedmiotów i zjawisk - ma problemy z koncentracją uwagi - ma trudności w zapamiętywaniu, przechowywaniu i odtwarzaniu informacji - zaburzony jest rozwój motoryczny - obniżona jest sprawność manipulacyjna i lokomocyjna - nie panuje nad popędami - odczuwa silną potrzebę bezpieczeństwa, miłości i przynależności - radzi sobie z czynnościami samoobsługowymi: ubieraniem, ścieleniem łóżka, robieniem zakupów - korzysta z telefonu i porusza się po znanych miejscach w mieście - potrafi przeczytać krótki tekst, napisać swoje imię i nazwisko - stopniowo rozwija umiejętność budowania zdań – początkowo prostych, a później złożonych - rozwój mowy – znacznie opóźniony - pojedyncze wyrazy występują ok. 5. roku życia, zdania ok. 7. roku życia - występują liczne agramatyzmy - wymowa jest niewyraźna - wypowiedzi mają ograniczony zasób słownictwa, nie zawierają pojęć abstrakcyjnych - zachowanie odbiega od ogólnie przyjętych norm - wyróżnia się dwa typy: typ apatyczny i typ pobudliwy – pierwszy jest flegmatyczny, spokojny, obojętny, nieagresywny, niesprawiający trudności, dość pracowity (w granicach swoich możliwości); typ drugi jest pobudliwy, niespokojny, dużo mówiący i biegający, przeszkadzający, ze skłonnością do niszczenia wszystkiego, co się wokół znajduje - opanowuje proste czynności zawodowe, które mogą być wykonywane pod kontrolą

<i>Stopień upośledzenia umysłowego</i>	<i>Iloraz inteligencji</i>	<i>Charakterystyka dziecka</i>
<i>znaczny niedorozwój umysłowy</i>	<i>20-35 mieszczący się między czterema i pięcioma odchyleniami standardowymi</i>	- występują często równoległe wady wzroku, słuchu, niedowład - brak uwagi dowolnej, proces spostrzegania przebiega bardzo wolno - występują duże różnice w osobowości - dzieci rozróżniają wielkości figur - osoby dorosłe potrafią powtórzyć zdanie dwuwyrazowe; zapamiętać 4 cyfry i wykonać 3 proste polecenia - bardzo opóźniony rozwój mowy: pojedyncze wyrazy pojawiają się w wieku szkolnym - często nie budują zdań - wypowiadają się monosylabami lub jednym wyrazem - niekiedy używają prostych zdań - mowa jest bełkotliwa - charakteryzuje je mały zasób słownictwa - cechuje je nadmierną pobudliwość ruchowa - głęboko opóźniony jest rozwój ruchowy: siadanie i chodzenie opanowują w wieku przedszkolnym - mogą przyswoić sobie ruchy niezbędne do wykonywania prostych czynności związanych z samoobsługą, ale wymaga to dłuższych ćwiczeń - poważnie upośledzona jest motoryka rąk - potrzebują opieki drugiej osoby w czasie wykonywania czynności samoobsługowych - dzieci te charakteryzują się tak niskim poziomem rozwoju umysłowego, że nauka czytania, pisania czy liczenia jest niemożliwa - mogą funkcjonować w szkołach życia, gdzie uczą się opanowywać wiele prostych czynności oraz prac wchodzących w skład nieskomplikowanych zawodów - nie są zdolne do samodzielnego życia i wymagają opieki drugiej osoby

<i>Stopień upośledzenia umysłowego</i>	<i>Iloraz inteligencji</i>	<i>Charakterystyka dziecka</i>
<i>głęboki niedorozwój umysłowy</i>	<i>0-19</i> <i>mieszczący się między pięcioma i większą liczbą odchyłań standardowych</i>	• dziecko z największym deficytem rozwojowym • zaburzone są wszystkie sfery funkcjonowania • w tej grupie niepełnosprawnych ujawnia się ogromna różnorodność pod względem możliwości osiągnięcia sprawności poszczególnych funkcji • czynności orientacyjno – poznawcze są znacznie obniżone • brak spostrzegania, uwagi mimowolnej • nie wykształcają się procesy intelektualne oraz myślenie • sposób porozumiewania się ze światem odbywa się głównie za pomocą wydawanych, przeważnie nieartykułowanych dźwięków • dziecko okazuje proste emocje, czyli zadowolenie i niezadowolenie, jak również przywiązanie do osób • występują dość częste wahania nastroju • w żaden sposób nie potrafi samodzielnie dbać o bezpieczeństwo • nie posługuje się zdaniami i pozostaje na etapie komunikacji niejęzykowej • mowa jest niewykształcona, brak zdolności do jej przyswajania, zasób słów jest ograniczony, a treść wypowiedzi bardzo prymitywna • opanowuje 2 – 3 wyrazy i rozumie kilka prostych poleceń • reaguje głównie na bodźce sygnalizujące pojawienie się pokarmu • jest w stanie nauczyć się chodzić, ale jego ruchy są automatyczne, stereotypowe • tylko dzięki długotrwałemu wysiłkowi może nauczyć się sygnalizować potrzeby fizjologiczne • maksymalny poziom dojrzałości społecznej to wiek dziecka 4-letniego • zwolnione z obowiązku szkolnego, wymaga stałej opieki i pielęgnacji

źródło: opracowanie własne na podstawie: Sękowska 1998; Wyczesany 1998; Tarkowski 1999; Minczakiewicz 2006

Zaburzenia mowy na etapie kształtowania jej rozumienia zaburzają psychikę dziecka, nie tylko o możliwości rozumienia poleceń, oraz reakcji językowych, ale także uniemożliwiają poznanie pozasemantycznych elementów mowy, charakterystycznych dla danego środowiska (melodia, akcent, rytm) (...) ma podstawowe znaczenie nie tylko dla kształtowania się osobowości, ale i dla dalszej drogi życiowej dziecka (Stecko 2002: 4). Wady wymowy mają duży wpływ na funkcjonowanie dziecka w otoczeniu. Negatywnie wpływają także na cechy

osobowości, znacznie utrudniają naukę czy wybór zawodu. Dziecko, które źle mówi, źle też czyta i pisze, unika odpowiedzi. To staje się przyczyną zachowań agresywnych oraz utrudnień w kontaktach interpersonalnych.

Charakterystyka zaburzeń mowy dziecka z oligofazją

Rzeczony rozwój mowy dzieci niepełnosprawnych intelektualnie przebiega zgodnie z dwoma zasadniczymi modelami rozwoju mowy. *Pierwszy dotyczy osób lekko upośledzonych umysłowo, drugi – jednostek głębiej upośledzonych* (Tarkowski 2001: 445). Model rozwoju mowy dzieci w normie i upośledzonych w stopniu lekkim obejmuje:

- (...) *mechanizm odbioru wypowiedzi słownych (czyli rozumienie) i formowania wypowiedzi słownych (czyli mówienie) jest taki sam u osób lekko upośledzonych umysłowo (...) i w normie intelektualnej;*
- (...) *rozwój mowy w ontogenezie przebiega u jednych i drugich wg tych samych etapów;*
- *zarówno jedni jak i drudzy opanowują ten sam język, aczkolwiek nie na tym samym poziomie;*
- *między sprawnością językową osób lekko upośledzonych umysłowo i osób z normą intelektualną nie ma różnic jakościowych, lecz występują różnice ilościowe (...).*

Model mowy osób głębiej upośledzonych umysłowo różni się i to zasadniczo od modelu rozwoju mowy osób z normą, gdyż (...)

- *jednostki głębiej niedorozwinięte mają ewidentny deficyt biologicznego mechanizmu rozwoju mowy;*
- *osoby te różnią się od jednostek normalnych pod względem ilości i jakości przeprowadzanych operacji językowych;*
- *rozwój mowy osób głębiej upośledzonych jest autonomiczny, żaden etap tego rozwoju nie stanowi pełnego powielenia analogicznego stadium rozwoju jednostek pełnosprawnych umysłowo;*
- *na każdym z tych etapów (wyrazu, zdania, wypowiedzi) dzieci głębiej niedorozwinięte ponoszą ewidentne straty, które są nie do wyrównania. W wyniku ich kumulowania kształtuje się język mocno ograniczony, ze specyficzną składnią, semantyką i fonologią.*

Niezależnie od stopnia upośledzenia umysłowego, dzieci nim obciążone opanowują ograniczony kod językowy. Rozmiar tego ograniczenia zależy od głębokości niedorozwoju (Tarkowski 2001: 446).

Tarkowski (1999) podaje, że u osób upośledzonych umysłowo występują te same zaburzenia mowy, co u jednostek z normą intelektualną. Jednak u osób

z niepełnosprawnością intelektualną zaburzenia mowy dotyczą jej opóźnienia. Wszystkie zaburzenia wpływają na rozwój mowy i poziom inteligencji. Zwłaszcza jeśli nastąpi brak stymulacji mowy, może dojść do regresu intelektualnego. *Ta kombinacja dysfunkcji werbalnych sprawia, że terapia upośledzonych umysłowo jest bardzo trudna. Rozpoznając patogenezę niedorozwoju umysłowego i zaburzeń mowy można wyróżnić następujące relacje:*

- *zaburzenia mowy i upośledzenie umysłowe mają różną etiologię;*
- *zaburzenia mowy i upośledzenie umysłowe mają wspólną etiologię;*
- *zaburzenia mowy stanowią przyczynę upośledzenia umysłowego (Tarkowski 1999: 447).*

Im głębsze upośledzenie, tym wada wymowy jest na ogół cięższa, bardziej skomplikowana i trudniejsza do usunięcia. Uszkodzenia neurologiczne układów, których prawidłowa budowa i funkcjonowanie decydują o normalnym rozwoju ino- wy, wpływają na liczbę nieprawidłowości w rozwoju mowy dzieci upośledzonych. Przyczynami wad wymowy będą choroby przebyte we wczesnym dzieciństwie, wadliwa budowa narządów artykulacyjnych oraz zaniedbania środowiskowe.

Etiologiczną klasyfikację zaburzeń mowy, charakterystyczną dla osób upośledzonych umysłowo, przedstawiła Minczakiewicz (1999). Obejmuje ona:

- upośledzenie umysłowe (oligofazja) i uszkodzenia struktur korowych mózgu (alalia, afazja);
- uszkodzenia układu pozapiramidowego (dysartia, anartia);
- nieprawidłową budowę anatomiczną lub uszkodzenia narządów mowy (dysglosja);
- nieprawidłowe oddziaływanie wychowawcze środowiska rodzinnego: brak podnieci do mówienia, brak odpowiednich wzorców, nadmiar bodźców itp. (dyslalia);
- zaburzenia emocjonalne (inutyzm, tachylalia, bradylalia);
- inne, trudne do ustalenia (jłkanie, gielkot);

Na uwagę zasługujł badania przeprowadzone przez Szuniewicz (1967), podczas których rozpoznano zespoły wad tak u dzieci upośledzonych umysłowo w stopniu lekkim, jak i u dzieci upośledzonych głębiej. W ten sposób wyróżniono 11 grup zespołów zaburzeń:

1. seplenienie, jłkanie, chryпка (paralalia) – dyslalia;
2. jłkanie, rotacyzm (deformacja) – dyslalia;
3. seplenienie, rynolalia, chryпка, (mogilalia) – dyslalia wieloraka złożona;
4. seplenienie, dysleksja, dysgrafia – dyslalia wieloraka złożona;
5. seplenienie, ubezdźwięcznianie głosek – dyslalia wieloraka złożona;
6. rynolalia, ubezdźwięcznianie głosek, seplenienie – dyslalia wieloraka złożona;
7. bełkot całkowity (ślinotok, deformacja) – anartia;

8. bełkot, głos falsetowy, czasowa afonia (niedosluch, deformacja) – dyslalia wieloraka złożona;
9. ubezdźwięcznianie głosek, jąkanie (deformacja) – dyslalia wieloraka złożona;
10. jąkanie, mutyzm wybiórczy (częściowy);
11. bełkot, rynolalia, chrypka (ślinotok, deformacja) – dysartria.

Sprawdzając wymienione zespoły zaburzeń do pojedynczych jednostek zaburzeń symptomatycznych, trzeba zwrócić szczególną uwagę na:

- seplenienie (interdentalne, lateralne, nasalne, addentalne);
- rynolalię (nosowanie)
- ubezdźwięcznianie głosek;
- bełkot (potok zamazanych dźwięków, czyniących wypowiedź niezrozumiałą dla odbiorcy);
- jąkanie (kloniczne, toniczne, kloniczno – toniczne);
- zaburzenia głosu (chrypka, czasowa afonia – chwilowy zanik głosu).

Częstotliwość występowania zaburzeń mowy u osób niepełnosprawnych intelektualnie występuje kilkakrotnie częściej niż u reszty populacji. Opóźniony rozwój mowy jest z reguły całościowy, ponieważ obejmuje wszystkie rodzaje sprawności, czyli rozumienie oraz językową sprawność systemową, społeczną, sytuacyjną i pragmatyczną.

Stopień niedorozwoju mowy rośnie wprost proporcjonalnie do stopnia upośledzenia umysłowego, co oznacza, że im głębszy jest deficyt intelektualny, tym większe upośledzenie myślenia abstrakcyjnego (...). Poziom opanowania mowy zależy od możliwości intelektualnych dziecka i wielu innych czynników (np. od środowiska, jego nastawienia i sposobów wychowania językowego, innych pozaintelektualnych cech psychicznych, takich jak motywacja, lęk komunikacyjny, osobowość itd.), dlatego nie można mówić o cechach mowy wspólnych dla wszystkich stopni upośledzenia. Nawet w obrębie danej grupy (...) U osób upośledzonych umysłowo występuje też różne nasilenie tych samych zjawisk, przy czym dotyczy ono głównie aspektu ilościowego (Jastrzębowska i Pelc-Pękała 2001: 775).

Również między upośledzeniem umysłowym a zahamowanym rozwojem mowy dostrzegamy wyraźną współzależność. Często nie mamy całkowitej pewności, czy w konkretnym przypadku bardziej zaznacza się pierwotny wpływ niskiej inteligencji na mowę, czy też słaby rozwój mowy znacząco upośledza poziom rozwoju umysłowego. Stwierdza się także zależność upośledzenia rozwoju mowy od sfery emocjonalnej w zakresie kontaktów społecznych oraz związek ze znacznym obniżeniem zdolności ogólnego przystosowania dziecka do środowiska. Jest to ściśle związane z upośledzeniem sfery ruchowej. Te zaburzenia funkcji mowy mogą również obejmować spostrzeganie złożonych bodźców słuchowych

i opracowywanie ich w korze mózgowej. W niektórych przypadkach stwierdza się wybiórcze uszkodzenie funkcji mowy. Należy przyjąć, że jeśli w zespole objawów towarzyszących opóźnieniu mowy nie będzie występować upośledzenie słuchu, zaś ogólny poziom umysłowy nie daje dostatecznego wyjaśnienia braku rozwoju mowy, to prawdopodobnie mamy do czynienia z uszkodzeniem struktur mózgowych odpowiedzialnych za mowę.

Tabela 3. Uzależnienie mowy od stopnia upośledzenia

<i>Stopień upośledzenia</i>	<i>Charakter mowy</i>
<i>upośledzenie w stopniu lekkim</i>	• opóźniony rozwój mowy • pod względem formy i składni nie różni się od mowy człowieka w normie intelektualnej • jest uboga w pojęcia abstrakcyjne • ubogi zasób słownictwa przy przewadze słownictwa biernego nad czynnym • dyslalia • agramatyzmy • mowa niewyraźna • nie płynność mówienia • krótsze wypowiedzi • upraszczanie grup spółgłoskowych • ubezdźwięcznianie głosek • dominacja w wypowiedziach rzeczowników i czasowników, w stosunku do przymiotników, przysłówków i spójników • substytucje głosek dentalizowanych szeregów: sz, rz, cz, dż; ś, ź, ć, dź • niewłaściwa realizacja „r” (brak głoski, r = j, r = l) w zależności od pozycji zajmowanej w wyrazie (śródgłos, wygłos) • opuszczenia (elizja głosek), mieszanie głosek podobnych, niedopowiadanie słów • problem z wyrażaniem myśli • używanie wyrażeń w niewłaściwy sposób • trudności w rozumieniu, budowaniu zdań złożonych i posługiwaniu się nimi • sposób popełniania błędów polega na braku koordynacji form gramatycznych • mała wrażliwość na poprawę błędów artykulacyjnych • zaburzenia głosowe i słuchowe • nietrzymanie się głównej myśli – częste dygresje • wypowiedziane wcześniej zdania mogą być negowane

Stopień upośledzenia	Charakter mowy
upośledzenie w stopniu umiarkowanym	• mowa jest bardziej zaburzona, bełkotliwa, zamazana, pojawiają się agrammatyzmy • zaburzenia głosu, chrypka, zanik głosu, dysfonia • im głębszy niedorozwój, tym większe trudności w opanowaniu gramatyki • wykorzystywanie gestu jako środka zastępczego w porozumiewaniu się z otoczeniem do wyrażania potrzeb, pragnień, przyjemnych lub przykrych doznań • przedkładanie komunikacji niewerbalnej nad werbalną • samodzielne opanowanie chodzenia i wypowiadanie pierwszych słów przypada na czwarty-piąty rok życia • podstawowe nawyki i umiejętności (żucie, połykanie, zaspokajanie potrzeb fizjologicznych itp.) opanowywane są z dużym trudem • istnieje możliwość nauczania dziecka czytania i pisanie, liczenia, ale w skromnym zakresie • brak rozumienia mowy • brak w wypowiedziach pojęć abstrakcyjnych • wraz z pogłębieniem się niedorozwoju skróceniu ulega długość wypowiedzi

źródło: opracowanie własne na podstawie: Gałkowski i Jastrzębowska 1999; Minczakiewicz 1999

W młodszym wieku szkolnym prawie wszystkie dzieci z niepełnosprawnością intelektualną mają wady wymowy. Są one rozpoznawane jako dyslalia, chociaż należałoby je zakwalifikować do dyzartrii (zwłaszcza u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym). Problemy z mową są bardziej skomplikowane niż u dzieci z normą intelektualną. Wynikają one z anomalii anatomicznych (np. podniebienie gotyckie, zbyt duży lub zbyt mały język, rozszczep warg, braki w uzębieniu) powodujących dysglosję. Mowę charakteryzuje dysgramatyzm oraz ubogi zasób słownictwa, co świadczy o niskiej sprawności językowej (Tarkowski 2001).

U dzieci upośledzonych umysłowo regulacyjna funkcja mowy w znacznym stopniu ulega zaburzeniu. To przeszkadza w podejmowaniu twórczego wysiłku intelektualnego. Dzieci te potrafią używać symboli oraz dość wcześnie stają się wrażliwe na słowne wzmocnienia. Posługują się pojęciami, mimo że ich nie werbalizują. Stąd konieczność rozwijania logicznego i pojęciowego myślenia przed przystąpieniem do ćwiczeń w zakresie mowy ekspresyjnej. Upośledzeniu współwzruszają także zaburzenia artykulacyjne, nieprawidłowości semantyczne, niezrozumienie lub złe rozumienie poleceń słownych.

Problemy w rozwoju mowy u osób upośledzonych umysłowo spowodowane są różnymi czynnikami. Jedne mają źródło w uszkodzonym lub niedostatecznie dojrzałym układzie nerwowym, inne łączą się z ogólnymi brakami w zakresie rozwoju pojęć słownych, wynikającymi z niskiego poziomu umysłowego jednostki.

Mogą też wystąpić zaburzenia w funkcjonowaniu niektórych ważnych dla mowy narządów, niemające tła neurologicznego. Dotyczy to przede wszystkim zaburzeń w zakresie sfery zmysłów. Do najważniejszych i najczęstszych należy zaliczyć uszkodzenia narządu słuchu, związane nie tylko z obniżeniem wrażliwości na bodźce akustyczne, ale także z przedłużonym czasem reakcji słuchowej, słabą pamięcią i uwagą słuchową, nieprawidłowym integrowaniem bodźców składających się na mowę, którą jednostka słyszy. Zdarza się, że upośledzenie w rozwoju mowy jest uwarunkowane późną mielinizacją, niepozwalającą wykształcić sprawnie funkcjonujących dróg nerwowych, po których przepływają skoordynowane impulsy nerwowe. U dzieci z upośledzonym rozwojem mowy impulsy te bywają zbyt słabe lub zbyt późno docierają do ośrodków biorących udział w ich przekazywaniu i przekształcaniu. Niedostatecznie rozwinięte funkcje językowe wiążą się też z nieprawidłowo ukształtowaną dominacją jednej z półkul mózgowych. Wyraża się to w zaburzeniach lateralizacji. Niejednokrotnie mamy do czynienia z kilkoma przyczynami naraz. W sumie dają one poważne upośledzenie rozwoju mowy, trudne do usunięcia w terapii logopedycznej.

Zakłócenia odbioru informacji lub przekazu powodują, że dziecko nie będzie mogło tworzyć obrazu świata, którego doświadcza, a tym samym będzie miało trudności z uczeniem się, wartościowaniem, jak również różnicowaniem zachowań. Dziecko otrzymujące niepełne informacje rozwija się nieprawidłowo. Zaburzenia mowy bierniej skutecznie uniemożliwiają dziecku kształtowanie systemu językowego, utrudniają rozumienie nakazów i zakazów oraz dostrzeganie przyczyn i skutków działania. Natomiast zaburzenia związane z mową czynną powodują niechęć do nawiązywania kontaktów, a w konsekwencji uniemożliwiają przekazywanie informacji i doświadczeń.

Najbardziej nasilone i najczęściej spotykane formy zaburzeń mowy to nieprawidłowa artykulacja, która jest spowodowana rozmaitymi czynnikami. Może wynikać z ogólnej niesprawności ruchowej ważnych dla artykulacji narządów oraz ich wad – słabej ruchomości języka i warg przy jednoczesnym nieprawidłowo ukształtowanym zgryzie lub skróconym wędzidełku językowym (ankyloglossia). Inne zaburzenia to niewłaściwa realizacja, opuszczanie, podstawianie i zniekształcanie głosek. Sferę mowy może również zakłócić nieprawidłowy rozwój emocjonalny, np. lęk przed mówieniem. Na deformację szczególnie podatne są artykulacja i glos (wrodzone zniekształcenia anatomiczne obwodowych narządów mowy, nieprawidłowa budowa krtani).

Dzieci upośledzone umysłowo charakteryzuje słaby poziom rozwoju pojęć słownych warunkujący niedostateczne wykształcenie nawyków w zakresie mowy ustnej. Zakłócenia w procesie generalizacji i abstrakcji wpływają na funkcjonowanie myślenia słownego. Do cennej wiedzy ogólnej należą informacje o: orientacji przestrzennej dziecka, stopniu zlateralizowania jego kończyn (co świadczy o dominacji

jednej z półkul mózgowych), wrażliwości na rytm, możliwości wykonywania dowolnych ruchów narządów artykulacyjnych.

Ważne jest, aby pamiętać, że u upośledzonych umysłowo nieprawidłowa artykulacja może być też wynikiem tych samych czynników, które są przyczyną upośledzenia. Na powstawanie nieprawidłowości artykulacyjnych ma wpływ znaczna labilność, wynikająca z nieprawidłowej percepcji trudnych do zróżnicowania układów słuchowych oraz obniżonej zdolności do tworzenia bardzo złożonych precyzyjnych nawyków ruchowych.

U osób upośledzonych umysłowo obserwuje się duże zróżnicowanie oraz różne nasilenie zjawisk logopedycznych. Musimy mieć świadomość, że istotne jest nie to, jakie zjawiska logopedyczne obserwuje się w mowie dzieci upośledzonych umysłowo, lecz to, na ile utrudniają one komunikowanie się z innymi ludźmi. Stąd nasuwa się kolejny wniosek, że nie jest ważne, ile dziecko przyswoi sobie słów, ale to, czy te słowa pozwolą mu przekazać jego intencje i osiągnąć cel wypowiedzi. To podejście wskazuje kierunek oraz cel terapii optymalnego usprawniania procesu komunikacji. Chodzi przede wszystkim o to, by dziecko zaspokajało potrzebę porozumiewania się z innymi.

Postępowanie logopedyczne z uwzględnieniem diagnozy i terapii dziecka z oligofazją

Przesłanki, na podstawie których orzekamy, czy mowa jest upośledzona, są oczywiście zmienne i w każdym orzeczeniu trzeba brać pod uwagę stan umysłowy, warunki socjalne oraz nawyki językowe pacjenta (...). Uważamy mowę za upośledzoną, gdy mówiącemu trudno się porozumieć, gdy mówienie wymaga od niego świadomego wysiłku fizycznego i wywołuje niepokój i zakłopotanie z powodu odmienności jego mowy od przyjętych norm. Podobnie możemy uważać za niedostateczną taką mowę, która nie pozwala mówiącemu wyrazić swych myśli i uczuć i przez to nie może on zaspokoić swych potrzeb fizycznych i uczuciowych (Clarke i Clarke 1971: 427).

U dzieci upośledzonych ocena rozwoju mowy i jej zaburzeń jest trudna. Korkta wad wymowy zależy od wczesnej diagnozy oraz intensywniej i właściwie zorganizowanej pomocy logopedycznej przy współudziale rodziców i nauczyciela. Kształtowanie się mowy dzieci upośledzonych jest procesem znacznie wolniejszym niż dzieci w normie intelektualnej, dlatego praca logopedy wymaga rzetelności, systematyczności, a przede wszystkim umiejętności postępowania z dzieckiem o specjalnych potrzebach edukacyjnych. *Wspomaganie rozwoju dziecka może być wspaniałą wędrówką, podczas której stale trzeba podążać za dzieckiem, dostosowywać się do aktualnych potrzeb, możliwości. (Wiśniewska 2008: 10)*

Współczesna diagnoza nie jest już aktem jednorazowym. To proces, w którym uwzględnia się zarówno indywidualne defekty jednostki, jak i jej możliwości rozwojowe. Diagnoza logopedyczna to działania mające na celu weryfikację i ocenę zaburzeń na podstawie objawów, patogenety i patomechanizmów. Powinna być opracowana w czasie kilku spotkań z dzieckiem i jego rodzicami (opiekunami).

W przypadku dzieci z niepełnosprawnością intelektualną ważna jest współpraca ze specjalistami, którzy to pomagają w opracowaniu rzetelnej diagnozy logopedycznej polegającej na zebraniu wszystkich informacji wynikających z częściowych badań medycznych i umiejscowieniu wystąpienia defektu w okresie rozwojowym dziecka, w tym rozwoju mowy. Kolejny krok to wskazanie wpływu na charakter zaburzeń mowy oraz dalsze kształtowanie procesu porozumiewania się językowego. Istotny etap to zaplanowanie programu usprawniania (Jastrzębowska 2001: 774). Dopiero tak postawiona diagnoza stanowi podstawę do opracowania odpowiedniego programu terapii logopedycznej.

Przed podjęciem kroków diagnostycznych musimy pamiętać, że w przypadku dzieci upośledzonych badanie w gabinecie często nie daje rzeczywistego obrazu zaburzenia; lepsze wyniki daje badanie w jego naturalnym środowisku. Przebieg badania logopedycznego (procedura diagnozowania) dzieci upośledzonych umysłowo obejmuje schemat działań (tabela 5).

Tabela 5. Procedury diagnostyczne

Etapy diagnozy	Procedura diagnostyczna
określenie problemu	<u>1. Badania wstępne obejmujące:</u> • wywiad (czyli pozyskanie informacji: o przebiegu ciąży i porodu, występowaniu w rodzinie przypadków zaburzeń rozwojowych, o warunkach materialno-bytowych oraz zdrowiu rodziny, o przebiegu rozwoju psychomotorycznego dziecka, o przebytych chorobach i urazach fizycznych lub psychicznych, o warunkach rozwoju i wychowania dziecka, o konsultacjach u innych specjalistów, o ewentualnych badaniach specjalistycznych, o dotychczasowych doświadczeniach dziecka w kontaktach z innymi specjalistami) • obserwację (czyli zebranie informacji o ogólnych reakcjach i zachowaniach dziecka, ze szczególnym uwzględnieniem zachowań werbalnych.; obserwujemy dziecko w sytuacjach stwarzających mu możliwości spontanicznego zachowania, w celu poznania naturalnych reakcji werbalnych, aby zorientować się w faktycznym poziomie jego rozwoju) • orientacyjne badanie mowy (jako wstępne rozpoznanie poziomu rozumienia mowy badanego: rozumienie komunikatów, ewentualne zaburzenia w nadawaniu, adekwatność i czytelność reakcji na komunikaty werbalne; ocena, czy rozumienie jest na poziomie nadawania); koniecznie należy zwrócić uwagę na jakość wypowiedzi dziecka (tj. stronę gramatyczną, artykulacyjną i leksykalną) <u>2. Badania uzupełniające</u> ocenę stanu aparatu artykulacyjnego (kinestezji mowy), fonacyjnego i oddechowego i innych funkcji związanych z mową (funkcji słuchowych, np. badanie słuchu fonemowego, orientacyjne badanie słuchu i pamięci słuchowej).

<i>Etapy diagnozy</i>	<i>Procedura diagnostyczna</i>
<i>sformułowanie hipotez</i>	3. <u>Badania podstawowe obejmują cechy zachowań komunikacyjnych osób upośledzonych umysłowo:</u> • badanie zdolności rozumienia, nadawania wypowiedzi (badanie zasobu leksykalnego, aspektu artykulacyjnego) – mówienia, badanie sprawności komunikacyjnej (językowa sprawność sytuacyjna, społeczna oraz pragmatyczna) - zaburzenia rozumienia (aspektu semantycznego wypowiedzi; badanie to koncentruje się na ocenie ilościowej) - badanie zasobu leksykalnego (słownik dziecka) - badanie aspektu gramatycznego i semantycznej strony wypowiedzi - badanie aspektu artykulacyjnego – występują różne zaburzenia fonetycznej strony języka na skutek deformacji, elizji, substytucji, uproszczeń grup spółgłoskowych, mylenia głosek zbliżonych brzmieniowo, niedopowiadania słów; badanie to ma na celu usystematyzowanie informacji na temat sposobów realizacji poszczególnych dźwięków; postępowanie badawcze powinno dać ogólne wyobrażenie o poziomie umiejętności językowych, co wyznacza zarówno cel, jak i program terapii logopedycznej (kierunek terapii, orientacyjny czas jej trwania, przewidywanie efektów) - badanie szerzej pojętej sprawności komunikacyjnej – należy zwrócić szczególną uwagę na językową sprawność sytuacyjną (to umiejętność posługiwania się językiem w konkretnych sytuacjach społecznych, np. sposób zachowania) - językowa sprawność społeczna, czyli umiejętność np. zachowania dystansu wobec osób dorosłych - stwierdzenie, czy występuje zaburzenie językowej sprawności pragmatycznej – czyli trudności rozumienia pojęć wartościujących i określających stany i uczucia • za najbardziej wartościową, wiarygodną diagnozę uznaje się tę przeprowadzoną w warunkach naturalnego środowiska dziecka • badania specjalistyczne (zlecone przez logopedę, np. neurologiczne, psychiatryczne, audiologiczne itp.) ma na celu potwierdzenie słuszności podejrzeń co do tego, że obserwowane zjawisko wywołane jest upośledzeniem umysłowym
<i>weryfikacja hipotez</i>	Kolejny krok to: 1. analiza zebranych informacji – potwierdzenie lub negacja postawionej hipotezy co do rodzaju i przyczyn zaburzeń mowy 2. opracowanie szczegółowego programu terapii, który przede wszystkim ukierunkowany jest na: - stymulowanie rozwoju mowy dziecka - doskonalenie wymowy już ukształtowanej - korygowanie występujących nieprawidłowości (w przypadku cech mowy osób z upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanym i znacznym)

źródło: Jastrzębowska i Pelc-Pękala 2001: 776

Podjmując powyższe kroki musimy pamiętać o specyfice tego zaburzenia oraz o kierunku zdobywania informacji, czyli: (...) *jakości zachowań werbalnych upośledzonego dziecka, stopniu opóźnienia rozwoju jego mowy, patologicznych zjawiskach językowych występujących w mowie dziecka upośledzonego, które uniemożliwiają mu lub utrudniają porozumiewanie się z otoczeniem. Stopień upośledzenia umysłowego wyznacza na tyle kierunek badania logopedycznego, że w każdym indywidualnym przypadku zmierza się do ustalenia, co dla danego dziecka jest podstawowym problemem utrudniającym lub uniemożliwiającym mu komunikację językową* (Jastrzębowska i Pelc-Pekała 2001: 776).

Nauka mówienia dzieci upośledzonych umysłowo dotyczy dwóch aspektów: rozumienia mowy oraz jej nadawania (tabela 4), zgodnie z twierdzeniem, że na język składają się dwa zasadnicze elementy: *rozumienie (pojęć przekazywane przez innych) i wyrażanie się (przekazywanie pojęć innym)* (Carr 1984: 161). Wykorzystanie którekolwiek z poniżej podanych etapów postępowania pomoże dziecku opanować sztukę mówienia.

Tabela 4. Etapy postępowania w pracy terapeutycznej z dziećmi upośledzonymi umysłowo wg Carra

<i>Aspekty nauki mowy dzieci niepełnosprawnych intelektualnie</i>	<i>Etapy postępowania w pracy terapeutycznej z dziećmi upośledzonymi umysłowo wg Carra</i>
<i>nauka rozumienia mowy</i>	1. Nauka reagowania na polecenia: a. uczymy tego, wydając polecenie i podpowiadając właściwą reakcję oraz nagradzając pożądaną samodzielną reakcję dziecka b. potem stopniowo zmniejszamy zakres czynnej podpowiedzi c. uczymy starannie reagowania najpierw na jedno polecenie, potem na drugie, jeszcze później na ich połączenia 2. Nazwy przedmiotów: a. należy zaczynać od przedmiotów, które dziecko lubi b. niech nie będą one na początek zbyt podobne w brzmieniu, np. nie „piłka” i „pałka”, lecz „piłka” i „kubek” c. należy uczyć starannie najpierw jednego słowa, potem drugiego, potem dopiero łączyć je w parę d. aby uniknąć znużenia dziecka, należy dbać, by lekcje były krótkie, a nagrody – zachęcające

Aspekty nauki mowy dzieci niepełnosprawnych intelektualnie	Etapy postępowania w pracy terapeutycznej z dziećmi upośledzonymi umysłowo wg Carra
nauka mówienia	1. Metoda kolejnego przybliżania pożądanych zachowań: najpierw trzeba nagradzać za wydawanie w ogóle jakichkolwiek dźwięków, potem tylko za te, które coraz bardziej odpowiadają pożądanym przez nas głoskom 2. Metoda naśladowania a. rozpocznij od nauki naśladowania twoich dużych, potem mniejszych ruchów - b kontynuuj to samo z ruchami głowy i ust c. jeśli dziecko naśladowując nie umie wydać z siebie głosu, spróbuj osiągnąć ten cel metodą stopniowego dochodzenia do pożądanego zachowań albo zacznij od nauki dmuchania 3. Ucz najpierw oddzielonych zgłosek lub sylab, potem – łączenia ich w proste wyrazy. 4. Słowa, które dziecko uczy się wymawiać, powinny oznaczać jego ulubione rzeczy. 5. Nauka spontanicznego używania mowy a. trzymając w ręce przedmiot pytamy: <i>Co to jest?</i>, potem stopniowo zmniejszamy zakres podpowiedzi b. trzymając dwa różne przedmioty pytamy <i>Co chcesz?</i>; jeśli trzeba podpowiedzieć, podpowiadamy, później stopniowo wycofujemy się z podpowiadania c. nauka czasowników – podpowiadaj odpowiednie ruchy, po czym pytaj: <i>Co robisz?</i>, jeśli brak odpowiedzi – pomóż, z upływem czasu zmniejszaj zakres podpowiedzi 6. Nauka przymiotników a. ucz ich w ten sposób: najpierw przymiotniki określające kolor i kształt, potem – wielkość b. łącz w nauczaniu przymiotniki z odpowiadającymi im nazwami przedmiotów 7. ucz najpierw przyimków: w, na, pod
nauka innych sposobów porozumiewania się	• Komunikacja alternatywna – znajduje zastosowanie, gdy osoba porozumiewa się bezpośrednio – twarzą w twarz, inaczej niż za pomocą mowy; znaki manualne, graficzne, pismo itp. to przykłady alternatywnych form komunikacji dla osób pozbawionych możliwości mówienia • Komunikacja wspomagająca – oznacza komunikację uzupełniającą lub wspierającą; słowo „wspomagająca” podkreśla fakt, że wprowadzenie alternatywnych środków komunikacji ma dwojaki cel: wzmacniać i uzupełniać mowę oraz gwarantować zastępczy sposób porozumiewania się, gdy osoba nie zaczyna mówić <u>Wyróżniamy tu:</u> 1. język obrazkowy – piktogramy – PIC; symbole Blissa 2. język gestów – język migowy; alfabet palcowy – daktylografia; system gestów – Makaton; system fonogestów 3. język pisany – klocki słowne Premacka

źródło: Carr 1984: 161

O sposobie, w jaki będziemy się komunikować z osobami niepełnosprawnymi intelektualnie, decyduje nie tylko stopień upośledzenia, ale wiele czynników pozaintelektualnych, takich jak: motywacja, lęk, nastawienie otoczenia, wychowanie językowe, osobowość itp. One to, jak pisze Tarkowski (1999), mają bardzo

ważne znaczenie w potocznej, codziennej komunikacji słownej. Osoby takie, odpowiednio kształcone i stymulowane, mogą stać się pełnosprawnymi użytkownikami potocznego języka mówionego. Celem postępowania terapeutycznego *jest zapewnienie możliwości porozumiewania się (np. gest), włączenie dziecka w życie środowiska, uaktywnianie, prowokowanie do pytań, bogacenie doświadczeń, przeżyć, rozwijanie zainteresowań. Istotne jest, aby (...) ćwiczenia mowy (...) doskonaliły porozumiewanie się dziecka z otoczeniem* (Stecko 2002: 26), ale także prowadziły do aktywności jednostki i pomogły jej w integracji środowiskowej.

Terapia logopedyczna to szereg zamierzonych oddziaływań nastawionych na usunięcie wszelkich zakłóceń w procesie porozumiewania się, począwszy od prostych wad wymowy, aż do samej niemożności mówienia. Terapia ma na celu (Jastrzębowska 2001: 774):

- usuwanie zaburzeń mowy;
- wykształcenie mowy;
- wyrównywanie opóźnień rozwoju mowy;
- wypracowanie odpowiedniego poziomu sprawności językowej;
- likwidację przyczyn i skutków pierwotnych oraz wtórnych, do których zalicza się zarówno psychologiczne, jak i pedagogiczne konsekwencje zaburzeń mowy.

Logopeda pracując z dzieckiem niepełnosprawnym intelektualnie, musi nieustannie poszukiwać skutecznych form i metod pracy oraz dostosowywać je do indywidualnych potrzeb dziecka, koniecznie z uwzględnieniem jego możliwości rozwojowych. Natomiast chcąc zapewnić dzieciom właściwy poziom działań terapeutycznych, wyzwolić w nich wrażliwość na bodźce akustyczne oraz pomóc w nabyciu umiejętności wyodrębniania i utożsamiania dźwięków mowy, a także rozszyfrowywania związków gramatycznych w zdaniach, należy w czasie codziennych zajęć proponować:

1. Ćwiczenia słuchowe

- z wykorzystaniem bodźców niewerbalnych;
- z wykorzystaniem dźwięków mowy (słuchu fonetycznego);
- w rozumieniu wypowiedzi;
- rozwijające słownictwo.

2. Ćwiczenia głosowe.

3. Reedukację połykania.

4. Korekcję oddychania (ma ona na celu wypracowanie odpowiedniego tonu oddechowego, wzmacnianie i wykorzystanie siły mięśni oddechowych, pogłębianie oddechu, wydłużanie fazy oddechowej, nauczanie dziecka wstrzymywania powietrza).

5. Ćwiczenia wzmacniające narządy artykulacyjne: język, wargi, podniebienie, żuchwę.

6. Ćwiczenia utrwalające artykulację dźwięków mowy – wykształcenie prawidłowej artykulacji głosek w sylabach oraz w wyrazach.
7. Zajęcia korekcyjno-wyrównawcze intensyfikujące proces uczenia się oraz kształcenia umiejętności umysłowych i koordynacyjnych.

Układy ćwiczeń, ich kolejność oraz zakres i nasilenie powinny być dobierane indywidualnie, a ustalony program musi ulegać stałej modyfikacji wraz z postępami osiąganymi przez dziecko.

Celem terapii osób z lekkim upośledzeniem umysłowym będzie *usprawnienie procesu komunikacji pacjenta w stopniu umożliwiającym mu samodzielne radzenie sobie w życiu, a nie wypracowanie bezbłędnej czy starannej jego wymowy* (za Jastrzębowska i Pelc-Pękała 2001: 785) oraz szeroko rozumiane wychowanie językowe. Dlatego istnieje uzasadniona konieczność włączenia do terapii opiekuna i wychowawcy. Ważne jest, aby jak najszybciej przedsięwziąć kroki polegające na:

- rozmawianiu o rzeczach, które wykonuje się razem z dzieckiem;
- opatrywaniu komentarzem czynności wykonywanych przez dziecko;
- zachęcaniu dziecka do opisywania tego, co widzi wokół siebie;
- prowokowaniu dziecka do nazywania przedmiotów, którymi się bawi;
- zachęcaniu dziecka do opowiadania o tym, co widziało na spacerze, co zostało kupione w sklepie.

Takie działania (postawa i zachowania językowe) rodziców mają na celu wzbudzenie tzw. radości mówienia i chęci powiadamiania, ponadto mają (...) zwrócić uwagę dziecka na słowa i na korzyści płynące z posługiwania się słowem (Jastrzębowska i Pelc-Pękała 2001: 784).

Rozpatrując ogólnie zasady ujmowania rozwoju mowy dzieci w normie, należy pamiętać, że *rozwój języka i mowy nie rozpoczyna się w określonym momencie życia i rozwoju dziecka, a trwa już od jego początku* (Stecko 2002: 7). W zdecydowany sposób zmienia to spojrzenie na (...) *charakter pracy logopedów z korekcyjnej na stymulująco-korygującą oraz włącza ich do zespołu niezbędnych specjalistów zajmujących się dzieckiem od urodzenia* (Stecko 2002: 7). W związku z tym logopeda musi tak prowadzić terapię logopedyczną dzieci upośledzonych umysłowo, aby powiązać ją nie tylko z kształtowaniem mowy, ale całej osobowości. Bardzo korzystne jest, aby obejmowała ona wszystkie zaburzone funkcje, a szczególnie te, które z mową mają bezpośredni lub pośredni związek, takie jak: odbieranie wrażeń wzrokowych, słuchowych i innych, autoorientację i orientację przestrzenną, koordynację słuchowo – wzrokowo – ruchową, koordynację układu oddechowego, fonacyjnego i artykulacyjnego. Poprawa funkcjonowania tych układów wpływa na eliminację występujących u dzieci upośledzonych umysłowo na pięć, co z kolei może mieć korzystny wpływ na wyniki rehabilitacji mowy.

Terapia logopedyczna osób upośledzonych umysłowo jest specyficzna, gdyż zaburzeniom mowy towarzyszą różne inne zaburzenia, które mogą utrudnić ujednoczenie postępowania terapeutycznego. W związku z tym dla każdego dziecka należy opracować indywidualny program, uwzględniający wszystkie umiejętności składające się na szeroko pojętą komunikację oraz określone warunki jej nabywania.

Praca nad rozwojem mowy powinna dotyczyć nadawania i odbioru. Nabywanie umiejętności komunikacyjnych powinno odbywać się etapami i polegać na:

1. motywowaniu do mówienia, ze szczególnym zwróceniem uwagi na możliwość optymalnego komunikowania się z otoczeniem;
2. wprowadzaniu indywidualnego słownika poznanych pojęć;
3. poszerzaniu słownika o nowe pojęcia.

Im młodsze dziecko z niepełnosprawnością intelektualną, tym szybciej należy oddziaływać i kłaść nacisk na ogólną stymulację rozwoju mowy (schemat 2). Dziecko powinno *opływać mową* i być zainteresowane tą formą aktywności. Nie można z góry ustalić etapów terapii, będzie ją wyznaczać istota problemu, z którym boryka się dziecko, ale im szerszy zakres form komunikacji językowej, tym większa szansa na zrealizowanie celów terapeutycznych.

Schemat 2. Czynniki wpływające na rozwój mowy dziecka z oligofazją

<i>Czynniki hamujące rozwój mowy</i>	<i>Czynniki stymulujące rozwój mowy</i>
• zaburzenia słuchu • zakłócenia w odbiorze i nadawaniu, wynikające z nieprawidłowej budowy aparatu słuchowego • dysfunkcje jamy ustnej • nieprawidłowe oddychanie i połykanie • wady zgryzu • schorzenia górnych dróg oddechowych	• poddawanie dziecka „kąpieli słownej” • mówienie o rzeczach i zjawiskach, które dziecko aktualnie widzi, czuje, smakuje, przeżywa, w których uczestniczy • stosowanie profilaktyki logopedycznej – ćwiczenia ortofoniczne itp.

źródło: opracowanie własne na podstawie: Sękowska 1998; Galkowski i Jastrzębowska 1999; Tarkowski 1999; Minczakiewicz 2006

Jeśli chodzi o głębsze upośledzenie, znacznie wzrasta rola terapii logopedycznej polegająca na zapoznaniu z różnymi formami kontaktu (również pozawerbalnego).

Sama terapia staje się częścią rewalidacji i jest prowadzona razem z terapią pedagogiczną, której celem jest wszechstronna stymulacja. Ważne stają się ćwiczenia ruchowe, ukierunkowana zabawa, wprowadzenie elementów muzyki i ogólnorozwojowe ćwiczenia logopedyczne. Pracę rozpoczynamy od wypracowania właściwych nawyków związanych z mówieniem – prawidłowego oddechu, emisji

głosu, przelatywania śliny, zamykania ust, patrzenia na rozmówcę. Następnie uczymy prostych słów służących opanowaniu zasobu słownictwa niezbędnego do życia i społecznego funkcjonowania (przynajmniej w zakresie podstawowym). Kolejny krok to kształcenie zdolności (Jastrzębowska i Pelc-Pękała 2002: 786):

- formułowania pytań, prośb, poleceń;
- sygnalizowania własnych potrzeb, życzeń, pretensji;
- nawiązywania i prowadzenia rozmowy;
- odpowiadania na pytania;
- opowiadania.

Umiejętności te można wypracować tylko u niektórych jednostek głębiej upośledzonych.

W terapii mowy dzieci upośledzonych umysłowo istnieją duże różnice indywidualne, wynikające z przebiegu rozwoju mowy i językowego funkcjonowania. W dużej mierze zależą one od stwarzanych sytuacji społecznych. Dziecko uczy się mówić w wyniku naturalnej potrzeby porozumiewania się, dlatego należy stwarzać sytuacje kształtowania się gotowości do mówienia i własnej aktywności dziecka poprzez zachęcanie do nawiązywania kontaktów interpersonalnych.

Moment wykrycia niepełnosprawności i podjęcie systematycznego kompleksowego wspomagania rozwoju jest bardzo ważne dla prawidłowego rozwoju dziecka, dla jego przyszłej edukacji oraz uczestnictwa w życiu społecznym (Stróżewski 1993: 31).

Strategia wyrównywania szans osób z niepełnosprawnością intelektualną powinna obejmować różne aspekty – od wczesnego wspomagania rozwoju i interwencji medycznej po pomoc w zapewnianiu warunków do dobrego społecznego funkcjonowania jednostki jako osoby dorosłej.

Bibliografia

- Błaszczuk T. (2001): *Jak wspomagać rozwój dzieci niepełnosprawnych intelektualnie w stopniu głębokim*, PWN, Kalisz.
- Borzyszkowska H. (1985): *Oligofrenopedagogika*, PWN, Warszawa.
- Carr J. (1984): *Pomoc dziecku upośledzonemu*, PZWL, Warszawa.
- Clarke A. M., Clarke A. D. B. (1991): *Upośledzenie umysłowe*, PWN, Warszawa.
- Doman G. (1996): *Jak postępować z dzieckiem z uszkodzeniem mózgu*, PWN, Poznań.
- Domarecka-Malinowska E. (1999): *Edukacja głęboko upośledzonych umysłowo*, WSPS, Warszawa.
- Doroszewska J. (1989): *Pedagogika specjalna*, Wydawnictwo Ossolineum, Wrocław, Warszawa, Kraków, Gdańsk, Łódź.

- Dykcik W. red. (1998): *Pedagogika specjalna*, WSiP, Poznań.
- Frohlich A. (1998): *Stymulacja od podstaw, Jak stymulować rozwój osób głęboko, wielorako niepełnosprawnych*, PWN, Warszawa.
- Gładkowska J. (1999): *Poznanie ucznia szkoły specjalnej*, WSiP, Warszawa.
- Galkowski T. (1979): *Dzieci specjalnej troski*, WP, Warszawa.
- Galkowski T., Jastrzębowska G. (2001): *Logopedia. Pytania i odpowiedzi*, UO, Opole.
- Grzegorzewska M. (1985): *Pedagogika w służbie dzieci niepełnosprawnych*, WSiP, Warszawa.
- Kephart N. C. (1970): *Dziecko opóźnione w nauce szkolnej*, PWN, Warszawa.
- Kielin J. (2000): *Rozwój daje radość – terapia dzieci upośledzonych umysłowo w stopniu głębokim*, PWN, Gdańsk.
- Kirejczyk K. (red.) (1967): *Z zagadnień oligofrenii dziecięcej*, Nasza Księgarnia, Warszawa.
- Kostrzewski J. (1981): *Podstawowe wiadomości o upośledzeniu umysłowym*, [w:] *Upośledzenie umysłowe-pedagogika*, Warszawa.
- Kościelska M. (1995): *Oblicze upośledzenia*, PWN, Warszawa.
- Kowalik S. (1989): *Upośledzenie umysłowe*, PWN, Poznań.
- Kubeczko J. (1974): *O wychowaniu dzieci upośledzonych umysłowo*, WSzP, Warszawa.
- Lovaas O. T. (1993): *Nauczanie dzieci niepełnosprawnych umysłowo*, PZWL, Warszawa.
- Masgutowa S., Regner A. (2009): *Rozwój mowy dzieci w świetle integracji sensomotorycznej*, Continus, Warszawa.
- Minczakiewicz E. M. (2001): *Zaburzenia mowy, u upośledzonych umysłowo*, PWN, Warszawa.
- Minczakiewicz E. M. (2006): *Jak krok po kroku wprowadzać dzieci o specjalnych potrzebach edukacyjnych w świat zabaw i nauki*, Impuls, Warszawa.
- Ministerstwo Edukacji Narodowej i Sportu (2005): *Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka od chwili wykrycia niepełnosprawności do podjęcia nauki w szkole. Poradnik dla organizatorów działań, dla terapeutów oraz dla rodziców*, ZAPOLEX, Warszawa.
- Ministerstwo Edukacji Narodowej i Sportu (2010): *Edukacja skuteczna, przyjazna i nowoczesna. Jak organizować edukację uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi?* Przewodnik, Warszawa.
- Młynarska M., Smereka T. (2000): *Psychostymulacyjna metoda kształtowania i rozwoju mowy, oraz myślenia*, WSiP, Warszawa.
- Młynarska M., Smereka T. (2005): *Logopedia. Teoria i praktyka*, Warszawa.
- Rocławski B. (1998): *Opieka logopedyczna od poczęcia*, Glottispol, Gdańsk.
- Sękowska Z. (1998): *Wprowadzenie do pedagogiki specjalnej*, PWN, Warszawa.

- Stecko E. (1996): *Zaburzenia mowy dzieci – wczesne rozpoznawanie i postępowanie logopedyczne*, UW, Warszawa.
- Sowa J. (1997): *Pedagogika specjalna w zarysie*, PWN, Rzeszów.
- Szuniewicz A. (1967): *Próba badań wad wymowy dzieci upośledzonych umysłowo w warszawskich szkołach specjalnych*, „Logopedia” nr 7, s. 112-117.
- Tarkowski Z. (1999): *Zaburzenia mowy dzieci upośledzonych umysłowo*, Fundacja ORATOR, Lublin.
- Tarkowski Z. Jurkiewicz C. (1993): *Rozwijanie Mowy Dziecka – program terapeutyczno-stymulacyjny*, PFZM, Lublin.
- Wiśniewska M. (2008): *Wspomaganie rozwoju dziecka z niepełnosprawnością intelektualną. Poradnik dla rodziców i terapeutów*, Impuls, Warszawa.
- Zabłocki K. J. (1999): *Dziecko niepełnosprawne jego rodzina i edukacji*, Żak, Warszawa.
- Wyczęsany J. (2002): *Pedagogika upośledzonych umysłowo*, PWN, Kraków.
- Wyczęsany J. (1998): *Oligofrenopedagogika*, PWN, Kraków.

STYMULOWANIE ROZWOJU MOWY DZIECKA Z ZESPOŁEM DOWNA

Dziecko z zespołem Downa

Do najlepiej zbadanych spośród wszystkich aberracji chromosomalnych należy zespół Downa. Pierwszym, który w 1838 r. zwrócił uwagę na odmienność dzieci z zespołem Downa oraz scharakteryzował to upośledzenie, był Esquirol. Nazwa zespołu wywodzi się natomiast od nazwiska angielskiego lekarza – Langdona Downa, który przeprowadzając badania wśród pensjonariuszy zakładu dla umysłowo chorych, zauważył jednostki wyróżniające się zachowaniem i wyglądem. Obecność dodatkowej kopii chromosomu – trisomii 21 – została stwierdzona jednak dopiero w 1959 r. przez francuskiego lekarza genetyka Lejeune'a (za Midro 2008: 21).

Midro (2003: 22) podkreśla, iż *zespół Downa nie jest chorobą, ale naturalną formą ludzkiej egzystencji o odmiennym przebiegu rozwoju niż większość genetyczna z 46 chromosomami*. Dziecko z tym zespołem wyposażone jest w cechy odziedziczone po rodzicach, dziadkach oraz w cechy indywidualne. Występowanie zespołu jest niezależne od koloru skóry, klimatu, rasy czy warunków socjalnych (Cunningham 1994).

Przyczyną zespołu są zaburzenia programu genetycznego komórek rozrodczych, w których zamiast prawidłowej liczby 23, pojawiają się 24 chromosomy. U większości dzieci mamy do czynienia z dodatkowym czterdziestym siódmym chromosomem.

Chromosom 21 jest najmniejszym z grupy chromosomów autosomalnych, zaliczanym do grupy G. Geny zlokalizowane w chromosomach tej grupy najprawdopodobniej mają wpływ na rozwój umysłowy, stopień napięcia mięśni, elastyczność chrząstek i ścięgien, prawidłową motorykę stawów, wysokość ciała, proporcje pomiędzy tułowiem a kończynami, budowę czaszki oraz rozwój: serca, narządów płciowych, miednicy, fałdu nakątnego oka, tęczówki, soczewki, paliczków rąk i śródręcza, wzorów dermatoglicficznych dłoni i stóp, zatok obocznych nosa, kształt małżowiny usznej, włosy, wielkość zębów i grubość kości mózgo-czaszki (Roberts 1993).

Aberracje chromosomowe w zespole Downa mogą mieć charakter liczbowy – kariotyp posiada nieprawidłową liczbę chromosomów lub strukturalny – zabu-

rzenia struktury chromosomu doprowadzają do niezrównoważenia materiału genetycznego (Sadowska, Mysiek-Prucnal i Gruna-Ożarowska 2008). Istnieją trzy kariotypy powodujące zespół Downa:

- a) **trisomia prosta** występuje, gdy dodatkowy chromosom 21 jest obecny w komórce jajowej bądź plemniku albo pojawia się w czasie pierwszego podziału komórkowego, przy czym każda nowo powstająca komórka będzie miała dodatkowy chromosom pary 21. Postać ta jest najczęstsza i występuje u 90–95% dzieci z zespołem Downa. Aberracja ta występująca przypadkowo w komórkach rozrodczych zdrowych rodziców nie jest dziedziczna (Stratford 1993);
- b) **translokacja** zjawisko to polega na przeniesieniu pewnego fragmentu jednego chromosomu na inny chromosom. W translokacji Robertsonowskiej długie ramiona jednego z trzech chromosomów 21 zostają przeniesione na jeden z chromosomów akrocentrycznych i zostają połączone z nim w centromerze. Częstość występowania wynosi 5-6% wszystkich przypadków zespołu Downa. Translokacje mogą zdarzać się sporadycznie lub być dziedziczone, zaś w przypadku ich dziedzicznego przekazywania jedno z rodziców może być nosicielem tzw. translokacji zrównoważonej. Translokacja de novo występuje podczas tworzenia się komórek jajowych lub plemników u jednego z rodziców – pojawia się sporadycznie (Sadowska, Mysiek-Prucnal i Gruna-Ożarowska 2008);
- c) **mozaicyzm** występuje bardzo rzadko, u 2-3 % dzieci z zespołem Downa i charakteryzuje się występowaniem w jednym organizmie kilku linii komórkowych o różnych kariotypach: prawidłowym i trisomicznym (Stratford 1993).

Dzieci z zespołem Downa nierzadko rodzą się jako pierwsze – bardzo młodym rodzicom lub też jako ostatnie, co ma związek ze zwiększającym się prawdopodobieństwem poczęcia takiego dziecka przez matki starsze (Cunningham 1992). Od dawna wiadomo, że zaburzenie w przechodzeniu chromosomów do komórki potomnej występuje najczęściej u matek rodzących między 38. a 40. rokiem życia. W niewielkim procencie przypadków również zaobserwowano, że u ojców dochodzi do nieprawidłowego rozdzielenia chromosomów, jeżeli przez długi czas pracowali w przemyśle ciężkim lub byli nałogowymi palaczami papierosów. Jednakże największe prawdopodobieństwo wystąpienia zespołu Downa łączy się z wiekiem matki (Cunningham 1992).

Tabela 1. Zależność wieku matki od liczby urodzeń dzieci z zespołem Downa

<i>Wiek matki</i>	<i>Liczba urodzeń z zespołem Downa w stosunku do ogólnej liczby urodzeń dzieci żywych</i>
<i>przed 20. rokiem życia</i>	<i>mniej niż 1 na 2000</i>
<i>20 – 30</i>	<i>mniej niż 1 na 1500</i>
<i>30-34</i>	<i>mniej niż 1 na 750 do 880</i>
<i>35 – 40</i>	<i>około 1 na 280 do 290</i>
<i>40 – 44</i>	<i>około 1 na 130 – 150</i>
<i>ponad 45</i>	<i>pomiędzy 1 na 20 – 65</i>

źródło: Minczakiewicz 2001: 21

Częstość występowania zespołu Downa waha się od 1 na 500 do 1 na 900 urodzeń. Większość przypadków (około 90%) nie jest związana z rodzinną tendencją do rodzenia dzieci z tym zespołem. Około 1/3 przypadków trisomii z translokacją jest dziedziczona, gdy matka bądź ojciec są nosicielami translokacji zrównoważonej. Ok. 1 na 100 przypadków zespołu Downa jest dziedziczonych. Niektóre badania dowiodły, iż w 20–25% wszystkich przypadków dodatkowy chromosom pochodzi od ojca (Minczakiewicz 2001).

Charakterystyka dziecka z zespołem Downa

Należy odrzucić mit o dzieciach z zespołem Downa jako grupie jednorodnej pod względem rozwoju i zachowania (...). Zespół Downa jest zaburzeniem genetycznym, które towarzyszy dzieciom, nie zaś je definiuje. Jest czymś, co dziecko ma, a nie czymś, czym ono jest! Materiał genetyczny, to nie tylko nadliczbowy chromosom 21, to również indywidualne cechy, sprawiające, że dziecko jest jedną i niepowtarzalną osobą! (Kaczmarek 2008: 21-22). Pamiętać należy, iż modyfikacja wpływów czynników natury genetycznej i wpływu środowiska sprawia, iż obserwujemy wspólne cechy osób z zespołem Downa. Niewątpliwie negatywną stroną obecności wspólnych cech morfologicznych jest stygmatyzacja osób, które je posiadają. Duża częstość występowania zespołu cech klinicznych w zespole Downa sprawia, że osoby te są powszechnie rozpoznawane.

Cechy kardynalne upośledzenia widoczne są już w okresie noworodkowym. Do najczęściej spotykanych cech klinicznych zaliczamy niepełnosprawność intelektualną. Cechy dysmorficzne, liczne wady układowe oraz opóźnienie tempa roz-

woju somatycznego w okresie pre- i postnatalnym, odgrywają znaczącą rolę jako cechy wskaźnikowe i dotyczą głównie twarzy, oczu, nosa, uszu i kończyn.

Tabela 2. Cechy dysmorficzne w zespole Downa

<i>Części ciała</i>	<i>Cechy kliniczne</i>
<i>głowa</i>	• okrągła, mała, zdeformowana, spłaszczona w części potylicznej, skrócona w wymiarze przednio – tylnym
<i>twarz</i>	• okrągła i płaska
<i>oczy</i>	• skośne i wąskie szpary oczne, fałda nakątna w obrębie kątów przyśrodkowych, tęczyówki cętkowane • często spotykana krótkowzroczność i zez
<i>uszy</i>	• małe, zdeformowane, asymetryczne, górna część małżowiny bywa zawinięta
<i>usta</i>	• często otwarte z wysuniętym dużym, zbrudzonym językiem • wargi grube, popękane, obwisła warga dolna • zazwyczaj wiotkie mięśnie żuchwy i języka
<i>podniebienie</i>	• wąskie, wysoko wysklepione (tzw. gotyckie, wieżowate)
<i>zęby</i>	• nieprawidłowo rozstawione, półksiężycowate
<i>szyja</i>	• krótka i gruba, szeroka
<i>kończyny</i>	• ręce, nogi grube, dłonie szerokie, łopaty, palce grube, mały palec szpotawy • między palcami dostrzega się czasem błony pławne • kończyny pozostają w dysproporcji z tułowiem
<i>skóra</i>	• sucha, szorstka • na zgięciach dłoni występuje niekiedy tzw. małpia linia
<i>włosy</i>	• gładkie, proste, coraz rzadsze i twardsze wraz z wiekiem, w dołach pachowych brak owłosienia
<i>wzrost</i>	• poniżej średniej – osobnik męski mierzy ok. 150 cm, a żeński ok. 140 cm
<i>mowa</i>	• głos niski, chrypliwy, matowy • nieprawidłowa artykulacja, bełkot
<i>masa urodzeniowa</i>	• około pół kilograma niższa od średniej (około 40% masy średniej uzyskują wcześniaki)
<i>genitalia</i>	• u osobników płci męskiej często występuje niedorozwój (brak jąder w mosznie), u osobników płci żeńskiej są one nadrozwinęte
<i>krew</i>	• występuje wysoki poziom liczby leukocytów
<i>serce</i>	• wrodzone wady i choroby serca stwierdza się u ponad 50% osób
<i>płuca</i>	• częste infekcje układu oddechowego, skłonność do przeziębień i przewlekłego nieżytu nosa (z wydzieliną ozonową)
<i>mięśnie</i>	• hipotonia mięśniowa, ogólna wiotkość i nadmierna ruchomość w stawach

źródło: Minczakiewicz 2001: 21

Nie wszystkie objawy występują u jednej osoby, bo każda ma indywidualny zestaw cech fenotypowych. Ponadto istotną cechą neuropatologii zespołu Downa jest tendencja do wczesnego występowania cech morfologicznych starzenia się mózgu, szczególnie blaszek starczych i neurofibrilarnych zmian Alzheimerowskich (Cunningham 1992).

U dzieci z zespołem Downa często spotyka się wrodzone wady rozwojowe oraz skłonności do występowania niektórych schorzeń. Najbardziej niebezpieczne są wady serca. Ustalono, że 50% dzieci z zespołem Downa ma wady serca – wobec 1% w populacji generalnej. Najczęściej występują: ubytek przegrody międzykomorowej i/lub ubytek przegrody międzyprzedsionkowej.

Charakterystyczną cechą są również nieprawidłowości w funkcjonowaniu narządu wzroku. Zaburzenia jego struktury i funkcji występują u większości dzieci z trisomią 21 (60–69%), a ich częstotliwość rośnie wraz z wiekiem – cierpi na nie 38% dzieci w wieku od 2. do 12. miesiąca życia i aż 80% w wieku 5 – 12 lat. Najczęstszymi wadami są: krótkowzroczność, zez zbieżny i rozbieżny, astygmatyzm, dalekowzroczność, zapalenie brzegów powiek, zaćma. U około 10% pacjentów powyżej 30. roku życia badanych przez Cullena stwierdzono ślepotę (za Stratford 1993).

Bardzo częstym schorzeniem obserwowanym u dzieci z zespołem Downa jest zapalenie ucha środkowego, przy czym choroba ta nie mija samoistnie, lecz występuje także w wieku dorosłym i może prowadzić do zaburzeń słuchu. Na podstawie metod standardowych stwierdzono niedosłuch u 38 – 78% dzieci, najczęściej o charakterze przewodzeniowym (ponad 80%), rzadziej odbiorczym lub mieszanym (Sadowska, Mysiek-Prucnal i Gruna-Ożarowska 2008).

Okolo 10 – 30% dzieci może wykazywać niestabilność szczytowo-potyliczną i szczytowo-obrotnikową kręgosłupa szyjnego. Z innych problemów w układzie kostno-stawowo-mięśniowym można zauważyć nadmierną ruchliwość w stawach, skrzywienie kręgosłupa, dysplazję, zwichnięcie stawów biodrowych oraz złuszczenie głowy kości udowej (Pietrzyk 2008).

Ponadto dzieci z zespołem Downa wykazują zdecydowanie mniejszą odporność na infekcje wirusowe, są podatne na zakażenia, często zapadają na choroby autoimmunologiczne i określone typy białaczek. Badania wykazują przedwczesne starzenie się układu odpornościowego (Krajewska-Walasek 1998). Dzieci dwa razy częściej zapadają na infekcje dróg oddechowych, co ma związek z oddychaniem przez usta, zaleganiem śluzu, utrudnionym odkrztuszaniem oraz szybszym wychładzaniem ciała.

Bardzo rzadko obserwuje się u tych dzieci choroby psychiczne; w mniejszym stopniu – w porównaniu z populacją generalną – występuje także padaczka.

U około 4 – 5 dzieci na 100 zdarza się niedrożność przełyku lub dwunastnicy. Czasem zdarzają się nieprawidłowości w budowie jelita grubego (choroba Hirschsprunga).

Wszystkie wyżej wymienione wady narządowe i układowe mają zasadniczy wpływ na podstawowe funkcje życiowe osób z zespołem Downa.

Większość dzieci z zespołem Downa rozwija się w swoim, możliwym do przewidzenia, tempie i rytmie. Zmiany strukturalne w mózgu, zaburzające funkcje kognitywne, powodują, że trisomia 21 jest najczęstszą przyczyną niepełnosprawności intelektualnej (Sadowska, Mysłek–Prucnal i Gruna–Ożarowska 2008). Dzieci te często są opóźnione umysłowo, uczą się wolniej, mają problemy ze złożonym rozumowaniem i osądem (Grzybek 1993). Stopień upośledzenia może okazać się jednak bardzo różny. Na podstawie dotychczasowych badań stwierdzono, iż waha się on od upośledzenia lekkiego do znacznego, znane też są przypadki inteligencji nieznacznie tylko obniżonej.

Wśród procesów intelektualnych mających wpływ na zdolność do przyswajania wiedzy stosunkowo najslabiej upośledzony jest proces spostrzegania (Obuchowska 1995). Dzieci z zespołem Downa mają zatem dość dobrą spostrzegawczość, a przede wszystkim tendencję do naśladowania. Mogą wystąpić jednak trudności w wyodrębnianiu istotnych cech przedmiotów i zjawisk. Ogólna pojemność pamięci osób z trisomią jest obniżona, dlatego nierzadkie są problemy z zapamiętywaniem, przechowywaniem i odtwarzaniem nabytych informacji. Jest to pamięć mechaniczna, łącząca się z mniejszą trwałością oraz zdolnością do koncentracji. Największe zaburzenia dotyczą procesów syntezy i analizy myślowej, interpretacji, organizacji i przetwarzania nowych informacji oraz tworzenia wyobrażeń. Nastawienie dziecka do rzeczywistości ma charakter konkretno-obrazowy (Kostrzewski 1981).

Bardzo niekorzystnie na rozwój społeczny dzieci z zespołem Downa może wpływać zaburzona mowa oraz stygmatyzujący wygląd. W nawiązywaniu kontaktów interpersonalnych pomaga natomiast duża aktywność i ciekawość, uczuciowość i otwartość. Zdaniem Sobolewskiej (2002) dzieci z zespołem Downa mają niektóre zdolności lepiej rozwinięte niż zdrowe dzieci. To eksperci od relacji międzyludzkich, od małości wyłapują niuanse uczuć, potrafią skutecznie mediować – są świetnymi „psychologami”. Obuchowska (1995) zwróciła uwagę, że rozwój społeczny dzieci z zespołem Downa przebiega w ogólnych zarysach zgodnie z normą, ale w odróżnieniu od dzieci prawidłowo rozwiniętych, które w wieku od 2 do 4 lat doświadczają wielu sukcesów, narażone są one na większe porażki i doświadczają dezaprobaty społecznej (Cuunningham 1992).

Warto również wspomnieć o rozwoju emocjonalnym dzieci z zespołem Downa. Wyróżniają się one miłym, pogodnym, przychylnym dla otoczenia sposobem zachowania. Domagają się obecności osób dorosłych i oczekują ich towarzy-

stwa w czasie zabawy. Potrafią doskonale różnicować stosunek do otoczenia – darzą miłością i sympatią osoby, które są im życzliwe, łagodne wobec nich i troskliwe, a odrzucają te, do których nie mają zaufania. Są bardzo wrażliwe na czyjaś krzywdę. Umieją znaleźć przeróżne formy okazywania przywiązania, uzewnętrzniając w ten sposób swoją inteligencję emocjonalną (Doroszewska 1981).

Swoistym rysem w rozwoju emocjonalnym tych osób jest często nieumotywowany upór i negatywizm. Zachowania „pseudouporu” spowodowane są obniżonym napięciem mięśniowym, które uniemożliwia natychmiastowe przejście od bezruchu do aktywności. Natomiast z chwilą, gdy dana czynność zostanie już rozpoczęta, intensywność jej wzrasta bardzo szybko, co powoduje z kolei trudność w jej zatrzymaniu. Stwierdzono także istotną zależność między gotowością do działania a znakiem emocji. Emocje ujemne utrudniają rozpoczęcie czynności i nasilają tzw. upór. Natomiast emocje dodatnie sprzyjają jego zmniejszeniu, a nawet eliminują go całkowicie. Aktywizując zatem dziecko z zespołem Downa należy pamiętać, iż skuteczność wykonywanych przez nie określonych zadań będzie zależać od trzech czynników (Obuchowska 1995):

- stanu gotowości aparatu mięśniowego,
- umiejętności reagowania na bodźce słowne,
- rozeznania co do znaku emocji towarzyszących dziecku w danej sytuacji.

Podczas zajęć wymagających dłuższej koncentracji, uwagi, znacznego wysiłku umysłowego lub fizycznego, dzieci te szybko się męczą, zniechęcają i w pracy z nimi trzeba pamiętać, aby nie doprowadzić ich do momentu wyczerpania.

Sferą, na którą warto zwrócić uwagę, jest rozwój fizyczny dzieci z zespołem Downa. Ich rozwój somatyczny jest opóźniony i nieharmonijny od urodzenia. Współistnienie wrodzonych wad rozwojowych, niedoczynności tarczycy, obniżenie mechanizmów odporności – pogłębia deficyty wzrastania. Według Sadowskiej (2008) u małych dzieci obserwowany jest niedobór masy ciała, natomiast u dzieci w okresie dojrzewania nadwaga.

Charakterystyka zaburzeń mowy dziecka z zespołem Downa

Istotnym czynnikiem warunkującym rozwój psychiczny człowieka, jak również regulującym jego stosunki z otoczeniem, jest mowa. Za pomocą materiału językowego dziecko konkretyzuje wytwory i przebieg swoich myśli, uczuć i pragnień. Sprawność mówienia konieczna jest do nabywania nowej wiedzy i prawidłowego funkcjonowania w najrozmaitszych sytuacjach życia codziennego. Bez kontaktu językowego z innymi ludźmi nie jest możliwe osiągnięcie pełni rozwoju intelektualnego i emocjonalnego.

Zaburzenia w rozwoju umiejętności słownego komunikowania się dotyczą różnych poziomów języka i różnych sfer mowy. Dzieci z zespołem Downa cechuje obniżony poziom rozumienia, zaburzona jest też lub niewykształcona umiejętność budowania zdań. Mimo iż różny jest poziom rozwoju mowy, da się wyróżnić pewne cechy charakterystyczne. Obserwuje się nieprawidłowości w sposobie oddychania: krótki wydech, mówienie na wdechu. Fonacja jest często zniekształcona, ochrypla. Głos bywa niski i matowy. Tempo mowy jest przyspieszone albo spowolnione. Rzadko występuje płynność mówienia. Zaburzona w znacznym stopniu bywa wymowa – często jest ona na tyle niewyraźna, że obniża stopień zrozumiałości wypowiedzi dziecka. Charakterystyczne są takie zjawiska fonetyczne jak: substitucje głoskowe (zastępowanie głoski inną), zniekształcenia głosek, elizje (opuszczenia głosek), metatezy (przestawianie głosek), skracanie długości fonetycznej wyrazów, posługiwanie się szczątkami wyrazów, upraszczanie grup spółgłoskowych. W związku z małą elastycznością warg kłopotliwe dla dziecka może być nawet wyartykułowanie głosek: p, b, m, f, w. Najczęściej spotykaną wadą jest seplenienie, a dominuje artykulacja międzyzębowa. Należy pamiętać, iż dla dziecka *nic nie jest bardziej zniechęcające niż niemożność bycia zrozumiałym* (Kaczmarek 2008: 112).

Mowa dzieci z zespołem Downa rozwija się ze znacznym opóźnieniem, ale podobnie jak inne procesy, np. myślenie, podlega prawom rozwoju. Jest czynnością złożoną, w której realizację – poza sferą słuchową – zaangażowanych jest wiele struktur mózgowych. Kierują one pracą układów autonomicznych i funkcjonalnych biorących udział w odbiorze i nadawaniu mowy

oraz odpowiednio ją scalają. Funkcjonalnymi objawami upośledzenia integracyjnej działalności mózgu u dziecka z zespołem Downa są zaburzenia rytmu wykonywanych czynności, niska zdolność koordynacji wzrokowo-ruchowej oraz deficyt programowania motorycznego. Z opóźnieniem rozwoju mowy można również łączyć obniżenie zręczności manualnej i małą precyzję ruchów rąk.

Do dzisiaj nie zostało dokładnie określone, jakie są charakterystyczne aspekty rozwoju mowy i języka u dzieci z zespołem Downa. Powodem trudności w opisie zjawiska jest nierówny stopień rozwoju poszczególnych zdolności językowych, tzw. asynchronia umiejętności językowych (Kaczmarek 2008). Z przeprowadzonych badań wynika, iż osoby z analizowanym upośledzeniem nie osiągają tego samego poziomu we wszystkich obszarach rozwoju mowy – niektóre z nich rozwijają znacznie wyższy poziom kompetencji lingwistycznej od innych.

Zdaniem Piszcza (2008) przyczyną opóźnionego rozwoju mowy u dzieci z zespołem Downa mogą być uszkodzone poznawcze podstawy nabywania języka. Badania wykazują, iż już na poziomie przedwerbalnym można zauważyć różnice w próbach nawiązywania kontaktów z rodzicami przez dzieci z zespołem Downa w porównaniu do dzieci prawidłowo się rozwijających. Chodzi tu m.in. o to, że dzieci

z upośledzeniem rzadziej podejmują inicjatywę werbalnego i niewerbalnego kontaktu z matką. Trudność ta utrzymuje się tylko przez pierwsze 18 miesięcy życia, co sugeruje, iż podstawowa zdolność komunikacyjna rozwija się u tych dzieci wolniej niż u ich zdrowych rówieśników. Powodem opóźnienia jest brak zdolności do monitorowania i oceniania środowiska, co wskazuje na uszkodzenie wzorca rozwoju uwagi i hamuje rozwój przetwarzania poznawczego danych zmysłowych (Piszczyk 2008).

Lenneberg (1967) twierdzi, iż rozwój mowy u dziecka z zespołem Downa jest tylko spowolnioną wersją prawidłowego procesu rozwoju mowy, różniącą się jedynie tempem nauki. Zdaniem Regnera (2008) na rozwój mowy wpływają:

- prawidłowy rozwój psychoruchowy,
- prawidłowe dojrzewanie ośrodkowego układu nerwowego,
- wokalizowanie,
- gaworzenie,
- ogólny poziom intelektualny,
- niezaburzona koordynacja nerwowo – mięśniowa narządów artykulacyjnych,
- właściwe mechanizmy oddychania,
- sprawnie działające analizatory: słuchowy, wzrokowy, kinestetyczny,
- prawidłowe wzorce językowe,
- oddziaływanie otoczenia motywujące do mówienia.

Zaburzenia lub nieprawidłowy rozwój jednego z analizatorów uniemożliwiają prawidłowe kształtowanie się mowy od jej początków. Stecko (1994) twierdzi, iż w przypadku ograniczenia wczesnego treningu w postaci głużenia możliwości osiągnięcia precyzji ruchów aparatu artykulacyjnego są mniejsze, co w konsekwencji prowadzi do tego, że w następnym etapie – gaworzenia – warunki rozwoju mowy są jeszcze trudniejsze. Kaczmarek (2008), pisząc o przyczynach opóźnień mowy u dzieci z zespołem Downa, powołała się na Kumin (za Kaczmarek 2008), która zidentyfikowała kilka różnic w uwarunkowaniach anatomicznych i strukturalnych:

- a) hipotonia – niskie napięcie mięśniowe języka, ust, podniebienia miękkiego i mięśni oddechowych. Wiotkość mięśni oddechowych i fonacyjnych utrudnia swobodne tworzenie dźwięków, zaś osłabienie mięśni ust, języka i żucia (odpowiadające za tzw. motorykę oralną, tj. umiejętność skoordynowanego używania języka i mięśni żucia) dodatkowo pogłębia powyższe zaburzenia. Dzieci cierpiące na apraksję zmuszone są do nauczania się wydawania każdego dźwięku z osobna, dopiero później łączą je w całość;
- b) nieco mniejsze usta w porównaniu z rozmiarem języka, środkowa część twarzy jest słabiej rozwinięta, podniebienie jest wyższe i węższe, kości szczękowe mniejsze (dziecko ma problem z utrzymaniem języka w ustach);

- c) różnice w budowie narządów artykulacyjnych: krtani (umiejscowionej za wysoko w szyi), strun głosowych (obrzęk fałdu głosowego), języka (zaburzenia ruchowe, wiotkość);
- d) oddychanie przez usta, spowodowane niedorozwojem zatok i przewodów nosowych, powiększonymi migdałkami i gruczołami chłonnymi oraz trzecim migdałkiem, częstymi infekcjami dróg oddechowych, zapaleniami gardła, krtani, oskrzeli.

Jak pisze dalej Kaczmarek (2008), trudno określić dokładne skutki ww. różnic, jednak niewątpliwie mają one wpływ na zrozumiałość mowy i powodują problemy w:

- artykulacji (motorycznym procesie emitowania dźwięków), zdolności poruszania i kontroli ust, języka, szczęk i podniebienia, emitowaniu prawidłowych dźwięków,
- płynności – zdolności do gładkiego rytmicznego mówienia,
- kolejności – zdolności wymawiania dźwięków w odpowiednim porządku wewnątrz słów,
- brzmieniu – tonie i jakości dźwięków.

Kolejnymi czynnikami wpływającymi na zaburzenia mowy są (Kaczmarek 2008):

- różnice anatomiczne układu nerwowego – mniejszy i lżejszy mózg, węższy zakręt skroniowy górny, mniejsza ilość neuronów korowych, zmniejszona gęstość neuronów, opóźniona mielinizacja, nieprawidłowe struktury dendrytyczne, nieprawidłowości w budowie błony komórkowej neuronu – co ma wpływ na zaburzenia dokładności, szybkości, konsekwencji i ekonomiczności ruchów związanych z mową;
- zaburzenia słuchu – mają one związek z częstym stanem zapalnym ucha środkowego i innymi nieprawidłowościami, m.in. wąskimi kanałami słuchowymi, które wraz z wiekiem dziecka powiększają się. Słuch zajmuje bardzo ważne miejsce w procesie mówienia. W sytuacji, kiedy dziecko przechodzi zapalenie ucha środkowego – co w przypadku dzieci z zespołem Downa występuje u 65 – 80% – zaburzony jest słuch, a w związku z tym trudniejsze staje się koncentrowanie uwagi, kojarzenie słów z przedmiotami i czynnościami, które dane słowa symbolizują;
- pamięć krótkoterminowa dziecka rozwija się wolniej niż proces rozumienia świata – dzieci często dobrze rozumieją otaczające je zjawiska, ale nie potrafią o nich opowiedzieć.

Vanier stwierdził, iż *leczyć miłością to akceptować dziecko ze wszystkimi jego słabościami, ale jednocześnie – wierzyć w jego możliwości rozwoju. Wierzyć i uczynić wszystko, by rozwój mógł się dokonać* (Małecka 2008).

Mowa jest końcowym produktem bardzo długiego procesu uczenia się. Można tu mówić o dwóch bardzo ważnych elementach: rozumieniu mowy i wyrażaniu własnych myśli (w mowie, piśmie, obrazach czy znakach). Możemy uczyć albo samego rozumienia, albo rozumienia i wyrażania myśli jednocześnie. Zdolność mówienia, a więc wyrażania własnych potrzeb, myśli, uczuć, nadziei i obaw jest tak samo istotna jak zdolność rozumienia mowy.

Proces nabywania umiejętności komunikacyjnych u dzieci z zespołem Downa przebiega podobnie jak u dzieci z normą rozwojową, lecz trwa nieco dłużej.

Tabela 2. Okresy kształtowania się mowy u dzieci z zespołem Downa

Wiek	Interakcje	Słownictwo	Gramatyka	Mowa
0-12 miesięcy	• płacz • kontakt wzrokowy • uśmiechanie się • słuchanie/patrzenie • wokalizacja • wykonywanie czynności na zmianę • koncentrowanie uwagi • gesty	• rozumienie kilku słów		• głuźnienie • gaworzenie nastawione na język ojczysty
12-24 miesiące	• oddawanie wzrastającej ilości znaczeń za pomocą gestów i niektórych słów	• rozpoczęcie wypowiadania słów • pierwsze 10 słów • pierwsze 50-100 słów	• rozpoczęcie zestawiania dwóch słów razem	• początkowe spółgłoski, samogłoski • nie wszystkie słowa wyraźnie wypowiadane i zrozumiałe
24-36 miesięcy	• inicjowanie konwersacji	• pierwsze 300 słów • wzrasta szybkość uczenia się słów (25 słów miesięcznie) • rozumienie wyprzedza generowanie mowy	• zestawienie dwóch i trzech słów – kluczy razem – zdania „telegraficzne” • elementy wczesnej gramatyki	• wymawianie spółgłosek, samogłosek i słów ze starannością
36-60 miesięcy	• „naprawianie” konwersacji przez ponowną próbę, gdy mówiący nie został zrozumiany	• wzrastanie szybkości uczenia się słów	• coraz poprawniejsza składnia zdania	• kontynuacja wymawiania spółgłosek i samogłosek ze zwiększoną starannością

Wiek	Interakcje	Słownictwo	Gramatyka	Mowa
5-7 lat	- uczenie się krótkich opowiadań - branie udziału w dłuższych rozmowach związanych z konkretnym tematem - domaganie się wyjaśnień z użyciem „co?“, „gdzie?“ - opowiadanie historii	- przyswajanie słownictwa w coraz szybszym tempie - w wieku 5 lat około 2000 słów	- poprawna składnia, doskonaląca się powoli - trudności z przymkami – „powyżej“, „poniżej“, spójnikami – „i“, „następnie“, „ponieważ“, porównaniami – „dłuższy niż“	- poprawa wymowy złożzeń - mowa zaczyna być stopniowo coraz bardziej zrozumiała
7-16 lat	- dalszy rozwój języka w sytuacjach towarzyskich – pogawędki - branie pod uwagę wiedzy słuchacza; wiedza, jak dostarczyć odpowiednią ilość informacji danej osobie lub w danej sytuacji społecznej - podawanie dłuższych wyjaśnień lub instrukcji - opowiadanie dowcipów - relacjonowanie doświadczeń	- w wieku 7 lat nauka kolejnych 3000 słów 50 000 słów lub więcej w wieku 16 lat	- stopniowy rozwój gramatyki, obejmujący rozumienie strony biernej i konstrukcji z wyrażeniami typu: „nie tylko... ale również“, „jakkolwiek“, „dlatego“ - wiele z tych elementów jest wykorzystywanych najpierw podczas czytania i pisania, a następnie w mowie	- mowa zaczyna być stopniowo coraz bardziej zrozumiała - szybkość i zrozumiałość mowy nadal się poprawia, na co ma wpływ zdobycie umiejętności czytania

źródło: Kaczmarek 2008: 104 -105

Postępowanie logopedyczne z uwzględnieniem diagnozy i terapii dziecka z zespołem Downa

Wspomaganie rozwoju dziecka biologicznie uszkodzonego i zagrożonego upośledzeniem graniczy ze sztuką, jest bowiem statym szukaniem najlepszych rozwiązań w aktualnej sytuacji życiowej na każdym etapie rozwojowym (Kościelska 2000: 184–185).

Sprawą oczywistą jest, iż dzieci, którym zapewnia się wczesną i systematyczną stymulację, w porównaniu z dziećmi nieotrzymującymi takiej pomocy rozwijają się szybciej.

Również zdaniem Moralesa (1991) dzieci z zespołem Downa należą do grupy, którą powinno się jak najwcześniej usprawniać poprzez gimnastykę leczniczą całej muskulatury, gdyż postawa i motoryka wpływają na pracę części ustno – twarzowej, a zarazem przeciwstawiają się czynnikom patogennym, zaburzającym motorykę narządu mowy.

Dostrzeżenie mocnych stron dziecka i skoncentrowanie się na jego osobie, a nie zespole cech opisanych przez Downa zmienia kierunek działań rehabilitacyjnych na usprawnianie nie tego, co niemożliwe, ale tych umiejętności, które dziecko jest w stanie rozwinąć (Kaczmarek 2008: 110).

W edukacji dziecka z zespołem Downa zmierza się do pokierowania jego rozwojem w taki sposób, aby w przyszłym samodzielnym życiu potrafiło sprostać podstawowym zadaniom. Należy zatem dążyć do maksymalnego usprawniania dziecka we wszystkich sferach, wyrównywania niedoborów oraz stymulowania jego rozwoju zgodnie z indywidualnymi predyspozycjami, a zatem także stwarzanie sytuacji i zachęcanie do działań prowadzących do samorealizacji.

Diagnoza logopedyczna dziecka z zespołem Downa to sposób postępowania badawczego, którego celem jest ustalenie tego, co dziecko potrafi. Jest to czynność złożona i długotrwała. Wstępne spostrzeżenia często są weryfikowane w toku dalszych badań i obserwacji, a wnioski (potwierdzone hipotezy) powinny być przedstawione w sposób opisowy, odwołujący się do wiedzy z innych dziedzin, np. psychologii, językoznawstwa i logopedii.

Zdaniem Cieszyńskiej (2000) diagnoza logopedyczna powinna mieć następujące cechy:

- a) ciągłość – musi się powtarzać w celach weryfikacyjnych i prognostycznych,
- b) polimodalność – pozwala używać różnych metod i technik diagnozowania, uwzględniając jednocześnie holistyczne, tj. całościowe ujmowanie badanej osoby,
- c) użyteczność w terapii – konieczność każdorazowego modyfikowania programu terapeutycznego, aby dostosować go do aktualnych osiągnięć.

Podczas stawiania **diagnozy** specjaliści powinni kierować się pewnymi obowiązującymi zasadami:

- nawiązanie kontaktu z dzieckiem i zagwarantowanie mu poczucia bezpieczeństwa;
- zadbanie o to, aby badanie nie było dla dziecka męczące – czas badania musi być dostosowany do możliwości i wieku dziecka, zaś dobór metod i narzędzi diagnostycznych powinien zależeć od rodzaju zaburzenia, jego głębokości, nasilenia objawów, wieku i możliwości psychofizycznych;
- dążenie do uzyskania jak największej ilości informacji na temat jakości zachowań werbalnych, stopnia opóźnienia mowy oraz patologicznych zjawisk

językowych występujących w mowie, które uniemożliwiają lub utrudniają porozumiewanie się z otoczeniem (Jastrzębowska 2003).

Badanie logopedyczne powinno rozpocząć się od badania mowy spontanicznej, w sytuacji zabawy kierowanej. Zwraca się wówczas uwagę na posługiwanie się przez dziecko symbolami, rozumienie wyrazów i zwrotów oraz sposoby ich używania. Badając dziecko, dążymy nie tylko do tego, by zaklasyfikować je do danej kategorii diagnostycznej, lecz by określić obszary opóźnień i zaburzeń rozwoju mowy oraz pozostałych funkcji psychicznych, jak również rozpoznać posiadane przez dziecko zdolności i umiejętności. Należy również pamiętać, że dla uzyskania pełnego obrazu potrzebne są badania słuchu, badania psychologiczne i neurologiczne.

Informacje na temat reakcji dziecka na mowę i na komunikaty niewerbalne oraz sposobów komunikowania się z otoczeniem czerpiemy nie tylko z własnych obserwacji, ale również z materiałów otrzymanych od rodziców (szczegółowy wywiad). Podczas pierwszych spotkań można zrezygnować z notowania przy dziecku danych o jego zachowaniu komunikacyjnym – szczególnie, gdy jest ono wrażliwe i nieufne. Do badania przystępuje się po nawiązaniu kontaktu z dzieckiem.

Schemat diagnozy oprócz szczegółowych informacji o rozwoju psychofizycznym dziecka, jego ruchliwości i zachowaniu, rozwoju mowy, sprawności narządów artykulacyjnych i artykulacji poszczególnych głosek, przewiduje badanie rozumienia i nadawania mowy. Bada się głównie rozumienie pojedynczych nazw, rzeczowników i czasowników, sprawdza zdolność rozumienia poleceń prostych i złożonych, zdań prostych i złożonych współrzędnie i podrzędnie. Należy również zaobserwować, czy dziecko rozumie pytania – zarówno te łatwiejsze, odnoszące się do konkretnego czy ilustracji, jak i trudniejsze. Formuluje się pytania zamknięte i otwarte (odnosimy się wówczas do mowy czynnej). Kolejną czynnością jest samodzielne nazywanie – należy sprawdzić umiejętność budowania prostej wypowiedzi na dany temat, formułowania odpowiedzi na pytania oraz to, czy dziecko komunikuje się spontanicznie, czy zadaje pytania, formuluje prośby i wyraża swoje życzenia.

Istotne znaczenie z punktu widzenia diagnozy oraz terapii mają również tempo i prozodia mowy czynnej. Należy zwrócić uwagę, w jakim stopniu i w jaki sposób dziecko posługuje się gestami i mimiką twarzy. Szczególnie ważne jest, aby przygotowany do badań materiał był odpowiedni również ze względu na jego aspekty fonologiczne – fonetyczne.

Pomocna przy ocenie funkcjonowania dziecka zarówno podczas diagnozy, jak i terapii, jest obserwacja w zakresie 5 sfer:

- sensomotoryki: jak porusza się dziecko, jak zachowuje się kompleks orofacialny, jaką formę oddychania preferuje dziecko,
- komunikacji: w jaki sposób się komunikuje, w jakich sytuacjach, czy ma miejsce interakcja,

- zabawy: czym się dziecko interesuje, co sobie samo wyszukuje, jak reaguje na propozycje, czy obchodzi się kreatywnie z zabawką,
- przyjmowania pokarmu: o jakiej konsystencji przyjmuje pokarm, ile..., kiedy..., jak długo..., czym..., jaka jest koordynacja oddechu – polykania? (Putyra 2009)

Terapia logopedyczna dziecka z zespołem Downa jest specyficzna i powinna uwzględniać poziom funkcjonowania komunikacyjnego, możliwości, potrzeby, stan psychiczny i fizyczny, zainteresowania oraz samopoczucie (Doroszewska 1989). *W związku z tym konieczne jest opracowanie dla każdego dziecka indywidualnego programu terapii*, który powinien obejmować działania aktywizujące mechanizmy plastyczności mózgu oraz zakładać dostarczenie dziecku doświadczeń dostosowanych do jego specyficznych potrzeb.

Szczególne znaczenie ma sukcesywne usprawnianie mowy dzieci z zespołem Downa już we wczesnym okresie noworodkowym za pomocą różnych metod, na które składają się czynności myślowe i praktyczne, odpowiednio dobrane i realizowane w ustalonej kolejności (tabela 3).

Tabela 3. Wspomaganie rozwoju mowy dziecka z zespołem Downa – wybrane metody

Metoda	Charakterystyka metody
ustno – twarzowa terapia regulacyjna (utr)	Neurofizjologiczna terapia wg koncepcji Castillo – Moralesa stosowana jest u dzieci z hypo- i hipertonią mięśniową. Ustno – twarzowa terapia regulacyjna polega na dotykowej stymulacji obszarów neuromotorycznych twarzy, wyzwalającej określone odpowiedzi mięśni mimicznych i mięśni żucia. Koncentruje się na obszarze ustno-twarzowym, normalizując nieprawidłowe napięcie mięśniowe, regulując: nieprawidłowe oddychanie, polykanie, żucie, ssanie, nieprawidłową artykulację, w tym mowę. Najczęściej stosowana w terapii jest technika masażu wibracyjnego (stymulacja punktów czuciowo-ruchowych na twarzy oraz technika zwana kontrolą szczęki). Ćwiczenia gimnastyczno-logopedyczne usprawniają mięśnie jamy ustnej i twarzy, które wchodzi w bezpośrednią interakcję z mięśniami tułowia i kończyn. Integralną częścią terapii jest leczenie czynnościowe płytka stymulacyjną.
metoda gestów	Gesty stanowią naturalne wsparcie języka mówionego i należy je stosować w taki sposób jak gesty naturalne, które pojawiają się w rozwoju mowy dziecka. Dzięki nim dziecko widzi, ma pewność mających nastąpić wydarzeń oraz chętniej włącza się w czynności. Wsparciem dla nauki gestów i mowy są kolorowe obrazki. Wykorzystanie tej metody powoduje zmniejszenie frustracji dziecka i rodzica (niemożność komunikacji), zwiększenie zakresu słownictwa czynnego, wspomaganie pierwszych prób mówienia, wspomaganie rozumienia słów, wspomaganie procesów rozumienia (uczenie znaków pociąga za sobą uczenie się ich znaczeń), usprawnianie pamięci (dodanie dotyku i ruchu do słowa pomaga w artykulacji), zwiększenie poczucia własnej wartości i pewności siebie, wzmocnienie więzi pomiędzy rodzicem a dzieckiem.

Metoda	Charakterystyka metody
<i>Metoda integracji sensorycznej</i>	Metoda ta jest skuteczną formą terapii w opóźnieniach rozwoju psychoruchowego. Jest procesem, w którym następuje organizacja wrażeń zmysłowych dostarczanych do naszego organizmu, tak aby mogły być wykorzystywane w celowym działaniu. Dopływ do ośrodkowego układu nerwowego różnorodnych bodźców odbieranych z własnego ciała i otoczenia (dotyku, czucia głębokiego, układu przedsionkowego, wzroku, słuchu i powonienia) jest podstawą do ich integracji. Mózg w każdej chwili odbiera, segreguje i przetwarza bodźce zmysłowe. Przy niedoborze lub braku dopływu bodźców tworzenie się prawidłowej integracji zmysłowej jest zakłócone i tym samym zaburzony jest rozwój odpowiednich sposobów zachowań i właściwych odpowiedzi ruchowych. Dzięki tej metodzie można wyeliminować następujące dysfunkcje: trudności w koordynacji ssania, połykania, oddychania, opóźniony rozwój psychoruchowy, opóźniony rozwój mowy, przyjmowanie nieprawidłowej postawy ciała, nadpobudliwość psychoruchowa i trudności z koncentracją uwagi, zaburzenia emocjonalne, obniżona samoocena, nieprawidłowe napięcie mięśniowe, zwiększona męczliwość, zaburzenia w ogólnej koordynacji ruchowo-słuchowo-wzrokowej, trudności w opanowywaniu podstaw nauki szkolnej, tj. czytania, pisanie i liczenia.
<i>Ruch rozwijający Weroniki Sherborne</i>	Ruch Rozwijający to nie zestaw ćwiczeń – to proces komunikacji międzyludzkiej. Jest szansą na istotne wspomaganie rozwoju dziecka, szczególnie jego sfery emocjonalnej i społecznej. To metoda, która poprzez różnorodne propozycje aktywności ruchowej w kontakcie z innymi ludźmi ma na celu budowanie świadomości ciała, przestrzeni i relacji. Szczególnie ważna jest komunikacja niewerbalna – język ruchu i język ciała, ale język słów też ma ogromne znaczenie. Doświadczeniom w Ruchu Rozwijającym powinny zawsze towarzyszyć słowa opisujące to, czego doświadczamy.
<i>Metoda Dobrego Startu</i>	Założeniem tej metody jest rozwijanie funkcji poznawczych: językowych, mowy i myślenia, funkcji spostrzeniowych (wzrokowych, słuchowych, dotykowych, kinestetycznych), a także funkcji motorycznych oraz współdziałania między tymi funkcjami, czyli integracji percepcyjno-motorycznej. Są to funkcje odpowiedzialne za czytanie i pisanie. Celem metody jest jednocześnie usprawnianie czynności analizatorów, a także kształcenie lateralizacji i orientacji w schemacie ciała i przestrzeni. Metoda Dobrego Startu służy także wzbogaceniu słownika, rozwijaniu funkcji językowych i mowy, kształceniu zdolności rozumienia i posługiwania się symbolami abstrakcyjnymi.

źródło: opracowanie własne na podstawie: Bogdanowicz 2008; Kaczmarek 2008; Kisiel 2008; Odowska-Szlachcic 2008; Regner 2008

Można sięgać także po inne metody, takie jak: hipoterapia, muzykoterapia, metoda Knilla, terapia Feuersteina, pamiętając o tym, że należy je dobierać starannie. Ponadto wiedząc, iż istnieje współzależność rozwoju ruchowego i mowy, powinno się rozpocząć wczesną stymulację ruchową. Dzieci z zespołem Downa są wielkimi indywidualistami pod względem tempa rozwoju. Dlatego w planowaniu

pracy z nimi najlepsze wydaje się podejście zakładające pracę na różnych poziomach, lecz z uwzględnieniem możliwości dziecka na każdym obszarze rozwoju – tak, żeby uzyskane sprawności można było wykorzystać w dalszych działaniach.

Należy również pamiętać, jak ważną rolę we wczesnej profilaktyce i prawidłowym przebiegu terapii pełnią czynności, które przygotowują narządy artykulatoryjne dziecka do rozwoju mowy. Są to:

- karmienie piersią,
- stosowanie masażu intraoralnych przed karmieniem,
- masaż zewnętrzny stymulujący pracę mięśni mimicznych i mięśni skroniowo-żuchwowych,
- prawidłowe karmienie butelką i łyżeczką,
- kontrola prawidłowego połykania i oddychania z wykorzystaniem technik manualnych,
- zastosowanie płytki przedsionkowej, wkładek podniebiennych, ortopedycznych aparatów szczękowych (Regner 2008).

W stymulowaniu rozwoju mowy bardzo istotne jest, aby zauważać jakiekolwiek wysiłki dziecka, które próbuje mówić. Należy zatem zgadywać, co ono chce wyrazić. Może próbować komunikować się poprzez wskazywanie palcem i w tej sytuacji dorosły musi mu pomóc, stosując zarówno gesty, jak i komunikaty werbalne. Kiedy dorosły będzie próbował odpowiadać na to, co dziecko do niego „mówi”, będzie miało ono większą motywację do tego, aby próbować posługiwać się mową. U części dzieci z problemami rozwoju mowy przydatne mogą okazać się nagrania, np. z odgłosami zwierząt lub utwory mówione (Skórczyńska 2008).

W regulacji działań podejmowanych wobec dziecka z zespołem Downa bardzo ważne jest, aby wykorzystać jego przedwerbalne zdolności komunikacji. Należy zachęcać je do kontaktu wzrokowego, uśmiechów, śpiewania, gaworzenia – rozwija to mimikę i mięśnie twarzy (Kaczan 2008).

W związku z dominującą rolą w czynnościach intelektualnych myślenia spostrzeżeniowo-ruchowego i konkretno-obrazowego, podczas zajęć należy odwoływać się do konkretności i stwarzać okazję do wielozmysłowych doznań związanych z tymi przedmiotami. Trzeba spowodować, aby dziecko miało okazję dotknąć kota, zobaczyć jeża, wachać owoce itp.

Wczesna interwencja językowa i wspomaganie rozwoju mowy odbywa się poprzez stwarzanie dziecku warunków do:

- zabaw głosem i dźwiękami,
- nadawania sensu komunikatom bezsłownym,
- kojarzenia słów z przedmiotami i czynnościami,
- uczenia rozumienia pojęć słownych,
- motywowania i zachęcania do słownego sposobu porozumiewania się.

Jak wynika z badań przeprowadzonych przez Piszczka (2008), w populacji dzieci z zespołem Downa opóźniony jest przede wszystkim rozwój gotowości do przyswajania języka. Dlatego oprócz typowych ćwiczeń logopedycznych konieczne jest opracowanie programu zajęć wstępnych i ta część powinna obejmować informacje teoretyczne oraz ćwiczenia praktyczne. Najważniejsze z nich to:

- odwzorowanie naturalnego rytmu zachowań dziecka i próby jego zmiany, poprzez stopniowe podłączanie go do rytmu własnych ruchów i oddechu,
- umiejętność modyfikowania stopnia pobudzenia dziecka, tj. doprowadzenie go do optymalnego dla niego poziomu pobudzenia (dostarczanie odpowiedniej stymulacji, stosowanie masażu, ćwiczeń relaksacyjnych),
- umiejętne wykorzystanie relacji pomiędzy zmianą kierunku uwagi dziecka a jego wokalizacją poprzez obserwowanie, w jakim kierunku zwraca wzrok i zapamiętywanie używanych przez nie dźwięków,
- umiejętność poszukiwania luk w strumieniu aktywności dziecka i wykorzystanie ich do wprowadzenia własnej aktywności,
- stosowanie gestów wokalnych, żywej mowy ilustrującej działania dziecka i naśladownictwa maksymalnego.

Kolejny etap polega na przekazaniu rodzicom podstawowych informacji na temat:

- zasad kształtowania wspólnego pola uwagi (przejście od koncentracji na ciele dziecka i dorosłego do skoncentrowania się na przedmiocie),
- ćwiczeń mobilizujących uwagę wzrokową,
- stylu uczenia się i komunikowania się dziecka,
- roli naśladownictwa w pierwszych dialogach z dzieckiem,
- roli intencji komunikacyjnej osoby dorosłej w kształtowaniu rozwoju poznawczego (komentowanie przez niego zdarzeń dotyczących przeszłości, teraźniejszości i przyszłości),
- możliwości uczenia dziecka takich operacji, które są konieczne dla jego późniejszego rozwoju (dodawanie, zwrotność, negacja, afirmacja, itp.),
- roli gestów osoby dorosłej w komunikacji z dzieckiem,
- znaczenia gestów symbolicznych w rozwoju języka.

Przykładowe rodzaje ćwiczeń logopedycznych:

1) Etap przygotowania do mówienia:

- masaż,
- nauka oddychania przez nos (ćwiczenia z użyciem smoczka lub plastikowej płytki przedsionkowej z uchwytem),
- nauka połykania (unoszenie języka, połykanie śliny, picie i połykanie płynów):
 - unoszenie języka (zabawy przy lustrze, zwracanie uwagi na zmiany układu warg i języka, uczulanie końca języka i okolicy przyzębnej),

- ćwiczenia połykania śliny (uniesienie języka do górnych dziąseł, oparcie o podniebienie i przełknięcie śliny),
- picie i polykanie płynów (wykorzystanie nabytych wcześniej umiejętności, tj. unoszenie języka i połykanie śliny, przy jednoczesnym zaktywizowaniu mięśni podżuchwowych oraz krtani),
- ćwiczenia oddechowe (mające na celu pogłębienie oddechu, rozruszanie przepony, wydłużenie fazy wydechowej),
- ćwiczenia narządów artykulacyjnych (wypracowanie zręcznych i celowych ruchów języka, warg i podniebienia),
- ćwiczenia rytmizujące,
- ćwiczenia słuchowe (pozwalające zapoznać się z istniejącymi dźwiękami i utrwalające je),
- ćwiczenia słuchu fonemowego (wyodrębnianie z potoku mowy wyrazów, w wyrazach – sylab, w sylabach – głosek, a także znajomość kolejnych głosek w wyrazach).

2) Ćwiczenia właściwe z zakresu korekcji wad wymowy:

- wywoływanie głoski w izolacji,
- utrwalanie korygowanej głoski na materiale językowym w logotomach, wyrazach, zdaniach,
- ćwiczenia utrwalające poprawną wymowę głoski w wierszach, piosenkach, wyliczankach,
- automatyzacja poprawnej wymowy w mowie spontanicznej – opowiadanie ilustracji, historyjek obrazkowych, rozmowy kierowane.

Podobnie jak rodzice, tak i logopeda winien zmierzać do bezwarunkowej akceptacji dziecka. Im więcej okaże empatii, autentyczności, tym lepsze będą wyniki jego pracy. Należy również wspomnieć – w odniesieniu do dzieci z zespołem Downa – że najczęściej to dziecko samo „wybiera” sobie terapeutę, a dokładniej wybiera osobę, z którą chce się kontaktować, gdyż w takiej relacji najważniejszy jest kontakt emocjonalny.

Podejście do dziecka z zespołem Downa to podejście holistyczne, obejmujące nie tylko terapię zdiagnozowanych zaburzeń, ale również oferujące rodzicom dziecka pozaszpitalną opiekę, tj. kompleksową pomoc psychologiczno – pedagogiczną.

Niech końcową refleksję wyrażą słowa: *Wychowując dziecko z zespołem Downa, wcale nie trzeba ćwiczyć z nim godzinami – jak z dzieckiem z porażeniem mózgowym. Wystarczy umiejętnie reżyserować jego zabawę, rozsądnie dawkować naukę i zachęcać do samodzielności. Żeby rozwinąć jego inteligencję, trzeba zainteresować dziecko światem-przyrodą, kulturą lub po prostu własnym domem i rodziną. Każde dziecko z Downem, kochane i podziwiane, może stać się twórczą, aktywną, fascynującą osobą* (Sobolewska 2002: 193).

Bibliografia

- Bogdanowicz M. (2008): *Metoda Dobrego Startu we wspomaganiu rozwoju dzieci z zespołem Downa*, [w:] B. Kaczmarek (red.): *Wspomaganie rozwoju dziecka z zespołem Downa – teoria i praktyka*, Wydawnictwo IMPULS, Kraków.
- Cunningham C. (1994): *Dzieci z zespołem Downa. Poradnik dla rodziców*, WSiP, Warszawa.
- Cieszyńska J. (2000): *Diagnozowanie i opis zachowań językowych dziecka z wadą słuchu*, [w:] S. Grabias (red.): *Zaburzenia mowy. Mowa, teoria, praktyka*, Wydawnictwo Uniwersytetu M. Curie – Skłodowskiej, Lublin.
- Doroszewska J. (1981): *Pedagogika specjalna*, tom II, Wydawnictwo Ossolineum, Wrocław.
- Grzybek H. (1993): *Analiza terminów stosowanych w orzeczeniach psychologicznych*, [w:] J. Wyczasany (red.): *Uczeń o obniżonym poziomie umysłowym w szkole podstawowej*, WOM, Częstochowa.
- Jastrzębowska G. (1999): *Metodyka ogólna diagnozy i terapii logopedycznej*, [w:] T. Gałkowski, G. Jastrzębowska, *Logopedia. Pytania i odpowiedzi*, Opole.
- Kaczan T. (2008): *Wczesna rehabilitacja mowy i jej znaczenie u dzieci z zespołem Downa* [w:] B. Cytowska, B. Wilczura (red.): *Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju mowy małego dziecka*, Wydawnictwo IMPULS, Kraków.
- Kaczmarek B. (red.) (2008): *Wspomaganie rozwoju dziecka z zespołem Downa – teoria i praktyka*, Wydawnictwo IMPULS, Kraków.
- Kisiel B. (2008): *O Ruchu Rozwijającym Weroniki Sherborne*, [w:] B. Kaczmarek (red.): *Wspomaganie rozwoju dziecka z zespołem Downa – teoria i praktyka*, Wydawnictwo IMPULS, Kraków.
- Kostrzewski J. (1981): *Podstawowe wiadomości o upośledzeniu umysłowym*, [w:] K. Kirejczyk (red.): *Upośledzenie umysłowe – pedagogika*, PWN, Warszawa.
- Kościelska M. (2000): *Oblicza upośledzenia*, PWN, Warszawa.
- Małecka Z. (2008): *Rodzice o dzieciach*, [w:] B. Kaczmarek (red.): *Wspomaganie rozwoju dzieci z zespołem Downa – teoria i praktyka*, Wydawnictwo IMPULS, Kraków.
- Midro A. (2003): *Genetyczne podstawy zespołu Downa*, Chrześcijańskie Pismo Osób Niepełnosprawnych, ich Rodzin i Przyjaciół „Światło i Cienie” 4/42.
- Midro A. (2008): *Zespół Downa. Przyczyny powstawania, diagnoza i elementy poradnictwa genetycznego* [w:] B. Kaczmarek: *Wspomaganie rozwoju dzieci z zespołem Downa – teoria i praktyka*, Wydawnictwo IMPULS, Kraków.
- Minczakiewicz E. M. (2001): *Jak pomóc w rozwoju dziecka z zespołem Downa*, Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków.
- Obuchowska J. (1995): *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, WSiP, Warszawa.
- Odowska-Szlachcic B. (2008): *Metoda Integracji Sensorycznej w diagnozie i stymulacji rozwoju psychoruchowego dziecka z zespołem Downa. Wspomaga-*

- nie rozwoju mowy w oparciu metodę SI, [w:] B. Kaczmarek (red.): *Wspomaganie rozwoju mowy dziecka z zespołem Downa – teoria i praktyka*, Wydawnictwo IMPULS, Kraków.
- Pietrzyk J. J. (2008): *Rola pediatry pierwszego kontaktu w opiece nad dzieckiem przewlekłe chore – zespół Downa*, [w:] B. Kaczmarek (red.): *Wspomaganie rozwoju dzieci z zespołem Downa – teoria i praktyka*, Wydawnictwo IMPULS, Kraków.
- Piszczyk M. (2008): *Rozwój języka i mowy u dzieci z zespołem Downa*, [w:] B. Kaczmarek (red.): *Wspomaganie rozwoju dzieci z zespołem Downa – teoria i praktyka*, Wydawnictwo IMPULS, Kraków.
- Putyra M. (2009): *Terapia dziecka z syndromem Downa*, „Forum Logopedyczne” nr 17.
- Regner A. (2008): *Wczesne usprawnianie rozwoju mowy dzieci z zespołem Downa z zastosowaniem ustno-twarzowej terapii regulacyjnej (uttr)*, [w:] B. Kaczmarek (red.): *Wspomaganie rozwoju dzieci z zespołem Downa-teoria praktyka*, Wydawnictwo IMPULS, Kraków.
- Roberts J. (1993): *Niektóre zidentyfikowane funkcje poszczególnych grup chromosomów człowieka w kontroli rozwoju osobniczego*, [w:] N. Wolański (red.): *Rozwój biologiczny człowieka*, PWN, Warszawa.
- Sadowska L. (2008): *Wrocławski Model Usprawniania (WMU) we wczesnej diagnostyce i terapii dzieci z zespołem Downa*, [w:] B. Kaczmarek (red.): *Wspomaganie rozwoju dzieci z zespołem Downa – teoria i praktyka*, Wydawnictwo IMPULS, Kraków.
- Sadowska L., Mysłek – Prucnal M., Gruna – Ożarowska A. (2008): *Medyczne podstawy zaburzeń struktury i funkcji u dzieci z zespołem Downa*, [w:] B. Kaczmarek (red.): *Wspomaganie rozwoju dzieci z zespołem Downa – teoria i praktyka*, Wydawnictwo IMPULS, Kraków.
- Skórczyńska M. (2008): *Wspomaganie rozwoju dziecka z zespołem Downa w wieku przedszkolnym*, [w:] B. Cytowska, B. Wilczur (red.): *Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju małego dziecka*, Wydawnictwo IMPULS, Kraków.
- Stecko E. (1994): *Zaburzenia mowy u dzieci: wczesne rozpoznawanie i postępowanie logopedyczne*, Wydawnictwo UW, Warszawa.
- Stratford B. (1993): *Zespół Downa. Przeszłość, teraźniejszość, przyszłość*, PZWL, Warszawa.
- Sobolewska J. (2002): *Cela. Odpowiedź na zespół Downa*, Wydawnictwo WAB, Warszawa.
- Zasępa E. (2008): *Psychospołeczne funkcjonowanie osób z zespołem Downa*, Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej oraz Wydawnictwo IMPULS, Warszawa, Kraków.

Joanna Belter-Czerniak
Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy
Będzin

AUTYZM DZIECIĘCY W DIAGNOZIE I TERAPII NEUROLOGOPEDYCZNEJ

Pojęcie autyzmu dziecięcego

Termin *autyzm* pochodzi od greckiego słowa *autos* oznaczającego *sam*. Do psychiatrii został wprowadzony przez Bleuera w 1911 roku. Oznaczał zamknięcie we własnym świecie, rozluźnienie dyscypliny myślenia logicznego i uważany był za jeden z objawów schizofrenii (Bobkowicz-Lewartowska 2005: 11).

Wyodrębnienia autyzmu jako osobnej jednostki nozologicznej dokonał w 1943 r. Kanner – pediatra austriackiego pochodzenia. Prowadząc obserwację, wyodrębnił grupę jednaściorga dzieci autystycznych jako osobną kategorię diagnostyczną. Zachowywały się one w trudny do sklasyfikowania, odmienny i „fascynujący” równocześnie sposób. Opisane przez Kannera cechy charakterystyczne autyzmu obejmowały: autystyczną samotność, stereotypowe zachowania (ruchowe i wokalne), obsesyjny lęk, dążenie do niezmienności, brak mowy lub mowa niesłużąca do komunikacji, występowanie tzw. wysepek umiejętności, dysharmonie rozwoju poznawczego (Bobkowicz-Lewartowska 2005).

Początkowo autyzm dziecięcy włączony został do grupy psychoz dziecięcych. W latach 80. Wing i Gould wprowadziły do terminologii pojęcie *kontinuum autystyczne* – na określenie zaburzeń o różnej intensywności, odnoszących się do trzech sfer funkcjonowania dziecka (za: Jagielska 2009a: 11):

1. udział w naprzemiennych interakcjach społecznych;
2. zachowania komunikacyjne – komunikowanie się;
3. wyobrażenia.

Na jednym krańcu tego kontinuum znajdują się dzieci z bardzo poważnymi zaburzeniami funkcjonowania (dzieci niemówiące, izolujące się, z licznymi zachowaniami stereotypowymi, upośledzone umysłowo), a na drugim – dzieci prawidłowo rozwinięte intelektualnie, które charakteryzują się bardziej dyskretnymi zaburzeniami sfery funkcjonowania społecznego, specyficznymi, ograniczonymi zainteresowaniami oraz niemal prawidłową mową, służącą komunikowaniu się z innymi osobami (Jagielska 2009a: 11). Triada zaburzeń opisanych przez Wing i Gould znalazła swoje odzwierciedlenie w aktualnie obowiązujących na świecie klasyfikacjach DSM-IV – Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego oraz ICD-10 –

Międzynarodowa Statystyka Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych, Rewizja dziesiąta wydana przez WHO – Światową Organizację Zdrowia (za: Jagielska 2009a).

Autyzm dziecięcy należy do grupy całościowych zaburzeń rozwojowych. Najczęściej ujawnia się przed końcem 36. miesiąca życia dziecka (Pisula 2005). Oznacza to, że zaburzenie dotyka całościowo rozwoju psychoruchowego dziecka, a jego objawy z wiekiem ulegają zmianie. *Autyzm to zaburzenie, które trwa u większości dotkniętych nim osób przez całe życie* (Pisula 2008: 13).

Według kryteriów diagnostycznych ICD-10 autyzm dziecięcy określany jest jako: nieprawidłowości lub upośledzenie rozwoju widoczne wyraźnie przed 3. rokiem życia w co najmniej jednym z trzech obszarów:

1. interakcje społeczne – wzajemne kontakty społeczne;
2. porozumiewanie się – rozumienie i ekspresja języka w kontekście społecznym;
3. funkcjonowanie lub symboliczna zabawa.

W sumie musi wystąpić co najmniej sześć objawów wymienionych w punktach (1) (2) (3), przy czym dwa z nich powinny odnosić się do punktu (1) i po jednym z punktów (2) i (3) omówionych poniżej (www.synapsis.waw.pl):

1. Jakościowe nieprawidłowości wzajemnych interakcji społecznych przejawiane co najmniej w dwóch z następujących obszarów:
 - a. niedostateczne wykorzystanie kontaktu wzrokowego, wyrazu twarzy, postaw ciała i gestów do odpowiedniego regulowania interakcji społecznych,
 - b. niedostateczny (odpowiednio do wieku umysłowego i mimo licznych okazji) rozwój związków rówieśniczych obejmujących wzajemnie podzielane zainteresowania, czynności i emocje,
 - c. brak odwzajemniania społeczno – emocjonalnego, przejawiający się upośledzeniem lub odmiennością reagowania na emocje innych osób, albo brak modulacji zachowania odpowiedniej do społecznego kontekstu, albo słaba integracja zachowań społecznych, emocjonalnych i komunikacyjnych,
 - d. brak spontanicznej potrzeby dzielenia z innymi osobami radości, zainteresowań lub osiągnięć (np. brak pokazywania, przynoszenia lub podkreślania wobec innych osób przedmiotów swego indywidualnego zainteresowania).
2. Jakościowe nieprawidłowości w porozumiewaniu się przejawiane w co najmniej w jednym z następujących obszarów:

- a. opóźnienie lub zupełny brak rozwoju mówionego języka, które nie wiążą się z próbą kompensowania za pomocą gestów lub mimiki jako alternatywnego sposobu porozumiewania się (często poprzedzane przez brak komunikatywnego gaworzenia);
 - b. względny niedostatek inicjatywy i wytrwałości w podejmowaniu wymiany konwersacyjnej (na jakimkolwiek występującym poziomie umiejętności językowych), w której zachodzą zwrotne reakcje na komunikaty innej osoby,
 - c. stereotypowe i powtarzające się, idiosynkratyczne wykorzystanie słów i wyrażen,
 - d. brak spontanicznej różnorodności zabawy w udawanie („na niby”) lub zabawy naśladowującej role społeczne.
3. Ograniczone, powtarzające się i stereotypowe wzorce zachowania, zainteresowań i aktywności widoczne w co najmniej jednym z następujących obszarów:
- a. przejawianie jednego lub licznych stereotypowych zainteresowań o nieprawidłowej treści i zogniskowaniu, albo jednego lub więcej zainteresowań nieprawidłowych z powodu swej intensywności i ograniczenia, choć nie z powodu treści i zogniskowania,
 - b. wyrażenie kompulsywne przywiązanie do specyficznych, нефunkcjonalnych czynności rutynowych i rytualizowanych,
 - c. stereotypowe i powtarzające się manieryzmy ruchowe, obejmujące stukanie lub kręcenie palcami, albo złożone ruchy całego ciała,
 - d. koncentracja na cząstkowych lub нефunkcjonalnych właściwościach przedmiotów, służących do zabawy (jak: ich zapach, odczucie powierzchni, hałasu lub wibracji).
 - e. obrazu klinicznego nie można wyjaśnić innymi odmianami całościowymi zaburzeń rozwojowych, specyficznymi rozwojowymi zaburzeniami rozumienia języka z wtórnymi trudnościami społeczno-emocjonalnymi, reaktywnymi zaburzeniami przywiązania ani zaburzeniem selektywności przywiązania, upośledzeniem umysłowym z pewnymi cechami zaburzeń emocji i zachowania, schizofrenią o niezwykle wczesnym początku, ani zespołem Retta.

J. Cieszyńska (2008: 100) odchodzi od klasycznego poszukiwania triady zaburzeń autystycznych *na rzecz oglądania zakłóceń rozwoju i orzekania o zagrożeniu wystąpienia zachowań ze spektrum autyzmu. Zagrożenie to można stwierdzić u dzieci od 4. miesiąca życia do 3. roku życia, u których zaobserwowano zaburzenia funkcji poznawczych, tzn. percepcji wzrokowej, słuchowej, czuciowej (smaku, węchu, dotyku, propriocepcji), naśladownictwa, rozwoju komunikacji (werbalnej i niewerbalnej), zabawy, pamięci oraz rozwoju motorycznego (dużej motoryki, sprawności manualnej i praktyki oralnej).*

Obecnie odnotowuje się wzrost występowania zaburzenia – jedno dziecko ze spektrum autyzmu na 150 urodzeń (Cieszyńska 2008: 100). Stosunek chłopców do dziewczynek wynosi średnio od 3:1 do 5-7:1 (Jagielska 2008b). Już badania epidemiologiczne przeprowadzone w latach 80. i 90. XX wieku wydawały się wskazywać na wielokrotny wzrost rozpowszechnienia całościowych zaburzeń rozwoju, co mogło mieć związek z problematyką diagnostyki zaburzeń autystycznych, większą świadomością społeczną, większą wiedzą o całościowych zaburzeniach rozwoju wśród lekarzy i psychologów, szerszymi kryteriami diagnostycznymi oraz możliwością rozpoznawania autyzmu również u osób z upośledzeniem umysłowym (Jagielska 2009b: 13).

Autyzm należy do zaburzeń o zróżnicowanej i niewyjaśnionej do końca etiologii. Mimo wieloletnich intensywnych badań, prowadzonych analiz porównawczych oraz wzrastającego grona badaczy zajmujących się patogenезą zaburzenia, nie udało się w sposób jednoznaczny wskazać czynników warunkujących autyzm dziecięcy. Odpowiedź na pytanie o etiologię autyzmu ma ogromne znaczenie z punktu widzenia profilaktyki i terapii tego zaburzenia. Obecnie najbardziej rozpowszechnione są poglądy sugerujące nakładanie się kilku czynników – predyspozycji genetycznych, urazów środowiskowych oraz czynników psychologicznych, których efektem jest dezorganizacja funkcji OUN, co w rezultacie prowadzi do autyzmu (Jagielska 2009). Przyczyny organiczne i społeczne są wzajemnie powiązane – biologiczne predyspozycje oraz zewnętrzne i wewnętrzne czynniki występują razem. Możemy wyróżnić kilka teorii dotyczących przyczyn autyzmu (Jaklewicz 1993; Bobkowicz-Lewartowska 2005; Pisula 2005; Danielewicz 2008; Winczura 2008; Jagielska 2009c i in.).

Koncepcje psychoanalityczne mają swoje źródło między innymi w koncepcjach Klein oraz Mahler. W teorii Klein autyzm wczesnodziecięcy rozumiany byłby jako przetrwała faza psychotycznego rozwoju, czyli pozostanie przez dziecko w pierwszym stadium funkcjonowania psychicznego (za: Jaklewicz 1993). Do utrwalenia psychotycznej psychiki noworodka prowadzić mogą zaburzone relacje z matką. Mahler dopatruje się przyczyn autyzmu w zaburzeniach procesu separacji – indywidualizacji. Autyzm jest tutaj swoistym obronnym typem funkcjonowania dziecka.

Jedną z najbardziej znanych teorii z nurtu psychoanalitycznego jest koncepcja Bettelheima, która u podstaw zjawisk psychotycznych widziała skrajnie ekstremalne warunki życia człowieka oraz zakłóconą więź z matką. Im dłużej dziecko narażone było na przebywanie w niekorzystnych dla niego i jego rozwoju warunkach, tym większe były reperkusje tej sytuacji w psychice. Powodowały one wycofywanie się dziecka w pusty świat – „pusta forteca”.

Współczesny nurt psychoanalityczny reprezentowany jest między innymi przez Tustin, która traktuje autyzm jako obronę własnej wrażliwości dziecka przed

rozdzieleniem z ciałem matki – patologią staje się wówczas, gdy pozostaje jedyną formą reagowania (Bobkowicz-Lewartowska 2005). Natomiast Resch traktuje autyzm jako somatyczny mechanizm obronny będący wynikiem zaburzeń w kształtowaniu biospołecznej i biopsychologicznej symbiozy z matką.

Analizując poglądy badaczy nurtu psychoanalitycznego pamiętać należy, że jednostronne rozpatrywanie przyczyn autyzmu spowodowało w przeszłości wiele nadinterpretacji, które doprowadziły do obwiniania rodziców za autyzm dziecka, a określenia typu *matki lodówki*, *matki zimne*, *niedostępne*, *oziębłe* można spotkać do dziś.

Koncepcje genetyczne (Bobkowicz – Lewartowska 2005; Pisula 2005; Jagielska 2009c) zakładają, że autyzm jest zaburzeniem genetycznym, a *jego odziedziczalność została określona na 90%, przy czym żaden z genów nie jest specyficznie związany z wystąpieniem objawów autystycznych* (Jagielska 2009c: 19). O roli czynników genetycznych świadczyć mogą badania nad bliźniętami monozygotycznymi (Rutter i Folstein stwierdzili występowanie autyzmu u wszystkich badanych par bliźniąt) i dzygotycznymi oraz wyższy wskaźnik występowania autystycznego rodzeństwa wśród dzieci z autyzmem (za: Pisula 1993).

Obecnie prowadzone są intensywne badania naukowe dotyczące czynników genetycznych w etiologii całościowych zaburzeń rozwojowych, wpływu poszczególnych genów na rozwój kory mózgowej, dróg nerwowych, połączeń synaptycznych, migracji neuronów oraz neuroprzekaźnictwa (Jagielska 2009c). Do genetycznie uwarunkowanych zaburzeń związanych z ryzykiem wystąpienia objawów autyzmu zalicza się: stwardnienie guzowate, zespół kruchego chromosomu X, zespół Angelmana, nerwiakowłókniakowatość (choroba Recklinghasena), zespół Willego – Pradera, dysmorfie mięśniową Duhennea, zespół Smitha-Lemliego-Opitza (SLOS) i in. (Jagielska 2009c) *Wydaje się, że znalezienie jednego genu powodującego autyzm będzie niezwykle trudne. Bardziej uzasadnione jest założenie, że różne przyczyny o charakterze genetycznym mogą zapoczątkować różne ścieżki zmian rozwojowych, które doprowadzają do analogicznych wyników behawioralnych (autystyczny fenotyp)* (Bobkowicz-Lewartowska 2005: 45).

W myśl tej teorii genetyczna jest skłonność układu nerwowego danej osoby do uszkodzenia prowadzącego w konsekwencji do autyzmu.

Koncepcje dopatrujące się przyczyn autyzmu w zakłóceniach procesów biochemicznych i neurochemicznych (Pisula 1993; Bobkowicz-Lewartowska 2005) opierają się na poglądach Ritvo, że przyczyny autyzmu związane są z nieprawidłowościami w poziomie i przemianie serotoniny. Neuropatologiczna dysfunkcja ma prowadzić do zaburzeń komunikacji i interakcji społecznych, które są konsekwencją zaburzeń systemu równowagi i mechanizmu westybularnego – serotonina występuje we krwi i wszystkich obszarach mózgu (Pisula 1993; Bobkowicz-Lewartowska 2005). Rimland sugerował natomiast, że przyczyn autyzmu można

dopatrywać się w alergenach występujących w określonych środkach spożywczych, które wywołują reakcje alergiczne w układzie nerwowym dziecka prowadząc do zapalenia mózgu i jego dysfunkcji. Do substancji szczególnie alergizujących zaliczył pszenicę, mleko, cukier. Sygnalizował również niekorzystny wpływ na organizm dziecka sztucznych barwników, soli, substancji aromatycznych, konserwantów i polepszaczy smaku (Matyja 2008 – www.literka.pl).

Koncepcja, według której autyzm jest wynikiem uszkodzenia mózgu (Delacato 1995; Bobkowicz-Lewartowska 2005; Pisula 2005; Winczura 2008; Jagielska 2009c) opiera się m.in. na poglądach Delacato, Rimlanda, Gilberga.

Delacato doszedł do wniosku, że u podłoża autyzmu leżą uszkodzenia mózgu na najniższym poziomie – odpowiedzialne za integrację sensoryczną. Stwierdził on, że dziwne, niepojęte i niezwykle zachowania dzieci autystycznych są wynikiem odmienności percepcji świata poprzez zmysły. Kanały sensoryczne mogą być zbyt otwarte, zbyt zamknięte lub powodować zakłócenia w odbiorze bodźców zmysłowych zwane „białym szumem”. Zachowanie autystyczne nie jest więc izolacją, ale próbą dopasowania się do świata zewnętrznego, próbą naprawienia wadliwie działających kanałów sensorycznych (Delacato 1995).

Rimland, podobnie jak Delacato, poszukiwał przyczyn autyzmu w organicznych uszkodzeniach mózgu (tworu siateczkowatego) – uniemożliwiających selekcję impulsów i łączenia wrażeń sensorycznych, motorycznych i wegetatywnych.

Inni badacze zwracają również uwagę na korelację między autyzmem a epilepsją, która występuje u około 20 – 30% całej populacji dzieci autystycznych, znacznie częściej u dzieci z głębokim autyzmem (Jagielska 2009c).

Uszkodzenia mózgu leżące u podłoża autyzmu są niejednorodne i mogą obejmować różne jego obszary. Do najczęściej wymienianych należą uszkodzenia:

- pnia mózgu (odpowiadającego za czynności życiowe),
- mózdzku (odpowiadającego za stereotypie i autostymulację),
- jądra górnego oliwki – związanego z zaburzeniami mowy,
- płata czołowego i skroniowego,
- płata ciemieniowego,
- ciała modelowego,
- hipokampu.

Najnowsze metody diagnostyczne potwierdziły anomalie w budowie i funkcjonowaniu mózgu osób z autyzmem – nie są one jednak charakterystyczne wyłącznie dla autyzmu i nie występują u wszystkich osób dotkniętych tym zaburzeniem.

Koncepcja wiążąca powstanie autyzmu z zatruciem metalami ciężkimi (Matyja 2008; Jagielska 2009c) sugeruje, że autyzm jest efektem zatrucia rtęcią, konserwantami szczepionek, antybiotykami, zatrucia środowiska oraz nieprawidłowości w mechanizmach sterujących gospodarką miedzi i cynku – związaną z układem

odpornościowym, rozwojem neuronów mózgowych, odtruwaniem organizmu z metali ciężkich, dojrzewaniem systemu żołądkowo-jelitowego, zwalczaniem drożdży (Matyja 2008). Dysfunkcja organizmu związana z nieprawidłowościami w gospodarce cynku i miedzi (u której podłoża leży genetyczna predyspozycja – zależna od hormonu męskiego) prowadzi do zmian neurologicznych wyłaniających się w postaci autyzmu.

Kolejna koncepcja przypisuje odpowiedzialność za autyzm *kandydozie*, wywołanej przez *candidę albicans* (Matyja 2008), będącą jednokomórkowym grzybem należącym do rodziny drożdży, które mogą spowodować wiele problemów zdrowotnych. Za sprawą uwalnianych przez nie w organizmie toksyn może dojść do zakłóceń w pracy CUN i układu odpornościowego. Drożdżak ten lokuje się w różnych częściach ciała, w tym również w układzie pokarmowym – w jelitach. Do jego nadmiernego wzrostu może dojść w wyniku przedłużającej się antybiotykoterapii, która niszczy mikroby odpowiedzialne za regulację ilości drożdży w układzie pokarmowym. Problemy zdrowotne związane z nadmiernym wzrostem drożdżaka to: bóle głowy, bóle żołądka, zaparcia, zmęczenie, stany depresyjne, nadaktywność, dezorientacja, zaburzenia koncentracji uwagi, nerwowość, agresja.

Koncepcja wiążąca autyzm z innymi chorobami (Jagielska 2009c) stwierdza, że pewne jednostki chorobowe mogą stanowić mechanizm spustowy wyzwalający autyzm. W grupie zaburzeń somatycznych przyczyniających się do autyzmu znalazły się m.in.: infekcje wirusowe przebyte w okresie życia płodowego (toksoplazmoza, cytomegalia, celiakia, ospa wietrzna, różyczka, zespół Gilles de la Tourette), stan po zapaleniu mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych, stan po przebyciu krwawienia do OUN, lipidozy mózgu, choroby metaboliczne, np. fenyloketonuria (Jagielska 2009c).

Ostatnia koncepcja upatruje przyczyn autyzmu w *przebiegu ciąży i porodu*. Do czynników uszkodzających układ nerwowy w okresie płodowym i okołoporodowym – mogących mieć duże znaczenie w etiologii autyzmu należą m.in.: szkodliwe działanie kwasu walproinowego, misoprostalu, talidomidu, infekcje wewnątrzłonowe, dystrofia wewnątrzłonowa, zagrożenie poronieniem, krwawienie w pierwszym trymestrze ciąży, zatrucie ciążowe z nadciśnieniem, niedotlenienie płodu, przedwczesny poród, zamartwica, wady wrodzone. Nie bez znaczenia – na co wskazują wyniki badań – wydaje się także wiek rodziców. Reichenberg i jego współpracownicy wykazali, że u matek powyżej 35. roku życia ryzyko urodzenia dziecka autystycznego było 3 – 4 razy wyższe w porównaniu z kobietami młodszymi (Jagielska 2009).

Pomimo tak wielu koncepcji nadal nie odnaleziono jednej, głównej przyczyny autyzmu. Bez względu na etiologię zaburzenia pamiętajmy, że wiele jest ścieżek prowadzących do tego samego symptomu, podobnie jak jeden czynnik rozpoczynający proces patogenezy może prowadzić do różnych następstw (Pisula 2005;

Frith 2008; Jagielska 2009c). Dlatego można uznać, że u źródeł autyzmu leżą różne przyczyny i każdy przypadek należy rozpatrywać indywidualnie.

Charakterystyka funkcjonowania dziecka z autyzmem dziecięcym

Mimo że w ostatnich latach obniża się wiek, w którym rozpoznaje się autyzm dziecięcy, w literaturze nadal podkreśla się fakt, że ostateczna diagnoza stawiana jest najwcześniej w 3 lub 4 roku życia (Jagielska 2009c: 36), a nawet w 6. roku życia (Pisula 2005: 22). Z punktu widzenia efektywności działań terapeutycznych zasadne byłoby zidentyfikowanie niepokojących objawów sugerujących występowanie autyzmu jak najwcześniej (Pisula 2008; Jagielska 2009c). Wśród dzieci autystycznych istnieje duże zróżnicowanie w charakterystyce i natężeniu symptomów – obraz autyzmu nie jest jednorodny, co implikuje indywidualne podejście do każdej osoby dotkniętej autyzmem. Dzieci autystyczne różnią się pod względem poziomu funkcjonowania, a skala zaburzeń autystycznych sięga od tzw. rozległych zaburzeń rozwoju aż do głębokiego autyzmu.

Nadal obiektem dyskusji, wnikliwej obserwacji, a także fascynacji są zachowania dzieci autystycznych, pełne nie do końca zrozumiałych skrajności. Zachowania te stanowią wyzwanie dla rodziców, terapeutów oraz samych osób autystycznych, które czasami przekazują nam opisy swoich doświadczeń (Bobkiewicz-Lewartowska 2005: 9).

Wczesny rozwój dzieci z autyzmem przebiega w różnorodny sposób. Jaklewicz proponuje wyodrębnienie dwóch typów dzieci: tych, u których zaburzenie to rozwija się wcześniej (tj. przed 12 miesiącem życia) oraz tych, u których rozwija się ono później. U wielu dzieci autyzm ujawnia się w okresie między 18. a 24. miesiącem życia (Pisula 2005: 21). Najczęściej po okresie prawidłowego rozwoju następuje regres, który najszybciej dostrzegalny jest w mowie, zdolności do komunikowania się oraz w zachowaniach o charakterze społecznym.

W związku z powyższym każda osoba z autyzmem przejawia charakterystyczne dla zaburzenia osiowe objawy (diagnozowane wg ICD 10 lub DSM IV) – do których należą: zaburzenia naprzemiennych interakcji społecznych, zaburzenia werbalnego i niewerbalnego komunikowania się oraz obecność sztywnych i powtarzających się wzorców zachowania widocznych np. w zabawie, zainteresowaniach – w inny, indywidualny i specyficzny dla siebie sposób. *Nie ma dwojga takich samych dzieci dotkniętych autyzmem (Gałkowski 1999: 557).* Triadzie podstawowych zaburzeń autystycznych towarzyszy wiele innych – wpływających na obraz kliniczny autyzmu, np. objawy o charakterze sensomotorycznym typu problemy z rytmem snu i czuwania, zaburzona reakcja na bodźce sensoryczne, objawy nadpobudliwości psychoruchowej lub przesadnej bierności. Należy pamiętać, że wraz z wiekiem zmienia się obraz autyzmu i charakteryzujących go objawów – pewne

cechy stają się pierwszoplanowe, inne wycofują się, jeszcze inne zanikają całkowicie (Bobkiewicz-Lewartowska 2005; Pisula 2005; Winczura 2008; Jagielska 2009d). Analizując osiowe objawy autyzmu należy pamiętać, że to wiek dziecka sugeruje nam możliwe sposoby ich ujawniania się.

Wywiady z rodzicami dzieci autystycznych dotyczące rozwoju dziecka w okresie niemowlęcym oraz liczne opinie badaczy zajmujących się problematyką autyzmu wskazują na pojawienie się niepokojących objawów już w pierwszym roku życia dziecka. Objawy te często są bagatelizowane przez rodziców dziecka i przypisywane jego indywidualności (dziecko długo oczekiwane, pierwsze dziecko w rodzinie). Rodzice, opiekunowie, dziadkowie dostosowują się do potrzeb dziecka, akceptują jego skłonności do niezmiennych rytuałów i rutynowości podczas zabiegów pielęgnacyjnych, zabaw, spacerów, a powszechna opinia, że ono samo z tego wyrośnie (przeczekajmy) – uspokaja i tłumi niepokój. Charakterystyczne objawy pojawiające się do 12. miesiąca życia (Jaklewicz 1993; Olechowski 2004; Bobkiewicz-Lewartowska 2005; Pisula 2005; Jagielska 2009d):

- niechęć do kontaktów fizycznych lub obojętność (dziecko sztywnieje bądź wiotczeje trzymane na rękach);
- nieodwzajemnianie uśmiechu;
- bierność w kontakcie z rodzicami – nie wyciąga rączek do mamy, taty (brak reakcji na nieobecność matki, nie pojawia się lęk separacyjny, brak reakcji przywierania i dostosowania pozycji ciała, preferują wielogodzinne, samotne leżenie w łóżeczku);
- słaby lub nieobecny kontakt wzrokowy – może pojawić się unikanie kontaktu wzrokowego, patrzenie kątem oka;
- nieprawidłowy wzorec zabawy – pojawiają się oznaki schematyczności w zabawie – brak zainteresowania zabawkami, trudno wciągnąć je w zabawy typowe dla wieku rozwojowego;
- brak wokalizacji, a krzyk nie wiąże się z wyrażaniem potrzeb (głuzenie lub gaworzenie, jeśli się pojawiło, może stopniowo zanikać, być znacznie opóźnione, a gaworzeniu towarzyszy monotonia oraz brak modulacji głosu o charakterze konwersacyjnym);
- brak widocznej reakcji na głos rodziców – na wołanie po imieniu,
- brak podejmowania prób naśladownictwa (w sferze gestów, mimiki, dźwięków) oraz zabaw z nim związanych;
- nie występuje wskazywanie protodeklaratywne;
- występuje silne przywiązanie do przedmiotów (koncentracja na mało istotnych szczegółach i cechach);
- pojawia się silny lęk przed zmianą rutyny (spacery tą samą drogą, odpowiednia kolejność podczas czynności pielęgnacyjnych i opiekuńczych);

- rozwój ruchowy najczęściej nieharmonijny;
- występują zaburzenia rytmu snu i czuwania;
- może pojawić się nadpobudliwość lub nadmierna bierność;
- dostrzega się stereotypie ruchowe i autostymulacje.

Rodzice określają swoje autystyczne dzieci jako „samowystarczalne”, „żyjące jakby w muszli”, „najszcześniejsze, kiedy są pozostawione same sobie”, „zachowujące się jakby nie było wokół innych ludzi”, „sprawiające wrażenie milczącej mądrości” (Jagielska 2009d: 38).

Niepokojące objawy ujawniające się między 12. a 36. miesiącem życia (Jankiewicz 1993; Olechnowicz 2004; Bobkowicz-Lewartowska 2005; Pisula 2005; Frith 2008; Jagielska 2009d):

- umiejętności osiągnięte wcześniej mogą ulec regresowi;
- w rozwoju mowy – brak lub opóźniony rozwój nie jest kompensowany za pomocą innych sposobów komunikacji (np. gestów), brak wypowiadania pierwszych słów ze zrozumieniem po 12. miesiącu życia, pierwszych zdań prostych po 2. roku życia, brak mowy, która służy do porozumiewania się z innymi – wydawane dźwięki nie służą do komunikacji – mogą pełnić rolę autostymulacji, może pojawić się mowa echolaliczna, u dzieci mówiących nietypowy ton głosu lub rytm wypowiedzi;
- u niektórych dzieci, u których mowa rozwinęła się wcześniej, mamy do czynienia z regresem (najczęściej między 15. a 19. do 24 miesiącem życia), który może nastąpić stopniowo lub nagle, nawet do całkowitego mutyzmu;
- twarz dziecka zwykle pozbawiona jest emocji – występuje nieadekwatność mimiki;
- brak zabaw w udawanie, naśladowanie, angażujących wyobraźnię, zabaw „na niby” – zabawy są ubogie, stereotypowe, pojawia się ideosynkretyczne użycie zabawek;
- następuje wycofanie z kontaktów społecznych;
- nadal utrzymują się lub pojawiają problemy ze snem;
- zakłócony jest odbiór i przetwarzanie bodźców sensorycznych;
- pojawiają się zachowania stereotypowe (wirowanie, machanie rękami) oraz zachowania stymulujące;
- dzieci wykazują małe zainteresowanie otaczającym światem i rówieśnikami – preferują osamotnienie;
- występuje opóźnienie w treningu samoobsługi (np. odmawianie jedzenia, ubierania się);
- mogą ujawnić się nietypowe napady wściekłości;
- mogą ujawnić się również specyficzne zdolności poznawcze.

Stosunkowo czułymi narzędziami diagnostycznymi do identyfikacji dzieci z grupy ryzyka autyzmu są: Kwestionariusz CHAT Barona-Cohana, Diagnostyczna Lista Kontrolna E-2 Rimlinda (oparte na identyfikowaniu pojedynczych cech zachowania dziecka) oraz Skala Oceny Autyzmu Dziecięcego CARS Schoplera (dokonywana na podstawie bezpośredniej obserwacji) (Bobkowicz-Lewartowska 2005).

Wiek przedszkolny jest okresem, w którym objawy autyzmu stają się znacznie bardziej dostrzegalne niż wcześniej. Wiąże się to z naturalnym procesem rozwoju, w toku którego dziecko z wiekiem rozszerza kontakty społeczne, rówieśnicze, dostosowuje swoje zachowanie do reguł współżycia w grupie społecznej.

Między 3. a 5, 6. rokiem życia dziecka z autyzmem następuje izolacja społeczna, brak zainteresowania rówieśnikami, znacznie obniża się poziom komunikacji (mowy werbalnej, gestów, mimiki, wskazywania), a odmiennosc dziecka staje się przyczyną stresu rodzicielskiego (Jagielska 2009d: 43). Na szczególną uwagę w tym zakresie zasługują (Jakowicz 1993; Olechnowicz 2004; Bobkowicz-Lewartowska 2005; Pisula 2005; Frith 2008; Jagielska 2009d):

- skłonność dziecka do niezmienności otoczenia – rutynowe wykonywanie czynności, stałość rytuałów (np. ciągle ta sama droga do szkoły, wycieranie tym samym ręcznikiem, spanie w tej samej piżamie);
- duże trudności z generalizacją nabytych umiejętności i zachowań (tzw. dzieci stolikowe);
- osamotnienie dziecka, izolowanie od rówieśników (inne dzieci mogą stanowić środek do osiągnięcia celu – niepotrzebne w zabawie);
- stereotypowy wzorec zabawy – brak zabawy funkcjonalnej opartej na wyobraźni, naśladowaniu i pozorowaniu;
- brak wzajemności, duże trudności z naprzemiennym udziałem w interakcjach oraz podążaniem za rozwojem sytuacji – biegiem wydarzeń;
- często pojawiająca się nadmierna aktywność ruchowa (brak poczucia zagrożenia – niezwracanie uwagi na bezpieczeństwo), zaburzona koordynacja ruchowa – niezgrabność;
- utrzymujące się stereotypowe oraz sztywne wzorce zachowań stają się często pierwszoplanowe *Dzieci z wyższym ilorazem rozwoju częściej przejawiają sztywne zachowania złożone, natomiast dzieci z niskim ilorazem częściej angażują się w autostymulację sensoryczną, również w formie zachowań samo uszkadzających się* (Jagielska 2009d: 43).

- nieadekwatność reakcji emocjonalnych (nagłe wybuchy złości, autoagresja, brak empatii);
- zaburzony proces odbierania bodźców sensorycznych.

W okresie przedszkolnym i wczesnoszkolnym mogą pojawić się widoczne oznaki przywiązania do rodziców i bliskich. *Niektóre dzieci w tym wieku mogą podejmować próby nawiązania kontaktów z rówieśnikami, lecz robią to w specyficzny, niewłaściwy sposób, np. domagają się, żeby inne dzieci odpowiadały na ich pytania w ściśle określony, stereotypowy sposób, mogą być nadmiernie natrętne, mogą dotykać innych, nie dostrzegać zniecierpliwienia ze strony otoczenia* (Jagielska 2009d: 45).

Postępy w rozwoju uzależnione są od kompetencji językowych, ilorazu inteligencji, współwystępowania dodatkowych zaburzeń oraz intensywności oddziaływań terapeutycznych z uwzględnieniem aktywnego udziału rodziców (jednolitości oddziaływań). Pamiętając o tym, że *autyzm wpływa na rozwój a rozwój na autyzm* (Firth 2008: 22), trzeba mieć świadomość, że z upływem czasu sposób komunikowania się z otoczeniem oraz uczestniczenia dzieci autystycznych w kontaktach i interakcjach społecznych ulega zmianie (objawy będą się nasilać bądź słabnąć).

Dzieci z autyzmem stanowią bardzo zróżnicowaną pod względem etiologicznym i rozwojowym grupę. W literaturze przedmiotu podjęto próbę stworzenia typologii osób z autyzmem. Wing i Gould dzielą populację osób autystycznych na trzy grupy:

1. dzieci zdystansowane od innych – grupa najliczniejsza – aktywnie unikające kontaktów społecznych, wycofane, silnie zaburzone pod względem komunikacji werbalnej i pozawerbalnej, sporadycznie nawiązujące kontakt wzrokowy i aktywnie unikające kontaktu wzrokowego, w zachowaniu występują stereotypie ruchowe, obojętność wobec większości sytuacji, deficyt poznawczy sięgający od umiarkowanego do znacznego;
2. dzieci biernie w sytuacjach społecznych – nie inicjują kontaktu, ale również aktywnie nie protestują – akceptują bierny kontakt społeczny, cechuje je brak spontaniczności, zróżnicowana sfera komunikacji pod względem jakościowym i ilościowym, deficyty poznawcze – zróżnicowane;
3. dzieci aktywnie i spontanicznie próbujące nawiązać kontakt, ale czyniące to w sposób specyficzny i mało skuteczny – częściej wchodzi w interakcje z osobami dorosłymi niż dziećmi, zdolności komunikacyjne najlepiej rozwinięte (może wystąpić echolalia bezpośrednia i odroczone), sztywność zainteresowań, mała percepcja potrzeb i uczuć nadawcy – rutynowy przebieg interakcji, zaburzona koncentracja uwagi, koordynacja wzrokowo – ruchowa i motoryka (Bobkiewicz-Lewartowska 2005; Jagielska 2009d).

Zaburzenia funkcjonowania dzieci z autyzmem obejmują zatem zaburzenia w socjalizacji, w rozwoju emocjonalnym, poznawczym, w rozwoju myślenia i mowy, a także w zakresie rozwoju umysłowego.

Dzieci z objawami autyzmu w normie intelektualnej stanowią niewielki procent całej populacji osób autystycznych (choć według najnowszych badań niezdolność do uczenia się nie jest związana z autyzmem tak mocno jak sądzono do niedawna; jak podaje Frith: jedynie 35% siedmioletnich dzieci badanych w Anglii miało IQ powyżej 70), pozostałe dzieci charakteryzuje autyzm z objawami upośledzenia umysłowego lub upośledzenie umysłowe z cechami autystycznymi (Tarkowski 2007).

Niezwykle trudny dla rodziców i osób z autyzmem jest okres dojrzewania. Nastoletni autystycy najczęściej uświadamiają sobie swoją odmienność, wyłączenie, odrzucenie. Nawet tzw. osoby dobrze funkcjonujące przejawiają w tym okresie:

- brak spontaniczności w reagowaniu i percepcji uczuć oraz zainteresowań innych;
- silny egocentryzm – powierzchowność relacji społecznych, które dotyczą najczęściej wspólnych zainteresowań;
- niedostosowanie do zasad współżycia w grupie społecznej – rówieśniczej (brak poczucia humoru, odmienność języka, ubioru, zainteresowań);
- brak dbałości o higienę osobistą i wygląd;
- schematyzm form spędzania czasu wolnego;
- stereotypie ruchowe (szczególnie w sytuacjach silnie stresujących);
- czynności natrętne i obsesyjne (Pisula 2005; Jagielska 2009d).

U około 10 – 20% dzieci w okresie dojrzewania funkcjonowanie ulega pogorszeniu. Po okresie pogorszenia następuje poprawa, jednak umiejętności społeczne i zdolności do komunikowania się zwykle nie wracają do poziomu sprzed regresu (Jagielska 2009: 47).

Niezwykle ważne – z punktu widzenia terapii, funkcjonowania oraz komunikacji dziecka z autyzmem – są zaburzenia:

- sensoryczne – osobliwości spostrzegania,
- zdolności do mentalizacji (teoria umysłu),
- centralnej koherencji,
- somatyczne i neurologiczne,
- funkcji wykonawczych.

Osobliwości spostrzegania i odmienność odbioru doznań zmysłowych przez dzieci z autyzmem stanowią temat wielu rozpraw badawczych. Opisy tych dziwacznych i niezrozumiałych zachowań można znaleźć praktycznie w każdej pozycji książkowej dotyczącej autyzmu. Oto jeden z nich, który potwierdza zasadność zwrócenia szczególnej uwagi na zaburzenia pracy kanałów sensorycznych u dzieci

z autyzmem: *Obserwowanie dziecka, które raz po raz gryzie własną rękę, kręci popielniczką zupełnie jak w hipnotycznym transie, godzinami tępo gapi się na jakiś pyłek, ryczy jak ranne zwierzę kiedy się zbliżasz, bije się po twarzy lub rozmazuje na ciele swój kał – a na dodatek patrzy na ciebie, jakbyś był przezroczysty – to jest przerażające. Takie jest właśnie dziecko autystyczne. (...) Sprawia wrażenie, jakby jedyną przyjemność i nagrodę dawało mu ciągle powtarzanie groteskowego, często autodestrukcyjnego zachowania. (...) Jest dziwne i niepojęte* (Delacato 1995: 18).

Zmysły to narządy służące do odbierania i przetwarzania (bodźców) informacji płynących z otoczenia i z wnętrza organizmu; pomagają dziecku utworzyć gęstą sieć powiązań ze światem zewnętrznym i lepiej poznać rzeczywistość. Bodźce zmysłowe (światłne, dźwiękowe, węchowe, smakowe, dotykowe, kinestetyczne, bólowe) w zależności od rodzaju trafiają do określonego analizatora, skąd przekazywane są do mózgu. Tam następuje ich przetwarzanie i zapamiętywanie – by *odpamiętać* je w odpowiednim momencie – kiedy organizm dziecka ich potrzebuje. Brak stymulacji sensorycznej oraz przedłużający się niedobór doznań zmysłowych może prowadzić do izolacji, poczucia dezorientacji i zagrożenia oraz zachowań autostymulujących (obrona, dostymulowanie, kompensacja, próba naprawienia uszkodzonych kanałów sensorycznych).

Prawidłowe funkcjonowanie poszczególnych zmysłów wpływa na ogólny rozwój dziecka, zapewniając odpowiedni dopływ informacji oraz gromadzenie doświadczeń. *Zmysły są podstawą każdego działania, rehabilitacji, nauki, zainteresowań, zabaw* (Jurczyszyn 2005).

Delacato podzielił zaburzenia funkcjonowania kanałów sensorycznych u dzieci z autyzmem na trzy kategorie:

- nadwrażliwość – do mózgu przekazywanych jest zbyt dużo informacji sensorycznych;
- zbyt niska wrażliwość – podwrażliwość – do mózgu dociera za mało danych sensorycznych;
- biały szum – odpowiednie części mózgu, odpowiedzialne za odbiór i integrację bodźców sensorycznych, wadliwie funkcjonują, wytwarzając zakłócenia lub szum w systemie (Delacato 2005).

Zachowania te, zwane *sensoryzmami*, wywołują autostymulację i zachowania stereotypowe, dostarczając dziecku bodźców rekompensujących – naprawczych. Stereotypie oparte są na powtarzaniu pewnych czynności, pozbawionych współdziałania i innowacji, np: trzepotanie palcami, obracanie się w kółko, kręcenie przedmiotami, zabawa fragmentami zabawek, zafascynowanie przedmiotami wydającymi dźwięki i świecącymi; ciągle zadawanie pytań bez chęci uzyskania odpowiedzi.

Analizując zachowanie dziecka (również w kontekście komunikacyjnym) i planując działania terapeutyczne, musimy wziąć pod uwagę całą złożoność cech charakterystycznych, w tym zaburzeń funkcjonowania kanałów sensorycznych, ze szczególnym uwzględnieniem indywidualności dziecka. Wkomponowanie w terapię logopedyczną działań skoncentrowanych na „naprawie” kanałów sensorycznych wydaje się niezbędne, biorąc pod uwagę stopień zakłóceń obserwowanych w funkcjonowaniu dzieci z autyzmem. *Stereotypie, autostymulacja i agresja (...) bardzo często są przejawem zaburzeń percepcji bodźców.* (Baraniewicz, Batko i Ochwał 2000: 34). Właściwa interpretacja „inności” odbioru bodźców zmysłowych pozwoli na taką organizację sesji terapeutycznych, która zmniejszy do minimum ilość zachowań niepożądanych i zakłócających.

Wobec powyższego pomaganie dziecku opiera się na:

- poszanowaniu i akceptacji odmienności percepcji dziecka;
- dostarczaniu odpowiednich doświadczeń i bodźców – terapia normalizuje funkcjonowanie kanałów sensorycznych (przygotowuje do nabywania nowych umiejętności);
- organizacji środowiska – otoczenie fizyczne, organizacja dnia codziennego, relacje społeczne.

Obraz świata budowany przez dziecko autystyczne na podstawie wrażeń zmysłowych jest nieuporządkowany. Pomoc w rozumieniu i opanowaniu tego, co się dzieje wokół niego, może być dwójaka: z jednej strony utrzymanie stabilnego środowiska, które dziecko zna, a z drugiej – pomoc w rozwijaniu zdolności do przetwarzania i organizowania doznań (...), by nowe sytuacje nie powodowały zachowań społecznie nieakceptowanych i nie wywoływały dodatkowych stresów (Wolski 1997: 261).

Charakterystyka zaburzeń komunikacyjnych u dzieci autystycznych

Zaburzenia w sferze komunikacji stanowią jeden z diagnostycznych objawów autyzmu. Według DSM – IV jakościowe zaburzenia komunikacji ujawniają się u dziecka w przynajmniej jeden z wymienionych sposobów:

- a. *opóźnienie lub całkowity brak rozwoju mowy (którym nie towarzyszą próby skompensowania braków mowy za pośrednictwem alternatywnych sposobów (kanałów) komunikowania się, jak np. mimika lub gesty)*
- b. *u osób posługujących się mową – wyraźne zaburzenie zdolności do inicjowania i podtrzymywania rozmowy;*
- c. *używanie języka w sposób stereotypowy (schematyczny), z powtórzeniami lub idiosynkratyczny;*

- d. *brak zróżnicowanego, spontanicznego udawania w trakcie zabawy, lub społecznych zabaw naśladowczych, adekwatnych do poziomu rozwoju* (www.synapsis.waw.pl).

Wśród badaczy wyróżnia się dwa podejścia do zaburzeń komunikacyjnych występujących w autyzmie (Winczura 2008: 32):

- A. *zakłócenia mowy są pierwotne, a wszelkie rozwijające się objawy kliniczne są ich pochodnymi. (...) Przedstawiciele tego stanowiska zakładają, że zaburzenia mowy u dzieci autystycznych związane są z nieprawidłową integracją mechanizmów zawiadujących funkcją mowy. Prawdopodobnie u dzieci tych proces kodowania doświadczeń językowych jest znacznie opóźniony lub nie zachodzi w ogóle* (Pawłowska 1997).
- B. *zaburzenia rozwoju społecznego odgrywają nadrzędną rolę i rzutują na cały rozwój dziecka. (...) Autorzy ci są zdania, że obserwowany u dzieci autystycznych brak potrzeby porozumiewania się z innymi w znacznym stopniu wywiera wpływ na nieprawidłowy rozwój zdolności komunikacyjnych. Za najbardziej charakterystyczne cechy autyzmu uznają zaburzenia w społecznym używaniu języka mówionego i gestów, podkreślając jednocześnie, że zakłócenia te są konsekwencją braku świadomości perspektywy słuchacza komunikatu oraz zaburzeń zdolności adaptacji i zmiany przebiegu dialogu stosownie do otrzymywanych informacji zwrotnych.*

Zakres zdolności komunikacyjnych wśród osób z autyzmem jest bardzo zróżnicowany. Występujące deficyty dotyczą przede wszystkim porozumiewania się werbalnego i pozawerbalnego (Winczura 2008). Znaczna część populacji dzieci autystycznych nie komunikuje się werbalnie lub nie komunikuje się w jasny i zrozumiały dla otoczenia sposób – adekwatny z punktu widzenia konwencji społecznej (Bobkiewicz-Lewartowska 2005). Podstawowe trudności językowe u dzieci z autyzmem można rozpatrywać w dwóch aspektach (Winczura 2008):

- ilościowym – opisując stopień odchylenia od przyjętej normy;
- jakościowym – podkreślając różnice w stosunku do wzorca użycia języka.

Tabela 1. Podstawowe deficyty językowe w komunikowaniu się dzieci autystycznych

<i>Deficyty ilościowe</i>	<i>Deficyty jakościowe</i>	<i>Deficyty w pragmatycznym użyciu języka</i>
• brak mowy - z brakiem gestykulacji - z elementarną gestykulacją • opóźnienie w mowie - krótkie (miesięczne) - długotrwałe (wieloletnie) • ograniczona mowa - tylko łańcuch: bodziec – reakcja - bardziej zaawansowane, lecz ograniczone posługiwanie się mową	• echolalia - natychmiastowa - opóźniona • odwracanie zaimków • neologizmy • metaforyczne użycie języka • nieodpowiednie uwagi • język stereotypowy • defekty w artykulowaniu	• niezdolność do naprzemiennego wystawiania się • brak komunikowania się z dorosłymi • brak komunikowania się z rówieśnikami • niezdolność do symbolicznego użycia przedmiotów • słabe używanie prozodii dla wyrażenia zamiaru • słabe wykorzystanie bodźców wzrokowo – twarzowych dla metakomunikacji

źródło: Konstantareas, Blackstock i Webster 1992: 73; za Bobkowicz-Lewartowska 2005: 58

Z obserwacji osób z autyzmem wynika, że stopień rozwoju języka oraz opanowania kompetencji komunikacyjnych uzależniony jest od nasilenia cech autystycznych, poziomu rozwoju intelektualnego, wieku życia oraz jakości, intensywności i czasu, w jakim podjęto interwencję terapeutyczną (Minczakiewicz 1994; Gałkowski 1999; Kruk-Lasocka 1999; Winczura 2008).

Analizując zaburzenia komunikacyjne w autyzmie musimy odwołać się do momentu ujawnienia się u dziecka cech autystycznych. U dzieci z wczesnym rozwojem autyzmu, u których nie zaobserwowano początków nabywania języka, problemy z komunikacją mogą pojawić już w okresie niemowlęcym (Bobkowicz-Lewartowska 2005; Pisula 2005; Winczura 2008). U dzieci tych nie obserwuje się zainteresowania dźwiękami oraz słowem mówionym – sprawiają wrażenie, jakby miały kłopoty ze słuchem, nie podejmują prób komunikacji, nie używają głosu w celu zwrócenia na siebie uwagi, przywołania osoby. Płacz niemowlaka z autyzmem jest mało ekspresyjny, monotony, słabo wyrażone są (lub nie występują w ogóle): wokalizacja odruchowa, gaworzenie (Bobkowicz-Lewartowska 2005; Winczura 2008). Wg Pisuli (1993) i Błęszyńskiego (1994) część tych dzieci nie będzie posługiwało się mową, a u połowy nie rozwinie się mowa znaczeniowa. Wraz z rozwojem może pojawić się echolalia bezpośrednia – dotyczy przeważnie pierwszej lub ostatniej sylaby, proste formy przekazu, pojedyncze słowa, które najczęściej jednak nie służą porozumiewaniu się. Mowa bierna jest lepiej rozwinięta niż mowa czynna (Bobkowicz-Lewartowska 2005).

U dzieci z późnym rozwojem autyzmu pojawiają się fizjologiczne fazy rozwoju mowy. Pierwsze objawy cech autystycznych połączone są najczęściej z regresem lub zahamowaniem mowy. Mowa może zaniknąć nagle lub stopniowo – w zależności od stopnia opanowania mowy przed regresem dzieci przestają formułować proste zdania, używać pojedynczych słów – mowa przestaje służyć komunikacji interpersonalnej. U dzieci tych możemy mieć także do czynienia z opóźnionym rozwojem mowy, zaburzeniami komunikacji od urodzenia, a także z niewykształceniem mowy (Jaklewicz 1993; Gałkowski 1999; Bobkowicz-Lewartowska 2005; Winczura 2008).

Wśród *charakterystycznych cech mowy dzieci z autyzmem* należy wymienić (Jaklewicz 1993; Minczakiewicz 1994; Błęszyński 1998; Olechnowicz 2004; Bobkowicz-Lewartowska 2005; Pisula 2005; Frith 2008; Winczura 2008; Jagielska 2009d):

- brak mowy werbalnej, opóźniony, zahamowany bądź zniekształcony od urodzenia proces rozwoju językowego;
- zaburzoną komunikację niewerbalną i trudności ze zrozumieniem komunikatów niewerbalnych – brak mowy lub opóźnienie nie są kompensowane za pomocą alternatywnych – niewerbalnych sposobów komunikacji; jeśli używają gestów, to z dominacją gestów prostych, instrumentalnych, służących raczej zakończeniu interakcji niż jej podtrzymaniu, mają duże trudności z utrzymaniem kontaktu wzrokowego, występuje zaburzona ekspresja mimiczna, a informacje wyrażone mimiką, spojrzeniem, tonem głosu, postawą ciała, intonacją, stanowiące kontekst wypowiedzi, są dla dzieci autystycznych niezrozumiałe. Trudności te mogą mieć źródło w nieumiejętności wyodrębniania informacji stanowiących wskazówkę, problemach z interpretacją niewerbalnych informacji, braku wiedzy na temat właściwych zachowań stosownych do otrzymanej informacji i sytuacji;
- upośledzenie rozumienia komunikatów niewerbalnych w zaburzeniach rozwoju umiejętności społecznych – braku świadomości obecności słuchacza, słabej zdolności adaptacji i zmiany przebiegu dialogu stosownie do otrzymywanych informacji zwrotnych (Minczakiewicz 1994);
- trudności z rozumieniem mowy – od całkowitego braku rozumienia do subtelnych pomyłek (Pisula 1993). Może wystąpić sytuacja paradoksalna – lepsze jest rozumienie trudnych, rzadko spotykanych słów niż prostych komunikatów. Rozumienie jest opóźnione. Występują trudności z rozumieniem znaczeń abstrakcyjnych, dyskretnych, niemających materialnych, dostępnych zmysłom odpowiedników, symbolicznych, metaforycznych, ironii, żartów, idiomów, znaczeń związanych z kontekstem sytuacyjnym, z intonacją głosu;
- u dzieci z rozwiniętą mową werbalną – występowanie trudności z wykorzystaniem posiadanych umiejętności, zakłócenia prozodyczne, mowa jest monotonna,

przerywana, skandowana, brakuje jej płynności, nierówne tempo mowy, czasami zbyt uroczyście, bezosobowa; występują przedłużenia sylab, przesadne artykulowanie głosek, niestabilizowana modulacja głosu; słownictwo najczęściej ubogie, zaburzona struktura gramatyczna wypowiedzi, brak części mowy określających cechy przedmiotów, stosunki czasowe, przestrzenne, spójniki i przyimki są niewłaściwie użyte lub opuszczane, często skomplikowana składnia;

- trudności z naprzemiennością wypowiedzi – wypowiedzi mają charakter spostrzeżeń, komunikatów telegraficznych, bezpośrednich pytań, osoby prowadzą monologi na interesujące je tematy – pojawiają się duże trudności ze zmianą wątku rozmowy, często brak własnej inicjatywy z brakiem odpowiedzi na inicjatywę innych, brak wzajemności, problem z podtrzymaniem rozmowy, rozumieniem kontekstu sytuacyjnego komunikatów; pojawia się kompulsywne zadawanie pytań – wielokrotne, natrętne, mimo udzielonej odpowiedzi – interpretowane jako reakcja obronna wobec niezrozumiałego otoczenia;
- mowę często idiosynkratyczną, zrozumiałą tylko dla najbliższego otoczenia (tworzą własne określenia);
- występowanie wypowiedzi echolalicznych – tylko w przypadku autyzmu dzieci limy echolalię na kategorie ze względu na czas oraz warunki, w jakich występuje (Bobkiewicz-Lewartowska 2005: 61):
 - *echolalia bezpośrednia* – powtórzenie dźwięków, wyrazów, zdań bezpośrednio po ich usłyszeniu z zachowaniem tej samej struktury gramatycznej;
 - *echolalia pośrednia* – odwleczone, odroczone – dziecko powtarza całą zasłyszaną treść (reklamy, wiersza, wypowiedzi) po pewnym czasie (nawet po miesiącu, roku) – nie potrafi zastosować jednak ich we właściwym znaczeniu;
 - *echolalia łagodna lub funkcjonalna* – w mowie dziecka występuje dużo oddzielnych wyrazów związanych z poszczególnymi sytuacjami i zainteresowaniami dziecka.

Wypowiedzi echolaliczne u dzieci z autyzmem mogą pełnić wiele funkcji: sprzyjają treningowi zdolności komunikacyjnych, magazynowaniu i przechowywaniu w mózgu elementów słuchowych z możliwością reaktywowania ich w konkretnej sytuacji, w jakiej znalazło się dziecko, nabywaniu doświadczeń słuchowych poprzez produkowanie bodźców akustycznych. Niezależnie od funkcji echolalia występuje częściej u dzieci z trudnościami w rozumieniu kierowanych do nich wypowiedzi.

- tendencja do odwracania zaimków – przypuszcza się, że jest mechanizmem towarzyszącym echolalii i ma związek z tym, że zaimki nie mają konkretnego znaczenia – dziecko mówi o sobie „ty”, „on” lub po imieniu;
- występowanie stereotypii językowych – mowa używana jest do autostymulacji, występuje tendencja do wielokrotnego, natrętnego powtarzania pytań – nieadekwatnie do sytuacji, mimo udzielonej odpowiedzi.

Współcześnie uważa się, że nawet jeżeli dziecko z autyzmem poprawnie artykułuje słowa, konstruuje zdania, prawidłowo rozumie nasze pytania, zwroty, ma duży zasób słownictwa, to i tak w żaden sposób nie jest w stanie odczytywać komunikatów niewerbalnych, ma duże trudności z wykorzystaniem treści rozmowy stosownie do sytuacji, z prowadzeniem dialogu, wymianą informacji. Podłoża takiej sytuacji upatruje się w zaburzeniach w społecznym używaniu języka mówionego i pozawerbalnego, w niemożności odczytywania stanu umysłu innych osób oraz w zaburzeniach centralnej koherencji (Winczura 2008).

Obrazy dzieci z autyzmem – analiza przypadków

Adam, 10 lat

Diagnoza: Autyzm wczesnodziecięcy, upośledzenie umysłowe znacznego stopnia

Zachowania istotne dla komunikacji: Adam nie mówi – wydaje nieartykułowane dźwięki (w sytuacjach emocjonalnego pobudzenia), sporadycznie pojawiają się dźwięki na poziomie artykulacyjnym. Zaburzony jest odbiór komunikacji niewerbalnej – nie reaguje na gesty pozbawione instrukcji słownej (także mimikę twarzy i język ciała) Chłopiec nawiązuje kontakt wzrokowy – przygląda się twarzom znanych mu osób dorosłych (preferuje osoby z ciemnym kolorem włosów, brwi, rzęs – mama i nauczycielka chłopca są brunetkami). Wyróżnia rodziców spośród innych osób. Reaguje na proste, skierowane do niego polecenia – poprzedzone imieniem („Adam chodź”, „Adam siedź”, „Adam wstań”). Do kontaktu używa pozawerbalnych sygnałów – bierze za rękę nauczyciela, wstaje – zdejmuję spodnie („chcę do toalety”), podchodzi do osoby, wymienia symbol graficzny – obrazek – chrupki ryżowe. Życzenia, zadowolenie lub protesty przekazuje za pośrednictwem zachowań niewerbalnych – śmieje się głośno, płacze (nie szukając pocieszenia, rzadko przytula się), kiedy czegoś oczekuje, bierze rękę terapeuty i prowadzi go do pożądanego przedmiotu lub miejsca. Ponadto chłopiec kojarzy przedmioty związane z konkretną aktywnością i reaguje na nie adekwatnie (pojemnik z materiałami do stymulacji czuciowej, miska z ryżem, grochem, kaszą manną, pudło z materiałami o różnej fakturze – chłopiec siada na materacu i wyciąga rękę w kierunku nauczyciela; pojemnik z przedmiotami do pracy przy stoliku – Adam podchodzi do ławki i czeka; niebieski koc – chłopiec zdejmuję buty – czas na zajęcia relaksacyjne). Jeśli przedmioty nie są przeznaczone dla niego, oczekuje komunikatu, patrząc na dorosłego. Nauka komunikacji z wykorzystaniem symboli graficznych – Makatonu odbywa się metodą PECS. Chłopiec obecnie wymienia dwa obrazki – chrupki i samochód.

W nowych, nieznanach sytuacjach zadaniowych Adam reaguje płaczem – laniem, jest niespokojny, obserwuje się niepokój ruchowy. Obecnie chłopiec sam szuka kontaktu z nauczycielem (podczas poleceń skierowanych do innego dziecka – np.: chodź – Adam wstaje, kiedy wchodzi do sali – podchodzi do wychowawcy i patrzy na niego). Chłopiec obserwuje zachowania dzieci w klasie, ale nie dąży do kontaktu z nimi; czasem zabiera dzieciom zabawki – wprawia je w ruch lub rzuca nimi. Słabo reaguje na ciche – oddalone bodźce słuchowe, lubi głośne bębny (djembe) – poza dźwiękiem odczuwane są wibracje, lubi grzechotki, tamburyna, kołatki. Dobrze reaguje na opukiwanie okolic uszu – sam inicjuje tę czynność biorąc rękę nauczyciela. Z pasją rzuca przedmiotami, których upadek powoduje hałas.

Wykazuje cechy niedowrażliwości dotykowej (do niedawna gryzł wierzchnią stronę dłoni). Lubi masaż materiałów o różnej fakturze i temperaturze. Preferuje materiały dające silne doznania zmysłowe – szorstki papier, rękawice do masażu, szczotki – unika delikatnych materiałów. Od niedawna pozwala na masaż twarzy. Obserwuje się „żucie” języka (ze skupieniem na twarzy). Chłopiec zmienia także preferencje pokarmowe (je przez dłuższy okres czasu jeden rodzaj pokarmu – następnie wybiera coś innego). Często posiłek rozpoczynając od powąchania pokarmu i próbowania końcem języka (co wskazuje na nadwrażliwość smakową).

Słaba jest zdolność posługiwania się narzędziami. Niska kontrola i koordynacja ruchów rąk. Osobliwości spostrzegania wzrokowego – chłopiec wpatruje się w wewnętrzną stronę dłoni, wcześniej poruszając nią przed oczami. Obserwuje przedmioty poruszające się, wprowadzone w ruch obrotowy – koła od samochodów, grzechotki z drobnymi elementami w środku, błyszczący wiatraczek; obserwuje tor lotu rzucanych przedmiotów – patrzy jakby „kątem oka”. Od niedawna obserwuje nauczyciela podczas zajęć.

Tomek, lat 11

Diagnoza: Autyzm dziecięcy, upośledzenie umysłowe umiarkowanego stopnia.

Zachowania istotne dla komunikacji: mowa jest znacznie opóźniona. Chłopiec ujawnia wiele form komunikacji niewerbalnej (gesty naturalne, wskazanie przedmiotu, fotogramu, symbolu graficznego). Tomek komunikuje się za pomocą gestów, kilku słów (mama, baba) i wyrazów dźwiękonaśladowczych. Porozumiewanie się jest wspomagane poprzez wprowadzenie do komunikacji fotogramów i symboli graficznych Makatonu. Ze względu na niski stopień precyzji ruchów rąk – gesty Makatonu nie mogą być zastosowane – symbole manualne są mało czytelne. Obecnie chłopiec powtarza samogłoski (po wcześniejszym ułożeniu przez nauczyciela narządów artykulacyjnych, pojawiają się próby samodzielnego – spontanicznego wypowiadania samogłosek: a,y,u), sylaby (ba, bo, bu, be, ma, mo, mu, me, mi), wyrazy dźwiękonaśladowcze (www – jazda samochodem, au, au – szczekanie psa, fu, fu – jedzie pociąg, miau – miauczenie kota), wypowiadania słów – mama, baba, pi (pić), am (jeść). Na pytanie „tak czy nie?” – kiwa głową (wyrażając aprobatę lub sprzeciw). Chłopiec nawiązuje krótkotrwały kontakt wzrokowy. Obserwuje zachowanie dzieci w grupie oraz osób dorosłych – obserwuje nauczyciela podczas zajęć. Kiedy czegoś oczekuje, podchodzi do nauczyciela i odwraca jego głowę w swoją stronę („Popatrz na mnie”, „Słuchaj”). Używa gestu wskazywania, łączy znaki graficzne Makatonu ze słowami im odpo-

wiadającymi (pić, jeść). Buduje proste zdania łącząc gest, wyraz, wyrażenie dźwiękonaśladowcze, znak graficzny, fotogram, np.: *daj(gest) pi – daj pić, mama www – jedzie, idę ćwiczyć (fotogram)*. Dobrze posługuje się fotogramami – potrafi wskazać, co będziemy robić, co chce (zawsze towarzyszy temu reakcja artykulacyjna). Na płacz dziecka reaguje płaczem, pobudzeniem i niezadowolaniem. Rozumie proste i złożone polecenia dotyczące konkretnej sytuacji, respektuje zakazy, rozumie polecenia wyrażone gestem.

W indywidualnym kontakcie współdziała z osobą dorosłą – chętnie pracuje, sam proponuje formę aktywności, np. wskazuje na konkretne przedmioty lub obrazki (fotogramy i symbole Makatonu). Tomek posiada swoją tablicę komunikacyjną ze zdjęciem, której używa w szkole i w domu. Dmucha na płomień świecy i drobne przedmioty. Od niedawna obserwuje się silną motywację do mówienia – chłopiec bardzo chce mówić. Dodatkowo motywują go nagrody. U chłopca obserwuje się zaburzoną koordynację oddechu, fonacji i artykulacji. Ma duże problemy z naśladowaniem wzorca artykulacyjnego – słabo operuje artykulatorami. Źle reaguje na hałas wywołany płaczem lub krzykiem osoby, również wysokimi tonami w muzyce – zatyka uszy, płacze, podchodzi do dorosłego prosząc o pomoc (bierze ręce nauczyciela i przykłada je do uszu) – obserwowane są symptomy nadwrażliwości słuchowej. Interesuje się natomiast dźwiękami wydawanymi przez instrumenty muzyczne, słucha odgłosów otoczenia, odgłosów zwierząt i pojazdów, lubi tańczyć. Lubi masażę materiałami o różnej fakturze i temperaturze – szczególnie twarzy, preferuje bodźce delikatne, łagodne. Odbiór świata wydaje się chaotyczny – chłopiec potrafi równocześnie wskazać przedmioty w swoim otoczeniu i wykonać konkretne czynności, np. rozkłada talerzyki, wyciera stoliki (na miarę swoich możliwości); poprosi o pomoc, opisuje, co robił (gesty, fotogramy, konkretne przedmioty, symbole Makatonu). Obecnie wycofane zostały zachowania demonstrujące protest w postaci: krzyku, gryzienia dłoni, pisków, podskoków, tupania.

Sebastian, lat 7

Diagnoza: Autyzm wczesnodziecięcy i upośledzenie umysłowe umiarkowanego stopnia

Zachowania istotne dla komunikacji: rozwój mowy jest opóźniony. Sebastian komunikuje się za pomocą gestów, pojedynczych sylab, wyrazów dźwiękonaśladowczych oraz pojedynczych słów i dobrze utrwalonych zwrotów, rozumiejąc ich znaczenie. Od niedawna podejmuje próby łączenia słów w zdania proste. Spontanicznie nawiązuje kontakt wzrokowy. Używa gestu, wskazania, popartego sylabą nagłosową lub wygłosową wyrazu np.: *pi – pić, da – daj, kuje – dziękuje*. Na płacz dziecka reaguje pobudzeniem, niezadowolaniem, ostatecznie zaczyna płakać. Reaguje na proste i złożone polecenia, respektuje zakazy. Rozumie polecenia wyrażone gestem i mimiką twarzy. Lubi się przytulać, nie wykazuje oporu przed kontaktem fizycznym. Wyróżnia z otoczenia rodziców oraz osoby z rodziny. W kontakcie indywidualnym współdziała z osobą dorosłą. Od niedawna jest żywo zainteresowany rówieśnikami – obserwuje ich, podejmuje wspólną zabawę kierowaną przez nauczyciela. Obecnie jako element wspierający komunikację wprowadzono naukę czytania metodą symultaniczną – sekwencyjną. Wizualizacje głosek pomagają chłopcu w wypowiedzianiu odczytywanych wyrazów. Aktywność komunikacyjna od momentu rozpoczęcia nauki czytania znacznie wzrosła (rodzice mówią, że Sebastian do nich „miga”, wykorzystując gesty artykulacyjne – bardzo mu to pomaga). Spontanicznie odczytuje znane sylaby w nowych wyra-

zach. Odczytuje wyrazy ze znanych sylab. Język przyswaja drogą słuchową i wzrokową. Obserwuje się dość dobrą sprawność narządów artykulacyjnych. Na pytania odpowiada gestem, słowem, wskazaniem. Dezaprobatę, niechęć wyraża agresją: bije, pluje, krzyczy (obserwuje równocześnie reakcję osoby – w stosunku do nauczyciela reakcje takie zdarzają się sporadycznie) – ważne jest nazywanie emocji.

Marcin, lat 9

Diagnoza: Autyzm wczesnodziecięcy.

Zachowania istotne dla komunikacji: Marcin posługuje się mową werbalną. Mowa jest poprawna artykulacyjnie. Obserwuje się dobitną artykulację z przesadną artykulacją głoski „r”. Chłopiec wypowiada pojedyncze wyrazy, zdania, całe sformułowania, teksty zasłyszane w programach i reklamach telewizyjnych, czasem posługuje się dziwacznymi słowami. Mowa ma charakter echolalii bezpośredniej i odroczonej. Marcin powtarza zdania bezrefleksyjnie. Sprawność językowa opiera się na pamięci słuchowej. Chłopiec rzadko sam inicjuje rozmowę – sprawia wrażenia, że mówi „obok siebie” a nie „do kogoś”. Nie podtrzymuje rozmowy. Nawiązuje kontakt wzrokowy, odwzajemnia reakcje mimiczne – odpowiada uśmiechem na uśmiech. Pojawiają się częste mrugnięcia powiekami, którym towarzyszą dziwaczne miny. Reaguje na proste polecenia, respektuje zakazy. Prozodia jest nie-naturalna. Sposób mówienia (na wyższych tonach) jest niezależny od poruszanego tematu. Marcin odpowiada na pytania w sposób adekwatny, używając odpowiedzi tak/nie lub powtarzając ostatnią sekwencję. W kontakcie indywidualnym współdziała z osobą dorosłą. W chwilach pobudzenia dobrze reaguje na stanowczy, ale spokojny ton głosu i proste – jasne polecenia: „Marcin siedź” (połączone z kontaktem wzrokowym). Chłopiec lubi masaż logopedyczny, konkretny uścisk – opukiwanie głowy, dłoni, rąk. Lubi masáže materiałami o różnej fakturze. Preferuje materiały dające silne doznania zmysłowe. Obserwuje się silne drapanie – do krwi. Marcin interesuje się dźwiękami wydawanymi przez instrumenty muzyczne, lubi zabawy przy muzyce.

Na potrzeby opracowania imiona dzieci zostały zmienione.

Postępowanie logopedyczne z uwzględnieniem diagnozy i terapii dziecka z autyzmem

Przez wiele lat sądzono, że osoby z autyzmem w niewielkim stopniu korzystają z oddziaływań terapeutycznych i edukacyjnych (Pisula 2005: 25). Obecnie wiadomo, że tak nie jest, a wczesna diagnoza autyzmu stanowi podstawowy czynnik warunkujący podjęcie skutecznej i zarazem prawidłowo ukierunkowanej terapii (Błęszyński 2005).

Proces diagnozy dziecka z autyzmem jest niezwykle skomplikowany (Kruk-Lasocka 2003), a ograniczony kontakt z dzieckiem utrudnia czy wręcz uniemożliwia badającemu uzyskanie wielu informacji. Im dziecko młodsze, tym trudniej ocenić, czy zachowanie podczas badania jest oznaką istotnych zaburzeń, czy też wynika

ono z innych przyczyn (Pisula 2005: 23). Przeprowadzenie badań psychologicznych przy użyciu standardowych testów jest prawie niemożliwe.

Cały proces diagnostyczny powinien uwzględniać: kryteria diagnostyczne, szczegółowy wywiad, obserwacje w sytuacjach naturalnych i zadaniowych, analizę dostępnej dokumentacji, w tym również np. nagrań z uroczystości rodzinnych. Końcowy etap, którym jest postawienie diagnozy – rozpoznania, wymaga współpracy wielu specjalistów: lekarzy (neurolog, foniatra, gastrolog, psychiatra dziecięcy), psychologa, logopedy, terapeuty SI - integracji sensorycznej (nie jest to powszechne, jednak z punktu widzenia zaburzeń sensorycznych wydaje się zasadne). Rozpoznanie samej jednostki chorobowej dokonuje psychiatra po przeprowadzeniu wywiadu rozwojowego i diagnozy różnicowej (Bobkiewicz-Lewartowska 2005; Jagielska 2009e).

Zaburzenia komunikacji stanowią jeden z diagnostycznych objawów autyzmu. Diagnoza logopedyczna to integralna część interdyscyplinarnej diagnozy (funkcjonalnej i ekologicznej), która oprócz uwzględniania symptomów autyzmu powinna służyć określeniu funkcjonowania dziecka w kolejnych obszarach rozwoju (takich jak: poziom rozwoju psychoruchowego, zaburzenia integracji sensorycznej, dojrzałość społeczna). *Diagnoza umiejętności funkcjonalnych jest podstawą do zaplanowania edukacji każdego ucznia tak, aby przebiegała zgodnie z jego potrzebami i możliwościami* (Smyczek i Szwiec 2000: 17). Z punktu widzenia prowadzonej terapii to właśnie ona jest najbardziej przydatna – ocenia poziom i funkcjonowanie dziecka w różnych sferach rozwoju – określając przy tym stopień opanowania czynności i umiejętności, mocne i słabe strony dziecka oraz strefę najbliższego rozwoju.

Cieszyńska (2008: 101) natomiast proponuje diagnozę rozwojową (dokonywaną na podstawie tabel rozwojowych – od 4. do 30. miesiąca życia), która *umożliwia globalne ujęcie zależności między etapami rozwojowymi poszczególnych funkcji psychicznych*. Proces diagnostyczny powinien uwzględniać: *badanie lateralizacji funkcji, badanie umiejętności naśladowania, badanie kontaktów społecznych z osobami bliskimi i obcymi, badanie komunikacji niewerbalnej i językowej, badanie zachowań związanych z zabawą, badanie testami niewerbalnymi*. Diagnoza rozwojowa ma charakter pozytywny i opiera się na opisie tego, co dziecko już potrafi – nie jest listą zachowań zaburzonych.

Do najpopularniejszych testów niosących informacje dotyczące poziomu rozwoju psychoruchowego dziecka, jego zaburzeń sensorycznych, zachowań komunikacyjnych, socjalizacji i innych należą:

- Diagnostyczna Lista Kontrolna E-2 Rimlanda;
- Skala Oceny Autyzmu Dziecięcego CARS (E. Schoplera);
- Kwestionariusz Autyzmu w Okresie Poniemowlęcym CHAT (S. Baron-Cohen; J. Allen, Ch. Gilbert);
- Skale inteligencji;

- Testy niewerbalne (Test S.O.N. oraz Międzynarodowa Skala Wykonaniowa Leitera);
- Profil Psychoedukacyjny PEP – R, AAPEP (E. Schoplera);
- Skala Brunet – Lezine;
- Testy Integracji Sensorycznej (J. Ayres);
- Karta Oceny Postępu w Rozwoju Społecznym H. C. Gunzburga.

W zasadzie każdy z testów zawiera elementy, które można odnieść bezpośrednio lub pośrednio do sfery porozumiewania się. Informacje te uzupełnione o opis wykonawczych mechanizmów mowy, pozawerbalnych sposobów komunikowania się dziecka (jeśli takie ujawnia) oraz zaburzeń mowy charakterystycznych dla danego dziecka stanowią cenną bazę wstępną do diagnozy logopedycznej.

Dla celów diagnostycznych logopeda wykorzystać może również tę część diagnozy operacyjnej (pamiętając o całościowym podejściu do dziecka) metody Dyna – Lingua M.S., która odnosi się do aspektów języka, takich jak: stan oddechu i głosu, etap rozwoju mowy, sposób przyswajania języka, poziom rozumienia języka, stopień opanowania reguł gramatycznych, zakres słownictwa używanego przez dziecko, sprawność narządów artykulacyjnych, prozodia mowy, spontaniczna aktywność słowna, sposób przekazywania informacji, poziom opisu słownego i opowiadanie o zdarzeniach (Młynarska 2008).

Diagnoza logopedyczna dziecka autystycznego obejmuje szczegółową analizę zachowań i możliwości komunikacyjnych – z uwzględnieniem zdolności językowych, pragmatycznej, fonologicznej, semantycznej, składniowej oraz wszelkich form porozumiewania się pozawerbalnego (z propozycją ewentualnych alternatywnych czy wspomagających sposobów komunikacji). Ma ona na celu określenie, na jakim etapie rozwoju mowy zatrzymało się dziecko, ile etapów pokonało (czy we właściwym czasie?) i wreszcie na którym etapie znajduje się obecnie. Diagnozując dziecko z autyzmem należy pamiętać, że na obraz zaburzeń komunikacyjnych wpływ mają ograniczenia wynikające z uszkodzeń układu nerwowego (prowadzące do dysharmonii rozwojowej) oraz znaczna liczba dodatkowych mechanizmów zakłócających, takich jak np:

- zaburzenia sensoryczne (w zakresie wszystkich zmysłów), których nie można pominąć analizując stan i sprawność narządów artykulacyjnych;
- osobliwości spostrzegania;
- odbiór bodźców słuchowych i wzrokowych – dzieci z autyzmem mają często kłopoty z dostrzeganiem rytmu w mowie słyszanej, co utrudnia identyfikację sekwencji i integrację informacji (Walczowska – Dutka 2005);
- zakłócenia mechanizmów odnoszących się do wspólnego pola uwagi;

- deficyt kompensacji braku mowy werbalnej w postaci alternatywnych sposobów komunikacji;
- deficyt teorii umysłu i centralnej koherencji.

Interwencja terapeutyczna powinna łączyć ze sobą zrozumienie istoty autyzmu ze znajomością najlepszych praktyk i zindywidualizowaniem programu opartego na wszechstronnej i szczegółowej analizie poziomu funkcjonowania dziecka (Danielewicz 2008: 130). *Nie ustalono do tej pory uniwersalnej metody leczenia dzieci z autyzmem, dlatego zaleca się stosowanie wielu metod i technik, które dostosuje się indywidualnie do potrzeb* (Bryńska 2009: 71). Dobór typu terapii warunkowany jest wiekiem dziecka, założeniami terapeutycznymi (celowością oddziaływań) oraz specyfiką zaburzeń występujących w autyzmie. Duże zróżnicowanie populacji osób z autyzmem powoduje, że należy sprawdzać różne podejścia terapeutyczne, łączyć je ze sobą i korzystać z ich zasobów w zależności od indywidualnych potrzeb danej osoby (Pisula i Danielewicz 2008a: 207).

Na każdym poziomie rozwoju istnieją inne potrzeby terapeutyczne i to właśnie sprawia, że najczęściej osoby autystyczne muszą być uczone indywidualnie, a działania terapeutyczne mają bardzo rozległy zakres (Młynarska 2008: 102) i interdyscyplinarny charakter.

Od wielu lat w pracy z dzieckiem autystycznym stosuje się różnorodne procedury i metody terapii. Niezależnie od tego, jaką formę oddziaływań wybierzemy planując interwencję terapeutyczną należy brać pod uwagę:

- indywidualne predyspozycje dziecka z autyzmem (skuteczność terapii warunkowana jest indywidualnym podejściem, momentem podjęcia oddziaływań terapeutycznych oraz indywidualizacją pracy);
- środowisko rodzinne i lokalne (możliwości współpracy – rodzic z terapeutą własnego dziecka);
- preferencje nauczyciela – terapeuty.

Konstruując indywidualny program terapii (również logopedycznej) należy pamiętać, że w *niektórych przypadkach rodzice dzieci z autyzmem, kierując się intuicją, znajomością upodobań i bardzo ogólną orientacją w możliwościach dziecka, popełniają niekiedy mniej błędów niż profesjonaliści* (Błęszyński 2005: 11). Nadrzędnym celem wszystkich oddziaływań terapeutycznych jest włączenie osób z autyzmem do społeczeństwa, dlatego terapia powinna mieć charakter długoterminowy, perspektywiczny i wielomodalny. Brak oddziaływań terapeutycznych powoduje najczęściej (szczególnie u małych dzieci) pogłębienie deficytów, izolację, może prowadzić wręcz do całkowitej niezdolności do samodzielnego życia w przyszłości (Bryńska 2009).

Do najczęściej stosowanych procedur i metod terapeutycznych w pracy z dzieckiem autystycznym zalicza się:

- metody ukierunkowane na zmiany w zakresie istotnych zaburzeń oraz wyrównywanie konkretnych deficytów (np.: metoda „Holding”, program TEACCH, metody behawioralne, Metoda Opcji, metody stymulacyjne (Terapia zaburzeń sensorycznych Carla Delacato, J. Ayers – integracji Sensorycznej, treningi sensoryczne), manualne torowanie głosek, metoda Dyna – Lingua M.S., niedyrektywne formy terapii);
- metody, które mają charakter wzbogacający systematyczne działania zaplanowane w metodach podstawowych (np.: Metoda Ruchu Rozwijającego, kinezylogia edukacyjna, Metoda Stymulowanych Seryjnych Powtórzeń Ćwiczeń SSP – Z. Szota, Metoda Dobrego Startu, Terapia Snoezelen – Sala Doświadczania Świata, Dotyk i Komunikacja, programy aktywności Ch. i M. Knillów, muzykoterapia, hipoterapia, dogoterapia, Terapia EEG Biofeedback, Video Interaction Trening, metoda symultaniczno – sekwencyjna J. Cieszyńskiej, metoda F. Afolter).

Terapia logopedyczna w autyzmie stanowi istotny element wchodzący w skład indywidualnego programu terapeutycznego, a rozwinięcie zachowań werbalnych u dzieci autystycznych jest poważnym wyzwaniem dla terapeutów (Suchowierska 2008). Konstruując program terapeutyczny należy zwrócić szczególną uwagę na zdolności pragmatyczne języka – związane z użyciem języka w celu porozumiewania się. To właśnie pragmatyzm językowy – język ciała, czasowe dopasowanie społeczne, zdolności słuchania, intonacja i jej zrozumienie, dzielenie intencji oraz zainteresowania odgrywają ważną rolę w przypadku dzieci rozwijających się prawidłowo, ale jeszcze nieposługujących się mową werbalną i pozwalają na przekształcenie wypowiedzi w konwersację lub dialog (Kawa 2008: 83).

Program stymulujący rozwój mowy dziecka z autyzmem powinien uwzględniać (Gałkowski 1999; Olechnowicz 2004; Walczowska-Dutka 2005; Cieszyńska 2008):

- poziom funkcjonowania poznawczego dziecka;
- rokowania w stosunku do ogólnego rozwoju psychomotorycznego;
- funkcje poznawcze, które mają wpływ na ograniczenia w procesie komunikacji;
- umiejętności niezbędne w nabywaniu mowy;
- umiejętności bycia w świecie ludzi i rzeczy;
- kontrolowanie wspólnego pola uwagi;
- zachowania i reakcje dziecka świadczące o uświadomieniu sobie przez dziecko stanów emocjonalnych, myślenia, przekonań;
- bodźce wzmacniające – motywujące (zainteresowania);
- wiek dziecka, w którym pojawił się autyzm (analiza dotychczasowego rozwoju mowy);

- zachowania komunikacyjne występujące u dziecka oraz sposób przyswajania języka;
- spostrzeżenia i informacje uzyskane od rodziców, dotyczące komunikacji, motywacji i zachowań trudnych (dokładny wywiad);
- rokowania dotyczące rozwoju mowy werbalnej;
- występowanie zachowań werbalnych – pozajęzykowe reakcje, czy aktywność wokalna wiąże się z ekspresją emocji, jakie głoski dziecko artykułuje, jakie sylaby, wyrazy, zdania się pojawiają;
- możliwości wyrażania komunikatów w sposób niewerbalny;
- nieprawidłowości budowy – sprawność i stan aparatu artykulacyjnego, oddechowego, fonacyjnego;
- stopień rozwoju mowy czynnej i biernej;
- środowisko rodzinne (możliwość współpracy).

W przypadku dzieci z autyzmem nie ma najczęściej przeciwwskazań (biorąc pod uwagę stan narządów artykulacyjnych) do porozumiewania się werbalnego. Jednak jedynie część z nich opanowuje taki sposób komunikacji. Dlatego na podstawie wielospecjalistycznej oceny potrzeb komunikacyjnych, barier środowiskowych i możliwości komunikacji ekspresywnej (słowo, gest – sprawność manualna, wskazanie symbolu graficznego, podanie go) zespół specjalistów podejmuje decyzję o wyborze sposobu komunikacji dla konkretnego dziecka. Należy przy tym pamiętać, że są dzieci, które mimo postępów w socjalizacji i rozumieniu mowy – nie mówią, a alternatywne systemy komunikacji (AAC) stanowią dla nich jedyną dostępną formę porozumiewania się (Olechnowicz 2004; Błęszyński 2005; Pisula 2005).

Do metod rozwijających zachowania werbalne w pracy z dzieckiem autystycznym należą m.in.: Manualne Torowanie Głosek – E. Wianecka, metoda Dyna – Lingua M.S. – M. Młynarska, T. Smereka, metody behawioralne (metoda wyodrębnionych prób i metoda uczenia sytuacyjnego, procedura kształtowania). W tym miejscu warto wspomnieć, że porozumiewanie za pomocą pisma – uznawane za alternatywny sposób komunikacji – może wspierać proces nabywania i rozwoju mowy werbalnej (w zależności od możliwości dziecka). Z osobistej praktyki terapeutycznej wynika, że dzieje się tak wtedy, gdy w procesie nauki porozumiewania za pomocą pisma – czytania wykorzystywane są gesty artykulacyjne – wizualizacje głosek – Cieszyńskiej. Słowo pisane stanowi instrukcję artykulacyjną – oczywiście musi wiązać się ze znaczeniem, jakie ze sobą niesie.

Ponadto każdy z programów terapeutycznych przeznaczonych dla dzieci z autyzmem zawiera wskazania do rozwoju zachowań komunikacyjnych – w postaci mowy werbalnej (powodzenie terapii uzależnione jest od możliwości konkretnego dziecka, umiejętności i determinacji terapeuty oraz rodziców).

Tabela 2. Przykładowe metody rozwijające mowę werbalną w pracy logopedycznej z dzieckiem autystycznym

<i>Metoda</i>	<i>Charakterystyka metody</i>
<i>Manualne Torowanie Głosek – Wianeckiej</i>	• logopeda świadomie kieruje procesem uruchamiania narządów artykulacyjnych (wykorzystuje wiedzę o sposobach artykulacji podczas realizacji poszczególnych głosek); odpowiednio je modelując – sprawia, że dziecko wymawia głoski, sylaby, wyrazy (równocześnie słyszy, co mówi) • terapia obejmuje: naukę języka, zadawania pytań, czytania ze zrozumieniem, pisanie, dokonywania wyborów, naukę podstawowych pojęć matematycznych, ćwiczenia słuchowo – językowe, naukę zastosowania zdobytych wiadomości i umiejętności, dostosowania się do norm, naukę poleceń i pytań, wsparcie rodziców i opracowanie indywidualnych programów językowych dla dzieci • etapy terapii: – etap wymuszonej artykulacji (samogłosek, sylab, wyrazów, zdań prostych) – etap nadawania znaczeń – etap odpowiedzi na pytania (artykulacja ze wspomaganie), ćwiczeń artykulacyjnych (gesty artykulacyjne Cieszyńskiej) – etap samodzielnych odpowiedzi i spontanicznych wypowiedzi oraz próby dialogu
<i>Metoda Dyna – Lingua M.S.</i>	• metoda o wysokim stopniu specjalizacji w zakresie pracy nad mową i myśleniem • rozwija dwa główne aspekty języka: komunikacyjny i poznawczy • poprzedzona jest diagnozą operacyjną – na jej podstawie analogicznie konstruowany jest indywidualny program terapii • jednostką pracy jest sesja – od 30 do 60 minut • wykorzystuje formy pracy indywidualnej i grupowej • wykorzystuje techniki wspomagające mówienie: rytmogesty, kreacje ruchowe, ruchy rąk stymulujące intonację • w ramach terapii stosowane są ćwiczenia rozwijające składnię w aspekcie strukturalnym: „technika kroków”, „sznurka lub tasiemki”, „kolorowych klocków” oraz „zalewanie mową” i techniki sterowania uwagą dziecka

<i>Metoda</i>		<i>Charakterystyka metody</i>
<i>metody behawioralne</i>	<i>metoda wyodrębnionych prób</i>	• metoda nauczania mowy w środowisku treningowym • praca opiera się na małych cząstkach procesu uczenia – wyodrębnionych próbach – mających jasny początek i koniec (trwających najczęściej 5 – 20 sek.) • wykorzystywana najczęściej w pracy jeden na jeden • metoda jest odpowiednia do nauczania podstawowych umiejętności językowych (np. naśladowanie, nazywanie, prośby) • jest łatwa w zastosowaniu – instrukcje dla nauczyciela opracowane w formie skryptu z jasno sprecyzowanymi celami terapii – postęp lub jego brak jest obserwowalny • zapewnia możliwość wykonania wielu powtórzeń
	<i>metoda uczenia sytuacyjnego</i>	• wykorzystuje strategie uczenia sytuacyjnego, które są krótkie, wykonywane w środowisku naturalnym (zapewniając nabywanie języka funkcjonalnego) i obejmują: nauczanie incydentalne, opóźnianie podpowiedzi, procedurę „polecenie – model” • strategie stosowane są w kontekście interesujących ucznia aktywności, przedmiotów, osób (istotne jest odpowiednie zaaranżowanie środowiska)
	<i>procedura kształtowania</i>	• nowe zachowania są uzyskiwane poprzez wzmacnianie kolejnych odpowiedzi przybliżonych do docelowej odpowiedzi – reakcji • procedura ta stosowana jest najczęściej w sytuacjach uczenia umiejętności werbalnych, pisanie oraz języka migowego

źródło: opracowanie własne na podstawie: Młynarska 2008; Suchowierska 2008; Wianecka 2008

Opublikowane przez Polskie Towarzystwo Logopedyczne standardy postępowania logopedycznego (Cieszyńska 2008) opierają strategię postępowania terapeutycznego przede wszystkim na Manualnym Torowaniu Głosek – Wianeckiej (MTG), gestach artykulacyjnych – Cieszyńskiej (GA) oraz programach do uczenia się kierowanego, nauki słuchania mowy, nauki czytania, programach do ćwiczeń ogólnorozwojowych autorstwa Wianeckiej, Cieszyńskiej, Korendo, Fabisiak-Majcher, Szmuc oraz Zuziowej.

U niemówiących dzieci z autyzmem do porozumiewania się wykorzystywane są alternatywne sposoby komunikacji AAC. Najczęściej wymienia się: fotogramy (jako etap przejściowy), piktogramy – PIC, PCS – Picture Communication Symbols, Makaton, Ułatwioną Komunikację, porozumiewanie za pomocą pisma. Ze względu na trudności dzieci autystycznych z odczytywaniem komunikatów pozawerbalnych (głównie gestów) komunikacja alternatywna opiera się przede wszystkim na wykorzystaniu symboli graficznych – obrazu.

Tabela 3. Metody alternatywnej komunikacji – systemy AAC wykorzystywane w pracy z dzieckiem autystycznym

<i>Metoda alternatywnej komunikacji</i>	<i>Charakterystyka metody</i>
<i>fotogramy</i>	• do komunikacji wykorzystuje fotografie (z podpisem lub bez) – przedstawiające elementy środowiska • fotografie mogą być wykorzystywane jako element wprowadzający do obrazu oraz do tworzenia planów pracy i ciągów systemowego podziału wykonywanej czynności
<i>PIC – piktogramy</i>	• do komunikacji wykorzystuje się czarno – białe obrazki oznakowane opisem umieszczonym nad grafem • symbole graficzne – obrazki przedstawiają otaczającą rzeczywistość • system składa się z symboli pogrupowanych w 26 kategorii • wypowiedzi tworzone są poprzez wskazywanie kolejnych znaków, co jest tożsame z myślą (proces jest zależny od możliwości intelektualnych i komunikacyjnych)
<i>PCS – Picture Communication Symbols</i>	• system dostępny jest w Polsce w postaci oprogramowania komputerowego Boedmaker • zawiera symbole graficzne (kolorowe i czarno – białe) uporządkowane w kategorie opatrzone napisem umieszczonym nad obrazkiem • symbole przedstawiają słowa, zwroty, zdania i zestawy zdań wykorzystywanych w sytuacjach społecznych • symbole przedstawione są w wielu wariantach (dla uszczegółowienia wypowiedzi)
<i>Makaton</i>	• zakłada możliwość używania wszystkich dostępnych kanałów komunikacyjnych (dostosowanych do potrzeb – gesty, symbole graficzne, postawę ciała, kontakt wzrokowy) • fundament metody stanowi słownictwo podstawowe (obejmujące pojęcia dnia codziennego) uzupełnione słownictwem dodatkowym (uporządkowanym tematycznie) i specjalnym dodatkiem uwzględniającym różnice kulturowe • gesty Makatonu wspomagają jedynie słowa kluczowe w zdaniu, natomiast symbole graficzne to białe – czarne rysunki liniowe, które można wykonać odręcznie • symbole manualne Makatonu można łączyć ze wszystkimi systemami AAC

<i>Metoda alternatywnej komunikacji</i>	<i>Charakterystyka metody</i>
<i>ulatwiona komunikacja (UK)</i>	• metoda ta polega na „pisanu” wypowiedzi w asyście terapeuty (facylitatora), który wspomaga proces wypowiadania się – np.: trzymając rękę, ramię czy pomaga umieścić palec nad klawiaturą osobie piszącej • zakres wspomagania jest bardzo różny – w miarę upływu czasu potrzeba wsparcia stopniowo maleje • obecnie uznaje się, że może ona wykorzystywać do komunikacji prezentacje graficzne, litery, uogólnione znaki

źródło: opracowanie własne na podstawie: Walczowska-Dutka 2005; Bleszyński 2008; Danielewicz 2008; Kaczmarek 2008; Kaniecka 2008; Piśula 2008; Podeszewska-Mateńko 2008; Smyczek 2008

Symbole graficzne AAC stanowią graficzną reprezentację pojęcia i wykorzystywane są do komunikacji za pomocą: tablic indywidualnych, grupowych tablic orientacyjnych, sytuacyjnych, książek komunikacyjnych, planów dnia, instrukcji, słowników i wielu innych form graficznego przedstawiania informacji.

Sposób wprowadzania i dobór systemu AAC podyktowany jest indywidualnymi preferencjami dziecka. Wybór optymalnego sposobu porozumiewania się dokonywany jest na danym etapie rozwoju – wraz z nabywaniem przez dziecko kompetencji językowej sposób komunikacji może się ilościowo i jakościowo zmieniać (w miarę możliwości dziecka).

Nabywanie języka jest czynnością bardzo złożoną. Na proces ten wpływa wiele zdolności i zjawisk dostarczających dziecku pozajęzykowej wiedzy o świecie. Do podstawowych z nich zalicza się: pamięć, uwagę, kojarzenie informacji, odczytywanie intencji innych, zdolności do tworzenia teorii umysłu, umiejętności interpretacji wiedzy semantycznej (Kawa 2008, s. 81). Pozajęzykowe umiejętności biorące udział w procesie nabywania mowy stanowią istotny element uzupełniający terapię logopedyczną, dlatego nie można ich bagatelizować.

Komunikacja umożliwia dziecku – wyposażonemu w określone umiejętności i osadzonemu w konkretnym środowisku – wyrażanie swoich potrzeb, emocji, aprobaty bądź dezaprobaty jako form aktywnego uczestniczenia w życiu społecznym. W przypadku dzieci ze złożonymi zaburzeniami rozwojowymi praca nad poprawnością artykulacyjną ustępuje miejsca komunikowaniu się (wchodzeniu w relację dialogu). W związku z tym terapia logopedyczna, w przypadku dzieci z autyzmem, nie może skupiać się jedynie na aspekcie artykulacyjnym. Problemy artykulacyjne występujące u dzieci są najczęściej wynikiem zaburzeń kinestetycznych i ruchowych, przekładających się na ruchy artykulacyjne oraz zakłócenia dotyczące funkcjonowania kanałów słuchowych.

Podejmując terapię dziecka pamiętajmy, że nie ma uniwersalnego modelu interwencji logopedycznej. Uzależniony jest on od wybranego rodzaju oddziaływania terapeutycznego, możliwości dziecka i rodziny oraz musi być poprzedzony szczegółową analizą zachowań komunikacyjnych.

Rozpoczynając i planując terapię logopedyczną pamiętajmy, że (Gałkowski 1999; Olechnowicz 2004; Bobkowicz-Lewartowska 2005; Walczowska-Dutka 2005):

- każde dziecko z autyzmem posiada własną indywidualność – cechy osobowości, zakres zdolności i reakcji, dlatego nie ma dwóch takich samych terapii;
- dokładna analiza informacji zawartych w diagnozie pozwoli właściwie zaplanować postępowanie terapeutyczne;
- każde dziecko ma potrzebę wyrażania swoich przeżyć (jeśli nie potrafi inaczej, ucieka się do autodestrukcji lub destrukcji) – nie traktuj więc złych zachowań dziecka jako celowych i skierowanych przeciwko tobie;
- ważna jest organizacja czasu i przestrzeni (środowisko dziecka porządkujemy poprzez: stałe miejsce spotkań, pozbawione nadmiaru rozpraszających bodźców, strukturalizację czasu – stały rytm spotkań, strukturę osób, strukturę porozumiewania się oraz strukturę zadania) – zapewnia to dziecku poczucie bezpieczeństwa i przewidywalności, obniża poziom lęku i wpływa korzystnie na jego samopoczucie;
- pierwsze spotkania należy zaplanować w sposób nieinwazyjny – należy dać dziecku czas, by stopniowo przyzwyczaiło się do logopedy;
- układ równorzędności podmiotowej jest punktem wyjścia do ustalenia porozumienia ruchowego, wokalnego i słownego – umożliwi ci przyjęcie reguły „raz ty – raz ja”, a współdzielenie uwagi pozwoli być dla dziecka atrakcyjnym;
- trzeba starać się akceptować odmienności – osobliwości spostrzegania u dziecka – pozwoli to na analizę zachowania dziecka i unikanie zachowań niepożądanych;
- należy wykorzystywać wszystkie dostępne kanały komunikacyjne (z zaangażowaniem układów percepcyjnych), gdyż to pomaga w tworzeniu kojarzeń zmysły – emocje – słowa, które staną się czymś emocjonalnie znaczącym;
- warto wykorzystywać pozajęzykowe formy wymiany informacji z uwzględnieniem inicjatywy komunikacyjnej dziecka;
- należy analizować sposób nabywania mowy przez dziecko (oparty na słuchu i wzroku);
- przy planowaniu zmian – trzeba na nie dziecko przygotować;
- nagradzanie i motywowanie pomaga w utrwalaniu zachowań pożądanых i pozytywnych;
- wycofując zachowanie niepożądane należy proponować dziecku coś w zamian – inny rodzaj aktywności;

- do dziecka trzeba zwracać się w sposób prosty i konkretny, uprzedzając czynności, które będzie wykonywać – pomocny jasny plan zajęć (np. w postaci fotogramów, napisów – oznaczających czynności);
- opracowując i dobierając ćwiczenia – trzeba przemyśleć ich strukturę i schemat – przeanalizować ich elementy składowe, by wiedzieć, jakie mechanizmy trzeba uruchomić u dziecka, aby mogło wykonać zadania;
- stymulując rozwój mowy należy wspomagać umiejętności, które uczestniczą w jej nabywaniu (kontakt wzrokowy, naśladownictwo, kategoryzacja, identyfikacja, różnicowanie, wskazywanie, wykonywanie instrukcji, zabawa);
- włączając rodziców w proces terapeutyczny, poprawia się efektywność terapii i zyskuje sprzymierzeńców;
- każde dziecko powinno realizować potencjał rozwojowy na miarę swoich możliwości – pozwoli to uniknąć zakładania celów terapeutycznych przekraczających jego możliwości;
- należy być cierpliwym.

Skuteczny program terapeutyczny ma charakter całościowy – powinien uwzględniać walkę z zaburzeniami percepcji, deficytami i dysharmoniami rozwojowymi, dbać o integrację bodźców sensorycznych, wspierać rozwój umiejętności komunikacyjnych, społecznych i poznawczych.

Bibliografia

- Baraniewicz M., Batko E., Ochwał J. (2000): *Stymulacja sensomotoryczna*, [w:] M. Orkisz, M. Piszczyk, A. Smyczek, J. Szewiec: *Edukacja uczniów z głębokim upośledzeniem umysłowym*, CMPPP MEN, Warszawa.
- Bleszyński J. J. (2005): *Terapie wspomagające osób z autyzmem*, Wydawnictwo IMPULS, Kraków.
- Bleszyński J. J. (2008): *Alternatywne i wspomagające metody komunikacji*, Wydawnictwo IMPULS, Kraków.
- Bleszyński J. J. (2005): *Uwarunkowania efektywnego oddziaływania terapeutycznego w pracy z osobami autystycznymi*, [w:] J. J. Bleszyński (red): *Terapie wspomagające osób z autyzmem*, Wydawnictwo IMPULS, Kraków.
- Bobkiewicz-Lewartowska L. (2005): *Autyzm dziecięcy. Zagadnienia diagnozy i terapii*, Wydawnictwo IMPULS, Kraków.
- Bryńska A., Jagielska J., Komender J. (2009): *Autyzm i zespół Aspergera*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
- Cieszyńska J. (2008): *Standard postępowania logopedycznego w przypadku autyzmu dziecięcego*, [w:] *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*, Polskie Towarzystwo Logopedyczne, Lublin.

- Danielewicz D. (2008): „*Czas podłogowy*” w pracy z dzieckiem z autyzmem, [w:] D. Danielewicz, E. Pisula (red): *Wybrane formy terapii i rehabilitacji osób z autyzmem*, Wydawnictwo IMPULS, Kraków.
- Delacato C. H. (1995:) *Dziwne, niepojęte autystyczne dziecko*, Fundacja Synapsis, Warszawa.
- Frith U. (2008): *Autyzm. Wyjaśnienie tajemnicy*, GWP, Gdańsk.
- Gałkowski T. (1984): *Dziecko autystyczne i jego rodzice*, Polskie Towarzystwo Walki z Kalectwem, Warszawa.
- Gałkowski T. (1999): *Zaburzenia komunikacji w autyzmie*, [w:] T. Gałkowski, G. Jastrzębowska (red): *Logopedia. Pytania i odpowiedzi*, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole.
- Gałkowski T., Jastrzębowska G. (1999): *Logopedia. Pytania i odpowiedzi*, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole.
- Jagielska G. (2009a): *Autyzm dziecięcy – rys historyczny*, [w:] A. Bryńska, J. Jagielska, J. Komender (red): *Autyzm i zespół Aspergera*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
- Jagielska G. (2009b): *Epidemiologia całościowych zaburzeń rozwoju*, [w:] A. Bryńska, J. Jagielska, J. Komender (red): *Autyzm i zespół Aspergera*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
- Jagielska G. (2009c): *Etiologia zaburzeń autystycznych*, [w:] A. Bryńska, J. Jagielska, J. Komender (red): *Autyzm i zespół Aspergera*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
- Jagielska G. (2009d): *Objawy autyzmu dziecięcego*, [w:] A. Bryńska, J. Jagielska, J. Komender (red): *Autyzm i zespół Aspergera*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
- Jagielska G. (2009e): *Diagnostyka różnicowa i badania diagnostyczne*, [w:] A. Bryńska, J. Jagielska, J. Komender (red): *Autyzm i zespół Aspergera*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
- Jaklewicz H. (1993): *Autyzm wczesnodziecięcy*, GWP, Gdańsk.
- Jurczyszyn M. E. (2005): *Jak rozwijać zmysły swojego dziecka? – zeszyt informacyjny dla rodziców i opiekunów z serii „Bądź terapeutą własnego dziecka”, część I*, Pomorskie Centrum Terapii Pedagogicznej, Koszalin.
- Kaczmarek B. B. (2008): *Teoretyczne i praktyczne podstawy metody Makaton*, [w:] J. J. Błęszyński, (red): *Alternatywne i wspomagające metody komunikacji*, Wydawnictwo IMPULS, Kraków.
- Kaniecka K. (2008): *Picture Communications Symbols*, [w:] J. J. Błęszyński, (red): *Alternatywne i wspomagające metody komunikacji*, Wydawnictwo IMPULS, Kraków.

- Kawa R. (2008): *Rozwijanie umiejętności niezbędnych w nabywaniu mowy*, [w:] D. Danielewicz, E. Pisula (red): *Wybrane formy terapii i rehabilitacji osób z autyzmem*, Wydawnictwo IMPULS, Kraków.
- Kruk – Lasocka J. (2003): *Autyzm czy nie autyzm*, Dolnośląska Wyższa Szkoła Edukacji, Wrocław.
- Lovaas I. O. (1995): *Nauczanie dzieci niepełnosprawnych umysłowo. Mój elementarz*, WSiP, Warszawa.
- Matyja A. (2008): *Koncepcje dotyczące przyczyn autyzmu*, www.literka.pl
- Minczakiewicz E. M. (1997): *Mowa – rozwój – zaburzenia – terapia*, Wydawnictwo Naukowe AP, Kraków.
- Młynarska M. (2008): *Autyzm w ujęciu psycholingwistycznym. Terapia dyskursywna a teoria umysłu*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław.
- Olechnowicz H. (1995): *Dziecko własnym terapeutą*, PWN, Warszawa.
- Olechnowicz H. (2004): *Wokół autyzmu. Fakty, skojarzenia, refleksje*, WSiP, Warszawa.
- Pisula E. (2003): *Autyzm i przywiązanie*, GWP, Gdańsk.
- Pisula E. (2005): *Wczesne wykrywanie autyzmu i efekty wczesnej terapii*, [w:] J. J. Błeszyński (red): *Terapie wspomagające osób z autyzmem*, IMPULS, Kraków
- Pisula E.(2008): *Efektywność działań terapeutycznych podejmowanych wobec dzieci z autyzmem*. [w:] D. Danielewicz, E. Pisula (red): *Wybrane formy terapii i rehabilitacji osób z autyzmem*, Wydawnictwo IMPULS, Kraków.
- Pisula E., Danielewicz D. (2008): *Wybrane formy terapii i rehabilitacji osób z autyzmem*, Wydawnictwo IMPULS, Kraków.
- Pisula E., Danielewicz D. (2008a): *Kontrowersje wokół ułatwionej komunikacji*, [w:] D. Danielewicz, E. Pisula (red): *Wybrane formy terapii i rehabilitacji osób z autyzmem*, Wydawnictwo IMPULS, Kraków.
- Podeszewka –Mateńko M. (2008): *Piktogramy – istota, charakterystyka ogólna*, [w:] J. J. Błeszyński (red): *Alternatywne i wspomagające metody komunikacji*, Wydawnictwo IMPULS, Kraków.
- Schopler E., Dansing M., Waters L. (1995): *Zindywidualizowana ocena i terapia dzieci autystycznych oraz z zaburzeniami rozwoju*. Tom I, II, III SPOA, Gdańsk.
- Skorek E. M. (2002): *Z logopedią na ty. Podręczny słownik logopedyczny*, Oficyna Wydawnicza IMPULS, Kraków.
- Smyczek A. (2008): *Zastosowanie wspomagających i alternatywnych metod komunikacji w terapii małych dzieci zagrożonych poważnymi zaburzeniami porozumiewania się*, [w:] J. J. Błeszyński (red): *Alternatywne i wspomagające metody komunikacji*, Wydawnictwo IMPULS, Kraków.

- Smyczek A., Szwiec J. (2000): *Indywidualny program edukacyjno – terapeutyczny*, [w:] M. Orkisz, M. Piszczek, A. Smyczek, J. Szwiec: *Edukacja uczniów z głębokim upośledzeniem umysłowym*, CMPPP MEN, Warszawa.
- Suchowiejska M. (2008): *Nauczanie dzieci z autyzmem zachowań werbalnych – dwa uzupełniające podejścia*, [w:] D. Danielewicz, E. Pisula: *Wybrane formy terapii i rehabilitacji osób z autyzmem*, Wydawnictwo IMPULS, Kraków.
- Walczevska-Dutka M. (2005): *Program nauki komunikacji dla dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi*, Wydawnictwo Impuls, Kraków.
- Wianecka E. (2008): *Manualne Torowanie Głosek*. Wydawnictwo Arson, Kraków.
- Winczura B. (2008): *Dziecko z autyzmem. Terapia deficytów poznawczych a teoria umysłu*, Wydawnictwo IMPULS, Kraków.
- Wolski A. (1997): *Terapia i wspomaganie psychoruchowego rozwoju dziecka z cechami autyzmu*, [w:] W. i J. Pileccy.: *Stymulacja psychoruchowego rozwoju dzieci o obniżonej sprawności umysłowej*, Wydawnictwo Naukowe WSP, Kraków.

Katarzyna Kubanek
Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy
Będzin

MÓZGOWE PORAZENIE DZIECIĘCE W TEORII I PRAKTYCE NEUROLOGOPEDYCZNEJ

Pojęcie mózgowego porażenia dziecięcego

Mózgowe porażenie dziecięce nie stanowi określonej odrębnej jednostki chorobowej, jest zespołem wielu objawów chorobowych – zarówno pod względem rodzaju zaburzeń ruchowych, jak i innych współistniejących z nimi uszkodzeń mózgu.

Pierwszy kliniczny opis schorzenia dokonany został przez angielskiego ortopedy Little'a, który powiązał objawy uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego (OUN) z zaburzeniami okołoporodowymi (za: Snela 2009). Dokonał on różniczenia między *diplegią spastyczną* (obustronny niedowład kurczowy) występującą u wcześniaków a *tetraplegią* (gr. *tetra* – cztery, *plege* – cios, rana) będącą następstwem niedotlenienia dzieci donoszonych (Łosiowski 1997; Kułakowska 2003). Termin *zespół Little'a* odnosił się do szerokiej gamy schorzeń o wrodzonym lub nabytym podłożu neurologicznym.

Pojęcie *mózgowego porażenia dziecięcego* po raz pierwszy zostało użyte w 1888 roku przez Oslera, a później również w 1893 roku. Diplegię spastyczną jako postać mózgowego porażenia dziecięcego opisał Freud. W 1964 roku Bax przedstawił porażenie jako zaburzenie ruchu i postawy związane z uszkodzeniem lub zaburzeniem rozwojowym niedojrzałego mózgu (za Snela 2009). *Tardieu, w latach sześćdziesiątych XX wieku uważał, że określenie <mózgowe porażenie dziecięce> stosować można wyłącznie do dzieci z zaburzeniami ruchu spowodowanymi wczesnym (przed- i okołoporodowym) uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego, które zachowały jednak prawidłowy poziom umysłowy* (Kułakowska 2003: 270).

Zablocki (1998: 21) twierdzi, że *mózgowe porażenie dziecięce (ang. paraly-sis cerebrelis infantum, PCI) nie jest jednostką chorobową, ale zespołem wielu objawów powstałych na skutek uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego (OUN,) zwłaszcza neuronu ruchowego w okresie jego rozwoju i dojrzewania. Natomiast zdaniem Wyszyńskiej (1987: 145) pojęciem mózgowe porażenie dziecięce (...) określa się przewlekłe, niepostępujące zaburzenie czynności ośrodkowego neuronu ruchowego, będące następstwem nieprawidłowego rozwoju lub uszkodzenia*

mózgu. Nie stanowi ono odrębnej jednostki chorobowej, lecz zespół objawów, spośród których na pierwszy plan wysuwa się upośledzenie funkcji motorycznych.

Łosiowski (1997: 11) uważa, że aktualnie mózgowe porażenie dziecięce to zbiorcze pojęcie – parasol – obejmujące różnorodne, zmieniające się wraz z wiekiem zaburzenia ruchu i postawy (porażenia, niedowłady, ruchy mimowolne, zaburzenia napięcia mięśniowego, zaburzenia równowagi), współistniejące z innymi objawami trwałego uszkodzenia mózgu (padaczka, upośledzenie umysłowe, zaburzenia mowy, wzroku, słuchu), znajdującego się w stadium niezakończonego rozwoju, a więc zaistniałe przed urodzeniem dziecka, w czasie porodu lub w pierwszych trzech latach życia. Autor proponuje również inną definicję, stwierdza, że mózgowe porażenie dziecięce definiowane jest jako zaburzenie czynności ruchowych i postawy, będące następstwem uszkodzenia niedojrzałego mózgu lub jego zaburzeń rozwojowych (Łosiowski 1985: 34).

Według Borkowskiej (1989:14) mózgowe porażenie dziecięce jest zespołem różnorodnych objawów zaburzeń czynności ruchowych i napięcia mięśni, wywołanych uszkodzeniem mózgu lub nieprawidłowościami w jego rozwoju, nabytymi przed uszkodzeniem okołoporodowym czy po urodzeniu we wczesnym dzieciństwie.

Pojęcie mózgowego porażenia dziecięcego definiowane jest także jako: grupa zaburzeń układu nerwowego cechujących się występowaniem zespołów porażennych u niemowląt i dzieci. Należą tu następstwa uszkodzeń układu nerwowego powstałe w życiu płodowym, w czasie porodu lub we wczesnym okresie po urodzeniu. Przyczyną ich mogą być wady rozwojowe, uraz porodowy, niedotlenienie porodowe, zapalenie opon mózgowych lub mózgu przebyte w życiu wewnątrzmacicznym, mózgowo – naczyniowe zaburzenia okresu niemowlęctwa, żółtaczką jąder podkorowych (Nowicki 1991: 14).

Michałowicz (1993: 13) pod pojęciem mózgowego porażenia dziecięcego rozumie niepostępujące zaburzenia czynności będącego w rozwoju ośrodkowego układu nerwowego, a zwłaszcza ośrodkowego neuronu ruchowego powstałe w czasie ciąży, porodu lub okresie okołoporodowym. Również Zabłocki (1998) uważa, że mózgowe porażenie dziecięce jest związane z uszkodzeniem mózgu, a zwłaszcza neuronu ruchowego. Powstałe uszkodzenie nie zmienia się z upływem czasu, a objawy kliniczne mogą się nasilać wraz z rozwojem dziecka.

Michałowicz (1993) powołując się na Hertla podaje, że nie ma ścisłej zależności między etiologią a obrazem klinicznym mózgowego porażenia dziecięcego. Jego zdaniem nie stanowi ono określonej, odrębnej jednostki chorobowej, lecz jest różnorodnym etiologicznie i klinicznie zespołem objawów chorobowych, a – co za tym idzie – także różnorodnym obrazem anatomopatologicznym. Autor uważa, że jest to zespół chorobowy powstały w wyniku różnorodnych czynników etiologicz-

nych, takich jak: niedotlenienie OUN, procesy zapalne, wylewy śródczaszkowe, wcześniactwo oraz hiperbilirubinemia¹.

Omawianemu zespołowi współtowarzyszą również innego typu zaburzenia (Czochańska i Łosiowski 1997; Zabłocki 1998; Snela 2009):

- padaczka (ok. 35%);
- zaburzenia narządu słuchu, np. niedosłuch (ok. 25%);
- zaburzenia narządu wzroku – oczopląs, zez, ograniczenie pola widzenia, itp. (ok. 50%);
- opóźnienia rozwoju umysłowego (ok. 39%);
- zaburzenia w zachowaniu z opóźnionym rozwojem umysłowym lub bez niedorozwoju umysłowego (ok. 75%);
- zaburzenia w rozwoju mowy: niedowłady warg, podniebienia, języka, zaburzenia fonacyjne, oddechowe, artykulacyjne (60%).

Różnorodność zaburzeń ruchowych, a także uszkodzenia OUN pozwoliły na wyodrębnienie różnych postaci mózgowego porażenia dziecięcego. Wśród autorów omawiających to zagadnienie wciąż istnieją rozbieżności, co skutkuje powstaniem wielu klasyfikacji.

Hagberg (za Łosiowski i Gasińska 2003) przedstawił klasyfikację (tabela 1) mózgowego porażenia dziecięcego według kryterium opartego na dwóch czynnikach: *rodzaju napięcia mięśniowego oraz topografii niedowładów*.

Tabela 1. Klasyfikacja według Hagberga

<i>Postacie mózgowego porażenia dziecięcego</i>	<i>Charakterystyka</i>
<i>spastyczna (piramidowa)</i>	• niedowład połowiczny prawo lub lewostronny (<i>hemiparesis</i>) • niedowład spastyczny cztero kończynowy (<i>tetrapareza</i>) • obustronny niedowład kurczowy (<i>diplegia spastica</i>)
<i>pozapiramidowa (dyskinetyczna)</i>	• ruchy mimowolne – atetotycznie – płasawicze • uogólniona sztywność mięśni z ubóstwem ruchów
<i>mózdkowa (ataktyczna)</i>	• zaburzenia równowagi, często współistniejące z wodogłowie
<i>mieszane</i>	• występują objawy wszystkich trzech wyżej wymienionych postaci

źródło: opracowanie własne na podstawie: Łosiowski i Gasińska 2003

¹ zwiększone stężenie bilirubiny w osoczu krwi; może być spowodowana zwiększonym wytwarzaniem bilirubiny lub też niezdolnością do jej wydzielania w prawidłowych ilościach przez uszkodzoną wątrobę; prawidłowy poziom bilirubiny całkowitej w surowicy krwi człowieka wynosi 0,3–1,0 mg/dl lub 5,1–17,0 μmol/l; po przekroczeniu stężenia 2–2,5 mg/100 ml krwi, bilirubina dyfunduje do tkanek, powodując ich żółtolenie – żółtaczkę

Inną klasyfikację (tabela 2) mózgowego porażenia dziecięcego, opartą na czynnikach topograficznych, przedstawił Ingram (za Michałowicz 1986).

Tabela 2. Klasyfikacja według Ingrama

Postacie mózgowego porażenia dziecięcego	Charakterystyka
<i>porażenie kurczowe połowiczne</i>	• najczęstsza przyczyna to: ◦ czynniki działające po urodzeniu ◦ niekorzystne czynniki okołoporodowe (niedotlenienie, nieprawidłowy przebieg porodu) • pierwsze objawy ujawniają się między 3-5. miesiącem (ograniczenie ruchów po stronie porażonej) • bardzo rzadko występuje u wcześniaków • niedowładowi połowicznemu towarzyszy atetozą • w porażonych kończynach występuje zaburzenie czucia • u dzieci z porażeniem kurczowym połowicznym kończyny objęte niedowładem rozwijają się nieprawidłowo (zaburzenie wzrostu) • występują także zaburzenia wegetatywne, zazwyczaj typu naczyniowego oraz zaburzenia w polu widzenia • rozwój umysłowy w większości przypadków jest prawidłowy lub nieznacznie obniżony • występują zaburzenia mowy • padaczka • zaburzenia emocjonalne
<i>obustronne porażenie kurczowe</i>	• obejmuje zazwyczaj kończyny dolne • występują także postacie, w których niedowład dotyczy tylko kończy dolnych (paraplegia) • większość przypadków ma charakter wrodzony i występuje u wcześniaków • rozwój umysłowy w wielu przypadkach utrzymuje się w granicach normy • mogą wystąpić także zaburzenia emocjonalne • zaburzenia mowy • padaczka
<i>obustronne porażenie połowiczne</i>	• należy do najczęstszych postaci mózgowego porażenia dziecięcego (kończyny górne są w większym stopniu porażone niż dolne) • często występuje padaczka • rozwój intelektualny poniżej normy – występuje znaczny stopień upośledzenia

<i>Postacie mózgowego porażenia dziecięcego</i>	<i>Charakterystyka</i>
<i>mózdkowa (ataktyczna)</i>	• napięcie mięśniowe • dzieci pod względem intelektualnym zazwyczaj rozwijają się prawidłowo • występują zaburzenia mowy, tj. dysartria • zaburzona koordynacja wzrokowo – ruchowa mająca duży wpływ na proces uczenia się
<i>pozapiramidalna</i>	• postać dystoniczna, atetotyczna, płasawicza lub objawiająca się częstymi zmianami w napięciu mięśniowym • występują ruchy mimowolne • rozwój umysłowy w granicach normy • częsty niedosłuch typu odbiorczego lub głuchota • zez • zaburzenia mowy o charakterze dyskinetycznym

źródło: opracowanie własne na podstawie: Michałowicz 1986: 13-14

Klasyfikację opartą na czynnikach (tabela 3) patofizjologicznych, topograficznych, etiologicznych, dotyczących zakresu czynności kończyn, leczniczych, zaprezentowali Russ i Soboloff (za Michałowicz 1986):

Tabela 3. Klasyfikacja Russa i Soboloffa

<i>Czynniki mózgowego porażenia dziecięcego</i>	<i>Charakterystyka</i>
<i>patofizjologiczne</i>	• spastyczność, wzmożone napięcie mięśniowe (wzmoczona kurczliwość i pobudliwość) • atetozą (zwiększone lub obniżone napięcie mięśniowe albo dystonia) • sztywność, zaburzenia w rozwoju mięśni (dystrofia) • ataksja – niezdolność, upośledzenie zdolności dokładnego i sprawnego wykonania koordynacji ruchów • drżenie, mimowolne skurcze przeciwstawnych grup mięśniowych • atonia, zniesienie napięcia mięśniowego
<i>topograficzne</i>	• postacie mieszane i niesklasyfikowane • <i>monoplegia</i> – porażenie jednej ręki lub jednej nogi • <i>paraplegia</i> – porażenie poprzeczne • <i>hemiplegia</i> – porażenie połowiczne, dotyczy obu kończyn po tej samej stronie ciała • <i>triplegia</i> – porażenie trzech kończyn • <i>tetraplegia</i> – porażenie czterokończynowe, niesymetryczne

<i>Czynniki mózgowego porażenia dziecięcego</i>	<i>Charakterystyka</i>
<i>etiologiczna, związana z okresem</i>	• przedporodowym • okołoporodowym • poporodowym
<i>czynniki dotyczące zakresu czynności kończyn</i>	• bez ograniczenia czynności • z lekkim ograniczeniem czynności • jednostki niezdolne do żadnych czynności
<i>czynniki lecznicze obejmujące pacjentów</i>	• niewymagających leczenia • wymagających leczenia w niedużym stopniu • wymagających użycia aparatury, leczenia i opieki • wymagających długotrwałej hospitalizacji oraz opieki

źródło: opracowanie własne na podstawie: Michałowicz 1986:12-13

Natomiast klasyfikację *według zakresu i umiejscowienia porażenia* przedstawiła Wyszyńska (1987: 146), wyodrębniając następujące postacie mózgowego porażenia dziecięcego:

- *monoplegię* – porażenie jednej ręki lub jednej nogi;
- *hemiplegię* – dotyczy obu kończyn po tej samej stronie ciała;
- *triplegię* – porażenie trzech kończyn, silnie zaznaczone w kończynach dolnych;
- *diplegię* – obustronny symetryczny niedowład;
- *paraplegię* – porażenie tylko kończyn dolnych;
- *quadriplegię* – porażenie wszystkich kończyn, nieregularne, niesymetryczne.

Przyczyny mózgowego porażenia dziecięcego są wieloczynnikowe i trudne do określenia. Mimo częstszego monitorowania płodu i wzrostu liczby cięć cesarskich wykonywanych ze względu na zagrożenie życia dziecka, nie zmniejszyła się liczba przypadków mózgowego porażenia dziecięcego i od lat wynosi od 1,5 do 3,0 na 1000 żywo urodzonych noworodków (Wyszyńska 1987). Obserwuje się natomiast zmniejszanie częstotliwości występowania ciężkich postaci mózgowego porażenia dziecięcego (Snela 2009).

Do najczęściej wymienianych przyczyn mózgowego porażenia dziecięcego należą (Borkowska 1989):

- *czynniki oddziałujące w życiu płodowym* – urazy brzucha matki, niedotlenienie, przewlekłe choroby matki podczas ciąży, zakażenia płodu, zaburzenia rozwojowe, energia promienista, leki i substancje o działaniu toksycznym, palenie tytoniu i picie alkoholu podczas ciąży;
- *okołoporodowe* – urazy okołoporodowe, niedotlenienie, wcześniactwo;

- *po urodzeniu dziecka* – urazy mózgu, niedotlenienie po urodzeniu, zakażenie OUN, zapalenie opon mózgowych po urodzeniu, znacznie nasiloną żółtaczka noworodka.

Spośród wszystkich przyczyn największe znaczenie w powstawaniu mózgowego porażenia dziecięcego ma zespół niedokrwiennie-niedotlenieniowy u noworodków donoszonych oraz krwawienia śródczaszkowe (okołokomorowe i śródkomorowe) u dzieci urodzonych przedwcześnie (Dobrzańska 1996; Kułak i Sobaniec 2000; Sobaniec, Kułak, Bockowski i in. 2001; Kułak, Bobrowski i Sobaniec 2003).

Około 1/3 przypadków mózgowego porażenia dziecięcego jest wynikiem wczesnej patologii płodowej. Czynniki około – i śródporodowe są przyczyną schorzenia u 90% wcześniaków i tylko u 15% niemowląt z ciąży donoszonej. Prawie 50% przypadków dotyczy przyczyn przedporodowych. Obuchowska (1991) podaje, że 30% to czynniki uszkadzające, które działają w okresie płodowym. Należą do nich: niedotlenienie płodu, zaburzenia metabolizmu, infekcje śródmacicze, napromieniowanie. Równie często, bo w 30%, zjawisko to wywołane jest niedotlenieniem oraz urazami w trakcie porodu i po porodzie. Kolejne 10% to najprawdopodobniej czynniki o charakterze genetycznym. W pozostałych 30% nie można określić czynników wywołujących mózgowie porażenie dziecięce.

Trudności w rozpoznaniu mózgowego porażenia dziecięcego związane są z wiekiem dziecka – są one tym większe, im młodsze jest dziecko. Jest to powiązane z niedojrzałością OUN i brakiem charakterystycznych objawów klinicznych schorzenia. Dla wczesnego rozpoznania istotne znaczenie ma obserwacja dzieci z tzw. zagrożenia ciążowo – porodowego. Pierwsze objawy schorzenia mogą pochodzić z narządu ruchu, jak również z innych narządów lub układów. Pomocne w rozpoznaniu mózgowego porażenia dziecięcego są obserwowane u dziecka (Borkowska 2001; Karski i Królewski 2001; Czochońska 2002; Kwolek 2003):

- brak skoordynowanych ruchów gałek ocznych (tzw. „błądzenie gałek ocznych”), zez;
- brak reakcji lub nadmierna reakcja na bodźce dźwiękowe;
- zaburzenia czucia;
- niepokój, zaburzenia snu;
- trudności pielęgnacyjne przy ubieraniu, kąpieli;
- tzw. „odgięciowe” ułożenie dziecka (*opistotonus*);
- nadmierne nasilony odruch ssania;
- trudności w połykaniu;
- trudności w karmieniu od pierwszego tygodnia życia.

Do najwcześniejszych objawów mózgowego porażenia dziecięcego należą (Borkowska 2001; Karski i Królewski 2001; Czochońska 2002; Kwolek 2003):

- reakcje kurczowe grup mięśniowych;
- drżenie kończyn;
- wyprostne odruchy mięśni karku i kręgosłupa (w skrajnych postaciach nawet tzw. *opistotonus* – polegający na łukowatym wygięciu kręgosłupa ku tyłowi z głową odgiętą do tyłu);
- przywiedzeniowe ustawienie bioder, zgięciowe kolan, krzyżowanie kończyn dolnych i ustawianie stóp w zgięciu podeszwowym;
- przetrwanie poza określony czas odruchów fizjologicznych tj. zbyt długie utrzymywanie się odruchów typowych dla noworodka i niemowlęcia;
- pojawienie się odruchów patologicznych;
- klasyczna asymetria ułożenia tułowia i kończyn dolnych;
- czynnościowa skolioza lędźwiowa (skolioza – skrzywienie kręgosłupa);
- kręcz szyi – przymusowe ustawienie głowy w pochyleniu do boku z jednoczesnym skręceniem jej w stronę przeciwną pochyleniu. To nieprawidłowe ustawienie głowy i szyi spowodowane jest najczęściej asymetrią mięśni mostkowo-obojęczykowo-sutkowych.

To powoduje niezdolność do odwrócenia głowy w stronę przeciwną poza linię środkową ciała i w konsekwencji u małego dziecka może spowodować wystąpienie skośnogłównia tylnego (Zembaty 2003);

- przykurcze przywiedzeniowo – rotacyjne barków, tj. krzyżowanie kończyn górnych i ustawianie barków do wewnątrz;
- przykurcz zgięciowy łokci, nadgarstków i palców rąk.

Ostateczne rozpoznanie mózgowego porażenia dziecięcego powinno polegać na wielospecjalistycznej diagnozie klinicznej i może być rezultatem nawet kilkumiesięcznej obserwacji pacjenta (Borkowska 2001; Karski i Królewski 2001; Czochońska 2002; Kwolek 2003).

Charakterystyka funkcjonowania dziecka z mózgowym porażeniem dziecięcym

Dokonanie charakterystyki funkcjonowania dziecka z mózgowym porażeniem dziecięcym jest bardzo trudne. Wynika to z wielu różnorodnych objawów klinicznych oraz uwarunkowań wieloczynnikowych – wczesne uszkodzenie układu nerwowego, czynniki genetyczne, a także czynniki szkodliwe działające na matkę przed poczęciem dziecka (Borkowska 2001; Czochońska 2002; Kułakowska 2003). Fizyczne skutki mózgowego porażenia dziecięcego nie są jednorodne. Podstawowym defektem występującym w każdej postaci porażenia jest dysfunkcja narządu ruchu. Jest ona różnorodna ze względu na stopień uszkodzenia aparatu ruchowego

zarówno dużej, jak i małej motoryki (tabela 4). Stopień uszkodzenia tego narządu warunkuje późniejsze samodzielne funkcjonowanie dziecka. Od jego dysfunkcji zależy również dalszy rozwój dziecka (Zabłocki 1998).

Tabela 4. Postacie mózgowego porażenia dziecięcego a funkcjonowanie dziecka

<i>Postacie mózgowego porażenia dziecięcego</i>	<i>Charakterystyka funkcjonowania dziecka</i>
<i>spasmyczna</i>	❖ porażenie spowodowane uszkodzeniem układu piramidowego • wzmożone napięcie mięśniowe • zwiększenie odruchów ścięgien • obecność niektórych odruchów patologicznych, np. odruch Babińskiego • wybiórczy brak odruchów dowolnych (wynikających z utrwalonych przykurczów mięśniowych) • często uogólniona sztywność mięśni, uniemożliwiająca jakiegokolwiek ruchy kończyn
<i>afaktyczna</i>	❖ ten rodzaj jest wynikiem uszkodzenia układu przedsionkowo-mózdkowego • zaburzenia równowagi • niezborność ruchów • upośledzenia orientacji w położeniu ciała • brak poczucia postawy • zaburzenia koordynacji ruchów • drżenie • zaburzenia postawy chodu • obniżone napięcie mięśniowe • zaburzenie mowy o typie dysartrii • zaburzenia koordynacji wzrokowo-ruchowej
<i>ateletyczna</i>	❖ postać powstała na skutek uszkodzenia układu pozapiramidowego • mimowolne i nieskoordynowane ruchy ciała • ubóstwo ruchów dowolnych • w postaci tej wyróżnia się dwa podtypy: – hipotonię – zwiotczenie – hipertonię – wzmożone napięcie

<i>Postacie mózgowego porażenia dziecięcego</i>	<i>Charakterystyka funkcjonowania dziecka</i>
<i>porażenie kurcowe połowicze</i>	• zaburzenia czucia • porażenie kończyn jednoimiennych, tzn. kończyna górna i dolna po tej samej stronie • zaburzenia wegetatywne • zmniejszona aktywność ruchowa • osłabiona siła mięśniowa <u>w kolejnych latach życia dziecka może pojawić się:</u> • upośledzenie wzrostu porażonych kończyn • zaburzenie mowy • padaczka
<i>porażenie połowicze</i>	• niedowład kończyn górnych (w mniejszym stopniu dolnych) • często padaczka • obustronne porażenie połowicze jest najcięższą postacią mózgowego porażenia dziecięcego
<i>porażenie pyramidowe</i>	• zaburzenia napięcia mięśni • ruchy mimowolne i niezamierzone • ruchy robaczkowe prostujące palce i taneczne obszerne ruchy tułowia • pojawiają się ruchy z tzw. wyrzucaniem kończyn • w postaci dystonicznej następuje obniżenie napięcia mięśniowego <u>dotychczas u dzieci może wystąpić:</u> • niedosłuch typu odbiorczego lub głuchota • porażenie spojrzenia ku górze • zez • zaburzenia mowy o typie dyskinetycznym <u>w okresie niemowlęcym mogą pojawić się:</u> • trudności w polykaniu i ssaniu • zaburzenia rozwoju fizycznego • słaba odporność fizyczna • skłonność do infekcji • mimiczne zachowania w postaci grymasów twarzy

źródło: opracowanie własne na podstawie: Zabłocki 1998

Fizyczne skutki mózgowego porażenia dziecięcego występują jako mikrodeficyty i zaburzenia współtowarzyszące różnym postaciom porażenia (Michałowicz 1986; Wyszyńska 1987; Zabłocki 1998). U dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym mogą wystąpić również (Mazanek 1986):

- *padaczka* – związana z ciężkimi uszkodzeniami OUN;
- *zaburzenia rozwoju funkcji wzrokowych* – charakteryzujące się: ubytkami w polu widzenia, trudnościami w spostrzeganiu, zaburzeniami analizy i syntezy bodźców

wzrokowych, zezem, trudnościami w rozpoznawaniu kształtów, oczopląsem, trudnościami w ujmowaniu całości i stosunków przestrzennych;

- *zaburzenia słuchu* – powodujące: zniekształcanie odbioru słów, zaburzenia analizy i syntezy słuchowej (zły odbiór mowy, mowa często agramatyczna, ubogi słownik dziecka), upośledzenie rozwoju mowy;
- *zaburzenia mowy* – których przyczyną oprócz zaburzeń słuchu mogą być porażenia wywołujące: zaburzenia oddychania, trudności w wytwarzaniu głosu, zaburzenia artykulacyjne (ze względu na niedowład warg, języka, podniebienia), zmiany w rytmie mowy, jej melodii i akcentowaniu; niektórych dzieci z ciężką postacią dysartrii mowa może się zupełnie nie rozwinąć;
- *zaburzenia koordynacji wzrokowo – ruchowej* – których przyczyny tkwią w: upośledzeniu narządu wzroku, uszkodzeniu analizatora ruchowego czynności manipulacyjnych, opóźnieniu rozwoju kolejnych etapów chwytu dowolnego, obniżeniu poziomu graficznego;
- *zaburzenia schematu ciała* – zaburzenie to u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym związane jest z wolniejszym przebiegiem procesu lateralizacji oraz mniejszym doświadczeniem w zakresie lokomocji i manipulacji, co znacznie utrudnia wykształcenie ręki dominującej;
- *zaburzenia lateralizacji oraz lateralizacja skrzyżowana* – będąca przyczyną: trudności w nauce szkolnej, zaburzeń w pisaniu, trudności w rysowaniu oraz odtwarzaniu znaków i wzorów graficznych, wolnego tempa pisania;
- *zaburzenia orientacji przestrzennej* – powodujące: trudności w nauce szkolnej (nieprawidłowe odwzorowywanie figur, układów przestrzennych i liter) wpływające na zaburzenia myślenia i zachowania oraz trudności w opanowaniu nawyków higienicznych – słaba kontrola zwieraczy (mimo-wolne moczenie się i zanieczyszczanie).

U dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym można zauważyć tzw. psychospołeczne skutki porażenia, z których wynikają zaburzenia w sferze emocjonalnej. Nie u wszystkich dzieci są one widoczne, u niektórych ledwo zauważalne, u innych w dużej mierze decydują o funkcjonowaniu.

Poza klinicznymi objawami mózgowego porażenia dziecięcego spowodowanego zaburzeniami ośrodkowego neuronu ruchowego wraz z dodatkowymi zaburzeniami występują również objawy psychiczne. Ignatowicz (1986: 146-147) zaznacza, że *obraz kliniczny zaburzeń w mózgowym porażeniu dziecięcym zależy nie tylko od rozległości i lokalizacji uszkodzenia OUN, ale także od nieprawidłowości oddziaływań środowiska i od bieżących konfliktów emocjonalnych dziecka. Jest on zróżnicowany w poszczególnych przedziałach wiekowych*. Objawy psychiczne występujące w mózgowym porażeniu dziecięcym można uznać za jego psychospołeczne skutki, wśród których wyróżniamy pierwotne i wtórne:

- zaburzenia rozwoju psychoruchowego;
- zaburzenia emocjonalne;
- zaburzenia adaptacyjne;
- specyficzne odchylenia od normy;
- zaburzenia zachowania i nieprawidłowy rozwój osobowości;
- zaburzenia emocjonalne;
- zespoły psychotyczne.

Fizyczne i psychospołeczne skutki mózgowego porażenia dziecięcego występują w różnym stopniu i nasileniu. Znajomość tych skutków staje się podstawą do rozpoczęcia wieloprofilowego usprawniania, które powinno być podjęte tak szybko jak tylko jest to możliwe, ponieważ czas, tempo oraz metody warunkują skuteczność działań terapeutycznych (Borkowska 2000; Jegler 2003; Mihilewicz 2005).

Jedną z metod wieloprofilowego usprawniania dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym jest kinezyterapia, czyli leczenie ruchem. Dega (1983) rodzaje ćwiczeń kinezyterapii (tabela 5) dzieli w zależności od ich wpływu na organizm, na ćwiczenia miejscowe – odcinkowe i ogólnorozwijające.

Tabela 5. Podział ćwiczeń w kinezyterapii

<i>Rodzaje ćwiczeń kinezyterapii</i>	<i>Charakterystyka</i>
<i>miejscowo-odcinkowe</i>	• ćwiczenia bierno • ćwiczenia czynno-bierne • ćwiczenia samowspomagane • ćwiczenia w ociążeniu • ćwiczenia czynne • ćwiczenia z oporem • ćwiczenia prowadzone • redresje (usuwanie przykurczów stawowych) • wyciągi • ćwiczenia synergistyczne • ćwiczenia oddechowe • ćwiczenia relaksacyjne • pionizacja i nauka chodzenia
<i>ogólno- usprawniające</i>	• ćwiczenia nieobjętych chorobą części ciała • ćwiczenia ogólnokondycyjne • ćwiczenia gimnastyki porannej • ćwiczenia w wodzie • sport inwalidów

źródło: opracowanie własne na podstawie Dega 1983: 30

W kinezyterapii eliminowanie zaburzeń można osiągnąć dzięki stopniowemu wycofywaniu przetrwałych, patologicznych odruchów właściwych dla danego etapu rozwojowego. Zajęcia z kinezyterapii mają korzystny wpływ na cały organizm. Oddziałują na odpowiednie sfery rozwoju (Derulska 1989):

- ruchowo-kontrolną postawy i lokomocji;
- adaptację do otoczenia – koordynacja wzrokowo-ruchowo-czuciowo-słuchowa;
- intelektualną i emocjonalno-osobowościową – kontakt i rozwój mowy.

Do najczęściej stosowanych metod kinezyterapeutycznych (tabela 6) należą: NDT Bobath, metoda Vojty, metoda Glena Domana, przy czym ta ostatnia pełni rolę metody wspomagającej.

Tabela 6. Wybrane metody kinezyterapii

<i>Metody</i>	<i>Charakterystyka</i>
<i>metoda NDT Bobath</i>	Metoda o charakterze neurorozwojowym. Zapobiega spastyczności i atetozie. Zasadniczym jej celem jest uzyskanie przez jednostkę możliwie maksymalnej samodzielności ruchowej. Metoda ta umożliwia: • ocenę wzorca ruchowego dziecka • ocenę występowania nieprawidłowych reakcji odruchowych Wyróżnia się trzy sfery wspomagania: 1. technika wspomagania przez głowę – terapeuta kieruje głową dziecka tak, by ciało podążało za jej ruchem 2. wspomaganie za obręcz kończyny górnej, tzw. „wspomaganie za barki” – przy odpowiednio ustawionych barkach oczekuje się danego ruchu głowy oraz kończyn górnych i dolnych 3. wspomaganie za obręcz kończyn dolnych – wyzwala oczekiwany ruch głowy i kończyn dolnych Działania wspomagające: • kompresja – stosowanie docisku powierzchni stawowych dla ułatwienia wyprostu i utrzymania pozycji • trakcja – odsunięcie od siebie powierzchni stawowych, aktywizacja zginaczy, ułatwienie wykonania ruchu • umiejscowienie – zatrzymanie ruchu i utrzymanie pozycji w dowolnym momencie, trening świadomej kontroli ruchu • oklepywanie – o działaniu hamującym lub pobudzającym • głaskanie, wstrząsanie i wibracje – ułatwiają rozluźnienie nadmiernie napiętych grup mięśniowych

Metody	Charakterystyka
<i>metoda Vojty</i>	• metoda usprawniania (rehabilitacji) dzieci • założenie metody. torowanie, pobudzanie pól koordynacji OUN w celu utrwalenia prawidłowego ruchu • w technikach metody pojawia się stabilizacja takich ułożeń dziecka, która pozwala, by w trakcie ćwiczeń poszczególne kończyna lub głowa pozostawała wolna, wykonując oczekiwany ruch • w czasie zajęć z dzieckiem stosuje się różnego rodzaju uciski i opory, żeby uzyskać odpowiednie ruchy • metoda stosowana jest przez rodzica (najczęściej mamę dziecka) 3-4 razy w ciągu dnia. Rodzic jest uczony przez fizjoterapeutę (rehabilitanta z certyfikatem), jak wykonywać wszystkie elementy terapii na tyle precyzyjnie, aby mógł samodzielnie wykonywać ją w domu • za zakończenie usprawniania przyjmuje się osiągnięcie przez dziecko prawidłowego pełzania i początek prawidłowego czworakowania
<i>metoda Domana</i>	• badacz wychodzi z założenia, że niezbędne do pełnego funkcjonowania istoty ludzkiej są: wzrok, słuch, dotyk, ruch, mowa oraz sprawność rąk • metoda zakłada wczesne usprawnianie dzieci • usprawnianie ma doprowadzić do tego, by nieuszkodzona część mózgu przejęła zadania jego uszkodzonej części • metodę Domana wyróżnia podział na cztery bloki rozwojowe, w ramach których dokonuje się usprawnienie: 1. <i>blok rozwoju fizjologicznego</i> – zalecane jest spożywanie dużej ilości witamin 2. <i>blok rozwoju intelektualnego</i> – zmierzanie do ciągłego doskonalenia intelektu, dzięki przekazowi „bitów inteligencji” 3. <i>blok rozwoju społecznego</i> – przygotowyjący do życia w społeczeństwie poprzez podawanie zasad i norm współżycia społecznego i troskę o rozwój emocjonalny 4. <i>blok rozwoju fizycznego</i> – zakładający osiąganie doskonałości fizycznej za pomocą pełzania, raczkowania, poprawnego chodzenia, ćwiczeń gimnastycznych

źródło: opracowanie własne na podstawie: Nawrotny 1981: 74; Lubicz-Rudnicka 1986: 210-211; Pennock 1992: 87; Kaczmarek 1994: 160; Zablocki 1998: 51; www.vojta.com.pl

Metody kinezyterapeutyczne są bardzo efektywnymi, specjalistycznymi sposobami aplikowania ruchu, często rozbudowanymi o część diagnostyczną. Korzystają ze specyficznych technik, a stworzone są w oparciu o najnowszą wiedzę z zakresu anatomii, fizjologii, biomechaniki. Opracowano je w celu usuwania określonych dysfunkcji.

Charakterystyka zaburzeń mowy u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym

Mowa jest istotnym składnikiem procesu komunikowania się. Służy do nawiązywania kontaktów społecznych, zdobywania wiedzy o otaczającym świecie oraz jest niezbędna do zdobywania nowych doświadczeń w rozwoju osobowym.

Mózgowe porażenie dziecięce, w 50% przypadków, sprzężone jest z zaburzeniami mowy spowodowanymi przede wszystkim uszkodzeniami określonych ogniw ruchowych aparatu artykulacyjnego. Stopień nasilenia tych zaburzeń jest różny i jest następstwem uszkodzenia ośrodkowego neuronu ruchowego, w wyniku czego dochodzi do zaburzenia napięcia mięśni twarzy, podniebienia miękkiego, gardła, krtani i języka. To utrudnia rozwój prawidłowego ssania i powoduje trudności w połykaniu, a potem gryzieniu i żuciu. Dzieci te mają problemy z wytwarzaniem głosu, występują u nich zaburzenia artykulacyjne spowodowane często niedowładem warg, języka, podniebienia, zmiany w rytmie mowy, jej melodii, akcentowaniu. Według Kułakowskiej (1997) rozwój mowy dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym zależy od poziomu umysłowego dziecka oraz postaci klinicznej porażenia. Do czynników wywołujących zaburzenia mowy u dzieci z porażeniem zalicza się:

- opóźnienie umysłowe z okołoporodowym uszkodzeniem mózgu (75% przypadków);
- zaburzenia słuchu (występują u 25% dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym w normie intelektualnej, wskaźnik ten wzrasta wraz ze wzrostem stopnia opóźnienia umysłowego);
- zaburzenia ruchowe zależne od lokalizacji uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego. Wśród tych zaburzeń można wyróżnić pewne specyficzne lokalizacje:
 - *lokalizację specyficzną* odpowiedzialną za mechanizm mowy (u dzieci spastycznych zaburzenia mowy mają związek z zaburzeniami napięcia mięśniowego w zakresie jamy ustnej, języka i krtani, co prowadzi zawsze do zwolnienia wypowiedzania i do dyzartrii);
 - *lokalizację związaną ze strukturami asocjacyjnymi*, które są odpowiedzialne za prakcję² i gnozę³; zaburzenie to polega na braku poczucia „schematu ciała” w obrębie twarzy i jamy ustnej, przejawia się nieadekwatnością schematów ruchów związanych z mową, powoduje trudności integracji żucia i organizacji ruchu;
- czynniki psychiczne i emocjonalne (np. brak stymulacji mowy, odrzucające zachowania rodziców, niecierpliwość, ograniczanie kontaktów werbalnych).

² zdolność wykonywania złożonych ruchów celowych

³ zdolność do rozpoznawania kształtów, wielkości, temperatury danych przedmiotów, u niewidomych tzw. *widzenie ręczne*

Mowa dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym jest monotonna, a jej tempo mniej lub bardziej zwolnione (bradylalia) – w znacznym stopniu taki stan zależy od sprawności ruchowej mięśni narządów mowy. U dzieci tych obserwuje się (Obrębowski i Woźnica 1997): agnozę akustyczną, dyslalię centralną, opóźniony rozwój mowy, jąkanie organiczne, dysgramatyzmy, zaburzenia prozodii mowy (monotonia, monodynamia i bradylalia), poza tym zaburzeniom mowy towarzyszą zaburzenia połykania (dysfagia), głosu (afonia) i żucia.

U dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym można zauważyć także trudności w nadawaniu mowy:

- zniekształcanie wyrazów spowodowane opuszczaniem lub dodawaniem głosek;
- nieprawidłowe używanie form gramatycznych;
- zaburzenia rozumienia mowy;
- zaburzenia ekspresji słownej;
- mały zasób słów – przeważnie u dzieci z niedowładem połowicznym lewostronnym;
- nieprawidłowa motoryka narządów mowy, zaburzenia sensu słów, ubogi słownik – u dzieci z niedowładem połowicznym prawostronnym;
- zaburzenia ekspresji słownej i stosunkowo niski zasób słów – niezależnie od strony porażenia;
- zaburzenia artykulacji – obserwowane najczęściej u dzieci z pozapiramidową postacią mózgowego porażenia dziecięcego, znacznie rzadziej u dzieci z niedowładem obu kończyn dolnych;
- głębokie zaburzenia mowy, a nawet jej brak – u dzieci z postacią niedowładu trój- i cztero kończynowego.

U części dzieci występuje mowa skandowana, dysartyczna, u niektórych mowa może się w ogóle nie rozwinąć (ciężka postać dysartrii). Zauważa się także zaburzenia mowy o typie dyskinetycznym⁴.

Dziecko z mózgowym porażeniem dziecięcym – analiza przypadku

Szymon, lat 4

Szymon urodził się w 39. tygodniu ciąży siłami natury. Wążył 4320 g, mierzył 57 cm. W skali Apgar otrzymał 9 punktów (napiecie mięśni oceniono na 1 punkt). W drugiej dobie życia wystąpiła żółtaczka fizjologiczna, a maksymalne stężenie bilirubiny w czwartej dobie wyniosło 22,8 mg. Z tego powodu zastosowano transfuzję wymienną. U chłopca stwierdzono niestabilny poziom glukozy we krwi, występowanie bezdechów i zwolnienia czynności

⁴ mimowolne ruchy, szarpane lub powolne, często następujące po sobie wg stałego wzoru. Dyskinezą są np.: tiki (powtarzające się, kurczowe ruchy części twarzy lub ciała, powstające na tle napięcia emocjonalnego, mimowolne ruchy warg, wysuwanie i chowanie języka)

serca poniżej 80 uderzeń na minutę. W 29. dobie życia u dziecka pojawiły się drgawki – hiperinsulinizm.

Lekarz neurolog dziecięcy postawił diagnozę – mózgowe porażenie dziecięce i zalecił kompleksowe usprawnianie pod okiem rehabilitanta, psychologa oraz logopedy. W wyniku systematycznych ćwiczeń chłopiec zaczął stawiać pierwsze samodzielne kroki po ukończeniu drugiego roku życia. Chętnie bawi się różnymi zabawkami. Jego ulubione – to wszelkiego rodzaju pojazdy i książki. Potrafi bardzo długo oglądać ilustracje w kolorowych czasopismach. Jest bardzo spostrzegawczy – dostrzega nawet niewielkie zdjęcie samochodu czy innego interesującego obiektu. W czasie oglądania często woła mamę i pokazuje jej ciekawe obrazki. Wskazuje je palcem i nazywa.

Chłopiec ma w znacznym stopniu opóźniony rozwój mowy oraz mało sprawny aparat artykulacyjny i zaburzony analizator ruchowy. Szymon ma trudności z połykaniem, ślini się. Język, wargi i mięśnie okrężne są mało sprawne. W związku z tym występują duże trudności dotyczące wykonywania wielu ćwiczeń logopedycznych.

Adaś, lat 10

Chłopiec donoszony, urodzony w 40. tygodniu ciąży, ważył 3800g, mierzył 57cm. W czasie ciąży u matki stwierdzono wysokie ciśnienie tętnicze. Płód rozwijał się prawidłowo. W 39. tygodniu ciąży zaczęła się akcja porodowa, która ustala po przyjeździe do szpitala. Lekarze odesłali matkę do domu. Po tygodniu kolejna akcja porodowa, w czasie której zaczęło zanikać tętno płodu. Po dwóch godzinach nastąpił poród przez cesarskie ciecie.

U chłopca stwierdzono niedolenienie, problemy z krążeniem. Chłopiec był wentylowany. Nastąpiło u niego mózgowe porażenie dziecięce czterokończynowe z częstymi napadami padaczkowymi o różnym nasileniu i różnymi objawami. U Adasia występuje również 80% ubytek wzroku, upośledzenie umysłowe oraz silne napięcie mięśniowe. Większą część dnia spędza w pozycji leżącej. Nie sygnalizuje potrzeb fizjologicznych. Występują problemy z oddychaniem oraz duży ślinotok, zaburzenia odruchu ssania i zucia. Emocjonalnie jest silnie związany z osobami bliskimi – matką, ojcem i dwoma braćmi, a także z nauczycielami prowadzącymi terapię chłopca w domu. Nie potrafi utrzymać głowy w pionie, nie przewraca się samodzielnie na bok. O swoich emocjach informuje grymasem twarzy. Wydaje nieartykułowane dźwięki.

Darek, lat 8

Darek urodził się jako wcześniak, jest drugim dzieckiem w rodzinie. W czasie ciąży matka była hospitalizowana i zażywała leki. Chłopiec urodził się siłami natury, ważył 2300g. Stan ogólny po urodzeniu – dobry. W trzecim miesiącu życia chłopiec doznał urazu czaszki i kręgosłupa. W trakcie urazu chłopiec nie stracił przytomności, ale był apatyczny, w czasie badania utrzymywało się pogotowie drgawkowe. Ujawniły się objawy oponowe w postaci sztywności karku, asymetria szpar powiekowych i stopotrząś⁵.

⁵ rytmiczne, mimowolne ruchy stopy wywoływane jej biernym zgięciem grzbietowym z przytrzymaniem w tej pozycji; jest to jeden z objawów piramidowego porażenia mózgowego

Diagnoza medyczna: mózgowe porażenie dziecięce spastyczne, obustronny niedowład kurczowy.

Chłopiec ma nie dość sprawne kończyny górne, co wpływa na wolniejsze tempo pisanja. Pomimo rehabilitacji ruchowej spastyczność jest tak duża, że nie pozwala Darkowi na samodzielne chodzenie – chłopiec jeździ na wózku inwalidzkim.

Obserwacja logopedyczna narządów artykulacyjnych chłopca wykazuje porażenie mięśni okrężnych warg, mięśni podjęzykowych, występuje również akromegalia języka i wzmożony ślinotok.

Na potrzeby tekstu imiona dzieci zostały zmienione.

Postępowanie logopedyczne z uwzględnieniem diagnozy i terapii dziecka z mózgowym porażeniem dziecięcym.

Usprawnianie stanowi zasadniczy element kompleksowej rehabilitacji dziecka z mózgowym porażeniem dziecięcym i *polega na wielokierunkowej stymulacji wszystkich zaburzonych sfer rozwojowych* (Grossman 1986: 119). Jest działaniem prowadzącym do osiągnięcia jak największej samodzielności w zakresie zarówno aktywności fizycznej, społecznej, jak i zawodowej. Plan usprawniania powinien mieć wieloprofilowy charakter i być realizowany przez zespół specjalistów: lekarzy, fizjoterapeutów, psychologów, pedagogów, logopedów, a przede wszystkim przez rodzinę dziecka, która w tych działaniach jest najważniejsza.

Ważnym elementem terapii dziecka z mózgowym porażeniem dziecięcym jest diagnoza logopedyczna, która – ze względu na złożoność problemu – jest bardzo trudna i powinna obejmować takie sfery jak (Mirecka 2008: 237):

- szczegółowy wywiad z rodzicami (głównie z matką);
- badanie motoryki narządów artykulacyjnych;
- prozodię mowy;
- fonację;
- oddychanie;
- artykulację;
- obserwację dziecka.

Powinna być także poprzedzona wykonaniem diagnozy funkcjonalnej (wielospecjalistycznej). Wskazuje ona, na jakim poziomie rozwoju psychoruchowego znajduje się dziecko, ukazuje zaburzenia integracji sensorycznej, dojrzałość społeczną. Określa stopień opanowania określonych czynności i umiejętności, stopień rozwoju psychoruchowego dziecka, a także sferę najbliższego rozwoju. Do najbardziej znanych testów diagnostycznych, dzięki którym możemy uzyskać jak najwięcej informacji o rozwoju dziecka i jego funkcjonowaniu, należą:

- Profil Psychoedukacyjny PEP – R, AAPEP Schoplera;
- Bilans rozwoju psychomotorycznego według modelu francuskiego;
- Skala Brunet-Lezine;
- Dziecięca Skala Rozwojowa (DSR)
- Test Integracji Sensorycznej;
- Testy inteligencji (skala Stanforda-Bineta, skala Termana-Merrill, test Columbia; Wechslera, Skala Inteligencji dla Małych Dzieci Psyche Cattell)
- Monachijska Funkcjonalna Diagnostyka Rozwojowa (MFED);
- Skala dojrzałości Dolla;
- Inwentarz do oceny postępu rozwoju społecznego Gunzburga (PAC, PAS, PPAC).

Diagnostując dziecko z mózgowym porażeniem dziecięcym musimy mieć na uwadze ograniczenia, jakie wynikają z uszkodzeń ośrodkowego układu nerwowego, rodzaju porażenia i czynników współwystępujących, których nie można pominąć, analizując stan i sprawność narządów artykulacyjnych, oddechowych, fonacyjnych, odbiór bodźców słuchowych i wzrokowych. Dlatego bardzo istotna jest analiza wyników badań specjalistycznych (Mirecka 2008: 237):

- *lekarskich – głównie neurologicznych (stan układu nerwowego, schorzenia neurologiczne), ale także foniatrycznych (stan i funkcjonowanie wędzideł głosowych, mięśni pierścienia zwierającego gardło) i audiologicznych (w przypadku podejrzenia uszkodzeń narządu słuchu);*
- *psychologicznych (ocena funkcji poznawczych) – szczególnie dla potrzeb diagnozy różnicowej oraz w sytuacji decyzji dotyczącej wprowadzenia alternatywnego systemu porozumiewania się.*

Zgodnie ze standardami logopedycznymi opracowanymi przez Polskie Towarzystwo Logopedyczne opis przypadku powinien zawierać następujące informacje dotyczące oceny (Mirecka 2008: 238):

- stopnia zrozumienia wymowy;
- poprawności artykulacji;
- rezonansu;
- prozodii (tempo i rytm mówienia, intonacja, akcent);
- fonacji (nastawienie, jakość, natężenie i wysokość głosu);
- oddychania (tor oddechowy, rytm oddychania, długość wydechu);
- synchronizacji oddechowo-fonacyjno-artykulacyjnej;
- motoryki narządów artykulacyjnych (ruchy izolowane i naprzemienne);
- samooceny pacjenta odnośnie do jego mówienia i porozumiewania się;
- współwystępujących zaburzeń mowy.

W rozpoznaniu należy określić głębokość trudności komunikacyjnych, a także uwzględnić wyniki badań neurologicznych, wskazujących na lokalizację uszkodzenia układu nerwowego oraz rodzaj schorzenia neurologicznego (Eberhardt i Mikiel 1997; Gustaw, Mirecka 2000, 2001, 2005; Jastrzębowska 2003).

Terapia dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym jest postępowaniem prowadzonym od możliwie najwcześniejszego okresu życia. Obejmuje problemy całościowo – zarówno od strony fizycznej, jak i psychicznej. W prawidłowym procesie terapii bardzo ważne jest wczesne rozpoznanie i rozpoczęcie działań związanych z wieloprofilowym usprawnianiem, będącym procesem długotrwałym, systematycznym i konsekwentnym (Stecko 2001). Kompleksowy program terapii musi być dostosowany do możliwości, indywidualnych potrzeb oraz problemów dziecka na danym etapie rozwoju. Tak skonstruowany program pozwoli na wszechstronny rozwój zarówno fizyczny, intelektualny, jak i emocjonalno – społeczny dziecka. Jednak koniecznym warunkiem efektywności podjętych działań terapeutycznych jest współpraca rodziny oraz zespołu specjalistów, w skład którego wchodzi: lekarz neurolog i specjalista rehabilitacji, rehabilitant, fizjoterapeuta, logopeda, ortopeda, psycholog, pedagog, terapeuta zajęciowy, nauczyciel, pielęgniarka – opiekunka, wolontariusze.

Głównym celem terapii powinna być poprawa zrozumiałości wypowiedzi (w przypadku osób mówiących) lub rozwinięcie takiej komunikacji alternatywnej, która umożliwi budowanie wypowiedzi w przypadku osób niemówiących. Taki stan można osiągnąć stosując następujące cele szczegółowe (Mirecka 2003: 329):

- usprawnianie narządów artykulacyjnych;
- rozwój sfery kinestetyczno-dotykowej aparatu mowy;
- poprawę funkcji oddechowych;
- poprawę fonacji;
- kontrolę rezonansu nosowego;
- poprawę synchronizacji oddechowo-fonacyjno-artykulacyjnej;
- polepszenie poziomu prozodycznego wypowiedzi;
- poprawę artykulacji;
- obniżenie nadmiernego napięcia psychoruchowego;
- kontrolę kinezyki;
- naukę połykania, ssania, żucia;
- rozwinięcie komunikacji alternatywnej (w przypadku osób niemówiących).

Określenie celów szczegółowych w dużej mierze zależy od wskazanych w rozpoznaniu logopedycznym dysfunkcji.

Terapia logopedyczna obejmuje dwa obszary oddziaływań:

1. usprawnianie aparatu artykulacyjnego potrzebnego do zdobywania umiejętności posługiwania się mową;
2. stymulację rozwoju mowy potrzebnej do nauki dziecka oraz systemu porozumiewania się językowo-słownego lub form komunikacji alternatywnej.

Usprawnianie logopedyczne należy rozpocząć jak najwcześniej. Jeżeli to tylko możliwe, już od pierwszych dni życia dziecka. Ćwiczenia aparatu artykulacyjnego traktowane są jako wprowadzenie do usprawniania. W tej grupie ćwiczeń należy wymienić te, które dotyczą umiejętności ssania, połykania, żucia, z koordynacją ruchową języka i warg oraz łączenie ich z nauką karmienia. Gimnastykę aparatu mowy rozpoczynamy od ćwiczeń najprostszych, stopniowo zwiększając ich trudność. Wykorzystujemy naturalne sytuacje (np. ziewanie, zlizywanie resztek pokarmów z talerzyka, dmuchanie na gorącą zupę). Ćwiczenia prowadzimy w formie zabawowej i dostosowujemy do możliwości dziecka. Stecko (1998) wymienia trzy rodzaje ćwiczeń:

1. *ćwiczenia bierne* – polegające na masażu całego aparatu artykulacyjnego (masaż policzków, warg, języka, podniebienia miękkiego i twardego, dziąseł), wykonywanego kilkakrotnie w ciągu całego dnia, co znacznie poprawia nie tylko sprawność motoryczną, ale obniża też wrażliwość błon śluzowych; Królać (1985) podkreśla, że masaż podniebienia jest najskuteczniejszy wtedy, kiedy uzyska się odruch wymiotny;
2. *ćwiczenia wspomagające* – mające na celu łączenie masażu z ruchem wykonywanym w sposób świadomy;
3. *ćwiczenia czynne* – które przede wszystkim mają zapewnić możliwość wykonywania danego ruchu.

W przypadku niemowląt i małych dzieci, u których występuje ryzyko mózgowego porażenia dziecięcego, ważne jest wczesne rozpoczęcie stymulacji i korekcji mowy, a także funkcji z nią związanych. Pracę z małym dzieckiem (ze względu na brak możliwości wykorzystania naśladownictwa) rozpoczynamy od ćwiczeń biernych, które możemy wykonywać niezależnie od woli i udziału dziecka. Są to masaże wszystkich dostępnych części aparatu artykulacyjnego, a więc: policzków, żuchwy, okolic przetyku, warg, języka, dziąseł, podniebienia twardego i miękkiego, a także masaże całego ciała.

Dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym, w szczególności z atetozą⁶, mają zaburzony oddech powierzchowny (występuje krótka faza wydechu, natomiast zaburzenia czynności mięśni oddechowych i brzucha utrudniają mówienie) oraz tor oddychania. W takich przypadkach pracujemy nad: pogłębieniem oddechu,

⁶ zaburzenie czynności układu nerwowego polegające na powolnych, nierytmicznych, mimowolnych ruchach; dotyczy głównie kończyn górnych (zwłaszcza palców)

wydłużeniem fazy wydechowej, nauki wstrzymywania zaczerpniętego powietrza, wydychaniem oraz wstrzymywaniem rytmu oddechowego (Królak 1985).

W związku z trudnościami dotyczącymi wykształcenia mowy dźwiękowej u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym, czasami jedyną formą komunikacji stają się systemy komunikacji alternatywnej AAC. W zależności od możliwości psychofizycznych dziecka i od jego poziomu intelektualnego, do najczęściej stosowanych metod AAC, które można wykorzystać w pracy z dzieckiem z mózgowym porażeniem (tabela 7), zalicza się:

Tabela 7. Metody komunikacji alternatywnej stosowane w pracy z dzieckiem z mózgowym porażeniem

<i>Metody komunikacji alternatywnej</i>	<i>Charakterystyka</i>
<i>metoda Blissa</i>	• system porozumiewania się, w którym słowa przedstawione są za pomocą rysunków • rysunki to graficzne znaczenie (treść, sens) danego słowa • umożliwia nazywanie konkretnych przedmiotów, a także pojęć abstrakcyjnych, np. uczuć • metoda przeznaczona w szczególności dla osób z uszkodzeniem OUN z dużą spastycznością, trudnościami w oddychaniu • każdy użytkownik tego systemu posiada tablicę Blissa, która jest dostosowana do jego indywidualnych potrzeb i umiejętności
<i>metoda gestykulacji tak-nie</i>	• stanowi pierwotną podstawę całej komunikacji • pomaga opanować „chaos informacyjny” i „szum słowny” • opiera się na naturalnych i zrozumiałych gestach: kiwanie głową; gest ręką – przeniesiony z niemieckiego języka migowego • w ramach tej metody dopuszcza się inne sposoby potwierdzania lub zaprzeczania
<i>fotogramy</i>	• graficzna metoda komunikacji przeznaczona dla dzieci z głębokimi deficytami rozwojowymi • fotogramy – są to fotografie z podpisami lub bez • przedstawiają elementy środowiska, w jakim funkcjonuje dziecko • w pracy z fotogramami należy ograniczać ich liczbę do niezbędnego minimum
<i>piktogramy – PIC</i>	• stanowią jeden z najprostszych i najefektywniejszych sposobów komunikowania się z osobami mającymi problemy z porozumiewaniem się • wykorzystuje się je również jako znak przestrzenno-dotykowy

<i>Metody komunikacji alternatywnej</i>	<i>Charakterystyka</i>
<i>Makaton</i>	zakłada możliwość używania wszystkich dostępnych kanałów komunikacyjnych (dostosowanych do potrzeb): gesty, symbole graficzne, postawa ciała, kontakt wzrokowy
<i>Gesty naturalne</i>	stanowią naturalny, bardzo łatwy sposób porozumiewania się – dopełniają mowę werbalną, sprawiają, że jest ona bardziej wyrazista i emocjonalna
<i>system gestów Coghmo</i>	- gesty są proste, nie wymagają precyzyjnych ruchów, są łatwe do zapamiętania, opierają się w dużej mierze na gestach naturalnych – najprościej uczy się ich w piosenkach, inscenizacjach ruchowych, utrwalając je w zaaranżowanych sytuacjach - są zgodne z prawidłowym wzorcem ruchowym dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym – stąd stanowią doskonałe ćwiczenia rąk oraz nie utrwalają nieprawidłowych wzorców ruchowych - system otwarty – można do niego włączać nowe gesty charakterystyczne dla konkretnego użytkownika systemu

źródło: opracowanie własne na podstawie: Kaczmarek 2008; Podeszewka-Matejko 2008; Smyczek 2008

Ze względu na trudności psychofizyczne dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym postać graficzna znaków powinna mieć charakter przestrzenny. Wybranie odpowiedniej metody AAC uwarunkowane jest indywidualnymi potrzebami i preferencjami dziecka. Symbole graficzne komunikacji alternatywnej stanowią graficzną reprezentację pojęcia. Można je wykorzystywać w postaci książeczek komunikacyjnych, indywidualnych i grupowych tablic komunikacyjnych, instrukcji, słowników, planów dnia.

Należy pamiętać, że nie istnieje jedna – skuteczna dla wszystkich dzieci – terapia, dlatego właśnie ćwiczenia i techniki powinny być wybierane ze wszystkich znanych metod usprawniania – logopedycznego, pedagogicznego, ruchowego i neuropsychologicznego.

Na zakończenie przedstawiono *Dekalog – 10 zasad*, które należy brać pod uwagę rozpatrując problemy dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym (Łosiowski 1997: 14):

1. mózgowe porażenie dziecięce nie jest jednorodnym zespołem klinicznym;
2. przyczyna mózgowego porażenia dziecięcego – to uszkodzenie niedojrzałego mózgu w okresie ciąży, porodu;
3. poprawa opieki perinatalnej nie wpływa na częstość występowania mózgowego porażenia dziecięcego;
4. wcześniactwo jest najistotniejszym, a uraz okołoporodowy lub zamartwica rzadkim czynnikiem zagrożenia mózgowym porażeniem dziecięcym;

5. żaden z płodowych i okołoporodowych czynników zagrożenia nie przesądza o wystąpieniu mózgowego porażenia dziecięcego u dziecka;
6. objawy mózgowego porażenia dziecięcego stwierdza się rzadko bezpośrednio po urodzeniu – ujawniają się one stopniowo w miarę rozwoju niemowlęcia;
7. oceną neurorozwojową powinny być objęte wszystkie niemowlęta, a nie tylko te z czynnikami zagrożenia;
8. ocena neurorozwojowa stwierdzająca nieprawidłowości stanowi bezwzględne wskazanie do wdrożenia usprawniania, a nie upoważnia do rozpoznawania mózgowego porażenia dziecięcego;
9. wieloprofilowe usprawnianie, a nie leczenie farmakologiczne lub operacyjne stanowi istotną pomoc dziecku z mózgowym porażeniem dziecięcym;
10. żadna metoda nie zapewnia każdemu dziecku wyleczenia; wszystkie mogą być pomocne.

Bibliografia

- Baran J. (1991a): *Terapia zabawą, czyli usprawnianie psychoruchowe dziecka z zespołem mózgowego porażenia dziecięcego*, Centralny Ośrodek Metodyczny Poradnictwa Wychowawczo-Zawodowego MOiW, Warszawa.
- Baran J. (1991b): *Zestaw pomocy do podręcznika terapia zabawą, czyli usprawnianie psychoruchowe dziecka z zespołem mózgowego porażenia dziecięcego*, Centralny Ośrodek Metodyczny Poradnictwa Wychowawczo-Zawodowego MOiW, Warszawa.
- Bogucka J. (1997): *Dzieci z porażeniem mózgowym*, Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej Ministerstwa Edukacji Narodowej, Warszawa.
- Borkowska M. (red.) (1989): *ABC rehabilitacji dzieci*, cz.2, Wydawnictwo Pelikan, Warszawa.
- Czochańska J. (1987): *Neurologia dziecięca*, PZWL, Warszawa.
- Dega W. (1983): *Ortopedia i Rehabilitacja*, PZWL, Warszawa.
- Derulśa I. (1989): *Kinezyterapia psychoruchowa*, [w:] M. Borkowska: *ABC rehabilitacji dzieci*, Pelikan, Warszawa.
- Dobrzańska A. (1996): *Przyczyny i patomechanizm uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego w okresie ciąży-okołoporodowym*, CZD, Warszawa.
- Gasińska M. (2003): *Mózgowe porażenie dziecięce*, *Światło i Cienie* nr 3/2003, Kraków.
- Kaczmarek B. B. (2008): *Teoretyczne i praktyczne podstawy metody Makaton*, [w:] J. J. Błęszyński (red): *Alternatywne i wspomagające metody komunikacji*, Wydawnictwo IMPULS, Kraków.

- Kaczmarek B. (1994): *Metoda Glenna Domana w stymulacji rozwoju dziecka z uszkodzeniami mózgu*, Szkoła Specjalna nr 3.
- Kwolak A. (red.) (2003): *Rehabilitacja medyczna*. Urban & Partner, Warszawa.
- Kułał W., Sobaniec W.: *Mózgowe porażenie dziecięce – standardy postępowania*. www.inmed.pl
- Kułałowska Z. (2003): *Wczesne uszkodzenia dojrzewającego mózgu. Od neurofizjologii do rehabilitacji*, Wydawnictwo Folium, Lublin.
- Lubicz-Rudnicka Z. (1981): *Kinezyterapia*, [w:] Michałowicz R.: *Mózgowe porażenie dziecięce*, PZWL, Warszawa.
- Łosiowski Z. (red.) (1997): *Dziecko niepełnosprawne ruchowo. Wybrane zaburzenia neurorozwojowe i zespoły neurologiczne, cz. I*, WSiP, Warszawa.
- Łosiowski Z., Serejski J. (red.) (1985): *Mózgowe porażenie dziecięce*, Towarzystwo Przyjaciół Dzieci – Zespół Badań nad Zaburzeniami Nerwowo – Ruchowymi i Profilaktyką, Warszawa.
- Mazanek E. (2003): *Mózgowe porażenie dziecięce: problemy psychologiczno – pedagogiczne*, Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej, Warszawa.
- Mihilewicz S. (2005): *Diagnoza oraz rehabilitacja dziecka z zespołem mózgowego porażenia dziecięcego (MPD) z głębokim uszkodzeniem słuchu*, [w:] Mihilewicz S.: *Psychologiczno-pedagogiczne problemy wspomagania rozwoju dzieci niepełnosprawnych*, wydanie 2, Wydawnictwo IMPULS, Kraków.
- Michałowicz R. (red.) (1993): *Dziecięce porażenie mózgowe*, PZWL, Warszawa.
- Mirecka U. (2003): *Standard postępowania logopedycznego w przypadku dyszartrii*, „Logopedia” 37, Polskie Towarzystwo Logopedyczne Zarząd Główny, Lublin.
- Nawrotny J. Krauze M. (1981): *Rehabilitacja lecznicza dzieci z chorobami układu nerwowego*. PZWL, Warszawa.
- Nowicki J. (1991): *Mała Encyklopedia Medycyny*, PWN, Warszawa.
- Obrębowski A, Woźnica B. (1997): *Zaburzenia dyszartryczne u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym*, [w:] Mierzejewska H, Przybysz-Piwkowa M. (red.): *Mózgowe porażenie dziecięce. Problemy mowy*, MDiG., Warszawa.
- Otapowicz D., Kułał., Sobaniec W. (2002): *Zaburzenia mowy u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym*, „Neurologia Dziecięca” nr 11, s. 49-58.
- Pennock K. (1992): *Ratowanie dzieci z uszkodzeniem mózgu*, Wyd. Bookinista, Toruń.
- Podeszewska – Mateńko M. (2008): *Piktogramy – istota, charakterystyka ogólna*, [w:] J. J. Błęszyński (red): *Alternatywne i wspomagające metody komunikacji*, Wydawnictwo IMPULS, Kraków.

- Smyczek A. (2008): *Zastosowanie wspomagających i alternatywnych metod komunikacji w terapii małych dzieci zagrożonych poważnymi zaburzeniami porozumiewania się*, [w:] J. J. Bleszyński (red): *Alternatywne i wspomagające metody komunikacji*, Wydawnictwo IMPULS, Kraków.
- Snela S. (2009): *Mózgowe porażenie dziecięce*, www.porazeniemozgowe.com.pl
- Sobaniec W., Kułak W., Bockowski L. i wsp. (2001): *Badania procesów uszkodzenia układu nerwowego i możliwości neuroprotekcji*, Przegląd Lekarski.
- Sołtys-Chmielowicz A. (1993): *Usprawnianie mowy u dzieci specjalnej troski*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin.
- Stecko E. (1998): *Czynności przygotowujące niemowlęcy narząd artykulacyjny do podjęcia funkcji mowy*, [w:] B. Rocławski (red): *Opieka logopedyczna od poczęcia*, Glottispol, Gdańsk.
- Tarkowski Z. (1999): *Dyzartria*, Wydawnictwo Fundacji ORATOR, Lublin.
- Wyszyńska A. (red.) (1987): *Psychologia defektologiczna*, PWN, Warszawa.
- Zabłocki K. J. (1998): *Mózgowe porażenie dziecięce w teorii i terapii*, Wydawnictwo Akademickie ŻAK, Warszawa.
- Zembaty A. (2003): *Kinezyterapia*, Wydawnictwo KASPER, Kraków.