

W świecie logopedii

Studia przypadków



Tom 2

W świecie logopedii



NR 3039

W świecie logopedii

Tom 2

Studia przypadków

pod redakcją

Katarzyny Węsierskiej i Alicji Podstolec

Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego



Katowice 2013

Redaktor serii: Językoznawstwo Polonistyczne
Bożena Witosz

Recenzent
Jadwiga Cieszyńska-Rożek

Publikacja będzie dostępna – po wyczerpaniu nakładu – w wersji internetowej:

Śląska Biblioteka Cyfrowa
www.sbc.org.pl

Spis treści

Przedmowa (<i>Aldona Skudrzyk</i>)	7
Wstęp (<i>Katarzyna Węsierska, Alicja Podstolec</i>)	9

I

Czy musimy iść do logopedy? Specjalista może pomóc...

Dominika Kot, Kamila Kuros, Anna Zając

Terapia dziecka z samoistnym opóźnionym rozwojem mowy. Studium przypadku	15
--	----

Łucja Skrzypiec, Karina Latosik, Magdalena Ławecka, Michalina Kozub, Justyna Pietnoczka

Wykorzystanie wczesnej nauki czytania w terapii opóźnionego rozwoju mowy na przykładzie trojga rodzeństwa	31
---	----

Aneta Chmiel

Czym jest gotowość komunikacyjna? Studium przypadku bliźniaczek z opóźnionym rozwojem mowy	49
--	----

Ewa Biłas-Pleszak

Studium przypadku dziecka w wieku przedszkolnym ze zdiagnozowanym rotacyzmem właściwym	73
--	----

Iwona Michalak-Widera, Agnieszka Pawlik-Pająk

Studium przypadku dziecka w młodszy wieku szkolnym z rotacyzmem właściwym	97
---	----

Natalia Moćko

Studium przypadku dwudziestoczworolatka z rotacyzmem 119

Katarzyna Węsierska

Zastosowanie *Lidcombe Program* w terapii jękającego się dziecka w wieku przedszkolnym 135

II

Czy jest z nami logopeda? Terapia w zespole

Ewa Gacka

Diagnoza i terapia logopedyczna dziecka z niesamodzielnym opóźnieniem rozwoju mowy, związanym z opóźnieniem rozwoju psychoruchowego . 159

Anna Rodacka

Terapia logopedyczna dziewczynki z rozwojową dysfazią dziecięcą . . . 175

Bogumiła Wilk

Terapia logopedyczna dziecka z zespołem Aspergera. Opis przypadku . 197

Agnieszka Beldzik, Anna Tomzik

Sposoby komunikacji sześciolatniego dziecka autystycznego. Studium przypadku 209

Alicja Podstolec

Terapia implantowanego dziecka z zaburzeniami ze spektrum autyzmu . 231

Dagmara Superson-Kosztyła, Agnieszka Kulnianin

Studium przypadku pacjentki z afazją akustyczno-amnestyczną 241

Marzena Lampart-Busse

Studium przypadku dziecka z zespołem Pallistera-Killiana 253

Agnieszka Wilk

Studium przypadku sześciolatniego chłopca niewerbalnego ze sprzężoną niepełnosprawnością 273

Przedmowa

Najczęstsza i najpopularniejsza – także wśród laików – myśl dotycząca języka i jego funkcji sprowadza się do przekonania, że jest to „podstawowe narzędzie komunikowania się ludzi”. Komunikowanie się, czyli przekazywanie własnych myśli, odczuć, przekonań (funkcja ekspresywna), przekazywanie wiadomości o otaczającym świecie (funkcja poznawcza), wpływanie na postępowanie i myślenie innych, nakłanianie ich do czegoś (funkcja impresywna), czasem po prostu nawiązywanie czy też podtrzymywanie kontaktu z rozmówcą (funkcja fatyczna), wskazywanie w sposobie mówienia na estetyczne możliwości języka, zaskakiwanie jego formą (funkcja poetycka), czy też wreszcie przekazywanie wiedzy na temat samego narzędzia, czyli form językowych (funkcja metajęzykowa). Gdy czytamy biblijne: „Twoja mowa cię zdradza”, myślimy, że niekiedy nasz sposób wypowiadania się, jakieś jego charakterystyczne elementy mówią coś o nas, w tym także mówią coś, czego nie chcielibyśmy ujawniać – pochodzenie regionalne, wykształcenie – wówczas język pełni funkcję socjolingwistyczną (prezentatywną). Gdy słyszymy: „Nie wywołuj wilka z lasu” lub: „Obyś nie powiedział tego w złą godzinę”, przywołujemy magiczną funkcję języka, jakby wierząc, że słowo ma moc sprawczą, że wypowiedziane może się stać naprawdę. Taką mocą obdarzamy je, gdy prosimy, przepraszamy, obiecujemy...

Język daje więc przede wszystkim możliwość porozumiewania się. Możemy do tego celu użyć i innych sposobów (gesty, miny, tam-tamy, dym z ogniska), ale ten językowy jest najpełniejszy, najbogatszy. Pozwala nam opisać świat zewnętrzny, ale także buduje nasz świat wewnętrzny: rozwija wrażliwość na barwę i dźwięk, na emocje i kształty... W nim formułuje się nasz system wartości i nazywa pierwsze relacje, w które czło-

wiek wchodzi, on umożliwia swobodne porozumiewanie się w grupie rówieśniczej i w rodzinie jako język bliskości i codzienności, ale też wśród obcych pozwala pokazać siebie jako człowieka myślącego, wątpliwego, dyskutującego, poszukującego... Wszechstronne więc jest to narzędzie.

Jakże rzadko myślimy o języku jako o zaporze w kontaktach z innymi. Gdy całego tego wachlarza możliwości rozwinąć nie można, gdy niezależnie od nas język nie ułatwia porozumienia, ale staje się barierą. Trudną do pokonania. Tych barier jest zresztą bardzo wiele i jakże są skomplikowane różnorodne.

Przed nami tom rozpraw skupiających się na takich właśnie trudnych sytuacjach indywidualnych, wielorako uwikłanych w różne przyczyny i rozmaite skutki. W każdym studium znajdziemy wartościową prezentację indywidualnego zmagania się z zaburzeniami i zakłóceniami rozwoju językowego, z terapeutycznymi zabiegami i próbą wdrażania nowych metod pozwalających przywracać w mniejszym lub większym stopniu tę wielorakość możliwości, jakie daje w miarę sprawne posługiwanie się mową, władanie językiem.

dr hab. prof. UŚ Aldona Skudrzyk

Wstęp

Jacek Janas-Kaszczyk i Zbigniew Tarkowski uznają studium przypadku za podstawową metodę badania klinicznego, w tym logopedycznego. Zdaniem badaczy, „w metodyce usuwania zaburzeń mowy studium przypadku może odegrać ważną rolę – przyczyniając się do uporządkowania procesu diagnostyczno-terapeutycznego”¹. Jesteśmy przekonane, że logopedia jako młoda dyscyplina naukowa do rozwoju dydaktyki potrzebuje jak najbogatszej literatury źródłowej. Przyszli terapeuci mowy potrzebują bowiem przykładów ze *świata logopedii*, które pomogą im zrozumieć zasady wykonywania tej, jakże trudnej, ale zarazem wyjątkowo fascynującej profesji. Zebrane w niniejszej książce teksty bez wątpienia umożliwią im podjęcie tego zadania. Stanie się tak również dlatego, że publikacja ta (która jest kontynuacją pierwszego tomu *W świecie logopedii...*), podobnie jak część wcześniejsza, składa się z artykułów przygotowanych przez studentów, logopedów praktyków i przedstawicieli środowisk akademickich.

Zebrane w tym tomie *W świecie logopedii...* studia przypadków prezentują szeroki przekrój zaburzeń w komunikacji językowej występujących u dzieci, młodzieży i dorosłych. Przedstawione zostały różne perspektywy badawcze i terapeutyczne, często bardzo odmienne spojrzenia na problemy logopedyczne. Wyrażamy przekonanie, że stanowi to zaletę niniejszej książki, bo ukazuje bogactwo i różnorodność *świata logopedii*, do którego zapraszamy czytelnika. Publikację przygotowaliśmy z myślą zarówno o studentach, jak i młodych adeptach logopedii.

¹ J. JANAS-KASZCZYK, Z. TARKOWSKI, 1991: *O metodologii logopedii. Wprowadzenie do badań nad teorią i metodą logopedii*. Lublin: [Polska Fundacja Zaburzeń Mowy], s. 76–77.

Żywimy jednak przekonanie, że również doświadczeni specjaliści znajdują treści dla siebie interesujące i inspirujące.

W drugim tomie *W świecie logopedii...* znalazły się między innymi artykuły, które są owocem współpracy studentów fakultetu logopedycznego z doświadczonymi terapeutami mowy. Studenci filologii polskiej podjęli nie lada wyzwanie – zdecydowali się opisać prawdziwe przypadki pacjentów prowadzonych przez logopedów praktyków. W tym celu gromadzili wiedzę o poznawanym zaburzeniu, obserwowali zajęcia terapeutyczne, niejednokrotnie szukali różnych źródeł informacji, odwiedzali swoich podopiecznych w szkołach, brali udział w zajęciach indywidualnych i grupowych, rozmawiali z rodzinami. Niektórym z nich pozwolono na aktywny współudział w terapii. Prace zaliczeniowe przygotowane na podstawie tych działań złożyły się na referaty i postery zaprezentowane na II Naukowym Seminarium Studenckim „W świecie logopedii – studia przypadków”. Młodzi badacze odnieśli prawdziwy sukces – ich starsi koledzy, logopedzi, którzy byli współautorami tych osiągnięć, nie kryli dumy ze swoich podopiecznych. Owa współpraca i jej owoce to najlepszy przykład relacji *mistrz – uczeń*. Ten tworzący się na naszych oczach wspaniały zwyczaj dzielenia się doświadczeniem oraz wiedzą dowodzi tego, że ludzie prawdziwie oddani swojej profesji nie tylko mają ogromne umiejętności pozwalające skutecznie pomagać osobom z zaburzeniami mowy, ale potrafią również dzielić się tym z młodszymi kolegami. Pozwala to mieć nadzieję, że profilaktyka i opieka logopedyczna będą zyskiwały coraz lepiej przygotowanych specjalistów. To z kolei najbardziej korzystne będzie dla wszystkich borykających się z problemami w komunikacji. Tym wspaniałym logopedom praktykom, którzy przyjęli studentów do swych gabinetów i sal terapii, należy się szacunek i uznanie².

² Redaktorki tomu pragną podziękować, przede wszystkim w imieniu seminarzystów, logopedom zaangażowanym w realizację projektu „W świecie logopedii – studia przypadków”. Podziękowania za wsparcie udzielone studentom kierowane są do Pań: mgr Magdaleny Baran, mgr Joanny Bolek, mgr Ewy Dudkiewicz, mgr Bożeny Dudy, mgr Małgorzaty Krupińskiej-Kulisy, mgr Marzeny Lampart-Busse, mgr Anny Lepiarczyk, mgr Izabeli Liguzińskiej, mgr Anny Migają, mgr Jolanty Olejnik, mgr Barbary Ostrowskiej-Nowak, mgr Wiesławy Połomskiej, mgr Katarzyny Robakowskiej-Ploch, mgr Bożeny Rzeczkowskiej, mgr Łucji Skrzypiec, mgr Teresy Słowik, mgr Moniki Sobańskiej, mgr Joanny Szostek, mgr Bożeny Walczybok i mgr Bogumiły Wilk.

Pozostała część artykułów składających się na niniejszy tom to doświadczenia zebrane przez znakomitych logopedów praktyków, a także teksty przygotowane przez zarażonych bakcylem logopedii językoznawców. Czytelnik znajdzie tu opisy i analizy trudnych przypadków, prezentacje wdrażania nowych metod terapeutycznych oraz rozważania związane z różnymi formami zakłóceń i zaburzeń rozwoju językowego.

Artykuły w publikacji podzielono na dwie części. Na pierwszą z nich, zatytułowaną *Czy musimy iść do logopedy? Specjalista może pomóc...*, składają się opisy problemów logopedycznych, które niejednokrotnie udaje się rozwiązać, gdy pacjent i jego rodzina trafią do właściwego specjalisty – do logopedy. Zwracamy tutaj uwagę na postawione w tytule tej części pytanie – zadawane niejednokrotnie przez zdezorientowanych i zatroskanych rodziców, obserwujących rozwój językowy swoich pociech. Jesteśmy przekonane, że prezentowane przypadki mogą zachęcić niezdecydowanych do udania się do gabinetu logopedy. Część druga natomiast: *Czy jest z nami logopeda? Terapia w zespole* – ukazuje tę odśloną świata logopedii, w której terapeuta mowy jest jednym z trybików w maszynie (obok innych specjalistów), która buduje, odbudowuje czy wspomaga często bardzo głęboko zaburzony proces komunikacji językowej. Opisanie tu przypadki wskazują na konieczność podejmowania współpracy między specjalistami, terapeutami i lekarzami różnych (często wielu) specjalizacji. Dopiero tak prowadzona terapia może być skuteczna i owocna.

Jak już wspomnieliśmy, analizowane w tym tomie przypadki są zbiorem opisów prawdziwych osób i zdarzeń. W trosce o dobro pacjentów i ochronę ich danych osobowych wszystkie informacje, które mogłyby ułatwić ich identyfikację, zostały zmienione.

Jesteśmy przekonane, że lektura prezentowanej książki będzie dla czytelnika wzbogacającym doświadczeniem. Po raz kolejny zapraszamy zatem do fascynującego *świata logopedii...*

Katarzyna Węsierska i Alicja Podstolec

I

Czy musimy iść do logopedy?
Specjalista może pomóc...

Dominika Kot, Kamila Kuros, Anna Zając

Uniwersytet Śląski

Terapia dziecka z samoistnym opóźnionym rozwojem mowy Studium przypadku

Opóźniony rozwój mowy – przyczyny, objawy, rodzaje alalii

Rozwój mowy u każdego człowieka jest niezwykle zróżnicowany, uwarunkowany indywidualnymi cechami poszczególnych osób, a także wieloma czynnikami wewnętrznymi i zewnętrznymi. Efektem tego jest fakt, że u różnych ludzi poszczególne okresy rozwoju mowy mogą być odmienne w znacznym stopniu. Dwulatek może mieć w swoim zasobie słownictwa od kilku do nawet dwóch tysięcy słów. Prawidłowy rozwój mowy u dziecka warunkują liczne czynniki – przede wszystkim dużą rolę odgrywa środowisko, w jakim się ono wychowuje, jak również właściwy rozwój fizyczny, psychiczny i ruchowy. Może się zdarzyć, że dwulatek wcale nie mówi, a w celu komunikacji z otoczeniem posługuje się jedynie gestami, krzykiem, onomatopejami lub nielicznymi wyrazami, które są zrozumiałe najczęściej tylko dla najbliższych. Jeśli u małego pacjenta zostały wykluczone: wada słuchu, choroba umysłowa, zaburzenia pracy mózgu, zaburzenia psychiczne, dysfunkcje ruchowe czy uszkodzenia obwodowego narządu mowy, to bardzo prawdopodobne, że mamy do czynienia z *opóźnionym rozwojem mowy* (ORM). Istotną rolę w określeniu tego stanu odgrywa znajomość poszczególnych etapów kształtowania się mowy. Gdy w którymś z nich brak umiejętności uznawanych za normę, wtedy powinno to zaniepokoić rodziców, pediatrów i specjalistów w tym zakresie, czyli logopedów. Znajomość norm rozwojowych jest więc elementem niezbędnym do wykrycia wad czy zaburzeń.

Między 12. a 18. miesiącem życia dziecko powinno zacząć wymawiać pierwsze słowa. Jak pisze Ewa DILLING-OSTROWSKA: „Przyjmuje się, że drugi rok życia jest okresem najważniejszym w rozwoju mowy, bowiem w tym czasie staje się ona czynnikiem dominującym w rozwoju dziecka, głównym sposobem porozumiewania się z otoczeniem” (1982: 19). O opóźnionym rozwoju mowy mówi się najczęściej wtedy, gdy określony jego etap nie pojawił się w czasie powszechnie uznanym za właściwy, a wystąpił później niż u rówieśników (JASTRZĘBOWSKA, PELC-PĘKALA, 2003; JASTRZĘBOWSKA, 2005).

Jakie są przyczyny opóźnionego rozwoju mowy? Jest w tej sprawie wiele stanowisk reprezentowanych przez różnych badaczy. Według Aleksandry Mitrinowicz-Modrzejewskiej, ORM może być spowodowany czynnikami wewnątrzpochodnymi (takimi jak: dziedziczność, opóźnienie mielinizacji motorycznych i asocjacyjnych włókien nerwowych w centralnym układzie nerwowym oraz w obrębie mózdzka) oraz zewnątrzpochodnymi (choroby przebyte w 1. roku życia dziecka, opóźnianie się czynności ruchowych, zaniedbania wychowawcze) (MITRINOWICZ-MODRZEJEWSKA, 1963). Wśród neurologicznych przyczyn zaburzeń rozwoju mowy wskazuje się zasadniczo dwa rodzaje czynników: wrodzone i nabyte. Wrodzone czynniki zaburzeń mowy, według Urszuli Parol, to te, które uwarunkowane są konstytucjonalnie lub dziedzicznie (np. opóźnienia w pojawianiu się osłonki mielinowej na nerwach ruchowych), natomiast nabyte – czynniki szkodliwe, działające na dziecko w okresie prenatalnym, perinatalnym oraz postnatalnym (występujące w okresie do 1. roku życia) (PAROL, 1997). Irena Styczek, zastanawiając się nad przyczynami ORM, wymienia między innymi uszkodzenie mózgu, które może być spowodowane urazem porodowym, zapaleniem opon mózgowych, zatrzymaniem się w rozwoju pewnych struktur korowych, urazem czaszki. Wśród czynników pochodzenia zewnętrznego badaczka wskazuje między innymi na: brak bodźców do mówienia (przy całkowitym braku kontaktu z ludźmi mowa może się w ogóle nie rozwinać); nadmiar bodźców słownych, które wywołują niechęć do kontaktów werbalnych; nieprawidłowe wzorce i postawy językowe dorosłych (błędna wymowa, niestosowanie form gramatycznych, ubogie słownictwo) oraz niewłaściwą reakcję otoczenia na pierwsze wypowiedzi dziecka (brak zainteresowania, lekceważenie). Wszystkie wymienione przyczyny poja-

wiają się jeszcze przed rozwojem mowy (STYCZEK, 1980). Właściwe ustalenie przyczyn opóźnionego rozwoju mowy jest czynnikiem niezbędnym do postawienia prawidłowej diagnozy i ustalenia przez logopedę odpowiedniego programu terapii logopedycznej.

Celem niniejszego tekstu jest omówienie przypadku czteroletniego chłopca z *samoistnym opóźnionym rozwojem mowy*, który podczas pierwszej wizyty u logopedy wymawiał jedynie kilka słów, a raczej wyrażeń dźwiękonaśladowczych.

Opis i analiza przypadku czteroletniego Wojtka

Dane uzyskane z wywiadu

Czteroletniego Wojtka poznałyśmy pod koniec października 2011 roku w Poradni Pedagogiczno-Psychologicznej nr 2 w Sosnowcu, gdzie (w wieku 3 i pół roku) zaczął systematycznie uczestniczyć w zajęciach logopedycznych, które trwają do chwili obecnej i przynoszą coraz lepsze efekty. Wojtek jest jedynakiem, mieszka w domu jednorodzinnym. Tata Wojtka bardzo dużo pracuje, dlatego chłopiec przebywa głównie z mamą. Rodzice bardzo o niego dbają i robią wszystko, by niczego mu nie brakowało. Wojtek jednak bardzo rzadko ma okazję bawić się z innymi dziećmi, ponieważ, po pierwsze, w okolicy nie mieszkają małe dzieci, a po drugie, chłopiec – mimo starań rodziców – nie został przyjęty do przedszkola, bo jego mama nie pracuje. Niestety, nie chce ona, by jej dziecko bawiło się na pobliskim placu zabaw, ponieważ, jej zdaniem, nie jest to odpowiednie miejsce ze względu na mnożące się tam zarazki. W zamian za to rodzice stworzyli dla chłopca przed domem własny plac do zabawy. Ta sytuacja sprawia, że Wojtek ma bardzo ograniczone kontakty z rówieśnikami, co nie wpływa korzystnie na rozwój jego mowy oraz naukę nawiązywania kontaktów z innymi dziećmi, a co za tym idzie – komunikowania się z nimi. Rodzice czasami nie zdają sobie sprawy z tego, że choć chronią dziecko, to, niestety, nie wpływa to pozytywnie na jego rozwój.

Wybitni badacze rozwoju psychicznego dziecka, między innymi: Maria PRZETACZNIKOWA (1974), Jeffrey TURNER (1999), Ross VASTA

(1995) oraz Violet MAAS (2005), zwracają uwagę na to, że dziecko uczy się przede wszystkim za pośrednictwem zmysłów. Najmłodszy powinien mieć szansę, aby się pobrudzić, przewrócić, zobaczyć, że czasami trzeba umieć radzić sobie samemu w trudnych sytuacjach. Dzieci powinny mieć także jak najwięcej okazji do tego, by móc inicjować kontakty społeczne z rówieśnikami oraz uczyć się zasad panujących w społeczeństwie. W przypadku dziecka z opóźnionym rozwojem mowy niezwykle istotny jest kontakt z innymi dziećmi, które w przeciwieństwie do najbliższego otoczenia nie będą domyślać się, co ono chce powiedzieć, a to będzie dodatkowo motywować malucha do rozwoju słownictwa.

Wywiad z mamą Wojtka pozwolił stwierdzić, że w czasie ciąży i porodu nie było żadnych komplikacji. Rodzice przez długi czas obwiniali siebie o to, że ich dziecko jeszcze nie mówi. Większość osób uspokajała ich, twierdząc, iż u chłopców to normalne, że później zaczynają mówić. Mimo „życzliwych” rad rodzice poprosili lekarza o skierowanie do logopedy. Mama do tej pory podejrzewa, że przyczyną opóźnienia mowy chłopca mogło być to, że – jej zdaniem – tak późno go urodziła – miała wtedy 32 lata, rodzice bardzo długo starali się o dziecko. Opiekunowie podawali różne powody, które, ich zdaniem, mogły spowodować ORM syna. Przed drugimi urodzinami Wojtka jego babcia miała udar mózgu i bardzo długo przebywała w szpitalu, gdzie zmarła. Mama Wojtka przyznała, że trudno jej było poradzić sobie z tak traumatyczną sytuacją, co skutkowało tym, że nie poświęcała swojemu dziecku należytej uwagi – w tym czasie bardzo mało do niego mówiła. Wojtek, z racji tego, że tata był w pracy, spędzał wtedy dużo czasu razem z mamą w szpitalu i zapewne odczuwał emocje, które towarzyszyły jego rodzicom. Ponadto, gdy chłopiec miał 2 lata, zobaczył, jak ich pies dostał ataku padaczki. Bardzo się tego przestraszył. Zdaniem rodziców, była to kolejna sytuacja, która mogła zahamować rozwój mowy dziecka. Stryj Wojtka także bardzo późno zaczął mówić.

Niepokojące były też objawy dysharmonii w rozwoju fizycznym chłopca, o których logopeda dowiedziała się z przeprowadzonego wywiadu z rodzicami. Wojtek zaczął chodzić dopiero po skończeniu 15 miesięcy, a kiedy nawet opanował tę umiejętność, często się przewracał. Pierwsze zęby u chłopca również pojawiły się dość późno, bo w 10. miesiącu życia. Wojtek zaczął sygnalizować swoje potrzeby dopiero, gdy skończył

3,5 roku. Od kiedy zaczął chodzić do logopedy, stopniowo przestał korzystać z pieluch. Chłopiec jest niezwykle spokojny, choć czasem się buntuje i musi „postawić na swoim”. W nowych sytuacjach i miejscach jest bardzo nieśmiały, a także zawstydzony. Przed skończeniem 3 lat Wojtek wyjątkowo lubił się przytulać i całować, później częściej się obrażał i zdaniem mamy – miał „swój świat”. Dziecko bardzo rzadko choruje, co wynika między innymi z tego, że ma znikomy kontakt z rówieśnikami. Chłopiec woli przebywać ze starszymi niż z osobami w swoim wieku. Mama opowiadała, że kiedy zapraszają do siebie gości, którzy przychodzą ze swoimi dziećmi, jej syn nie chce się z nimi bawić, ponieważ nie rozumieją go. Mama jest wzorem dla chłopca, co wynika między innymi z faktu, że przebywa z nim najczęściej. Z nią też Wojtek najchętniej spędza czas.

Bardzo szczegółowy wywiad z mamą chłopca pozwolił zrozumieć terapeutcie, jak funkcjonuje rodzina, w której wychowuje się Wojtek. Badacze od dawna podkreślają wartość środowiska, w którym dorasta dziecko. Rola rodziny jest wyjątkowa i nieodzowna w procesie kształtowania sposobu myślenia oraz mowy. Niestety, nader często to właśnie postawa najbliższych warunkuje problemy, z którymi boryka się dziecko (DEMEL, 1994). „Patologiczne czynniki biologiczne lub psychospołeczne działające na organizm w różnych okresach rozwojowych są przyczyną zaburzeń komunikacji językowej” (JASTRZĘBOWSKA, 2003: 33).

Ulubionym zajęciem Wojtka w ciągu dnia jest oglądanie telewizji. Chłopiec o stałych porach ogląda swoje ulubione bajki, np.: *Bob Budowniczy*, *Tomek i przyjaciele*, *Teletubisie*, *Zaczarowany ogród*. Dwie ostatnie przekazują czterolatkowi zły wzorzec komunikowania się i na pewno nie uczą dziecka nowych słów, ponieważ opierają się przede wszystkim na onomatopejach. Wojtek lubi również oglądać z mamą seriale, np. *Pierwszą miłość*, *Jasia Fasolę* oraz *Detektywów*. Tata w trakcie wywiadu przyznał, że dziecko mogłoby oglądać telewizję praktycznie cały czas – już w 8. miesiącu życia Wojtek potrafił spokojnie siedzieć i patrzeć na różne bajki. W tym miejscu warto powołać się na wyniki badań naukowców z University of Washington oraz Seattle Children's Hospital Research Institute w USA¹, którzy informują o niekorzystnym wpływie ogląda-

¹ Wyniki badań dostępne na stronie internetowej: http://www.pulsmedycyny.com.pl/index/archiwum/8184_niemowle_przed_telewizorem.html [data dostępu: 12.02.2011].

nia telewizji na rozwój dzieci poniżej 30. miesiąca życia. Należy zdać sobie sprawę z faktu, że w domu, w którym najwięcej czasu spędza się, oglądając telewizję, nie ma zbyt wielu okazji do prowadzenia rozmowy, a więc naturalnej możliwości i potrzeby nabywania nowych słów. Wywiad z mamą dostarczył też informacji, że rodzice nie czytają dziecku książek, ponieważ woli ono słuchać bajek na płytach, np. *Teletubisiów* czy *Kubusia Puchatka*.

Chłopiec codziennie z ogromnym zainteresowaniem sięga po zeszyt zajęć logopedycznych, który jest dla niego czymś bardzo ważnym i ciekawym – w nim razem z mamą rysują różne postaci, malują, wklejają obrazki oraz ćwiczą czytanie. Wojtek uwielbia chodzić na terapię do logopedy, następnego dnia po zajęciach zawsze płacze, że w tym dniu też chce iść do A (tak chłopiec nazywa logopedę, ponieważ pierwsze, czego nauczył się na zajęciach, to rozpoznawanie i wymowa samogłosek).

Wyniki badania logopedycznego w połączeniu z badaniami lekarskimi oraz psychologicznymi pozwalają postawić rzetelną diagnozę dotyczącą rodzaju i stopnia zaburzenia mowy (PANASIUK, 2008: 76; MINCZAKIEWICZ, 1997: 189). Po wizycie u logopedy rodzice Wojtka poszli z nim na badania audiologiczne, neurologiczne oraz psychologiczne. Po otrzymaniu wszystkich wyników nie stwierdzono żadnych zaburzeń w tym zakresie, a więc sugerowaną diagnozą był samoistny opóźniony rozwój mowy.

Diagnoza logopedyczna

W momencie, gdy Wojtek pojawił się na zajęciach logopedycznych, sprawność jego narządów artykulacyjnych była mocno obniżona. Powodem był fakt, iż po pierwsze, dziecko bardzo długo nie mówiło, posługiwało się w zasadzie kilkoma wyrazami: „mama”, „dada”, „pici”, używając w większości onomatopei lub samogłosek. Po drugie, chłopiec miał problem z żuciem i pionizacją języka, ponieważ przez długi czas otrzymywał miękkie, często zmiksowane potrawy. Tym samym przedłużony został u niego etap ssania – w ten sposób Wojtek nie miał możliwości, by usprawnić swoje narządy artykulacyjne. Przywołując periodyzację rozwoju mowy dziecka opracowaną przez Leona Kaczmarka, który wymienia cztery podstawowe okresy: melodii, wyrazu, zdania oraz swoistej

mowy dziecięcej, należałoby zauważyć, że czteroletni Wojtek zatrzymał się na etapie wyrazu, który trwa zazwyczaj do 2. roku życia. Zgodnie z tym, co pisze Kaczmarek, mowę od 3. do 7. roku życia charakteryzują swoiste formy językowe, a więc dziecko nie tylko jest w stanie „prowadzić swobodne rozmowy, ale i posługiwać się rozbudowanymi sygnałami dwuklasowymi” (KACZMAREK, 1981: 53). W terapii Wojtka niezwykle ważne jest utrwalenie prawidłowej artykulacji głosek i wzbogacenie jego słownika, dopiero w następnej kolejności chłopiec będzie uczył się budować zdania, by wreszcie osiągnąć umiejętność prowadzenia swobodnej rozmowy. Trzeba jednak mieć świadomość, że w wieku 4 lat dziecko powinno rozwijać już zdolność narracji, nazywać związki przyczynowo-skutkowe, a nawet relacje czasowe (pozwalające świadomie odróżnić w wypowiedziach przeszłość i teraźniejszość od przyszłości). Zdolności te powiązane są *stricte* z językiem, ale również z pamięcią – sekwencyjną i symultaniczną (CIESZYŃSKA, KORENDO, 2007: 183; EMILUTA-ROZYA, 2006: 11).

Mowa chłopca przed terapią była zupełnie niezrozumiała dla otoczenia. Wojtek pomagał sobie gestami, pokazywał palcem, o co mu chodzi. Rodzice do tej pory tłumaczyli wszystkim, co chłopiec chce powiedzieć, a czasem nawet twierdzili, że niektóre wyrazy (np. swoje imię i nazwisko) mówi bardzo wyraźnie, i dziwili się, kiedy inni nie rozumieli, co powiedział. Często zdarza się, że dorośli, chcąc pozytywnie motywować swoje dziecko do poprawnego mówienia, udają, że mówi ono wyraźnie i że nie mają problemów z jego zrozumieniem. Sprawia to, że dzieci powielają błędy artykulacyjne, gdyż nie widzą potrzeby, by mówić inaczej, skoro są rozumiane między innymi przez rodziców lub dziadków – tego typu zachowania, zamiast stymulować, hamują rozwój językowy.

Wojtek długo nie chciał mówić, jego mama nawet w domu rzadko słyszała spontaniczne wypowiedzi syna – w związku z tym słownictwo dziecka było bardzo ubogie. W trakcie zajęć logopedycznych chłopiec musiał powtarzać wyrazy, które na początku były artykułowane przez niego mało wyraźnie. Mimo trudności z mówieniem Wojtek nie miał problemu ze zrozumieniem poleceń werbalnych. Zawsze właściwie wskazywał na obrazkach znane mu przedmioty czy zwierzęta. Chłopiec bardzo chętnie rysował. Okładka jego zeszytu jest cała porysowana w buzie różnego kształtu, nakreślone niebieskim długopisem. W większości są

one uśmiechnięte. Chłopiec nie miał trudności z wykonywaniem ćwiczeń typu nawlekanie, które było sprawdzane w czasie różnych zabaw (np. logopeda klaskała kilka razy w ręce w taki sposób, by chłopiec nie widział jej rąk, a następnie miał nakładać tyle koralików na żyłkę, ile dźwięków usłyszał). Wojtek świetnie radził sobie także z układaniem różnych obrazków w całość oraz tworzeniem historyjek przyczynowo-skutkowych. Podane przykłady potwierdziły dobrą sprawność manualną oraz prawidłową analizę i syntezę wzrokową chłopca.

Analiza dokumentacji medycznej, wywiad z rodzicami, logopeda oraz obserwacje dziecka podczas zajęć logopedycznych pozwoliły jednoznacznie uznać diagnozę o samoistnym opóźnionym rozwoju mowy.

Przebieg terapii logopedycznej

Logopeda, zaczynając pracę z Wojtkiem, postanowiła, że zajęcia terapeutyczne muszą odbywać się bardzo często, by przyniosły efekt i pomogły stymulować rozwój mowy chłopca, który do wieku ponad 3 lat posługiwał się jedynie wyrażeniami dźwiękonaśladowczymi oraz kilkoma wyrazami. Jadwiga Cieszyńska zwracała uwagę na to, jak ważne jest dostosowanie konkretnych ćwiczeń do tempa rozwoju dziecka. Logopeda musi bardzo indywidualnie traktować każdego małego pacjenta, któremu pragnie pomóc. Niezwykle istotny jest zatem samorozwój terapeuty, który powinien poszerzać swoją wiedzę nie tylko z zakresu logopedii, ale również psychologii, medycyny oraz filozofii (CIESZYŃSKA, 2007).

Główne zadanie w przypadku terapii Wojtka miało być realizowane przez:

- kształtowanie rozumienia mowy, rozwijanie umiejętności mówienia i używania języka w komunikacji;
- wywołanie prawidłowego wzorca artykulacyjnego głosek zaburzonych;
- utrwalenie tego wzorca w ciągu mownym i zachęcanie do spontanicznych wypowiedzi;
- ćwiczenia ogólnorozwojowe, czyli ćwiczenia aparatu artykulacyjnego, sprawności manualnej, percepcji wzrokowej, koordynacji wzrokowo-ruchowej, percepcji słuchowej, myślenia logicznego, myślenia przyczynowo-skutkowego, pamięci symultanicznej i sekwencyjnej.

W początkowym okresie terapeutka wykonywała z Wojtkiem ćwiczenia usprawniające motorykę narządów mowy, by w kolejnych etapach terapii uzyskać prawidłowe brzmienie głosek. Ćwiczenia wprowadzające kolejne głoski wykonywane były pod kontrolą wzrokową, kinestetyczną i słuchową. Ogromne znaczenie w terapii miała ścisła współpraca z rodziną. Rodzice chłopca rzetelnie stosowali się do zaleceń terapeuty i systematycznie, bo co tydzień, pojawiali się na zajęciach, a co najważniejsze, w domu zawsze znajdowali czas na ćwiczenia zadane im jako praca domowa. Zdobyli też wiedzę niezbędną do tego, by w odpowiedni sposób motywować Wojtkę do mówienia i wspomagać proces nabywania przez niego mowy.

Podczas zajęć z dziećmi z opóźnionym rozwojem mowy, także spotkań z Wojtkiem, logopeda korzystała z metody Symultaniczno-Sekwencyjnej Nauki Czytania®, opracowanej przez Profesor Jadwigę Cieszyńską. Badaczka dowodzi, że w przypadku dzieci z *alalią* czytanie jest czynnością, która w bardzo korzystny sposób wpływa na efekty terapii. „Doświadczenie w pracy logopedycznej w przypadkach alalii z wykorzystaniem serii *Kocham czytać* pokazało, iż zaproponowanie nauki czytania zmienia nastawienie do zajęć logopedycznych i powoduje, że dzieci przestają kontrolować własną, zwykle mocno zaburzoną wymowę, i powtarzając paradygmaty (zestawy) sylab, uczą się szybko prawidłowej artykulacji. Za każdym razem chodzi o zachęcenie do czytania, a nie do mówienia” (CIESZYŃSKA, 2011: 13). Nauka czytania pomaga zatem przy okazji pracować nad prawidłową wymową głosek. W zajęciach prowadzonych tą metodą oprócz ćwiczeń ogólnorozwojowych bardzo ważne są etapy oddziaływania terapeutycznego podczas nauki czytania. Etap pierwszy polega na tym, że dziecko zapoznaje się z samogłoskami: A, O, U, I, E, Y. Logopeda, stosując się do zasad tej metody, najpierw prosi dziecko o powtarzanie, następnie sprawdza rozumienie (czy dziecko potrafi rozpoznać konkretną samogłoskę, którą przed chwilą powtarzało z terapeutą), a na końcu maluch samodzielnie nazywa, czyli odczytuje. Owe reguły wykorzystuje się w przypadku wprowadzania nie tylko samogłosek, ale i sylab oraz wyrazów. Logopeda często zadaje Wojtkowi pytanie: „Gdzie jest...?” – w ten sposób ma pewność, że chłopiec potrafi rozpoznać daną sylabę lub wyraz. Podczas nauki czytania Wojtek korzysta z książeczek Profesor Cieszyńskiej

z serii *Kocham czytać* (CIESZYŃSKA, 2006), po które sięga z ogromnym entuzjazmem.

Na pierwszych zajęciach Wojtek poznał i powtarzał samogłoski. W trakcie prezentacji liter logopeda wykonała rysunki ust, które przedstawiały ułożenie warg podczas artykulacji konkretnych samogłosek. Chłopiec na samym początku miał ogromny problem z odtworzeniem układu ust i doklejeniem do niego dźwięku. Następne spotkanie niezmiernie ucieszyło terapeutę i rodziców, ponieważ Wojtek potrafił już odczytywać samogłoski samodzielnie.

Logopeda zwróciła rodzicom uwagę na to, jak ogromny wpływ ma proces gryzienia oraz żucia na kształtowanie prawidłowej wymowy (MACKIEWICZ, 2001). Jak zauważa Marzena Lampart-Busse: „W procesie rozwoju mowy, w tym szczególnie artykulacji, dziecko stosuje ruchy pierwotnie wykorzystywane w czynności przyjmowania pokarmu” (LAMPART-BUSSE, 2007: 135). Po rozmowie ze specjalistą rodzice zdecydowali, że będą dawać chłopcu do jedzenia twarde pokarmy oraz owoce, takie jak np. jabłko ze skórką, dzięki czemu aparat artykulacyjny dziecka mógł coraz lepiej pracować. Kolejne spotkania z logopedą, która miała wiele propozycji zabaw rozwijających mowę chłopca, przynosiły pozytywne zmiany, Wojtek wykazywał coraz większy entuzjazm i nie był już taki wstydlivy. Z czasem pojawiały się kolejne sukcesy, czyli nowe słowa. Podczas następnych spotkań chłopiec czytał już sylaby otwarte: PA, MA, BA. Ponieważ terapeutka zauważyła, że w czasie zajęć dziecku bardzo szybko brakowało tchu, zaproponowała ćwiczenia oddechowe, które chłopiec miał również wykonywać w domu. W dalszej kolejności na zajęciach została wprowadzona głoska Ł, od przedłużonego U. Potem chłopiec ćwiczył łączenie poznanych sylab, np.: ŁA-PA, ŁO-PO, ŁU-PU, ŁI-PI, ŁY-PY. Z kolejnymi głoskami: W i F, w których ważna była kontrola dźwięczności, Wojtek miał bardzo duży problem. Oprócz wprowadzania głosek terapeutka systematycznie ćwiczyła z chłopcem pionizację języka. Od czasu kiedy Wojtek zaczął „normalnie” jeść, logopeda zauważyła podczas ćwiczeń zdecydowaną poprawę sprawności jego aparatu artykulacyjnego.

Po wprowadzeniu wyrazów do globalnego czytania (np.: AUTO, LALA, MIŚ, PIŁKA), odczytywaniu wyrazów dwusylabowych zbudowanych z sylab otwartych (np.: MAPA, POLE, PUMA) i radzeniu so-

bie z różnicowaniem sylab (PA-BA), logopeda zaproponowała Wojtkowi ćwiczenia polegające na budowaniu prostego zdania z pytaniem o rzeczownik. Terapeutka, pokazując obrazek twarzy, zadawała pytanie: CO TO JEST? – chłopiec odpowiadał jednym wyrazem, dlatego logopeda prosiła o powtarzanie za nią całym zdaniem: TO JEST BUZIA. Następnie dziecko otrzymało do ułożenia puzzle przedstawiające buzię jakiegoś chłopca, co zachęciło Wojtkę do wskazywania poszczególnych części twarzy. Chłopiec powtarzał po specjalistce: TO JEST NOS, TO JEST UCHO, TO JEST OKO, TO JEST SZYJA, TO SĄ WŁOSY, TO SĄ USTA. Wojtek popełniał błędy, wymawiając niektóre wyrazy, np. zamiast oko, mówił [koko], na włosy mówił [šośy]. Na podstawie zabawnych obrazków chłopiec wielokrotnie ćwiczył zadawanie pytań i udzielanie odpowiedzi. Na stoliku leżały rysunki z kotem, do których logopeda zadawała pytanie: CO ROBI KOT? Zadanie dziecka polegało na udzieleniu pełnej odpowiedzi, np.: KOT PIJE, KOT ŚPI, KOT LEŻY, KOT STOI, KOT JE. Te zdania Wojtek znowu powtarzał po logopedzie, następnie sam próbował je wypowiadać (choć na początku robił to nieśmiało i bardzo niepewnie). Ćwiczenie polegające na dobieraniu karteczek z przeczytanymi wcześniej zdaniami do obrazków sprawdzało, czy Wojtek dobrze pamięta i czy potrafi łączyć słowo z przedstawioną sytuacją. Chłopiec otrzymał zadanie domowe, by znaleźć ilustracje z jakąś postacią z bajki, która będzie wykonywała te same czynności, co kot. Dziecko wkleiło do zeszytu obrazki z Bobem Budowniczym, który również jadł, pił, stał, leżał i spał. Pod nimi mama Wojtki napisała drukowanymi literami zdania, które chłopiec przeczytał na początku następnych zajęć.

Logopeda zawsze stara się, by podczas 45-minutowych zajęć terapeutycznych z Wojtkiem przynajmniej kwadrans odbywał się w sali terapii zmysłowej. Kobieta wspomniała, że kiedy pierwszy raz zabrała chłopca do tej sali, w której znajdują się kolorowe klocki z gąbki, miękka zjeżdżalnia i wiele innych atrakcji dla maluchów, Wojtek nie wiedział, co ma robić. Dziecko nie wykazało entuzjazmu, bało się i jakby nie zdawało sobie sprawy, że może np. zjeżdżać z miękkiej zjeżdżalni, bo nie miało wcześniej takich doświadczeń.

W dotychczasowej terapii logopeda wykorzystywała wszystkie okazy, by chłopiec powtarzał za nią każdy nowy wyraz, który pojawił się na zajęciach. Wojtek podczas spotkań ćwiczył koncentrację i pamięć

sluchową – rzadko kiedy się mylił. Chłopiec dobrze radził sobie z wyklaskiwaniem sylab w danych wyrazach, np.: PO-MA-RAN-CZA, GRZY-BY, AU-TO, STA-TEK. Dziecko lubiło zabawy z wykorzystaniem instrumentów muzycznych, a także z powodzeniem układało historyjki przyczynowo-skutkowe, które dotyczyły codziennych czynności, np. mycia rąk. Logopeda często wykorzystywała propozycje gier i zabaw – opracowanych przez Krystynę DATKUN-CZERNIAK (2004) – które miały ogólnorozwojowy charakter.

Prognozy terapeutyczne – wnioski do dalszej pracy

Wojtek jest dzieckiem przepadającym za zajęciami logopedycznymi. Wciąż dostarczają mu one wiele radości i są urozmaicheniem w jego codziennym życiu, w którym, mimo wszystko, dominuje rutyna. Wiele czynników wpłynęło na pozytywne efekty, jakie przyniosła i nadal przynosi terapia logopedyczna Wojtka. Bardzo ważna była postawa rodziców, ich chęć do wdrażania zmian – chłopiec dzięki dużemu zaangażowaniu mamy we wspólne ćwiczenia był dodatkowo motywowany do nauki. Rodzice zostali uświadomieni, jak ważne jest to, by uczestniczyli w zajęciach, dużo rozmawiali z synem, bawili się z nim, opowiadali mu, a także czytali bajki, które wzbogacą jego słownictwo. Już wiedzą, że jeśli Wojtek ogląda bajkę w telewizji, to po jej skończeniu powinni zapytać go o wrażenia, odczucia, czy o konkretne postaci, które mu się spodobały. Cierpliwość, zainteresowanie rodziców oraz spokój i zapał logopedy podczas zajęć terapeutycznych są gwarantem tego, że Wojtek będzie miał ochotę nawiązać interakcję z osobami, które chcą z nim rozmawiać, dlatego też takie zajęcia będą naturalnie stymulować rozwój mowy chłopca. Rodzice Wojtka będą starali się od przyszłego roku szkolnego zapisać go do przedszkola, co dzięki opinii z Poradni Pedagogiczno-Psychologicznej może się w końcu udać. Kontakt z rówieśnikami dopełniłby efekty terapii i z pewnością pozwoliłby nadrobić braki w słowniku czteroletniego dziecka.

W terapii Wojtka niezwykle ważna okazała się Symultaniczno-Sekwencyjna Nauka Czytania® Profesor Jadwigi Cieszyńskiej. Dzięki niej chłopiec wciąż rozwija swoją mowę i odnosi kolejne sukcesy. Na zajęciach już niedługo będzie realizował dwunasty etap oddziaływania

terapeutycznego podczas nauki czytania, czyli samodzielne czytanie zdań i krótkich tekstów. W przypadku Wojtka – dziecka z samoistnym opóźnionym rozwojem mowy – zastosowana metoda okazała się znakomitym wyborem. Przed chłopcem jeszcze długa, systematyczna i ciężka praca, ponieważ po rozwinięciu umiejętności mówienia bardzo ważne będzie wywołanie prawidłowego wzorca artykulacyjnego głosek zaburzonych i utrwalenie go w ciągu mownym oraz zachęcanie dziecka do spontanicznych wypowiedzi. Jednak zapał Wojtka i obecna postawa rodziców pozwalają suponować, że dziecko jest na najlepszej drodze, by porozumiewać się za pomocą nie gestów czy onomatopei, ale własnych słów.

Podsumowanie

Samoistny opóźniony rozwój mowy, jako zaburzenie wynikające z przyczyn zewnętrznych (do których zalicza się wszystkie szkodliwe czynniki działające na dziecko, a więc również złe wzorce, brak silnej więzi emocjonalnej z rodzicami, brak bodźców stymulujących do mówienia), będzie zaburzeniem coraz częściej diagnozowanym w naszych czasach. Dlatego niezwykle istotne jest budzenie świadomości rodziców, uwrażliwianie ich na fakt, jak dużą rolę w kształtowaniu mowy dziecka odgrywa ich postawa. Powinni wiedzieć, że zbyt częste i zbyt długie spędzanie czasu przed telewizorem lub komputerem, ograniczanie kontaktów dziecka z rówieśnikami, próba chronienia przed szkodliwymi czynnikami (przejawiająca się w tworzeniu pociechom sterylnych warunków), a więc sytuacje nad wyraz częste współcześnie, mogą sprawić, że dzieci nie będą odczuwały potrzeby mówienia. Najmłodszy nie będzie też mieli odpowiednich wzorców – przecież bohater ulubionego serialu nigdy nie zmotywuje dziecka do rozmowy tak jak rodzice poświęcający mu swój czas, energię i uwagę. To do nas, pedagogów i logopedów, należy również troska o to, by bajki i programy dla dzieci oraz książeczki i zabawki edukacyjne uczyły nie tylko logicznego myślenia, ale także, a może przede wszystkim, sprawnego posługiwania się językiem. Okazuje się, że należy zwracać szczególną uwagę na to, jakim językiem mówią bohaterowie programów, które oglądają dzieci.

Przykład chłopca, którego przebieg terapii starałyśmy się przybliżyć w tym artykule, pokazuje, że pomimo iż u dziecka zdiagnozowany został samoistny opóźniony rozwój mowy, a komunikacja z nim jest niezwykle trudna, to zaangażowanie rodziców i współpraca z logopedą mogą sprawić, że mowa dziecka zacznie rozwijać się prawidłowo. Warto popularyzować ten temat, a przy tym podejmować działania profilaktyczne, by podobnych przypadków było jak najmniej.

Bibliografia

- CIESZYŃSKA J., 2006: *Kocham czytać. Seria logopedyczna*. Kraków: Wydawnictwo Edukacyjne.
- CIESZYŃSKA J., 2007: *Od zabawy i nauki czytania do systemu językowego. Od języka do społeczności*. „Logopeda”, nr 1 (4), s. 6–29 [czasopismo internetowe, dostępne na stronie: www.logopeda.org.pl].
- CIESZYŃSKA J., 2011: *Kocham uczyć czytać. Poradnik dla rodziców i nauczycieli*. Kraków: Wydawnictwo Edukacyjne.
- CIESZYŃSKA J., KORENDO M., 2007: *Wczesna interwencja terapeutyczna. Stymulacja rozwoju dziecka od noworodka do 6. roku życia*. Kraków: Wydawnictwo Edukacyjne.
- DATKUN-CZERNIAK K., 2004: *Logopedia. Jak usprawniać mowę dziecka*. Kielce: MAC Edukacja.
- DEMEL G., 1994: *Minimum logopedyczne nauczyciela przedszkola*. Warszawa: WSiP.
- DILLING-OSTROWSKA E., 1982: *Rozwój i zaburzenia mowy u dzieci w zależności od stopnia dojrzałości układu nerwowego*. W: SZUMSKA J., red.: *Zaburzenia mowy u dzieci*. Warszawa: PZWL, s. 18–30.
- EMILUTA-ROZYA D., 2006: *Wspomaganie rozwoju mowy dziecka w wieku przedszkolnym*. Warszawa: Centrum Psychologiczno-Pedagogiczne.
- JASTRZĘBOWSKA G., 2003: *Zakłócenia i zaburzenia rozwoju mowy*. W: GAŁKOWSKI T., JASTRZĘBOWSKA G., red.: *Logopedia. Pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*. T. 2. Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, s. 9–79.
- JASTRZĘBOWSKA G., 2005: *Opóźnienie rozwoju mowy*. W: GAŁKOWSKI T., SZELĄG E., JASTRZĘBOWSKA G., red.: *Podstawy neurologopedii. Podręcznik akademicki*. Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, s. 360–378.
- JASTRZĘBOWSKA G., PELC-PĘKAŁA O., 2003: *Diagnoza i terapia opóźnionego rozwoju mowy*. W: GAŁKOWSKI T., JASTRZĘBOWSKA G., red.: *Logopedia. Pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*. T. 2. Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, s. 346–362.
- KACZMAREK L., 1981: *Nasze dziecko uczy się mowy*. Lublin: WL.

- LAMPART-BUSSE M., 2007: *Polykanie – etiologia i wpływ na artykulację*. „Logopedia”, nr 1 (4), s. 132–136 [czasopismo internetowe, dostępne na stronie: www.logopedia.org.pl].
- MAAS F.V., 2005: *Uczenie się przez zmysły. Wprowadzenie do teorii integracji sensorycznej*. Warszawa: WSiP.
- MACKIEWICZ B., 2001: *Odzworowywanie czynności pokarmowych w ruchach artykulacyjnych*. „Logopedia”, T. 29, s. 537–542.
- MINCZAKIEWICZ E., 1997: *Mowa – rozwój – zaburzenia*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej w Krakowie.
- MITRINOWICZ-MODRZEJEWSKA A., 1963: *Fizjologia i patologia głosu, słuchu i mowy*. Warszawa: PZWL.
- PANASIUK J., 2008: *Standard postępowania logopedycznego w przypadku alalii i niedokształcenia mowy o typie afazji*. „Logopedia”, T. 37, s. 69–88.
- PAROL U.Z., 1997: *Dziecko z niedokształceniem mowy. Diagnostyka, analiza, terapia*. Warszawa: WSiP.
- PRZETACZNIKOWA M., 1974: *Psychologia rozwojowa*. Warszawa: WSiP.
- STYCZEK I., 1980: *Logopedia*. Warszawa: PWN.
- TURNER J., 1999: *Rozwój człowieka*. Warszawa: WSiP.
- VASTA R., 1995: *Psychologia dziecka*. Warszawa: WSiP.
- <http://www.pulsmedycyny.com.pl/index/archiwum/8184,niemowlę,przed,telewizorem.html> [data dostępu: 12.02.2011].

Dominika Kot, Kamila Kuros, Anna Zajac

Therapy of a child with an idiopathic speech delay A case study

Summary

The following paper discusses the problem of idiopathic speech delays among children. The authors present the story of a four-year-old Wojtek who suffers from an idiopathic speech delay. The story allows us to reflect upon both the causes and symptoms of this particular speech disorder, as well as the methods of working with these children who need constant support, understanding and engagement from their parents, pedagogues and speech therapists. The presented case study has been enriched with the information gathered through the data analysis of a parental survey, an expert examination and child observation records which were made available to the authors by Wojtek's SLP and carers. The paper also contains some suggestions for parents who want to stimulate their children's optimal development.

Dominika Kot, Kamila Kuros, Anna Zajac

Die Behandlung des Kindes
mit eigenständiger zurückgebliebener Sprachstörung
Die Fallstudie

Zusammenfassung

In dem Artikel wird das Problem der eigenständigen zurückgebliebenen Sprachentwicklung (SORM) bei Kindern erörtert. Die Geschichte des an SORM leidenden vierjährigen Jungen, Wojtek, lässt nicht nur Ursachen und Symptome der Störung ergründen, sondern vor allem auf die Behandlungsmethoden hinweisen, denn diese Kinder brauchen außerordentliche Unterstützung, Verständnis und volle Hingabe von Eltern, Lehrern und Logopäden. Vorliegende Fallstudie wurde mit den aus dem Interview mit seinen Eltern gezogenen Schlüssen, mit Ergebnissen der Spezialuntersuchungen und mit aufmerksamer Beobachtung des Jungens während der Therapie ergänzt; die Verfasserinnen des Artikels hatten zwar dank der Freundlichkeit des Logopäden und der Eltern die Möglichkeit, an der Therapie teilzunehmen. Im Text findet man auch Hinweise und Ratschläge für Eltern, welche die richtige Entwicklung ihrer Kinder fördern möchten.

Łucja Skrzypiec
Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Katowicach
Karina Latosik, Magdalena Ławecka, Michalina Kozub,
Justyna Pietnoczka
Uniwersytet Śląski

Wykorzystanie wczesnej nauki czytania w terapii opóźnionego rozwoju mowy na przykładzie trojga rodzeństwa

Granice mego języka oznaczają granice mego świata.
Ludwig Wittgenstein

W niniejszym artykule zastosowana została metoda indywidualnych przypadków (studium indywidualnych przypadków). Tadeusz Pilch i Teresa Bauman definiują ją w następujący sposób: metoda indywidualnych przypadków „jest sposobem badań polegającym na analizie jednostkowych losów ludzkich uwikłanych w określone sytuacje wychowawcze lub na analizie konkretnych zjawisk natury wychowawczej poprzez pryzmat jednostkowych biografii ludzkich z nastawieniem na opracowanie diagnozy przypadku lub zjawiska w celu podjęcia działań terapeutycznych” (BAUMAN, PILCH, 2001: 78). Zbigniew Tarkowski uważa studium przypadku za podstawową metodę badań logopedycznych, jednak bardzo rzadko stosowaną i zupełnie na gruncie metodologii logopedycznej nieopisaną. Autor na podstawie pracy Józefa Tadeusza Kani wyróżnia kilka stałych jej elementów: „zebranie korpusu wypowiedzi dziecka, wykonanie podstawowych badań logopedycznych i badań dodatkowych (głównie psychologicznych), przeprowadzenie analizy lingwistycznej uzyskanych wypowiedzi, w końcu – odniesienie wyników badań do teorii oraz do badań porównawczych” (JANAS-KASZCZYK, TARKOWSKI, 1991: 76).

Spór o definicję

Opóźniony rozwój mowy (ORM) jest inaczej nazywany alalią prolon-gatą, niemotą, niedorozwojem mowy, mową opóźnioną w rozwoju, opóź-nieniem w nabywaniu kompetencji językowych i w rozwoju sprawno-ści realizacyjnych czy opóźnionym rozwojem języka (JASTRZĘBOWSKA, 2003). Na podstawie wszystkich przytoczonych określeń można podjąć próbę sformułowania dość pobieżnej, lecz zasadnej definicji. ORM jest to w zasadzie wolniejsze nabywanie umiejętności językowych (percep-cyjnych i/lub ekspresyjnych) przez dane dziecko w porównaniu do jego rówieśników, a więc do pewnej, ustalonej przez logopedów normy w za-kresie wszystkich lub tylko niektórych podsystemów języka. Z faktu, iż logopedia jest w Polsce stosunkowo młodą dyscypliną naukową, wyni-kają zwykle problemy z nazywaniem i definiowaniem różnych zaburzeń mowy¹. Także i w tym przypadku naukowcy z różnych dziedzin spierają się co do przyczyn, klasyfikacji, następstw i objawów *alalii*.

Wśród pojawiających się wciąż nowych definicji omawianej dysfunk-cji rozwojowej można wyodrębnić dwa główne nurty. Pierwsza grupa ba-daczy uznaje opóźniony rozwój mowy za zaburzenie wtórne wobec in-nych deficytów rozwojowych (między innymi: wad słuchu, wad wzroku, uszkodzeń aparatu artykulacyjnego, uszkodzeń rozwojowych, uszkodzeń centralnego układu nerwowego, upośledzeń zdolności rozwojowych). Jej przedstawiciele to: Jadwiga Szumska, Ewa Dilling-Ostrowska, Antoni Pruszewicz. Druga grupa definiuje alalię jako opóźnienie rozwoju mowy niemające uchwytnej przyczyny. Należą do niej między innymi: Halina Traczyńska i Joanna Stasiak.

Holistyczne podejście do ORM, reprezentowane przez pierwszą gru-pę, rozmywa to pojęcie. Powstają wątpliwości, czy w takich przypadkach normy opracowywane na podstawie rozwoju mowy dzieci zdrowych możemy stosować, diagnozując przykładowo rozwój mowy u dziecka głuchego czy z porażeniem mózgowym. Taka definicja pozwala właści-wie każde zaburzenie mowy u dziecka traktować jako opóźniony rozwój

¹ Jednakże w ostatnich kilku latach w polskiej logopedii podejmowanych jest wiele działań, które mają na celu stworzenie adekwatnej nozologii i standardów postępowania w różnych zaburzeniach mowy. Zob. „Logopedia” 2008, T. 37.

języka (STASIAK, 2008), dlatego wydaje się, że to przedstawiciele drugiego nurtu mają słuszość.

Przyczyny opóźnionego rozwoju mowy

W związku z tym, że definicja ORM nie jest jednoznaczna, autorzy podręczników podają różne przyczyny jego występowania. Irena Styczek wyróżnia przyczyny egzogenne i endogenne (STYCZEK, 1980).

Czynniki egzogenne to te, które oddziałują na człowieka z otoczenia. Zaliczyć do nich możemy między innymi brak bodźców do mówienia. Oznacza to sytuację, gdy osoby ze środowiska malucha nie starają się nawiązywać z nim kontaktu, nie interesują się nim. Otoczenie może również wpłynąć na to, że dziecko nie chce nabywać mowy, np. przez niewłaściwe reakcje rodziców na podejmowane przez nie próby mówienia. Kolejną z zewnątrzpochodnych przyczyn ORM może być wielojęzyczność rodziny – zwłaszcza w sytuacjach, gdy rodzice stale porozumiewają się przy dziecku w dwóch lub więcej językach.

Czynniki endogenne (wewnątrzpochodne) są zdecydowanie trudniejsze do zniwelowania, gdyż wiążą się zazwyczaj z zaburzeniami rozwojowymi i wadami, np. z uszkodzeniem centralnego układu nerwowego i związanymi z nim chorobami czy z wszelkiego rodzaju defektami anatomicznymi. Na wystąpienie opóźnionego rozwoju mowy mogą również wpływać problemy psychiczne oraz uwarunkowanie genetyczne dziecka, a także indywidualne tempo dojrzewania układu nerwowego (ZALESKI, 1992).

Klasyfikacje opóźnionego rozwoju mowy

Znawcy tematu wyróżniają kilka klasyfikacji opóźnionego rozwoju mowy. Z. Tarkowski dzieli ORM ze względu na jego rozległość. Wydziela:

- 1) *globalny opóźniony rozwój mowy* – obejmujący mówienie i rozumienie;
- 2) *parcjalny opóźniony rozwój mowy* – dotyczący niektórych aspektów mówienia i rozumienia (TARKOWSKI, 1993).

Środowisko medyczne wyróżnia *prosty opóźniony rozwój mowy*, który nie ma konkretnej przyczyny i nie występuje z innymi zaburzeniami, oraz *opóźniony rozwój mowy występujący razem z innymi zaburzeniami* rozwoju.

Grażyna Jastrzębowska proponuje podział ORM na: *samoistny opóźniony rozwój mowy* (SORM) oraz *niesamoistny opóźniony rozwój mowy* (NORM). SORM jest uwarunkowany genetycznie lub środowiskowo i pojawia się, kiedy rozwój dziecka nie jest harmonijny, NORM zaś jest wynikiem pewnych zaburzeń rozwojowych (JASTRZĘBOWSKA, 2003: 46–48).

Statystyki

Informacje dotyczące skali występowania opóźnionego rozwoju mowy przedstawia Tomasz Zaleski. Badacz dostrzega powszechność tego zjawiska – opóźniony rozwój mowy występuje u aż 3% przedszkolaków. Diagnozuje się go najczęściej u dzieci trzy- i czteroletnich. Częściej pojawia się u chłopców niż u dziewczynek – jest to proporcja 3 do 1 (ZALESKI, 1992).

Metoda wczesnej nauki czytania Profesor Jadwigi Cieszyńskiej

Jednym ze sposobów stymulowania rozwoju językowego małego dziecka, coraz częściej stosowanym w praktyce logopedycznej, jest Symultaniczno-Sekwencyjna Nauka Czytania® Profesor Jadwigi Cieszyńskiej. Jej zwiększająca się popularność wśród logopedów, nauczycieli i rodziców wiąże się między innymi z faktem, iż jest ona zgodna z etapami nabywania mowy. Uaktywnia ośrodki odpowiedzialne za opanowanie umiejętności językowych, mieszczące się najczęściej w lewej półkuli mózgu, wspomaga lateralizację półkul mózgowych (CIESZYŃSKA, 2001a). Holistycznie ujmuje i wszechstronnie stymuluje rozwój dziecka (CIESZYŃSKA, KORENDO, 2007). Angażuje rodziców w zabawy z maluchem (CIESZYŃSKA, 2003). Daje dzieciom poczucie wiary we własne możliwości (CIESZYŃSKA, 2006).

Metodę tę, zwaną też metodą krakowską, można stosować zarówno w pracy indywidualnej, jak i na zajęciach grupowych wspomagających rozwój językowy. Celem takich ćwiczeń jest również wspieranie rozwoju psychomotorycznego (percepcji wzrokowej, słuchowej, motoryki, myślenia, pamięci) i czytelniczej aktywności dziecka oraz kształtowanie pozytywnej motywacji do nabywania języka mówionego i pisanego. Wszystkie zamierzenia powinny być realizowane we współpracy z rodzicami. Najlepiej, jeżeli są oni obecni na zajęciach i obserwują pracę terapeuty.

Maluchy rozpoczynają wczesną naukę czytania od poznania prymarnych samogłosek i globalnego czytania wyrazów (wyrażeń dźwiękonaśladowczych, imion itp.). Następnie poznają spółgłoski w paradygmatach sylab otwartych (np.: PA, PO, PE, PI, PU, PÓ, PY), które utrwalają w zestawach (samogłoska i sylaba otwarta) i sylabach zamkniętych. Czytają pierwsze wyrazy składające się z poznanych sylab, zdania oraz proste teksty. Czytając, doskonalą poprawną artykulację. Nauka czytania i mówienia nie jest nudna i trudna, gdy towarzyszy jej zabawa (np. układamy z dzieckiem misie z trzech części – kluczem do ułożenia jest odszukanie trzech literek A, którymi są opisane elementy układanki).

Rodzeństwo

Przedstawiamy opis terapii logopedycznej trojga rodzeństwa². Przypadek ten wydaje się ciekawy między innymi ze względu na to, że u każdego z dzieci zdiagnozowano opóźnienie w nabywaniu systemu językowego. Młodzi pacjenci pochodzą z jednej, pełnej, niedysfunkcyjnej rodziny i wzrastali w tym samym, przyjaznym otoczeniu. W przebiegu terapii każdego z nich zaobserwować można wiele podobieństw, lecz pojawiają się także różnice, które skłaniają do zastanowienia i poszukiwania ich przyczyn.

² Współautorki tekstu składają serdeczne podziękowania za zaangażowanie i pomoc w przygotowaniu pracy logopedzie Pani mgr Łucji Skrzypiec oraz Dyrekcji Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 2 w Katowicach.

Mateusz – opis przypadku

Mateusz³ jest najstarszy z trojga rodzeństwa. Ma 13 lat i uczęszcza do pierwszej klasy gimnazjum. Kiedy pierwszy raz przyszedł do logopedy, miał 3 lata.

Wywiad

Ciąża przebiegła bez komplikacji, matka w tym czasie nie chorowała i nie przyjmowała żadnych leków. Poród odbył się siłami natury. Mateusz w wieku niemowlęcym nie chorował, jednak do 3. roku życia nie pojawiła się u niego mowa, co zaniepokoiło mamę i skłoniło ją do wizyty w poradni. Chłopiec był karmiony naturalnie do 36. miesiąca życia, fizycznie rozwijał się prawidłowo. Do szkoły zaczął chodzić w wieku 7 lat. Potrafił już wtedy dobrze czytać. Jego rozwój psychospołeczny po zakończonej terapii przebiega właściwie, z łatwością nawiązuje on kontakty społeczne, bardzo dobrze funkcjonuje w szkole. Jest bardzo zdolnym uczniem, gra na gitarze.

Badanie logopedyczne i diagnoza

Z wywiadu przeprowadzonego z mamą i z obserwacji logopedy prowadzonej w trakcie zabawy kierowanej wynikało, że czynny słownik Mateusza był bardzo skromny. Dziecko wypowiadało jedynie pojedyncze słowa, nie budowało zdań. Rozumienie mowy było natomiast prawidłowe. Mateusz nie realizował głosek [f], [w] – zastępował je głoską [ch]; głoski [l] i [r] zastępował przez [j]; głoski szeregu syczącego i szumiącego – głoskami palatalnymi. Specjalistyczne badania (słuchu, wzroku oraz badanie neurologiczne), przeprowadzone z inicjatywy mamy jeszcze przed pierwszą wizytą w poradni, nie wykazały u niego żadnych wad. Również budowa aparatu artykulacyjnego nie budziła zastrzeżeń. Badanie lateralizacji wykazało dominację prawej ręki, ucha i nogi, dla oka zaś – dominację nieustaloną. Mateusz był dzieckiem nieśmiałym. Ważne było nawiązanie z nim kontaktu emocjonalnego oraz zbudowa-

³ Imiona dzieci zostały zmienione ze względu na ochronę danych osobowych.

nie motywacji do nabywania języka mówionego i pisanego. Zdiagnozowano u niego opóźniony rozwój mowy.

Terapia

Chłopiec uczestniczył w terapii indywidualnej i grupowej. Trwała ona prawie trzy lata. Na pierwszych spotkaniach prowadzone były ćwiczenia narządów artykulacyjnych (języka, warg, podniebienia miękkiego, żuchwy), oddechowe, emisyjno-głosowe, słuchowe, rozwijano słownictwo czynne i bierne. Terapeuta rozpoczął także naukę czytania prymarnych samogłosek: A, U, I, a później: O, E, Y. Nauka poprawnej wymowy głoski [l] została połączona z nauką czytania sylab otwartych: LA, LO, LE, LU, LI, a następnie zestawów (samogłoska + sylaba otwarta): ALO, ELU itp.

Mateusz w tym czasie zaczął uczęszczać na zajęcia grupowe („Stymulacja rozwoju językowego poprzez wczesną naukę czytania metodą prof. J. Cieszyńskiej”) dla dzieci z zaburzeniami rozwoju językowego. Celem było: wspomaganie nabywania systemu językowego przez przedszkolaków, stymulowanie ich rozwoju psychomotorycznego oraz wczesna nauka czytania. Na zajęcia chłopiec uczęszczał przez rok. W ich ramach uczestnicy opanowali między innymi czytanie samogłosek oraz sylab i wyrazów ze spółgłoskami [p], [m], [l].

W drugim roku terapii indywidualnej Mateusz nauczył się prawidłowej realizacji głosek: [f], [w], [s], [z], [c], [dz], a w ostatnim: [sz], [ż], [cz], [dż] i [r]. Wywoływane głoski były utrwalane w logotomach, wyrazach (nagłos, śródgłos, wygłos), wyrażeniach, zdaniach, wierszykach, wyliczankach i w mowie spontanicznej (rozmowy o ilustracjach, opowiadanie historyjek obrazkowych, bajek).

W trakcie terapii kontynuowana była nauka czytania oraz prowadzone ćwiczenia (percepcji wzrokowej, myślenia, pamięci symultanicznej i sekwencyjnej, koordynacji wzrokowo-słuchowo-ruchowej, orientacji przestrzennej) wspomagające terapię logopedyczną i stymulujące rozwój psychomotoryczny. Mateusz wykonywał dużo ćwiczeń doskonalących percepcję wzrokową – najpierw na materiale tematycznym, później na materiale atematycznym ze względu na nieustaloną dominację oka (dominującym okiem zostało oko prawe).

Michał – opis przypadku

Michał ma obecnie 9 lat i uczęszcza do czwartej klasy szkoły podstawowej oraz do szkoły muzycznej (gra na gitarze oraz pianinie). Po raz pierwszy przyszedł do logopedy w grudniu 2006 roku, mając 3 lata i 10 miesięcy.

Wywiad

Ciąża przebiegała prawidłowo, matka nie chorowała i nie przyjmowała żadnych leków. Michał urodził się siłami natury, bez żadnych komplikacji. Był karmiony naturalnie do 24. miesiąca życia. W okresie niemowlęcym zaczął chorować na astmę. Ponadto, w 8. miesiącu życia stwierdzono u niego chorobę uszu. Mimo dwukrotnego pobytu w szpitalu i założenia w uszach drenów, które miały na celu odprowadzanie zbierającej się w nich wody, nadal przy każdej infekcji Michał zapada na ropne zapalenie uszu.

Badanie logopedyczne i diagnoza

Pierwsza wizyta Michała u logopedy zakończyła się zdiagnozowaniem u niego opóźnionego rozwoju mowy. Pomimo dobrego rozumienia mowy chłopiec komunikował się jedynie pojedynczymi wyrazami. Badanie logopedyczne w grudniu 2006 roku wykazało u niego: bezdźwięczną realizację głosek dźwięcznych, zastępowanie głosek szumiących głoskami syczącymi, substytuowanie głosek [r] i [l] głoską [j]. Stwierdzono także opóźniony rozwój percepcji słuchowej spowodowany problemami laryngologicznymi dziecka. Ze względu na wiek Michała najbardziej niepokojącymi zaburzeniami były: mowa bezdźwięczna i paralamdacyzm. Chłopiec, który miał prawie 4 lata, powinien już wymawiać [l] i różnicować głoski dźwięczne i bezdźwięczne (PORAYSKI-POMSTA, 2009). Wyniki badania lateralizacji były następujące: ręka – prawa, oko – prawe, noga – prawa, ucho – brak dominacji.

Terapia

W przypadku Michała terapia trwała 2 i pół roku i – inaczej niż w przebiegu terapii jego rodzeństwa – miała wyłącznie formę indywidualnej pracy z logopedą. W pierwszym etapie koncentrowano się głównie na: doskonaleniu percepcji i pamięci słuchowej, ćwiczeniach narządów artykulacyjnych (głównie języka, by się pionizował), wywołaniu i utrwaleniu głoski [l]. Chłopiec rozpoczął również Symultaniczno-Sekwencyjną Naukę Czytania® Profesor J. Cieszyńskiej i poznał 6 prymarnych samogłosek: A, U, I, O, E, Y.

Pobyty Michała w szpitalu i drenaż uszu wpłynęły znacząco na poprawę percepcji słuchowej. W październiku 2007 roku chłopiec mówił już poprawnie [l]. W dalszym toku terapii realizowane były ćwiczenia utrwalające prawidłową realizację głosek dźwięcznych, głosek szeregu szumiącego i głoski [r]. Kontynuowana była też nauka czytania. Ćwiczone globalne czytanie wyrazów dźwiękonaśladowczych. Michał opanował umiejętność czytania sylab ze spółgłoskami [p] i [m] oraz wyrazów zbudowanych z poznanych sylab. W związku z tym potrafił sam przeczytać zeszyty nr 1, 2 i 3 z serii *Kocham czytać*. Po drugim roku intensywnej pracy chłopiec prawidłowo wymawiał wszystkie wcześniej niepoprawnie realizowane głoski. Następnie skupiono się na ćwiczeniach w różnicowaniu szeregu szumiącego i syczącego (gdyż z tym dziecko miało jeszcze problem) oraz na dalszej nauce czytania. Efektem ostatniego roku pracy było opanowanie zeszytów autorstwa J. Cieszyńskiej od nr. 4 do 18.

Podsumowując, należy stwierdzić, że terapia Michała doprowadziła jego mowę do stanu pełnego wykształcenia i poprawności artykulacyjnej. W wieku 6 lat chłopiec płynnie czytał. Jako sześciolatek rozpoczął naukę w pierwszej klasie szkoły podstawowej, gdzie bardzo dobrze sobie radził. Warto również zwrócić uwagę na to, że na pomyślne efekty terapii mogły mieć wpływ: doświadczenia mamy (był kolejnym dzieckiem objętym terapią logopedyczną, w której wykorzystano metodę wczesnej nauki czytania), sporadyczne uczestnictwo starszego brata w zajęciach oraz charakter Michała, który jest komunikatywny, łatwo nawiązuje kontakty, a przede wszystkim ma poczucie własnej wartości.

Agnieszka – opis przypadku

Agnieszka jest najmłodsza z rodzeństwa, ma prawie 7 lat. Uczęszcza do pierwszej klasy szkoły podstawowej. Podobnie jak jej bracia jest utalentowana muzycznie i gra na instrumencie. Kiedy przyszła do logopedy po raz pierwszy, miała 2 lata i 8 miesięcy.

Wywiad

Trzecia ciąża również przebiegła prawidłowo, matka nie chorowała i nie przyjmowała żadnych leków. Poród odbył się siłami natury, bez komplikacji. W okresie niemowlęcym u dziewczynki, podobnie jak u jej brata, stwierdzono astmę. Agnieszka była karmiona naturalnie do 36. miesiąca życia.

Badanie logopedyczne i diagnoza

Pierwsza wizyta Agnieszki odbyła się w kwietniu 2008 roku. Dziewczynka porozumiewała się wtedy z otoczeniem za pomocą pojedynczych słów. Podczas badania u niej także został zdiagnozowany opóźniony rozwój mowy. Agnieszka nie realizowała głosek szeregu szumiącego – w zamian pojawiały się głoski syczące: [s], [z], [c], [dz] lub głoski ciszące: [ś], [ź], [ć], [dź]. Szereg głosek syczących był nieutrwalony – głoski syczące i ciszące pojawiały się naprzemiennie. Dziewczynka zamiast głoski [r] wymawiała [l]. Nie stwierdzono u niej wad aparatu artykulacyjnego ani wady słuchu, badanie wykazało jednak, że ma skrzyżowaną lateralizację (ręka – prawa, oko – lewe, ucho – prawe, noga – prawa). Agnieszka jest dzieckiem nieśmiałym i wycofanym. Bardzo trudne jest dla niej nawiązywanie nowych kontaktów społecznych.

Terapia

W czasie pierwszych zajęć terapeutycznych logopeda nawiązywał kontakt z Agnieszką poprzez zabawę. Dziewczynka unikała kontaktu, mimo że była wcześniej kilkakrotnie w poradni i obserwowała zajęcia, w których uczestniczył jej brat. Od początku terapii stosowano

Symultaniczno-Sekwencyjną Naukę Czytania® Profesor J. Cieszyńskiej. Podczas pierwszych spotkań skupiono się na tym, aby dziewczynka opanowała samogłoski i czytała globalnie wyrazy dźwiękonaśladowcze. Nauka czytania samogłosek trwała 12 miesięcy. Przez kolejnych 18 miesięcy logopeda pracował z pomocą zeszytów z serii *Kocham czytać* – nr. 3 i 4. Agnieszka ćwiczyła też czytanie wyrazów składających się z poznanych sylab i zdań typu: MAMA MA , LALA MA . Doskonalono również umiejętność poprawnej artykulacji głosek szeregu szumiącego. Długo utrzymywał się problem różnicowania głosek syczących i szumiących. W mowie dziewczynki zaczęło pojawiać się poprawnie realizowane [r].

W październiku 2010 roku dziewczynka została włączona do zajęć grupowych („Stymulacja rozwoju językowego poprzez wczesną naukę czytania metodą prof. J. Cieszyńskiej”), na które chodziła przez rok. Celem było także przezwyciężenie jej nieśmiałości i trudności w nawiązywaniu kontaktów interpersonalnych. Dziecko do marca 2012 roku pracowało wszystkie zeszyty z serii *Kocham czytać*.

Ze względu na dominację lewego oka przeprowadzano z Agnieszką wiele ćwiczeń percepcji wzrokowej. Dziewczynka miała problemy z nauką czytania, np. czytała sylaby zamknięte i niektóre wyrazy od tyłu (od prawej strony do lewej), ćwiczano więc kierunek pracy oka zgodny z kierunkiem czytania i pisania – od lewej do prawej.

Agnieszka rozpoczęła naukę w szkole podstawowej jako sześciolatka. Z uwagi na jej charakter rodzice wahali się, czy to dobry pomysł. Choć okres aklimatyzacji w szkole był dla Agnieszki trudny, otworzyło ją to na nowe kontakty. Dziewczynka dojrzała psychicznie i społecznie. Jest także dobrze zorganizowana i choć pracuje powoli, nie ma problemów z wykonywaniem podręcznikowych zadań.

Podsumowanie

W literaturze logopedycznej opisywane były już rodzinne terapie tego samego zaburzenia mowy. Przykładem takiego studium przypadku jest artykuł Anny SOŁTYS-CHMIELOWICZ *Dyslalia rodzinna – opis przypadku* (2007). To tekst na temat terapii przeprowadzanej u dwojga rodzeństwa, u którego stwierdzono *dyslalię wieloraką*. We wszystkich

trzech opisanych w naszej pracy przypadkach zdiagnozowano opóźniony rozwój mowy. Terapia nie przebiegała jednak wspólnie ze względu na różnice wiekowe, jakie dzielą rodzeństwo. Dzięki wcześniejszej terapii w momencie rozpoczęcia nauki szkolnej cała trójka posługiwała się już poprawną, w pełni wykształconą mową.

W związku z tym, iż u żadnego z dzieci nie zostały wykryte uszkodzenia czy wady, można postawić tezę o wystąpieniu u rodzeństwa samoistnego opóźnionego rozwoju mowy. Z wywiadu przeprowadzonego z matką wynika, że możemy także wykluczyć przyczyny środowiskowe w postaci bilingwizmu rodziców czy braku bodźców do mówienia. Najbardziej prawdopodobną i umotywowaną przez zebrany materiał przyczyną alalii w omawianych przypadkach wydaje się zatem uwarunkowanie genetyczne. W wywiadzie matka wspominała, że ojciec Mateusza, Michała i Agnieszki również zaczął późno mówić (tę informację przekazała jej teściowa).

W pracy z rodzeństwem zastosowano Symultaniczno-Sekwencyjną Naukę Czytania® Profesor J. Cieszyńskiej, jednak czas terapii i jej przebieg były zróżnicowane. Największe różnice wystąpiły między dziewczynką a jej braćmi. Dokładną obserwację tego faktu ułatwią zamieszczone tabele i wykresy, zestawiające poszczególne elementy terapii każdego z dzieci. Skłaniają one do refleksji. Zestawienie porównawcze przebiegu terapii (tab. 1) wykazało, że najdłużej trwała ona w przypadku Agnieszki. Dziewczynka najwięcej czasu poświęciła na naukę czytania (o 17 miesięcy dłużej od Mateusza i o 21 miesięcy dłużej od Michała). Interesujące jest także to, że wydłużał się czas trwania wyróżnionych w tabeli etapów nauki czytania. Najmniejsze różnice między dziewczynką a chłopcami wystąpiły przy nauce samogłosek (Agnieszka uczyła się ich o 2 miesiące dłużej niż Mateusz i o 4 miesiące dłużej niż Michał). Znaczące różnice wystąpiły w czasie nauki pierwszych sylab (Agnieszka o 5 miesięcy dłużej od Mateusza i o 7 miesięcy dłużej od Michała).

W poszukiwaniu odpowiedzi na pytanie, dlaczego między siostrą a braćmi powstały tak duże różnice w czasie opanowywania umiejętności czytania, zestawiono czynniki mogące wpłynąć na przyswojenie umiejętności językowych. Z tabeli 2 wynika, że determinującym czynnikiem była lateralizacja. Skrzyżowana dominacja stronna (z dominującym lewym okiem) u Agnieszki wydłużyła naukę czytania aż o 17–21

miesiący. Podczas nauki czytania pierwszych sylab (wtedy ważny jest kierunek pracy oka – od lewej do prawej) z powodu dominującego lewego oka Agnieszka napotykała trudności i czas edukacji wydłużył się. Pośrednio na opisywaną różnicę mogły mieć wpływ także cechy charakteru dziewczynki. Lateralizacja i cechy charakteru to jedyne czynniki różniące dziewczynkę od chłopców.

Tabela 1

Zestawienie porównawcze – przebieg terapii

Przebieg terapii	Mateusz	Michał	Agnieszka
Wiek dziecka w momencie rozpoczęcia terapii	3 lata	3 lata 10 miesięcy	2 lata 8 miesięcy
Głoski wymagające terapii	szereg szumiący, szereg syczący, [f], [w], [l], [r]	głoski dźwięczne, szereg szumiący, [l], [r]	szereg szumiący, [r]
Nauka czytania samogłosek – czas trwania	10 miesięcy	8 miesięcy	12 miesięcy
Nauka czytania sylab z P i M – czas trwania	6 miesięcy	4 miesiące	11 miesięcy
Opanowanie umiejętności czytania – czas trwania	30 miesięcy	26 miesięcy	47 miesięcy
Długość terapii	32 miesiące	30 miesięcy	47 miesięcy – nadal
Udział w terapii grupowej	tak (rok)	nie	tak (rok)

Ciekawa jest prawidłowość czasowa pojawiająca się u dzieci podczas nabywania umiejętności czytania. Agnieszka: 23 miesiące nauki samogłosek i pierwszych sylab, 24 miesiące – pozostałe sylaby; Michał: 12 miesięcy nauki samogłosek i pierwszych sylab, 14 miesięcy – pozostałe sylaby; Mateusz: 16 miesięcy nauki samogłosek i pierwszych sylab, 14 miesięcy – pozostałe sylaby. Można wnioskować, iż prawie połowę czasu, jakiego dziecko potrzebuje na naukę czytania, zajmuje mu nauka samogłosek i pierwszych sylab. Wyniki te potwierdzają zarówno obserwacje terapeutów z przebiegu terapii innych dzieci, jak i uwagi rodziców mó-

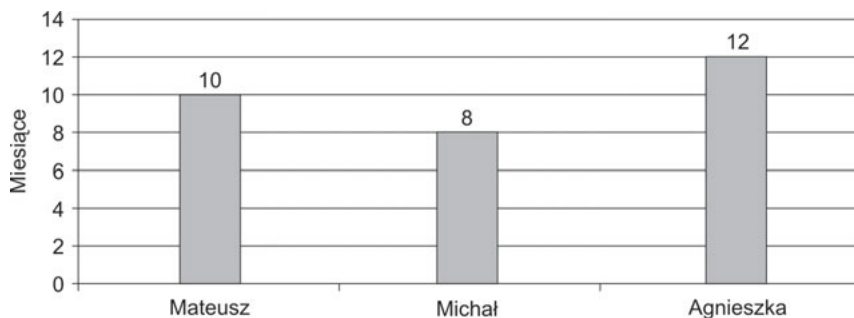
Tabela 2

Zestawienie porównawcze – czynniki wpływające na terapię

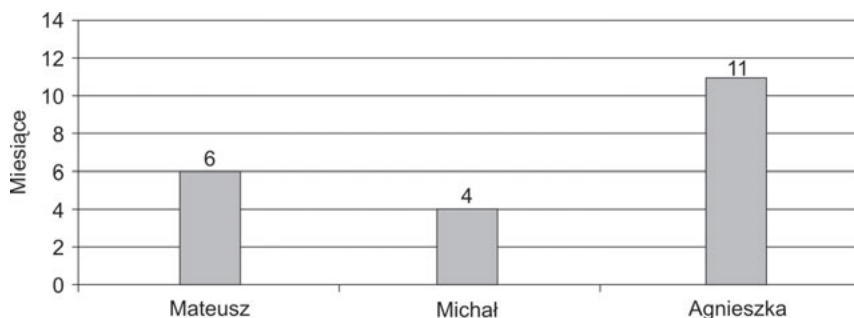
Czynniki wpływające na terapię	Mateusz	Michał	Agnieszka
Stan zdrowia	dobry	przewlekłe zapalenie uszu, astma	astma
Oddziaływanie środowiska	stymulujące rozwój	stymulujące rozwój (większe doświadczenie mamy)	stymulujące rozwój (większe doświadczenie mamy)
Rozwój psychomotoryczny	prawidłowy	prawidłowy	prawidłowy
Cechy charakteru	nieśmiały, dąży do jak najlepszego wykonania zadań, wytrwały	łatwo nawiązuje kontakt, aktywny, dąży do jak najlepszego wykonania zadań, wytrwały	nieśmiała, wycofana, unikająca kontaktu, łatwo rezygnuje z realizacji podjętych zadań, zwłaszcza przy napotkaniu trudności
Sprawność narządów mowy, oddychanie, połykanie, zgryz	prawidłowe	prawidłowe	prawidłowe
Lateralizacja	jednorodna – prawostronna	jednorodna – prawostronna	skrzyżowana – RP, OL, UP, NP

wiące, że po opanowaniu umiejętności czytania pierwszych sylab następuje przyspieszenie nauki czytania. Jest to między innymi efekt ciągłej, wszechstronnej stymulacji rozwoju dzieci, a zwłaszcza stymulacji rozwoju funkcji zaburzonych czy opóźnionych. Podkreśla to też znaczenie, jakie ma dla efektywności terapii konieczność holistycznej i polimodalnej diagnozy.

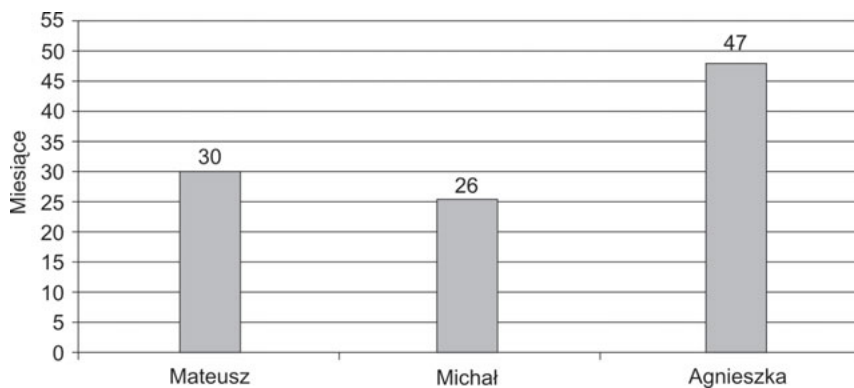
Analiza kart rodzeństwa i zapisu przebiegu terapii pozwoliła wyłonić jeszcze jedną prawidłowość. W okresie opanowywania umiejętności czytania sekwencji samogłosek bardzo intensywnie rozwijała się mowa. Agnieszka w 12. miesiącu terapii poprawnie wypowiadała się za pomocą zdań, budowała dłuższe wypowiedzi. Podobnie Michał i Mateusz. Prawdopodobnie za pośrednictwem czytania uaktywniły się językowe ośrod-



Wykres 1. Czas nauki czytania samogłosek w miesiącach



Wykres 2. Czas nauki czytania pierwszych sylab (ze spółgłoskami P i M) w miesiącach



Wykres 3. Czas nauki czytania w miesiącach

ki lewej półkuli mózgu. To także dowód na zasadność zastosowania wczesnej nauki czytania u dzieci z ORM.

Przedstawienie podobieństw i różnic w historii, diagnozie czy terapii poszczególnych dzieci pochodzących z jednej rodziny okazuje się bardzo interesującym tematem. Chociaż uwarunkowania genetyczne i środowiskowe trojga rodzeństwa były podobne, to w zależności od lateralizacji i innych indywidualnych cech kolejne etapy terapii u każdego z dzieci miały różny przebieg i czas trwania. Szczęśliwie, efekt końcowy u Mateusza, Michała i Agnieszki był taki sam. Każde z nich wykształciło w pełni poprawną mowę i dobrze sobie radzi zarówno w środowisku szkolnym, jak i domowym. Chłopcy rozpoczynali naukę w szkole z opanowaną umiejętnością czytania, a Agnieszka знаła samogłoski oraz potrafiła czytać wyrazy i zdania zbudowane ze znanych sylab. Kiedy Mateusz poszedł do szkoły, po pierwszym półroczu jego mama stwierdziła: „Gdyby rozpoczął szkołę bez umiejętności czytania, nie poradziłby sobie tak dobrze”.

Bibliografia

- BAUMAN T., PILCH T., 2001: *Zasady badań pedagogicznych. Strategie ilościowe i jakościowe*. Warszawa: Żak.
- CIESZYŃSKA J., 2001a: *Nauka czytania krok po kroku. Jak przeciwdziałać dysleksji*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej.
- CIESZYŃSKA J., 2001b: *Od słowa przeczytanego do wypowiedzianego. Droga nabywania systemu językowego przez dzieci niesłyszące w wieku poniemowlęcym i przedszkolnym*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej.
- CIESZYŃSKA J., 2003: *Kocham czytać. Seria logopedyczna. Z. 1*. Kraków: Wydawnictwo Edukacyjne.
- CIESZYŃSKA J., 2006: *Kocham uczyć czytać. Poradnik dla rodziców i nauczycieli*. Kraków: Wydawnictwo Edukacyjne.
- CIESZYŃSKA J., KORENDO M., 2007: *Wczesna interwencja terapeutyczna. Stymulacja rozwoju dziecka od noworodka do 6. roku życia*. Kraków: Wydawnictwo Edukacyjne.
- CZAPLEWSKA E., KACZOROWSKA-BRAY A., 2002: *Potrzeba rozwijania kompetencji komunikacyjnej u dzieci ze specyficznymi zaburzeniami rozwoju mowy i języka*. „Logopedia”, T. 30, s. 61–66.
- DILLING-OSTROWSKA E., 1985: *Zaburzenia mowy*. W: CZOCHAŃSKA J., red.: *Neurologia dziecięca*. Warszawa: PZWL, s. 174–182.
- GRABIAS S., 2001: *Zaburzenia mowy*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.

- JANAS-KASZCZYK J., TARKOWSKI Z., 1991: *O metodologii logopedii. Wprowadzenie do badań nad teorią i metodą logopedii*. Lublin: [Polska Fundacja Zaburzeń Mowy].
- JASTRĘBOWSKA G., 1997: *Istota i klasyfikacja opóźnień rozwoju mowy*. „Audiofonologia”, T. 10, s. 69–81.
- JASTRĘBOWSKA G., 2003: *Opóźnienie rozwoju mowy – przejaw nieprawidłowości rozwojowych*. W: GAŁKOWSKI T., JASTRĘBOWSKA G., red.: *Logopedia. Pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*. T. 2. Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, s. 37–65.
- JASTRĘBOWSKA G., PELC-PĘKALA O., 2003: *Diagnoza i terapia opóźnionego rozwoju mowy*. W: GAŁKOWSKI T., JASTRĘBOWSKA G., red.: *Logopedia. Pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*. T. 2. Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, s. 346–362.
- KACZMAREK L., 1986: *Nasze dziecko uczy się mowy*. Lublin: WL.
- KANIA J.T., 2001: *Fonetyka dzieci z opóźnionym rozwojem mowy*. W: KANIA J.T., red.: *Szkie logopedyczne*. Lublin: Polskie Towarzystwo Logopedyczne, s. 171–174.
- KORDYL Z., 1968: *Psychologiczne problemy afazji dziecięcej*. Warszawa: PWN.
- NARTOWSKA H., 1998: *Opóźnienia i dysharmonie rozwoju dziecka*. Warszawa: WSiP.
- PAROL U., 1997: *Dziecko z niedokształceniem mowy. Diagnoza, analiza, terapia*. Warszawa: WSiP.
- PORAYSKI-POMSTA J., 2009: *Zagadnienie periodyzacji rozwoju mowy dziecka*. „Logopedia”, T. 7, s. 7–31.
- PRUSZEWICZ A., 1992a: *Opóźniony rozwój mowy*. W: PRUSZEWICZ A., red.: *Foniatria kliniczna*. Warszawa: PZWL, s. 233–241.
- PRUSZEWICZ A., 1992b: *Opóźniony rozwój mowy*. W: ZAKRZEWSKI A., red.: *Otolaryngologia kliniczna*. Warszawa: PZWL, s. 466–489.
- PRZYBYSZ-PIWKOWA M., 2002: *Metody wspomagające rozwój mowy w różnych jego opóźnieniach: materiały przygotowane na konferencję zorganizowaną [...] w Warszawie, w dniach 7–9 czerwca 2002*. Warszawa: DiG.
- SAWA B., 1990: *Dzieci z zaburzeniami mowy*. Warszawa: WSiP.
- SOŁTYS-CHMIELOWICZ A., 2007: *Dyslalia rodzinna – opis przypadku*. „Śląskie Wiadomości Logopedyczne”, nr 12, s. 22–24.
- STASIAK J., 2008: *Standard postępowania logopedycznego w przypadku alalii prolongaty*. „Logopedia”, T. 37, s. 39–57.
- STYCZEK I., 1980: *Logopedia*. Warszawa: PWN.
- SZUMSKA J., 1982: *Zaburzenia mowy u dzieci*. Warszawa: PZWL.
- TARKOWSKI Z., 1993: *Rozwijanie mowy dziecka. Program terapeutyczno-stymulacyjny*. Lublin: Orator.
- TRACZYŃSKA H., 1982: *Rzów i zaburzenia czynności ruchowych a funkcja mowy u dzieci*. W: SZUMSKA J., red.: *Zaburzenia mowy u dzieci*. Warszawa: PZWL, s. 31–37.
- ZALESKI T., 1992: *Opóźniony rozwój mowy*. Warszawa: PZWL.

Lucja Skrzypiec, Karina Latosik, Magdalena Ławecka, Michalina Kozub,
Justyna Pietnoczka

The use of early learning to read in speech delay therapy based on the example three siblings

Summary

The paper contains a description of a speech therapy delivered to three siblings, two boys and one girl, who were diagnosed with speech delays. The first, theoretical part of the article discusses the research methodology, definitions, causes and classifications of speech delays. It also presents some statistical data concerning the occurrence of a speech delay as well as the theoretical assumptions of a speech therapy tool *Symultaniczno-Sekwencyjna Nauka Czytania*® created by Prof. Jadwiga Cieszyńska, which was used in therapy. The second, analytical part of the paper contains detailed descriptions of the children's therapies and their speech disorder diagnoses.

Lucja Skrzypiec, Karina Latosik, Magdalena Ławecka, Michalina Kozub,
Justyna Pietnoczka

Früher Leseunterricht in der Behandlung der zurückgebliebenen Sprachstörung am Beispiel von drei Geschwistern

Zusammenfassung

Der Artikel beinhaltet die Schilderung der logopädischen Behandlung bei drei Geschwistern – zwei Jungen und einem Mädchen, bei denen zurückgebliebene Sprachstörung diagnostiziert wurde. Im ersten theoretischen Teil stellen die Verfasserinnen Methodologie und verschiedene Definitionen der genannten Störung, deren Ursachen und Klassifizierungen dar. Sie führen auch die das Auftreten von der zurückgebliebenen Sprachstörung betreffenden Statistiken an und schildern theoretische Grundlagen des von der Professorin Jadwiga Cieszyńska entwickelten *Simultan-sequenziellen Leseunterrichts*®, der in der Behandlung der Kinder Anwendung gefunden hat. Zweiter analytischer Teil des Artikels besteht aus den Beschreibungen von den einzelnen Fällen. Diese Beschreibungen enthalten die Diagnose und den Verlauf der angewandten Therapie.

Czym jest gotowość komunikacyjna? Studium przypadku bliźniaczek z opóźnionym rozwojem mowy

Specyfika rozwoju mowy bliźniąt

Niezależnie od tego, czy rodzice opiekują się jednym dzieckiem, czy bliźniakami, komunikowanie się z maluchem może zostać zwieńczone sukcesem jedynie wtedy, kiedy dorośli zdecydują się na wejście do tego zapomnianego przez nich świata na warunkach, jakie dyktuje dziecko. Jest to tym trudniejsze, że obecnie odpowiedzialne rodzicielstwo stało się jednym z poważniejszych wyzwań. Rodzice niejednokrotnie nie mogą liczyć na wsparcie rodziny czy przyjaciół, a środki masowego przekazu, paradoksalnie, zamiast dostarczać rzetelnych informacji, często stwarzają informacyjny chaos. W tej sytuacji sensowną propozycją wydaje się umiejętna selekcja informacji przy jednoczesnym zawierzeniu intuicji, która z pewnością dojdzie do głosu w sprzyjających warunkach.

Rodzice bliźniąt często dzielą się swoimi wątpliwościami dotyczącymi braku postępów ich pociech w sferze komunikacji werbalnej. Czasami obawy te pojawiają się spontanicznie w przypadkach, kiedy rodzice opiekują się już starszym rodzeństwem, którego rozwój zapamiętali jako harmonijny i zgodny z normami. Choć bliźnięta wydają się mniej gadatliwe od nie-bliźniąt, nasuwa się kilka wątpliwości, które uniemożliwiają jednoznaczną odpowiedź na pytanie: czy rzeczywiście bliźnięta doświadczają opóźnień mowy?

Zdobywanie kompetencji werbalnej jest bardzo złożonym procesem, który przeważnie rozwija się automatycznie w wyniku wymian komu-

ników między dzieckiem a osobą dorosłą w środowisku rodzinnym. Główny model do naśladowania w tej sferze stanowią rodzice oraz starsze rodzeństwo, a w przypadku bliźniąt – drugi bliźniak. Od samego początku zatem każde z bliźniąt komunikuje się z przynajmniej dwoma rozmówcami. Nie stwierdzono jednak, aby bliźnięta porozumiewały się chętniej z drugim bliźniakiem; przeciwnie – wykazano, że taką samą częstotliwość komunikowania się można odnotować w stosunku do matki (APEL, MASTERSON, 2001).

Zjawisko opóźnionej mowy u bliźniąt nie zależy wyłącznie od ich stanu psychofizycznego, ale też od czynników środowiskowych. Często to nie tylko dzieci mniej mówią, ale także rodzice rzadziej komunikują się z nimi, a jeżeli dochodzi już do „rozmowy”, używają niewielu słów nieskomplikowanych gramatycznie. Zdarza się, że rodzice są mniej wrażliwi na potrzeby bliźniąt, nie udzielają wyjaśnień, nie formułują sugestii czy innej pomocy słownej. Takie zachowanie wywodzi się z błędnego przekonania, że bliźnięta rzekomo odczuwają mniejszą potrzebę uwagi, ponieważ bawią się i pocieszają nawzajem. Deficyt uwagi pogłębia się jeszcze bardziej, jeżeli w domu jest starsze rodzeństwo, które stara się skupić zainteresowanie rodziców na sobie. W rezultacie, taka postawa może rzeczywiście prowadzić do mniejszego zapotrzebowania na bezpośredni kontakt ze strony bliźniąt. W przeprowadzonych badaniach dotyczących uwarunkowań rozwoju mowy bliźniąt dominuje przekonanie o wpływie dwóch czynników: otoczenia i cech biologicznych. Co więcej, opóźnienia w rozwoju ich mowy przypisuje się raczej czynnikowi środowiskowemu niż biologicznemu (LEWIS, THOMPSON, 1992). Wielu badaczy przychyliło się do opinii, że opóźniona mowa u bliźniąt może być wywołana biologicznymi lub medycznymi przyczynami. Przykładowo, towarzyszące niejednokrotnie przedwczesnemu porodowi komplikacje i ich skutki mogą znacząco wpłynąć na rozwój dziecka w różnych sferach, w tym na rozwój mowy. Według innej grupy badaczy języka, pojawiające się opóźnienia mogą wynikać z faktu, że bliźniak ma zawsze towarzystwo w postaci drugiego bliźniaka, a zatem znajduje się w bezpośredniej relacji z drugą osobą, i interakcja z osobą dorosłą nie jest konieczna. Ponadto, badania wykazały, że większość bliźniąt woli wchodzić w interakcje raczej z rodzicami niż z innymi dziećmi. W tym kontekście warto przytoczyć pogląd, we-

dług którego bliźnięta przeżywają inny rodzaj doświadczenia w relacji z rodzicami w porównaniu do nie-bliźnięt i wcale nie musi to zostać uznane za wadę, zwłaszcza kiedy uwzględni się fakt, że „bliźnięta uczą się umiejętności porozumiewania się z kilkoma osobami od początku” (APEL, MASTERSON, 2001: 104).

Zagadnienie porozumiewania się bliźnięt nieuchronnie przywodzi na myśl fenomen „mowy bliźnięt”, tzn. takiego rodzaju języka, kodu czy też systemu komunikowania się, który wytworzony i stosowany przez bliźnięta, pozostaje niezrozumiały dla otoczenia. Z obserwacji badaczy wynika, że ten specyficzny język powstaje w wyniku naśladowania i powtarzania przez jedno z bliźnięt dźwięków produkowanych przez drugie, w stopniu jak najbardziej zbliżonym do oryginału. Jeżeli weźmie się pod uwagę fakt, że w tym samym czasie dzieci te uczą się poprzez naśladowanie mowy rodziców, ewentualne trudności z produkowaniem dźwięków, będące naturalną konsekwencją tej interferencji, nie powinny dziwić (APEL, MASTERSON, 2001: 106). Należy podkreślić również wagę czynnika środowiskowego, który zakłada obecność drugiego dziecka, to jest: bliźniaka uczącego się języka dokładnie w tym samym czasie. *Idioglossia bliźniacza* (albo *języki autonomiczne*) została dość dobrze zbadana i omówiona przez amerykańskich uczonych. Według P. Bakker, bliźnięta nie tworzą jakiegoś języka, ale raczej stosują wyrażenia onomatopieczne, wymyślone słowa i adaptują język dorosłych do własnych możliwości artykulacyjnych. Obecność drugiego dziecka (bliźniaka), które uczy się języka w tym samym czasie, w naturalny sposób wymusza próby komunikowania się. Pomimo tego, że języki te są niezrozumiałe i ubogie pod względem morfologicznym, bliźnięta posługujące się nimi rozumieją się. Aktywność ta jest nieznacznie częstsza wśród bliźnięt jednojajowych niż dwujajowych i szybko zanika (BAKKER, 1987: 233–238).

Fakt bliskiej i stałej obecności drugiego, identycznego osobnika, sprecyzowany przez P. Waterman i M. Shatz jako „dzielenie przestrzeni”, nie pozostaje bez znaczenia, tym bardziej że jest to stan, który rozpoczyna się jeszcze przed narodzinami (WATERMAN, SHATZ, 1982: 149). Co więcej, fizyczna i uczuciowa bliskość bliźnięt może spowalniać proces samookreślenia i dywersyfikacji, ponieważ dzieci te dążą do wzajemnego upodobnienia się lub wręcz do utożsamienia (LEONARD,

1961: 300–320). Odzwierciedleniem tej tendencji w mowie jest popełnianie podobnych lub tych samych błędów, a w przypadku bliźniąt jednojajowych zjawisko to odnotowuje się o wiele częściej niż w wypadku bliźniąt dwujajowych (LEWIS, THOMPSON, 1992: 1087). Wśród badaczy zgłębiających zagadnienie opóźnionej mowy spowodowanej czynnikiem środowiskowym znane jest przekonanie o ogólnej niedojrzałości kompetencji werbalnej (LEWIS, THOMPSON, 1992: 1087).

Studium przypadku bliźniaczek

Charakterystyka bliźniaczek

Dane o rodzinie i warunkach

W niniejszym studium prezentowany jest przypadek bliźniaczek jednojajowych: BH i BZ¹, w wieku 2 lat i 8 miesięcy. Są one wcześniakami, urodzonymi w wyniku cięcia cesarskiego po 34 tygodniach ciąży. Po urodzeniu obie dziewczynki otrzymały 6/7 punktów w skali Apgar. Przesiewowe badanie słuchu przeprowadzone po urodzeniu wskazywało na prawidłowy stan obojga dzieci. Dziewczynki nie chorowały, do 4. miesiąca były karmione piersią, nie miały kłopotów z apetytem. Od 2. miesiąca życia, zgodnie z zaleceniem neurologa, dzieci uczęszczały na rehabilitację – przez pierwsze pół roku dwa razy w tygodniu, następnie przez kolejne pół roku raz w tygodniu. Rehabilitacja została zakończona po 14 miesiącach, nie stwierdzono konieczności ani dalszych zabiegów, ani dodatkowych badań. Rozwój psychoruchowy dzieci przebiega prawidłowo, zdobywanie poszczególnych umiejętności przypada we właściwym czasie, zgodnie z konkretnymi fazami rozwojowymi. Należy jednak uwzględnić zmienność w nabywaniu kompetencji przez dzieci, polegającą na tym, że BZ wcześniej raczkowała, chodziła na czworakach, siadała, samodzielnie chodziła i jadła łyżeczką, natomiast BH wszystkie te umiejętności nabyła później, ale potrzebowała mniej czasu na ich opanowanie. Rozwój spostrzegania i pamięci nie budził

¹ Zamieszczone w artykule zdjęcia dziewczynek pochodzą ze zbiorów autorki. Fot. Magdalena Grzegorzcyk.

zastrzeżeń. Bliźniaczki są pogodnymi dziećmi, ich rozwój ogólny nie wzbudza niepokoju.

Dziewczynki wychowują się w pełnej rodzinie. Rodzice są zdrowi; mają wyższe wykształcenie, są czynni zawodowo. Wszyscy mieszkają w domu jednorodzinnym z ogrodem. Bliźniaczki, pozostające pod opieką rodziców, opiekunki, dziadków i cioci, mają styczność głównie z osobami dorosłymi, natomiast z dziećmi sporadycznie, częściej w sezonie wiosenno-letnim. W czasie tych spotkań chętnie nawiązują kontakty, nie są inwazyjne, ale też nie nazbyt onieśmiałe. Stosują socjotechnikę polegającą na krótkotrwałej obserwacji, a następnie starają się łagodnie włączyć do zabawy (w tym czasie nie używają języka werbalnego). Nie chodzą do żłobka, ale osoby z najbliższego otoczenia starają się bawić z nimi w sposób zapewniający im stymulację. Stałym punktem każdego dnia, o ile pozwalają na to warunki atmosferyczne, jest wspólny spacer: dziewczynki same wybierają kierunek, drogę lub ścieżkę. Są zafascynowane przyrodą, a zwłaszcza drobną fauną: biedronkami, motylami, pasikonikami. Szczególną atrakcją stanowią pozostałości po deszczu: kałuże, które stają się głównym celem wędrowki. W ich poszukiwaniu dzieci pokonują spore dystanse, a spacer trwa bardzo



długo. Oprócz tradycyjnych zabaw ruchowych zaakceptowanym przez bliźniaczki sposobem spędzania wspólnego czasu jest czytanie książeczek (w miarę możliwości „wspólne”), zabawy podczas muzyki: wspólne „śpiewanie” piosenek, wspomaganie „śpiewania” gestami, poruszanie się w takt muzyki, odtwarzanie muzyki klasycznej podczas aktywności typu: malowanie, rysowanie, budowanie konstrukcji z klocków. Dziewczynki chętnie uczestniczą w tzw. grach edukacyjnych, takich jak: dopasowywanie kształtów oraz układanie puzzli. Korzystanie z materiałów piśmienniczych nie należy do ich ulubionych zajęć, często biorą dłoń opiekuna, aby rysował z nimi lub wręcz zamiast nich. Do preferowanych czynności należy natomiast ściąganie i nakładanie zatyczek na pisaki. Lepsze efekty przynosi rysowanie kolorową kredą na podwórku, na dużych, przeznaczonych do tego powierzchniach. Ulubioną zabawą manualną jest zdecydowanie dziurkowanie, przyklejanie gotowych elementów (posługiwanie się nożyczkami nie zostało jeszcze opanowane w stopniu zapewniającym samodzielność), nawet bardzo drobnych – dziewczynki potrafią cierpliwie i metodycznie przekleić wszystkie wybrane fragmenty z jednej planszy na drugą. To samo dotyczy zbierania małych elementów (np. koralików) i wkładania ich do różnych pojemników. W czasie wykonywania takich zadań twarze dzieci są spokojne, nie odnotowano grymasów czy wysuwania języka. Od niedawna można usłyszeć skandowane monosylaby, które najprawdopodobniej imitują liczenie.

Bliźniaczki bardzo chętnie słuchają dłuższych wypowiedzi, szczególnie wtedy, kiedy są specjalnie, przesadnie intonowane, i z najwyższą uwagą wsłuchują się w niezwykłą opowieść, która tak naprawdę ma na celu np. przekonać je do założenia pantofli. Ta gotowość do słuchania, która nie słabnie, jest często wykorzystywana przez opiekunów do nakłonięcia dzieci do wykonania różnych czynności bez uciekania się do innych, stresogennych metod.

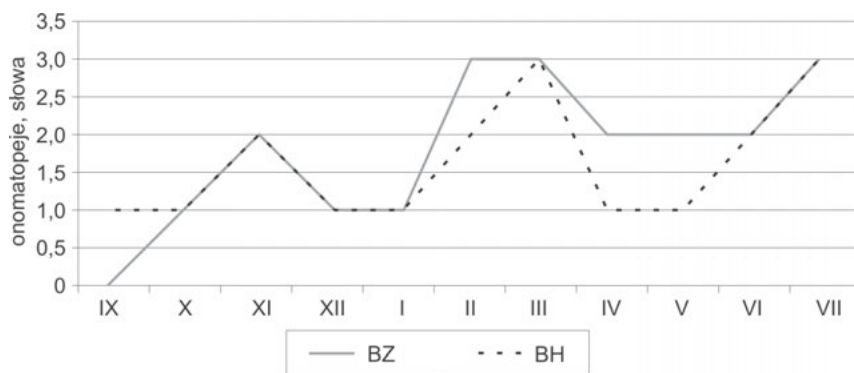
Wywiad

W kręgu członków najbliższej rodziny nie występują obciążenia dziedziczne, schorzenia psychiczne, nerwowe, neurologiczne, zaburzenia mowy czy trudności w nauce. Z przeprowadzonych rozmów wynika, że

u obojga rodziców mowa rozwijała się harmonijnie, nikt nie potwierdził jej opóźnienia.

Stwierdzono, że u bliźniaczek poszczególne fazy rozwoju mowy przebiegały poprawnie: głużenie, gaworzenie oraz wypowiadanie onomatopei następowały we właściwych etapach. Pierwsze powtórzenie stwierdzono u BH, w wieku 22 miesięcy, kiedy to wymówiła ostatnią sylabę imienia swojego taty, wołanego przez mamę: „hał” („Michał”). Do najszybciej przyswojonych onomatopei należały: „niao” (odpowiednik „miau”), „hu” (odpowiednik „hau”), „mu”, „eee” (odpowiednik „meee”), „aaa” (odpowiednik „beee”), „sss” oraz „bzzz”. Ponadto, należy podkreślić, że między bliźniaczkami istnieje silna więź. Dziewczynki zostały rozdzielone tylko na kilka dni, w wieku 6 miesięcy, kiedy to BZ była hospitalizowana. W fazie powtarzania, podczas zabawy, bardzo często można było obserwować próby „nawoływania się”: jedna z bliźniaczek przemieszczała się (odbywało się to już w okresie poruszania się na czworakach) do innego pokoju i stamtąd „wołała” siostrę, dobitnie wypowiadając tę samą samogłoskę: „e, e, e!”. Dzieci aranżują wspólne zabawy, rozśmieszają się i niekiedy przytulają, ale niezależnie od tego często dochodzi do potyczek i przepychanek, których celem jest jakiś przedmiot. Nie stwierdzono jednak, aby bliźniaczki posługiwały się własnym językiem, niezrozumiałym dla pozostałych domowników. W wieku 2 lat i 5 miesięcy dziewczynki wypowiadały dwa słowa: „mama”, „nie”, oraz zwroty: „mniam, mniam” i „pa, pa” (BZ wcześniej, BH później), poza tym chętnie przywoływały znane już onomatopeje, naśladowały mowę dorosłych albo starały się coś „wypowiedzieć”, mrucząc (wypowiadały spółgłoskę „m” bez otwierania buzi, za to wiernie odtwarzały melodię mowy, liczbę sylab i rytm wypowiedzi). Dzieci chętnie się bawiły i właściwie reagowały, ale w ich zasobie słownictwa nie pojawiały się zrozumiałe słowa.

Wykres 1 przedstawia przyrost nowych słów w czasie. Oś pionowa to liczba nowych wypowiedzianych słów (w przypadku jednej i drugiej dziewczynki największa wartość to 3), natomiast oś pozioma to miesiące: od września, kiedy zostało odnotowane pierwsze powtórzenie, do lipca, kiedy zwerbalizowana produkcja stała się intensywna. Z obserwacji wynika, że największy przyrost nowych wypowiedzianych wyrazów nastąpił w okresie 3 miesięcy, to jest od połowy stycznia do połowy



Wykres 1. Przyrost słów w czasie (oś pionowa wskazuje liczbę słów, natomiast oś pozioma to okres czasu od września do lipca)

kwietnia. Warto w tym miejscu sprecyzować, że werbalnie wiodła prym BZ, natomiast BH wymawiała większość tych samych słów po siostrze, w odstępie mniej więcej tygodnia. Choć w kwietniu i maju na wykresie widać spadek, oznacza on jedynie przerwę w pojawianiu się wyrazów nowych, słowa nabyte nadal były używane i udoskonalane artykulacyjnie. W kolejnych miesiącach ponownie można stwierdzić przyrost nowych wyrazów, tym razem jednak różnica w czasie ich pojawiania się między BZ i BH jest nieznaczna.

Wiele badań donosi, że silne zaburzenia artykulacji negatywnie wpływają na rozwój komunikacji z otoczeniem, a zaburzenia w rozwoju językowym negatywnie warunkują kształtowanie się procesów poznawczych, przede wszystkim myślenia słowno-logicznego, wnioskowania, porównywania czy abstrahowania (KRASOWICZ-KUPIS, 1999). Mimo deficytu mowy komunikacja między dziećmi i dorosłymi w omawianej rodzinie zachodziła bez przeszkód. Rodzice rozumieli intencje dziewczynek, kiedy te porozumiewały się gestami: wskazując przedmiot albo przestrzeń, lub kiedy w określonym kontekście sytuacyjnym brały „interlokutora” za rękę i prowadziły go w pożądane miejsce. Niezbyt chętnie, jakby nie rozumiejąc, reagowały na polecenia: „Powiedz...!” lub „Powtórz...!”. Kiedy mama próbowała zachęcić bliźniaczki, aby odpowiadały na pytanie: „Gdzie jest tatuś?”, używając konkretnego słowa: „tam”, i prosiła o powtórzenie tego wyrazu, wypowiedziawszy go wcześniej wyraźnie

i powoli, dziewczynki, zamiast użyć aparatu mowy, równocześnie wyciągały ręce w geście wskazania pomieszczenia. Mając na uwadze fakt, że „rozwój umiejętności ruchowych dziecka, nabycie przezeń kompetencji językowej oraz wzrokowej i słuchowej musi stać się ważnym zadaniem dla wychowawców, i jeżeli rozwój w tym zakresie nie nastąpi w odpowiednim czasie, następują opóźnienia i deficyty” (GODDARD BLYTHE, 2010: 18), rodzice zdecydowali się zasięgnąć rady specjalisty.

W rezultacie prywatnej konsultacji ze znajomym logopedą oraz za jego radą rodzice postanowili skorzystać ze wskazówek zawartych w przewodniku dla rodziców dzieci z opóźnioną mową *It Takes Two to Talk*. Przedstawiona w przystępny, obrazowy, przekonujący sposób metoda wydawała się im oczywista, jednak w praktyce okazała się dość trudna już na samym początku, kiedy to należało wdrożyć zasadę: „Pozwól Twojemu dziecku dowodzić” (PEPPER, WEITZMAN, 2004: 15). Wychodząc z powszechnego, ale nie do końca prawdziwego przekonania, że to rodzic, jako ten, który reprezentuje wzorzec, powinien przejmować inicjatywę, oboje przyznali, że początkowo trudno im było przyjąć nie-dyrektywną postawę. W subiektywnym odczuciu mamy okres ten był bezproduktywny, a dziewczynki wydawały się zagubione i kiedy reakcja ze strony rodzica nie następowała zbyt długo, porzucały aktualny pomysł na rzecz czegoś innego, aby z tego też szybko zrezygnować, i tak do momentu, kiedy nie znalazły czegoś, co je rzeczywiście pochłone-ło. Kiedy jednak przekonały się, że decyzja należy do nich, okazało się, że chętnie przejmowały inicjatywę. Mniej więcej w tym samym czasie udawało się również zatrzymać uwagę dziewczynek na jakimś przedmiocie lub czynności, co więcej, wymierne efekty przyniosło powtarzanie wydawanych przez nie odgłosów i zachęcanie do powtarzania pojedynczych słów. Ponadto, rodzice przekonali się także, że prawdziwe jest stwierdzenie zawarte w książce *Play to Talk*: „Kiedy nie czekamy i nie dajemy dziecku czasu, często pozbywamy się możliwości odkrycia tego, co dziecko naprawdę potrafi” (MACDONALD, STOIKA, 2007: 50). Zupełnie inaczej wyglądały zabawy z wykorzystaniem muzyki. Kiedy dziewczynki słyszały piosenki, ożywiały się, poruszały w ich rytm, nuciły, wykonywały gesty zgodnie ze słowami tekstów. Bardzo efektywne okazały się ćwiczenia z wykorzystaniem piosenki o farmie (*Pan McDonald farmę miał*), w której wylicza się nazwy poszczególnych zwierząt. Korzystając

ze wskazówek zawartych w cytowanym przewodniku, mama wprowadziła pomoce wizualne: figurki zwierzątek, dzięki czemu dziewczynki nie tylko kojarzyły i utrwały poszczególne słowa, ale też starały się je wypowiadać lub przywoływały właściwą onomatopcję. Wymierne efekty udało się osiągnąć niemal natychmiast, tym bardziej że bliźniaczki domagały się powtarzania piosenki. Zawsze wtedy, gdy przeważa element ludyczny, dziewczynki chętnie wchodziły w interakcję, nie zauważając nawet, że właśnie zdobywają nowe kompetencje. Jedynie wtedy, kiedy wymaga się od nich chwili skupienia, uwagi i koncentracji, trzeba kontrolować sytuację i dodatkowo motywować, aby się zaangażowały. Przyczyną jest brak dojrzałości i gotowości do wyzwań każdego typu. W tej chwili dziewczynki ciągle jeszcze podejmują aktywności, które są im znane, dobrze kojarzone i sprawiają, że czują się pewnie i bezpiecznie.

W krótkim czasie intensywnej obserwacji w środowisku domowym, głównie podczas opisanych zabaw, poddane zostały następujące cechy wypowiedzi bliźniaczek:

- liczba słów, dźwięków (czy dzieci mówią dużo i chętnie),
- jakość (czy dzieci mówią wyraźnie, czy zniekształcają wyrazy fonetycznie),
- płynność i tempo wypowiedzi,
- przebieg toru oddechowego,
- rodzaj i charakter trudności podczas wypowiadania słów lub dźwięków.

Na skutek powolnego przyrostu nowych „słów” na wniosek rodziców zgłoszono problem w poradni logopedycznej.

Wyniki diagnozy logopedycznej²

BH została skonsultowana logopedycznie przez neurologopedę z uwagi na jej trudności w nawiązywaniu kontaktów werbalnych z oto-

² Autorką przytoczonej diagnozy jest neurologopeda mgr Bogumiła Wilk, odbywająca sesje z bliźniaczkami w Centrum Logopedycznym w Katowicach – dzięki jej uprzejmości w niniejszym tekście znalazł się ten niezbędny element. Dotychczasowe wizyty były w miarę możliwości regularne: co 3–4 tygodnie, czyli w odstępach czasu, które miały pozwolić rodzicom na zastosowanie technik terapeutycznych i obserwację poczynionych postępów.

czeniu. Celem kolejnego spotkania było omówienie wcześniejszej wizyty oraz dalszej obserwacji dziecka, a następnie ustalenie metod i formy terapii logopedycznej. BH reaguje na swoje imię, dobrze rozumie mowę, potrafi wykonać proste polecenia, np. wskazać przedmiot na obrazku, podać obrazek lub zabawkę, a w zabawie nalać herbatę do kubeczka. Podczas badania nie udało się ocenić możliwości motorycznych aparatu mowy, ale z rozmowy z mamą wynika, iż dziewczynka nie ma problemów z połykaniem czy żuciem pokarmów stałych. Potrafi samodzielnie pić z kubeczka oraz jeść za pomocą łyżki. Do snu domaga się jeszcze smoczka. Podczas pierwszego spotkania BH była nieśmiała, nie komunikowała się werbalnie zarówno z rodzicami, jak i z logopedą. Podczas zabawy, już po krótkim czasie wykazywała zniechęcenie i manifestowała chęć wykorzystania innego rekwizytu. Komunikacja ograniczała się do nielicznych gestów – wskazywania swoją lub ręką mamy przedmiotu. Podczas oglądania obrazków ze znanymi zwierzętami (krowa, pies, baran, świnka, koń) dziewczynka nie naśladowała ich odgłosów. W czasie swobodnej zabawy dziecka można było zaobserwować słabą ekspresję twarzy. W dalszej obserwacji w czasie badania można było zauważyć, iż oddech dziewczynki był swobodny i regularny, buzia zamknięta.

Druga bliźniaczka, BZ, została skonsultowana logopedycznie przez neurologopedę z uwagi na jej trudności w nawiązywaniu kontaktów werbalnych z otoczeniem. Celem kolejnego spotkania było omówienie wcześniejszej wizyty oraz dalszej obserwacji dziecka, a następnie ustalenie metod i formy terapii logopedycznej. BZ reaguje na swoje imię, dobrze rozumie mowę, potrafi wykonać proste polecenia, np. uczesać się, nalać herbatę do kubeczka, wskazać przedmiot na obrazku, podać zabawkę. Podczas badania dziewczynka była nieśmiała, nie komunikowała się werbalnie zarówno z rodzicami, jak i z logopedą. Po krótkim czasie zabawy wykazywała zniechęcenie i chęć zmiany zabawki. Komunikacja BZ ograniczała się do nielicznych gestów – wskazywała swoją lub ręką mamy przedmioty. Podczas oglądania obrazków ze znanymi zwierzętami (krowa, pies, baran, świnka, koń) dziewczynka podjęła próbę naśladowania odgłosów i chociaż były one niezbyt wyraźne, można było domyślić się, że były to wyrażenia typu: „mu” oraz „hau-hau”. W czasie badania dziecka nie udało się ocenić możliwości motorycznych aparatu mowy. Z wywiadu z mamą wynika, iż BZ nie ma problemów z połyka-

niem czy żuciem pokarmów stałych, potrafi samodzielnie pić z kubeczka oraz jeść za pomocą łyżki. Do snu domaga się jeszcze smoczka. Podczas swobodnej zabawy u BZ można było zauważyć słabą ekspresję twarzy, chociaż przez krótką chwilę widoczne było zaciekanie i nieznaczny uśmiech. W dalszej obserwacji w czasie badania można było zaobserwować, że oddech BZ był swobodny i regularny, buzia zamknięta.

W związku z faktem, że diagnoza zaburzeń mowy opisanych dzieci jest bardzo zbliżona, dzięki czemu można mówić o „przypadku” bliźniaczk, zaproponowano te same zalecenia i formy terapii zarówno dla BH, jak i BZ.

W początkowym etapie terapii zastosowano elementy wideotreningu. Rodzice wspólnie z logopedą ustalili zasady wspierania i stymulowania dziecka do podejmowania interakcji z osobami z otoczenia i uczestniczenia w nich. Do głównych zaleceń wskazanych przez logopedę należy przede wszystkim dbałość o bezpośredni kontakt z dzieckiem: zwracając się do dziewczynki, należy zadbać o możliwość kontaktu *twarzą w twarz* – osoba dorosła powinna znaleźć się na poziomie jej twarzy. Podczas wspólnego spędzania czasu należy pozwolić dziecku na angażowanie się i przejmowanie inicjatywy w zabawie, dbając zarazem, by były to zabawy, które lubi; w tym celu dorośli powinni starać się uważnie obserwować dziecko, by odczytywać jego potrzeby i zainteresowania. Logopeda podkreśliła, że skuteczne będzie prawdopodobnie cierpliwe czekanie na przejawy aktywności ze strony dziewczynek, także niewerbalnej, uważne obserwowanie i słuchanie ich wypowiedzi (odnosi się to też do nieznaczających wokalizacji). Dodatkową stymulację do zapamiętywania, odtwarzania i werbalizowania słów stanowi technika gestów metody Makaton. Słowa, które wprowadzono jako pierwsze, to: „lala”, „miś”, „wózek”, „auto” i „piłka”.

Ku zdziwieniu rodziców, którzy przekonani byli o słuszności i skuteczności metod komunikowania się, które zakładają jedynie poprawne, zarówno pod względem artykulacyjnym, jak i gramatycznym, wypowiedzi, specjalista zalecił zwiększenie ilości produkcji werbalnych i niewerbalnych poprzez aktywne włączanie się w zabawy, naśladowanie, interpretowanie i komentowanie wypowiedzi dziewczynek. Szczególnie technika polegająca na powtarzaniu produkcji werbalnych dzieci wzbudziła zainteresowanie do tego stopnia, że rodzice poprosili o wyjaśnienie

celowości tego zalecenia. Prostym zobrazowaniem tego mechanizmu jest polecenie polegające na naśladowaniu wypowiedzi dziecka z dodaniem prostych fraz, typu: „miau”, „tak, to jest kot”, „kot lubi mleko” – pozwala to na stałe wzbogacanie mowy czynnej i biernej.

W związku z tym, że u mamy zaobserwowano tendencję do „zagadywania” dzieci³, do udzielania odpowiedzi na postawione pytanie i do mówienia zamiast nich, zalecono ograniczenie liczby zadawanych dziewczynkom pytań. Uświadomiono również rodzicom, że jeśli osoba dorosła kieruje pytanie do dziecka, to powinna pamiętać, że musi ono być dla niego zrozumiałe; powinno być sformułowane w taki sposób, by dziecko było w stanie udzielić odpowiedzi (np. przez kiwnięcie głową lub wskazanie gestem); pytania powinny także odpowiadać zainteresowaniom dziewczynek.

Zarówno specjalista, jak i rodzice byli zgodni co do tego, że w szczególny sposób należy zwracać uwagę na jakiegokolwiek próby nazywania przedmiotów, osób lub czynności, nawet w sytuacjach, gdy nie jest pewne, czy dana wokalizacja jest znacząca; trzeba powtórzyć wolno i poprawnie wypowiedź dziecka, okazując przy tym radość i zadowolenie. Dzięki temu osoby dorosłe pokazują, że dziecko jest rozumiane – motywują je do podejmowania dalszych wysiłków w nawiązywaniu interakcji i komunikowaniu się.

Kolejne zalecenie odnosi się bezpośrednio do komunikowania się podczas wykonywania codziennych czynności, a zatem tym bardziej należy je uwzględnić, gdyż jego ścisłe zastosowanie może okazać się kluczowe na drodze do stymulacji mowy u bliźniaczek. Podczas wykonywania różnych czynności powinno się prostymi słowami komentować to, co się dzieje, bądź informować dziecko o tym, co będzie się teraz działo, np.: „mama nalewa mleko, będziemy pić”, „teraz idziemy myć ręce”, „teraz

³ Wyczerpujące informacje na temat tej częstej postawy można znaleźć w opracowaniu *Play to Talk. A Practical Guide to Help Your Late-Talking Child Join the Conversation* (MACDONALD, STOIKA, 2007). Autorzy podkreślają tu kluczową rolę następujących czynników, jakie powinny zostać uwzględnione w podejmowaniu prób komunikowania się z dzieckiem: równowaga, dopasowanie, reagowanie, dzielenie kontroli, figlarność. W poszczególnych rozdziałach można odnaleźć charakterystyki danych czynników, wiele klarownych wskazówek dotyczących wdrożenia danej postawy oraz listę zachowań, których należy unikać.

będziemy słuchać bajki”, „teraz pójdziemy do przedszkola”. Szczególnie ważne jest, aby wypowiedzi kierowane do dziecka nie były zbyt trudne; należy unikać wypowiadania złożonych, zbyt długich form, najlepiej używać krótkich fraz i zdań, typu: „umyj ręce”, „podejdź do mnie”. Osoba dorosła, kierując swą wypowiedź do dziecka, powinna mówić nieco wolniej, wyraźnie, odpowiednio modulując głos – z zaakcentowaniem najważniejszych elementów; należy pamiętać o bogatej mimice. Wskazane jest również, aby zachęcać dziecko do nawiązywania i podtrzymywania kontaktu wzrokowego przez: wypowiadanie imienia dziecka, utrzymywanie wzroku na poziomie oczu dziecka, trzymanie obiektu, którym dziecko jest zainteresowane (książki lub zabawki), na poziomie swojej twarzy.

Rodzice zgodzili się z logopedą co do tego, że warto posłużyć się różnorodnymi sposobami mogącymi zmotywować dziewczynki do podejmowania kontaktów z otoczeniem i większej aktywności werbalnej, przede wszystkim pochwałami i nagrodami. Można wykorzystać naklejki, zabawki lub inne ulubione przedmioty. Ważne, aby nagroda, pochwała następowały niezwłocznie, wówczas dziecko będzie mogło wyrobić sobie przekonanie, jakie zachowania z jego strony są pożądane i zasługują na nagrodę.

Specjalista potwierdził również, że wskazane jest, by stymulować rozwój słuchowy, stopniowo zapoznawać dziewczynki z różnymi dźwiękami z otoczenia, piosenkami i płasami. Ważne jest jednak, by ćwiczenia z tego zakresu prowadzone były systematycznie, ale krótko, oraz by były dla dziecka przyjemne. Ponadto, należy stymulować rozwój ruchowy przez wspólne zabawy na świeżym powietrzu, zabawy ruchowe ze śpiewem i z pokazywaniem np. części ciała, naukę jazdy na rowerku, grę w piłkę, pływanie. Należy podkreślić fakt, że opiekunowie już wcześniej wykorzystywali tę technikę: płasy z pokazywaniem części ciała, które stały się stałym elementem zabaw ruchowych, pewnego dnia przysporzyły kłopotu, gdyż gest BZ, który polegał na podniesieniu ramion i dotknięciu dłońmi głowy, okazał się dla opiekunów niejednoznaczny. Dopiero kiedy dziewczynka zaczęła nucić, domyślono się, że chodzi o piosenkę, a nie o „misia”, któremu metoda Makaton przypisała podobny gest.

Z uwagi na to, że zarówno BZ, jak i BH mają tendencję do przerywania aktywności, które przestają je interesować, należy systematycznie

modelować zachowania dzieci, wdrażać do opanowywania zasad gier i respektowania ich. Podczas wspólnych gier i zabaw jest wskazane, aby powoli uczyć dziewczynki przestrzegania zasady działania po kolei, pytając, podpowiadając: „czyja teraz kolej?”, „teraz moja kolej”, „teraz ty”, i chwalić: „podoba mi się, jak czekasz na swoją kolej”, „ładnie czekasz na swoją kolej”. Należy wyrażać zdecydowany sprzeciw, gdy dziecko chce przerwać zabawę, motywować do dokończenia jej. Trzeba także podkreślić, że bardzo ważną zasadą decydującą o skutecznym nabywaniu i opanowywaniu mowy jest stopniowanie trudności, nie należy zatem wprowadzać wielu zadań i ćwiczeń jednocześnie, raczej warto przepracowywać je etapami. Ponadto, dla powodzenia terapii istotne jest, aby wszystkie osoby przebywające z dzieckiem stosowały ujednolicony sposób działania i komunikowania się z nim.

Formy terapii zaproponowane rodzicom BH i BZ przez neurologopedę to przede wszystkim: (1) stymulowanie dziecka do częstszego nawiązywania i podtrzymywania interakcji komunikacyjnych (werbalnych i niewerbalnych) z otoczeniem; (2) stymulowanie oraz stopniowe usprawnianie nabywania mowy; (3) stymulacja ogólnorozwojowa (ze szczególnym uwzględnieniem motoryki dużej i małej, także aparatu mowy oraz percepcji słuchowej – słuchu mownego); (4) udzielanie wsparcia rodzicom przez modyfikowanie ich postaw i zachowań, aby wdrożyć strategie terapeutyczne w codziennych sytuacjach komunikacyjnych. W postępowaniu terapeutycznym wykorzystywane są między innymi elementy wideotreningu z udziałem rodziców w celu ułatwienia im przenoszenia działań terapeutycznych na codzienne sytuacje życiowe. Wprowadzono również elementy metody Makaton, aby wspomóc proces komunikacji z wykorzystaniem gestu, symbolu, ekspresji ciała. W kolejnym etapie przewidywane jest posiłkowanie się Symultaniczno-Sekwencyjną Nauką Czytania® Profesor J. Cieszyńskiej, aby ułatwić bliźniaczkom opanowywanie języka i werbalnej komunikacji z otoczeniem.

W programie terapii logopedycznej uwzględniono także stosowanie różnorodnych pomocy dydaktycznych, stymulujących nabywanie mowy czynnej, dostosowanych do rozwoju dzieci. Efekty i zmiany w zachowaniach społecznych, komunikacyjnych oraz doskonalenie sprawności językowej i wymowy wymagają dalszego utrwalania w toku intensywnego

nej terapii logopedycznej. Systematyczna terapia i wdrażanie opisanych strategii ułatwią dzieciom funkcjonowanie w relacjach z najbliższymi oraz innymi osobami.

Obserwacja badanych

Należy podkreślić, że zachowanie bliźniaczek w czasie wizyty w poradni było odmienne od tego, jakie przyjmują w znanym sobie otoczeniu: w domu rodzinnym, a także w domu dziadków. Jak zostało wykazane w diagnozie, podczas wizyty dziewczynki były do tego stopnia onieśmielone, że prawie w ogóle nie nawiązały kontaktu werbalnego – ani z logopedą, ani z rodzicami. Natomiast w znanym sobie otoczeniu często, właściwie cały czas, wydają różne odgłosy, ale niechętnie wchodzi w kontakt słowny. Są aktywne, mobilne, lubią zabawy ruchowe: skakanie (na łóżku, na trampolinie), pchanie wózków, zderzanie się nimi, turlanie się po ziemi, bieganie dookoła mebli, huśtanie, płasanie oraz zabawy, których immanentnym komponentem jest zaskoczenie: chowanie się, odnajdywanie i nagłe zatrzymywanie dziewczynek w biegu. Bliźniaczki rozumieją pytania i polecenia, niektóre z nich skwapliwie



wykonują, natomiast nie podejmują próby przejęcia inicjatywy. Podczas faz naśladowania wypowiedzi dorosłych płynność mowy jest dobra, niezakłócona, cechy prozodyczne zachowane. Dziewczynki często samodzielnie biorą książeczki (częściej BZ) i naśladują czynność czytania, nie wyróżniając jednak artykulacyjnie żadnego elementu, „lektura” zaś przypomina melodyjny słowotok. Ich głosy są wtedy spokojne, raczej ciche, specjalnie do tej czynności „ustawione”.



Zgodnie z zaleceniami rodzice zwracają uwagę na to, aby utrzymywać kontakt wzrokowy z dziećmi, a zatem w czasie rozmowy przykucają albo siadają obok. Należy w tym miejscu podkreślić, że bliźniaczki, kiedy szczególnie zależy im na przekazaniu jakiejś informacji, bardzo dbają, aby kontakt wzrokowy był utrzymany, i kiedy zauważą, że w czasie ich wypowiedzi głowa słuchacza odwraca się w inną stronę, przytrzymują ją dłońmi i „wymuszają” w ten sposób uwagę (BH częściej). Zależy im więc na tym, aby zostały wysłuchane, a wręcz, aby zareagować na zaprezentowany komunikat.

Z biegiem czasu dziewczynki coraz chętniej podejmują próby powtarzania słów, nawet wtedy, kiedy są to wyrazy trudne, wielosylabowe albo

zwroty. Starają się zachować dystynktywne – w ich odczuciu – cechy danego słowa, np. dominującą samogłoskę, jak w wyrazie „śpi”, z którego dziewczynki wymawiają jedynie wydłużone „iii”, lub „tatuś”, którego odpowiednikiem w mowie dziewczynek jest „aji”. I należy tutaj natychmiast uściślić, że jako pierwsza użyła tego „słowa” BZ, natomiast BH nauczyła się go od siostry, nie zważając na wielokrotne próby korygowania tej wymowy przez rodziców. Jeżeli chodzi o spółgłoski, to dominującą w użyciu jest „ś”. Dziewczynki używają jej, aby wymówić słowo „miś” oraz zasygnalizować potrzebę fizjologiczną. Przy czym rozróżniają wymowę tego dźwięku: „miś” jest wypowiedziany głośno, a czynność jest sygnalizowana zdecydowanie ciszej.

Nadal jednak odnotowuje się słabe rezultaty podczas prób nakłonięcia bliźniaczek do konstruowania samodzielnych wypowiedzi. Wielokrotne usiłowania, aby zachęcić dziewczynki do udzielania odpowiedzi na pytanie dotyczące wyboru, typu: „chcesz jogurt czy jabłko?”, kończyły się niepowodzeniem – dziewczynki wskazywały obiekt, a jeżeli nie było go w pobliżu, nic nie mówiły albo artykułowały w sposób niezrozumiały. Kolejne próby zachęcenia do wyraźniejszej artykulacji kończyły się przerwaniem kontaktu i rezygnacją z prośby o daną rzecz. W tym kontekście należy podkreślić, że bardzo ważnym czynnikiem jest kondycja emocjonalna dzieci w danym momencie. Rodzice zaobserwowali większą gotowość bliźniaczek do współpracy, a nawet do podejmowania inicjatywy, kiedy te mają dobre samopoczucie. Co więcej, z uwagi na to, że dziewczynki nie sprawiają kłopotów, ich lepsze nastawienie do otoczenia rozpoznaje się właśnie po wzmożonej „gadatliwości”, większej otwartości, kreatywności, dynamizmie ruchowym.

Wizyty u logopedy trwają nadal. Bliźniaczki kojarzą już osobę i miejsce, do którego jadą, „żeby się pobawić”. Lepiej nawiązują kontakt i chętniej współpracują, szybciej przełamując początkowe onieśmienie, które ciągle im towarzyszy. W ciągu ostatnich tygodni pojawiły się nowe słowa: „baba”, „titiiii” (odpowiednik wyrazu „samochód”), „biba” (ryba), „tota” (ciocia), „dadu” (dziadzius). Każda z bliźniaczek podjęła również próbę wypowiadania imienia siostry. BZ zaczęła też łączyć słowa w komunikaty, np. „baba titiii” z intonacją pytającą, co oznacza pytanie: „jedziemy do babci samochodem?”; „baba mniam mniam” – „czy babcia je?”; „baba iii” – „babcia śpi”. Ponadto, u BH stwierdzono skłonności do

modyfikacji znanych i używanych słów, np. zamiast „mama”, BH mówi często „mami”, zamiast „baba” – „babi”.

Zastosowana terapia

Zgodnie z zaleceniami logopedy rodzice starają się stymulować dzieci do częstszego nawiązywania i podtrzymywania interakcji komunikacyjnych z otoczeniem. W tym celu stosują szereg zabaw i technik, które wspomagają proces werbalizowania. Jedno z takich ćwiczeń zostało wprowadzone z sukcesem i stało się swoistym rytuałem: słowo, które należy powtórzyć, wypowiada najpierw mama, potem tata, potem gość (np. ciocia), potem jedna z bliźniaczek, a na końcu jej siostra. Sprawdzonego sposobem jest również recytowanie krótkich wierszyków z podziałem na role. Zazwyczaj wierszyk rozpoczyna osoba dorosła, a kończy jedna z bliźniaczek. Nieocenioną pomocą stała się w tym przypadku seria *Widzę – słucham – mówię*, której autorka proponuje szereg rymowanek kończących się wyrazami dźwiękonaśladowczymi: „Kaczka kwacze kwa, kwa, kwa. Konik rży iha, ha ha” (MICHALAK-WIDERA, 2008b: 18–19) lub „Trąbka trąbi tru tu tu. A bębenek bum, bum, bum” (MICHALAK-WIDERA, 2008a: 8–9). W celu usprawnienia nabywania mowy rodzice starają się stymulować dzieci wspólnymi zabawami poprawiającymi motorykę narządów mowy, oglądaniem i naśladowaniem innych, jak w przypadku programu telewizyjnego *Igraszki logopedyczne* czy książeczek z serii logopedycznej *Kocham czytać* (CIESZYŃSKA, 2008). Wymierne efekty daje też klaskanie podczas wymawiania wyrazów o małej liczbie sylab.

Dowodem na gotowość dziewczynek do współpracy w zakresie komunikacji było dość szybkie opanowanie, a następnie spontaniczne stosowanie gestów z metody Makaton. Jako pierwsze zostały opanowane gesty oznaczające następujące pojęcia: miś, lala, wózek, auto, piłka, ryba, potem doszły: dziewczynka, chłopiec, koń, krowa, kaczka, pies, kot, świnka, statek i inne. BH spontanicznie, zgodnie z kontekstem używa gestu oznaczającego: „proszę”, kiedy chce, aby jej coś przynieść lub podać. Jest to ważny etap potwierdzający gotowość, a także dojrzałość dziewczynek. Znaki, o których mowa, zostały przyswojone bez większego wysiłku i w bardzo krótkim czasie. Bliźniaczki nigdy ich nie mylą, jedynie

precyzja wykonywania gestów wymaga dopracowania. Kilka miesięcy wcześniej mama próbowała wprowadzić podobny system, ale bez powodzenia. Dziewczynki z zainteresowaniem obserwowały, jak pokazywała im gesty (książeczka, światło), ale nie podejmowały prób powtórzenia ruchu rąk w minimalnym nawet stopniu.

Rodzice pamiętają również o ważnym czynniku motywacyjnym i każdą próbę powtórzenia czy wypowiedzenia słowa, nawet jeżeli jej efekt nie do końca jest zgodny z oczekiwaniami, nagradzają pochwałą, oklaskami lub w inny sposób jednoznacznie wskazujący na aprobatę. Starają się także wzmocnić poczucie bezpieczeństwa dzieci poprzez okazywanie im życzliwości i cierpliwości.

Prognozy terapeutyczne

Należy się zgodzić, że uczęszczanie na zajęcia logopedyczne, które wyrabia nawyk ćwiczenia, stanowi wsparcie oraz punkt odniesienia dla rodziców podejmujących różnorodne próby stymulacji w domu. Dzieci kojarzą wizyty u logopedy z zabawą, przyjaznym miejscem, nowymi, pozytywnymi doznaniem. Po zauważeniu wymiernych efektów prze-



prowadzonych ćwiczeń (ostatnim osiągnięciem BZ jest samodzielne wypowiedzenie we właściwym kontekście słowa „tu”) dziewczynki chętnie podejmują kolejne próby bądź z upodobaniem powtarzają to samo słowo, co przyczynia się do wzrostu motywacji. Zapewne poszczególne dźwięki lub wyrazy będą pojawiały się zgodnie ze stopniem trudności. Dobrą ilustracją tego procesu może być fakt, że już po przyswojeniu słowa „tu” udało się zarówno BZ, jak i BH powtórzyć: „tam”, chociaż rodzice nadal przypominają o jego użyciu. Rozwijając mowę, bliźniaczki staną się pełnoprawnymi uczestniczkami procesu komunikowania się z otoczeniem, szczególnie tym spoza najbliższej rodziny. Należy mieć również nadzieję na rozwój dobrych relacji z otoczeniem na skutek poprawy wyrazistości mówienia.

Ewentualne utrudnienia, jakie mogą się pojawić w przypadku braku postępów w rozwoju mowy, to: problemy emocjonalne i adaptacyjne w przedszkolu w związku z trudnościami komunikacyjnymi z rówieśnikami, wystąpienie zniechęcenia na skutek monotonii powtarzanych ćwiczeń oraz – najbardziej prawdopodobne – wzmożenie niecierpliwości i trudności emocjonalnych w wyniku konieczności dzielenia czasu i przestrzeni z siostrą bliźniaczką.

Podsumowanie

W niniejszym artykule skupiono się na analizie przypadku bliźniaczek z opóźnionym rozwojem mowy, próbując odpowiedzieć na pytanie: czym owo późniejsze zdobywanie kompetencji werbalnego porozumiewania się może być spowodowane? W wypadku bliźniaczek raczej nie może być mowy o logofobii, gdyż na swój sposób mówią i to dość dużo. Proponowane przez rodziców ćwiczenia wykonują chętnie i z względnym zaangażowaniem, traktując je ciągle jak element zabawy, a zatem nie można się tu powołać na brak motywacji. Zamykanie się w sobie też jest stanem obcym dla opisanych dzieci, co najwyżej czasem są onieśmiałe lub zmęczone, a to wystarczy, aby odmówiły współpracy. Aspekt psychiczny oraz akceptacja otoczenia to bardzo ważne czynniki, od których w dużej mierze zależy sukces zastosowanej terapii. Przekształcenie żmudnych ćwiczeń w element zabawy oraz wprowadzenie rytuału

gier słownych do codziennych aktywności nie tylko przyniosło zauważalne efekty w postaci zwiększenia liczby nowych słów wypowiedzianych przez dziewczynki, ale sprawiło również, że rodzice, którzy zdają sobie sprawę z odpowiedzialności i ciężaru, jaki spoczywa na nich w związku z wychowaniem dzieci, znajdując zrozumienie i wsparcie u specjalisty, wzmacniają swoją samoocenę. Podczas corocznej konferencji Śląskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Logopedycznego jedna z prelegentek poddała pod rozagę obecnych na sali logopedów słowa profesora Marka Onslow⁴ o tym, że logopeda jest specjalistą w zakresie mówienia, a rodzic jest ekspertem w dziedzinie swojego dziecka (ONSLow, PACKMAN, HARRISON, 2003: 5). Z obserwacji wynika bowiem, że same bliźniaczki nie postrzegają swoich zmagających z mówieniem jako problematycznych czy nawet stresogennych. Ich komunikacja z najbliższym otoczeniem jest przejrzysta i niezakłócona. Wydaje się jednak, że dziewczynki zauważyły, że dzięki wprowadzeniu nowych, jednoznacznych, przydatnych gestów lub słów komunikacja zachodzi szybciej, skuteczniej i nie jest obciążona frustrującym poczuciem bezradności, które opanowuje najczęściej rodziców. Ostatnie tygodnie przyniosły kilka istotnych postępów w zakresie przyrostu liczby nowych słów, BZ zaczęła nawet łączyć wyrazy z gestami w komunikat składający się z trzech elementów: (1) dotknięcie dłonią własnej klatki piersiowej (ja), (2) „mama”, (3) „mniem, mniem”, co znaczy: „Mama przygotowuje śniadanie dla BZ”, lub: (1) „aji”, (2) „nie”, (3) „tu”, co oznacza: „Tatusiu, nie idziemy tam, tylko tu”. W przypadku każdej z bliźniaczek są to inne gesty lub słowa. Trudnością, która ciągle towarzyszy rodzicom, jest wprowadzenie równowagi w kontaktach werbalnych z dziećmi. Permanentna współobecność bliźniaczek skutkuje tym, że kiedy mama lub tata rozmawia z jedną z nich, druga słucha, nawet jeżeli pozornie jest zajęta inną czynnością, a to oznacza, że jest „narażona” na bierne uczestnictwo. Należy zatem przemyśleć podział czasu

⁴ VIII Ogólnopolska Konferencja Logopedyczna Śląskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Logopedycznego odbyła się 19 maja 2012 roku w Katowicach i dotyczyła wieloaspektowego charakteru oddziaływań logopedycznych w zaburzeniach mowy. Cytowane zdanie pochodzi z referatu opisującego metody terapii jąkania wczesnodziecięcego na przykładzie *Palin PCI* i *Lidcombe Program*. Więcej szczegółowych informacji można znaleźć na stronie IJP UŚ: http://www.fil.us.edu.pl/ijp/logopedia_17.php oraz ŚO PTL: <http://www.ptl.katowice.pl/sprawozdania-z-konferencji/ogolnopolskie-konferencje>

i uwagi tak, aby każda z bliźniaczek mogła korzystać z czasu spędzonego wspólnie z rodzicami lub rodzicem, ale bez siostry. Chodzi tu oczywiście o krótkie interwały czasowe. Z kolei rodzice, poza wzmacnianiem zdolności słuchania, z niecierpliwością oczekują na następne rezultaty, wierząc w skuteczność współpracy ze specjalistami.

Bibliografia

- APEL K., MASTERSON J.J., 2001: *Beyond Baby Talk. From Sounds to Sentences – A Parent's Complete Guide to Language Development*. New York: Three Rivers Press.
- BAKKER P., 1987: *Autonomous Languages of Twins*. "Acta Geneticae Medicae et Gemellologiae", Vol. 36, s. 233–238.
- CIESZYŃSKA J., 2008: *Kocham czytać. Seria logopedyczna*. Kraków: Wydawnictwo Edukacyjne.
- GODDARD BLYTHE S., 2010: *Harmonijny rozwój dziecka*. Przeł. P. KARPOWICZ. Warszawa: Świat Książki.
- KRASOWICZ-KUPIS G., 1999: *Rozwój metajęzykowy a osiągnięcia w czytaniu u dzieci 6–9-letnich*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- LEONARD M., 1961: *Problems in Identification and Ego Development in Twins*. "The Psychoanalytic Study of the Child", Vol. 16, s. 300–320.
- LEWIS B.A., THOMPSON L.A., 1992: *A Study of Developmental Speech and Language Disorders in Twins*. "Journal of Speech and Hearing Research", Vol. 35, s. 1086–1094.
- MACDONALD J., STOIKA P., 2007: *Play to Talk. A Practical Guide to Help Your Late-Talking Child Join the Conversation*. Madison: Kiddo Publishing.
- MICHALAK-WIDERA I., 2008a: *Odgłosy z otoczenia. Książeczka rozwijająca mowę malucha. Część II*. Katowice: Unikat 2.
- MICHALAK-WIDERA I., 2008b: *Odgłosy zwierząt. Książeczka rozwijająca mowę malucha. Część I*. Katowice: Unikat 2.
- ONSLow M., PACKMAN A., HARRISON E., 2003: *The Lidcombe Program of Early Stuttering Intervention. A Clinician's Guide*. Austin: An International Publisher Pro-Ed.
- PEPPER J., WEITZMAN E., 2004: *It Takes Two to Talk. A Practical Guide for Parents of Children with Language Delays. Based on the First and Second Editions by Ayala Hanen Manolson*. Toronto: The Hanen Program.
- WATERMAN P., SHATZ M., 1982: *The Acquisition of Personal Pronouns and Proper Names by an Identical Twin Pair*. "Journal of Speech and Hearing Research", Vol. 25, s. 149–154.

Aneta Chmiel

What is readiness to communicate?
A case study of twin sisters suffering from speech delays

Summary

The aim of the paper is to describe the case study of two twin sisters with speech delays based on the observations and experiments conducted in the form of the prepared tasks. The author focuses on the children's interaction skills and characterizes their speech taking into consideration the speech quality, quantity as well as the problems encountered by the children in the process of communication. The study reveals the level of communicative competence represented by the girls, as well as their sociolinguistic skills. The article finally attempts to define the concept of "readiness to communicate".

Aneta Chmiel

Was ist eine Kommunikationsbereitschaft?
Die Fallstudie: Zwillingsschwestern mit zurückgebliebener Sprachstörung

Zusammenfassung

Der Artikel hat als Ziel, die bei den Zwillingsschwestern festgestellte zurückgebliebene Sprachstörung anhand der Beobachtungen und der durchgeführten Experimente zu schildern. Die Verfasserin analysiert den Fall hinsichtlich der Kommunikationsfähigkeit der Kinder unter Berücksichtigung konkreter Spracheigenschaften: Anzahl, Qualität und häufigster Probleme. In der Studie werden das Kommunikationsfähigkeitsniveau der beiden Mädchen und die von ihnen angewandten Strategien und Methoden der Anpassung an konkrete Situationen dargestellt. Hier versucht man auch, den Begriff „Kommunikationsbereitschaft“ zu klären.

Ewa Biłas-Pleszak

Uniwersytet Śląski

Studium przypadku dziecka w wieku przedszkolnym ze zdiagnozowanym rotacyzmem właściwym*

Wprowadzenie teoretyczne

Przeglądając teoretyczne opracowania dotyczące wad wymowy, można zauważyć, iż jako jedno z pierwszych stwierdzeń pojawia się konstatacja, że wykorzystywane do ich opisu pojęcie *dyslalia* jest niejednoznaczne i różnie interpretowane (por. SKOREK, 2000: 60; JASTRZĘBOWSKA, 2003: 143). Czując, podobnie jak inni badacze, nieostrość terminologiczną, pojawiającą się w różnych opracowaniach, przyjmuję ją z pełną świadomością, mając na uwadze fakt, że głównym celem tej części artykułu jest przedstawienie dotychczasowego stanu badań, w niewielkim zaś stopniu konfrontacja stanowisk.

Dyslalia – ustalenia definicyjne

Jak podaje E. SKOREK (2000: 60), pojęcia dyslalia po raz pierwszy użył w 1827 r. Józef Frank, profesor Uniwersytetu Wileńskiego, określając nim wszystkie (z wyjątkiem utrudnionego wymawiania oddzielnych głosek) rodzaje błędów mowy o różnej etiologii. Grecka etymologia tej nazwy (*dys* – ‘zaburzenie’; *lalia* – ‘mowa’) w swojej ogólności

* Niniejszy artykuł powstał na podstawie pracy końcowej podsumowującej 2 lata podyplomowych studiów logopedycznych autorki tekstu. Praca została przygotowana pod kierunkiem dr Iwony Michalak-Widery.

prowokuje do szerokiego zastosowania terminu. Dlatego też określa się nim zaburzenia o różnym pochodzeniu, jak podaje G. JASTRĘBOWSKA (2003: 143):

- „wszystkie nieprawidłowości wymowy, wywołane najrozmaitszymi czynnikami;
- jedynie zaburzenia artykulacji pochodzenia korowego;
- jedynie zaburzenia wymowy pochodzenia obwodowego”.

Na podstawie tego zestawienia wyraźnie widać, że dyslalia to nie nazwa jednostki, ale kategorii zaburzeń, które polegają na nieprawidłowej realizacji dźwięków mowy. Takie rozumienie terminu odbija się zresztą w polskich odpowiednikach zapożyczonego pojęcia, takich jak: *zaburzenia artykulacyjne, zaburzenia wymowy, wady artykulacyjne, nieprawidłowe realizacje fonemów, zniekształcenia substancji fonicznej w płaszczyźnie segmentalnej*. Można zauważyć, że wśród badaczy definiujących dyslalię występuje zgodność co do sposobów jej ujawniania się – traktowana jest jako nieprawidłowość w sferze wymowy. Wątpliwości dotyczą natomiast tego, czy wszystkie tego typu zaburzenia powinno się określać tym terminem, niezależnie od ich etiopatogenezy. Wart podkreślenia jest fakt, że w tym przypadku dopominanie się o ostrość terminologiczną nie jest wyłącznie staraniem o uzyskanie klarownego wyводу naukowego, ale ma bardzo wyraźne przełożenie na praktykę logopedyczną. Jak bowiem pisze cytowana już wcześniej G. JASTRĘBOWSKA (2003: 144): „[...] od rodzaju czynnika patogenicznego i piętra uszkodzenia mechanizmu mowy zależy, czy powstające zaburzenia będą miały formę jednoobjawową, czy też będą jednym z wielu i to niekoniecznie najważniejszym objawem zaburzeń mowy. Od rodzaju przyczyny zależy więc ranga problemu: czy wada wymowy jest problemem pierwszoplanowym, czy drugorzędnym, gdyż to decyduje o przebiegu postępowania terapeutycznego”.

Przyjęcie jednej opcji terminologicznej utrudnia fakt, że dyslalia była definiowana z uwzględnieniem różnych opcji teoretycznych (np. lingwistyki strukturalnej jak w przypadku prac L. Kaczmarka), a autorzy poszczególnych eksplikacji pojęcia bardziej koncentrowali się na łatwych do opisu objawach niż na przyczynach tego zaburzenia. Widać to choćby w następujących definicjach, wedle których dyslalia to (cyt. za: JASTRĘBOWSKA, 2003: 144):

- nieprawidłowość w realizacji jednej głoski, wielu głosek, a nawet wszystkich lub niemal wszystkich głosek jednocześnie; krańcowy stan nazywa się bełkotem (DEMEL, 1978);
- zaburzenie mowy polegające na niemożności prawidłowego wymawiania określonych dźwięków (SPIONEK, 1969);
- wadliwa realizacja fonemów, odbiegająca od ustalonej przez tradycję normy (KACZMAREK, 1966; termin ten podobnie wyjaśniają: Fühning, Lettmayer, Weinert, Kania);
- symptom zaburzenia rozwoju mowy, dotyczący tylko jednego aspektu języka: aspektu artykulacyjnego (RODAK, 1992);
- zaburzenia mowy charakteryzujące się zakłóceniami dźwięków mowy (zakłócenia w sferze dźwięków), którym nie towarzyszą inne patologiczne zjawiska językowe (MIERZEJEWSKA, EMILUTA-ROZYA, 1997).

G. JASTRZĘBOWSKA w przygotowanym przez siebie opracowaniu zamieszczonym w podręczniku akademickim *Logopedia. Pytania i odpowiedzi...* (2003: 144) przedstawiła definicję dyslalii uwzględniającą przyczynę nieprawidłowej realizacji dźwięków. Uznała bowiem, że „dyslalia to zaburzenia realizacji fonemów o ściśle określonej etiologii (tj. pochodzenia obwodowego). Zaburzenia te mogą się przejawiać zniekształceniem (deformacją) dźwięków mowy, ich zastępowaniem (substytucją) bądź opuszczaniem (elizją), co powoduje, że w efekcie brzmienie odbiega od ogólnie przyjętej normy wymawianiowej”.

Zamęt terminologiczny, możliwy do zaobserwowania w polskich opracowaniach logopedycznych, G. Jastrzębowska konfrontuje z międzynarodową kwalifikacją. Porównanie pokazuje, że w literaturze światowej to zjawisko opisywane jest inaczej niż w polskiej. W Międzynarodowej statystycznej klasyfikacji chorób i problemów zdrowotnych (*International Classification of Diseases and Related Health Problems ICD-10*¹) zaburzenia rozwoju mowy i języka umieszczone są wśród zaburzeń rozwoju psychicznego. Warto odnotowania jest większe uszczegółowienie zakresu poszczególnych przypadków odchyień od normy. Zwraca się uwagę, że te zaburzenia mają charakter pierwotny, a nie wtórny, będący np. konsekwencją „głuchoty, upośledzenia umysłowego, specyficznych

¹ ICD-10 jest systemem międzynarodowej diagnozy nozologicznej, stworzonym przez WHO i obowiązującym w Polsce od 1996 r.

odchylen neurologicznych lub innych odchylen strukturalnych” (*Klasyfikacja zaburzeń...*, 2000: 197). Termin „dyslalia” w tej kwalifikacji przyjęty został do określania jednostki, nie jest natomiast traktowany jako kategoria diagnostyczna. Nazwa ta używana jest przy opisie specyficznych zaburzeń artykulacji i odnosi się tylko do jednej ich postaci. Oprócz niej wyróżnia się: *rozwojowe zaburzenia artykulacji*, *rozwojowe zaburzenia fonologiczne*, *funkcjonalne zaburzenia artykulacji* i *lambda-cyzm*. Wszystkie one odnoszone są do takiej sytuacji diagnostycznej, w której można orzec, że wykorzystywane przez dziecko dźwięki mowy są poniżej poziomu odpowiedniego dla wieku umysłowego, przy zastrzeżeniu jednak, że poziom pozostałych umiejętności językowych jest prawidłowy. W *Klasyfikacji zaburzeń...* podkreśla się, że u tych dzieci wzorzec mowy od początku traktowany jest jako odchylenie, a nie tylko realizacja odpowiednia dla wcześniejszej fazy rozwojowej. Dyslalia zatem w klasyfikacji ICD-10 traktowana jest dość wąsko, jako jedno ze specyficznych zaburzeń artykulacji.

W innym międzynarodowym zestawieniu pochodzącym z USA – DSM-IV² (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – fourth edition*), w ogóle nie pojawia się termin „dyslalia”. Zamiast niego używa się pojęcia *zaburzenia fonologiczne*, które łączy zarówno nieprawidłowości wynikające z wadliwego rozwoju artykulacji (brak umiejętności tworzenia prawidłowych dźwięków), jak i pozanormatywną klasyfikację dźwięków mowy. Wart odnotowania jest fakt, że zarówno w ICD-10, jak i w DSM-IV do zaburzeń fonologicznych włącza się tylko te, których etiologia jest nieznana lub domniemana, tzn. nie towarzyszą im innego rodzaju poważniejsze upośledzenia (motoryczne, sensoryczne, umysłowe i inne).

Zestawiając przywołane dwie zagraniczne klasyfikacje z polskimi propozycjami normatywnymi, można stwierdzić, że w polskiej literaturze termin „dyslalia” ma znacznie większy zasięg. Może obejmować bowiem nie tylko te nieprawidłowości, na które zwraca się uwagę w międzynarodowych taksonomiach, ale też inne, o nieznannej etiologii, a także te powiązane np. z opóźnieniami w rozwoju słuchowym, motorycznym, umysłowym. Pewną próbą zawężenia pojęcia jest stanowisko

² Jest to klasyfikacja Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.

Międzynarodowego Towarzystwa Logopedów i Foniatrów, które zaleca, by o dyslalii mówić wówczas, gdy zaburzenia dźwiękowej strony wypowiedzi powiązane są z zaburzeniami najniższego piętra mechanizmów mowy. Jak pisze G. Jastrzębowska, „tak rozumiany termin dyslalia powinien odnosić się tylko do tych przypadków:

- które są związane z nieprawidłową budową obwodowej części narządów mowy i słuchu (z uszkodzeniem lub dysfunkcją struktur obwodowych);
- w których zaburzenia artykulacji są izolowanym, jedynym objawem zaburzeń mowy lub zaburzeń (lecz nie zakłóceń rozwoju mowy);
- które nie wynikają z uszkodzeń lub dysfunkcji zlokalizowanych na wyższych (niż obwodowe) piętrach mechanizmów mowy ani z deprywacji środowiskowej” (JASTRZĘBOWSKA, 2003: 151).

Jak już wspomniano, w polskiej literaturze przedmiotu do tej pory brak klarownej i jednoznacznej kategoryzacji dyslalii. Przez lata, rozumiana za Kaczmakiem szeroko, jako wszelkie zaburzenia o różnej etiologii przejawiające się w płaszczyźnie segmentalnej, dyslalia była definiowana niekiedy krańcowo różnie. Pewnym sposobem na porządkowanie terminologii było opatrywanie rzeczownika „dyslalia” różnymi przydawkami atrybutywnymi, które precyzowały znaczenie pojęcia, odsyłając do różnych podstaw jego wyodrębnienia. Wśród nich są następujące:

- 1) poziom uszkodzenia mechanizmu mowy, w wyniku którego wyróżnia się:
 - a) *dyslalię ośrodkową*, będącą wynikiem nieprawidłowej struktury lub wadliwego funkcjonowania ośrodkowego układu nerwowego. Konsekwencją takich uszkodzeń jest brak możliwości słuchowego różnicowania dźwięków, a także, z uwagi na ograniczenia kinestetyczne, wykonywania odpowiednich ruchów artykulacyjnych;
 - b) *dyslalie motoryczne*, których przyczyna umiejscowiona jest w obrębie drogi odśrodkowej, od kory mózgowej do nerwów obwodowych;
 - c) *dyslalie sensoryczne*, które są wynikiem uszkodzeń na drodze wstępującej, tzn. od obwodu do kory mózgowej;
 - d) *dyslalię obwodową*, powiązaną z nieprawidłową budową receptora słuchowego lub obwodowego narządu artykulacyjnego (por. SAWA, 1990);

- 2) lokalizacja uszkodzenia narządów mowy, z uwagi na którą wyróżnia się:
 - a) *dyslalię korową*, wywołaną uszkodzeniami w korze mózgowej;
 - b) *dyslalię podkorową*, powiązaną z uszkodzeniami struktur podkorowych;
 - c) *dyslalię obwodową*, wynikającą z defektu obwodowego, któremu nie towarzyszą innego rodzaju patologie. Konsekwencją tego zaburzenia jest brak możliwości wykonania odpowiedniego ruchu artykulacyjnego. Uściślając charakter tego zaburzenia, wyróżnia się: dyslalię anatomiczną ruchową, dyslalię anatomiczną słuchową, dyslalię funkcjonalną i dyslalię anatomiczno-funkcjonalną (MIERZEJEWSKA, EMILUTA-ROZYA, 1997);
- 3) typ defektu (tzn. czy wadliwa wymowa wynika z uszkodzenia organicznego, czy z dysfunkcji narządów mowy), na podstawie którego wyodrębnia się:
 - a) *dyslalię czynnościową* (inaczej: *funkcjonalna, bełkotanie czynnościowe, dyslalia czynnościowa, dyslalia ekspresywna, dyslalia środowiskowa*), która polega na nieprawidłowej wymowie głosek bez uszkodzeń organicznych w budowie aparatu artykulacyjnego;
 - b) *dyslalię organiczną* (inaczej: *dyslalia anatomiczna, dyslalia dentalna, dyslalia mechaniczna*), która jest powiązana z obwodowymi uszkodzeniami, takimi jak: niedosłuch, anomalia jamy ustnej, uzębienia, języka i podniebienia (por. SAWA, 1990; DILLING-OSTROWSKA, 1990);
- 4) odniesienie zaburzeń do normy i innych patologii (tzn. czy wadliwa artykulacja jest zjawiskiem izolowanym, pierwotnym czy wtórnym, wynikającym z innych zaburzeń rozwojowych). Na tej podstawie wyróżnia się:
 - a) *dyslalię audiogenną*, będącą wynikiem uszkodzonego narządu słuchu;
 - b) *dyslalię sprzężoną*, czyli powiązaną z innymi zaburzeniami rozwojowymi (por. KACZMAREK, 1981; MINCZAKIEWICZ, 1992).

Nie jest to jeszcze kompletna lista podziałów, ale już nawet ten przegląd pokazuje skalę terminologicznej zawichości. Pozostaje mieć nadzieję, że wraz z rozwojem myśli logopedycznej stan ten ulegnie zmianie.

Rotacyzm – przyczyny, symptomy

Spółgłoska sonorna [r] należy do tych, których dzieci uczą się wymawiać najpóźniej, i jest tą, którą bardzo często w różny sposób zniekształcają. Taki stan rzeczy podyktowany jest dużymi wymaganiami artykulacyjnymi głoski, gdyż warunkiem poprawnej realizacji tego dźwięku jest sprawny czubek języka. Świadomość wszystkich ruchów artykulacyjnych, które powstawaniu [r] towarzyszą, ma duże znaczenie w terapii logopedycznej, a najpełniejszy opis artykulacyjny podaje B. WIERZCHOWSKA (1971: 168), kiedy pisze: „[...] przy wymawianiu głoski [r] wibruje koniuszek języka *apex*, boki języka przylegają do wewnętrznych powierzchni górnych zębów i dziąseł. Powierzchnia języka jest w części predorsalnej lekko wklęsnięta. *Apex* uderza o dziąsła. Czas przywarcia koniuszka języka do dziąseł jest bardzo krótki, wynosi około 0,01 s. Przy szybkim tempie mówienia może nawet nie dochodzić do pełnego zwarcia języka z dziąsłami. Ponieważ spółgłoska [r] jest dźwięczna, w momentach, w których *apex* nie przywiera do sklepienia jamy ustnej, wytwarzają się króciutkie dźwięki o charakterze samogłoskowym nie zauważane ani przez słuchacza, ani przez mówiącego. [...] W języku polskim przy wymawianiu głoski [r] wykonuje się 1–2 uderzenia”.

Termin „rotacyzm” (łac. *rhotalismus*; inaczej: reranie) oznacza nieprawidłową realizację głoski [r]. Wyróżnia się trzy typy tej niewłaściwej wymowy:

- 1) substytucja (pararotacyzm) – polega na zastępowaniu głoski [r] innymi głoskami, które wymawiane są prawidłowo. Na podstawie prowadzonych obserwacji stwierdza się, że większość dzieci zaczyna wymawiać głoskę [r] dopiero około 3.–5. roku życia, wcześniej zastępując ją innymi, łatwiejszymi do wymówienia głoskami, takimi jak: [i], [l], [u], [d], [v].... Ten typ realizacji głoski [r] przyjęło się uważać za rotacyzm rozwojowy. Przyjmując do oceny tego zjawiska kryterium lingwistyczno-metrykalne, zakłada się, że jeśli trwa ono dłużej niż do 6.–7. roku życia, staje się patologią i jest symptomem opóźnionego rozwoju mowy w zakresie artykulacji³;

³ To lingwistyczno-metrykalne kryterium oceny wad wymowy opracowane zostało przez J.T. KANIĘ (2001: 191), który zaproponował, żeby oprócz wieku dziecka za czyn-

- 2) elizja (mogirotacyzm) – przejawia się opuszczeniem głoski [r] w wyrazie. KANIA (2001) zauważa, że można traktować je jako zjawisko rozwojowe w pierwszym etapie przyswajania mowy; jeśli natomiast się przedłuża, należy uznać je za patologię;
- 3) deformacja (rotacyzm właściwy) – jest już stanem patologicznym, gdyż próbując artykułować głoskę [r], uzyskuje się dźwięk, którego nie ma w polskim systemie fonologicznym. W wyniku zmiany miejsca artykulacji i wprawienia w drżenie innych elementów (języczka, warg, policzków) słychać zdeformowaną głoskę. W zależności od miejsca jej powstawania rozróżnia się różne typy rotacyzmu właściwego.

Typologia rotacyzmów właściwych oparta jest na wskazaniu miejsca nieprawidłowej realizacji głoski. I tak wyróżnia się między innymi *rotacyzm: wargowy (labialis), wargowo-zębowy (labio-dentalis), międzyzębowy (interdentalis), policzkowy (buccalis), podniebienny (veralis), języczkowy (uvularis), gardłowy (faryngalis), krtaniowy (laryngealis)* (STYCZEK, 1979; PRUSZEWICZ, red., 1992). A. Sołtys-Chmielowicz w artykule *Rotacyzm* zauważa, że lista ta nie jest skończona, i odwołując się do swojej praktyki, wyróżnia jeszcze: realizację, która akustycznie przypomina głoskę [y]; wymawianie [r], któremu towarzyszy szcęknięcie siekaczy; [r] realizowane poprzez drganie kącika warg z jednoczesnym wypryskiem śliny; *rotacyzm przyzębowy*, w którym drgania języka powstają

nik podstawowy w procesie wskazywania patologii uznać formy wadliwej wymowy. W związku z tym, odwołując się do podobnego rozróżnienia stosowanego w medycynie (PRUSZEWICZ, red., 1992), wyróżnił: mogilalię, paralalię i dyslalię właściwą (KANIA, 2001: 177). Posługując się tym narzędziem, po stronie patologii umieścił zniekształcenia głoski dokonywane niezależnie od wieku dziecka oraz substytucje i elizje utrzymujące się po 5.–7. roku życia. W praktyce ta teoretyczna wskazówka budzi pewne zastrzeżenia, którym wyraz dała B. OSTAPIUK w artykule *Dziecięca artykulacja czy wada wymowy – między fizjologią a patologią* (2002: 95). Autorka twierdzi w nim, że ustalenie, czy zauważana nienormalna realizacja fonemu już wymaga interwencji logopedycznej, jest trudne w przypadku dzieci w wieku przedszkolnym. Zadaje w związku z tym pytanie o to, czym jeszcze kierować się, by nie przeoczyć tych odmienności, które związane są z niefizjologiczną przeszkodą. Proponuje zatem bardzo drobiazgową analizę przyczyn obserwowanej wady wymowy, uwzględniającą szereg różnorodnych czynników. Wydaje się, że zgodnie z zasadami profilaktyki logopedycznej warto nie czekać do 6. czy 7. roku życia, ale już młodsze dzieci zniekształcające głoskę [r] objąć terapią.

nie przy dziąsłach, lecz niżej, przy tylnej ścianie górnych zębów (por. SOŁTYS-CHMIELOWICZ, 2001: 42).

Przyczyn rotacyzmu może być kilka, a wśród nich w pierwszej kolejności zwraca się uwagę na nieprawidłową budowę narządów artykulacyjnych. Szczególnie w tym przypadku dużą rolę odgrywa budowa języka i jakość wędzidełka podjęzykowego. Zbyt duży i gruby język oraz skrócone wędzidełko, a także zbyt mocne lub słabe napięcie mięśniowe mogą wręcz uniemożliwiać prawidłową wymowę. Również wady podniebienia twardego (np. podniebienie gotyckie) i zgryzu (np. zgryz otwarty) to czynniki anatomiczne sprzyjające rozwijaniu się tego zaburzenia wymowy. Może ono być też powiązane z niedostateczną analizą słuchową. Zdarza się, że rotacyzm jest wynikiem naśladowania niewłaściwych wzorów, jakich dziecku dostarcza najbliższe otoczenie (por. STYCZEK, 1979; DEMEL, 1979; SAWA, 1990).

Diagnoza logopedyczna

Wybór metody pracy poprzedza zawsze dobrze przeprowadzona analiza przypadku i postawiona diagnoza, od której zależy dobór środków, metod i narzędzi. Doskonałym metodologicznym wsparciem dla początkujących logopedów jest tekst *Standard postępowania logopedycznego w dyslalii* autorstwa A. SOŁTYS-CHMIELOWICZ (2008), w którym autorka przedstawia i krótko omawia poszczególne etapy procesu terapeutycznego, dając przy tym wiele przydatnych, praktycznych wskazówek. Dzięki nim można w sposób kompetentny budować swój warsztat.

Diagnoza logopedyczna – jak pisze E. SKOREK – polega na „rozpoznaniu zjawiska logopedycznego, jego etiologii oraz tendencji rozwojowych na podstawie uzyskanych informacji ogólnych, zaobserwowanych objawów zaburzenia oraz znajomości ogólnych prawidłowości” (2000: 51). Warto rozwinąć tę słownikową definicję i podkreślić, że bardzo duże znaczenie ma szerokie spojrzenie na problem, umieszczenie go na tle całego procesu rozwojowego pacjenta, jego kontekstu życiowego i wzbogacanie wiedzy typowo logopedycznej obserwacjami wynikającymi ze znajomości innych dziedzin związanych z komunikacją i psy-

chofizjologicznymi aspektami funkcjonowania jednostki. Holistyczne spojrzenie na człowieka, mocno forowane w niektórych kierunkach współczesnej pedagogiki i psychologii, ma również zastosowanie w logopedii.

Kolejnym ważnym elementem diagnozy jest jej permanentność i ustawiczna weryfikowalność. Wiąże się to z faktem, że terapia jest procesem dynamicznym i może być skuteczna tylko wtedy, gdy podchodzimy do niej elastycznie i potrafimy modyfikować ją w zależności od potrzeb i możliwości pacjenta. W teorii i praktyce logopedycznej taka postawa terapeutyczna jest powszechna i zyskała nawet specjalistyczne określenia dwóch etapów diagnozy – pierwszego: *eksploracyjnego*, i drugiego: *weryfikacyjnego* (por. SKOREK, 2000: 51). Zakończenie etapu eksploracyjnego wiąże się z opracowaniem terapii, wyborem przydatnych w niej metod i narzędzi, którymi warto będzie się posługiwać. Wykorzystywane metody najogólniej podzielić możemy na:

- „logopedyczne – używane tylko w postępowaniu logopedycznym i dla niego specyficzne (np. metody mechaniczne),
- lingwistyczne – szeroko wykorzystywane w logopedii, powstałe na podstawie wiedzy zaczerpniętej z różnych działów językoznawstwa, między innymi fonetyki, morfologii, kultury żywego słowa (np. metody fonetyczne),
- pedagogiczne – wszelkie metody pracy stworzone na gruncie i na użytek terapii pedagogicznej, zaadaptowane przez logopedię (np. metoda dobrego startu),
- psychologiczne – biorąc pod uwagę psychologiczne uwarunkowania i skutki zaburzeń mowy, oczywiste jest wykorzystanie metod psychologicznych w postępowaniu logopedycznym (np. liczne techniki relaksacyjne),
- medyczne – postępowanie specjalistyczne jest konieczne w ramach kompleksowej terapii, szczególnie w przypadkach poważnych zaburzeń mowy, takich jak afazja, dysartria, jąkanie oraz w przypadkach różnych wad rozwojowych, które prowadzą do zakłóceń procesu porozumiewania (np. rozszczepy podniebienia, wady zgryzu). Niejednokrotnie leczenie ortodontyczne, neurologiczne, foniatryczne, audiologiczne, chirurgiczne jest niezbędnym warunkiem sukcesu terapii logopedycznej” (JASTRZĘBOWSKA, PELC-PĘKALA, 2003: 329).

W literaturze przedmiotu można znaleźć dokładne omówienie wielu metod i technik⁴, które przynależą do poszczególnych wymienionych dziedzin wiedzy.

Wywiad

Dzieckiem, którego proces terapeutyczny opisano w niniejszym artykule, jest sześciolatek chłopiec, u którego na podstawie badania przeprowadzonego za pomocą *Kwestionariusza obrazkowego do badania mowy dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym* (MICHALAK-WIDERA, 2000) stwierdzono jeden rodzaj wady wymowy – rotacyzm właściwy. Poza tą nieprawidłowością mowa dziecka nie wykazywała żadnych zaburzeń. Chłopiec w normie intelektualnej. Poród pierwszy przez cesarskie cięcie w ostatniej fazie porodu. Apgar 10, waga prawidłowa (4 200 g), wzrost 57 cm, karmiony piersią. Chłopiec nigdy nie używał smoczka, nie miał problemów z gryzieniem, żuciem i połykaniem. Zęby mleczne pojawiły się szybko, bo już w 4. miesiącu życia, umieszczone w łukach prawidłowo, bez ubytków i problemów z próchnicą. W trakcie terapii chłopiec zaczął tracić zęby mleczne. Układ zębów stałych wymaga korekty ortodontycznej, z którą najprawdopodobniej związane też będzie przecięcie wędzidełka wargi górnej. Braki w uzębieniu nie miały wpływu na przebieg terapii. Wraz z prowadzonymi ćwiczeniami korygowano jeszcze jeden nawyk – oddychanie ustami. Przypadek ten może mieć związek ze stwierdzoną u chłopca skłonnością do alergii, która ma dość łagodny przebieg i objawia się na początku lata katarem. Poza tym dziecko chorowało rzadko, bez powikłań. Chłopiec siedział w wieku 5 miesięcy, raczkował w wieku 9 miesięcy, a mając 12 miesięcy, zaczął chodzić. Jest praworęczny. Do przedszkola zaczął uczęszczać w wieku 3 lat i 9 miesięcy. Testy umiejętności i gotowości szkolnej zaliczał z bardzo wysoką punktacją. Chłopczyk potrafi skoncentrować się na wykonywanych za-

⁴ W opracowaniach zauważalna jest pewna niekonsekwencja terminologiczna, której efektem jest zamienne stosowanie pojęć „technika” i „metoda”. Ponieważ charakter tego artykułu nie pozwala na dogłębne i wiążące analizy terminologiczne, przyjmuję tu również ekwiwalencję proponowaną np. w podręczniku akademickim *Logopedia* (2003).

daniach, jest aktywny, nawiązuje chętnie i łatwo kontakt z otoczeniem. Sprawny psychoruchowo, od 5. roku życia uczęszcza do szkoły muzycznej, gdzie uczy się gry na skrzypcach. Ma to znaczenie w kontekście ćwiczeń słuchu muzycznego, będących jedną z metod pracy nad artykulacją (STYCZEK, 1979: 451). W rodzinie brak wad wymowy i słuchu. Warunki domowe dobre. Chłopiec ma też młodszą o 3 lata siostrę.

Wszystkie etapy rozwoju mowy przebiegały u omawianego dziecka prawidłowo, a nawet z pewnym wyprzedzeniem w stosunku do wytycznych rozwojowych. Posiłkując się typologią opracowaną przez J. PORAYSKIEGO-POMSTĘ (2009), który przedstawia rozwój mowy w perspektywie komunikacyjnej, u badanego chłopca można było wskazać planowe pojawianie się wszystkich faz. W I fazie – prelingwalnej – do 6. tygodnia życia występowały zachowania symptomatyczne, następnie do 5. miesiąca życia trwał okres pierwotnej wokalizacji – głużenia, a od 5. do 9. miesiąca – okres gaworzenia. W tym czasie zaczęły się pojawiać pierwsze dźwięki z polskiego systemu fonologicznego, chłopiec próbował również naśladować melodię i intonację wypowiedzi. Wystąpiła także echolalia. W pierwszym stadium komunikacji werbalnej, jeszcze przed ukończeniem 1. roku życia, chłopiec tworzył proste wypowiedzi, często o jednej izolowanej funkcji komunikacyjnej, np.: „da” = ‘daj’; „pa, pa” = ‘pożegnanie’. Wypowiedzi bardziej rozbudowane, dwu-, trzywyrazowe, o względnie uogólnionych funkcjach komunikacyjnych, chłopiec konstruował przed końcem 17. miesiąca życia. Jako dwulatek potrafił już porozumiewać się zdaniami wielokrotnie złożonymi, wplatając w nie swoiste neologizmy. W 27. miesiącu życia stworzył swoją pierwszą fabularną historyjkę, a przed ukończeniem 3. roku chłopiec wszedł w II stadium komunikacji językowej – opanował zasady pierwotnej konwersacji i pierwotnych form narracyjnych. Od 4. roku życia samodzielnie posługiwał się podstawowymi gatunkami narracyjnymi – opowiadaniem i opisem, oraz dobrze radził sobie z bardziej skomplikowanymi strukturami konwersacyjnymi. Zniknęły w tym czasie już prawie zupełnie elementy swoistej mowy dziecięcej. Jedyną jej pozostałością był paratocyzm – zastępowanie głoski [r] głoską [j], a potem [l]. Taka zamiana zawsze budzi podejrzenie zaburzeń słuchu fonemowego (OSTAPIUK, 2002: 145). Wynik testu sprawdzającego ten rodzaj słuchu nie wskazywał jednak na jakiegokolwiek nieprawidłowości. Chłopiec nie miał również problemów ani z analizą, ani z syntezą wyrazów.

Wyniki diagnozy logopedycznej

Zauważalny rotacyzm zapewne był powiązany z początkowymi problemami z pionizacją języka, które z kolei mogły mieć przyczynę w częstym oddychaniu ustami. O związku pomiędzy stałym oddychaniem torem ustnym a wadami wymowy traktuje artykuł J. TRZASKALIK (2012). Autorka, opierając się na wcześniejszych ustaleniach naukowców i własnych badaniach, doszła do wniosku, że w związku z częstym występowaniem u dzieci aglomeracji śląskiej chorób alergicznych można umieścić ten rodzaj schorzeń w grupie przyczyn dyslalii. Konsekwencją przyjęcia takiego stanowiska jest odpowiednie postępowanie profilaktyczne, a także terapeutyczne, w którym istotną rolę odgrywają właściwie zaplanowane ćwiczenia oddechowe (TRZASKALIK, 2012: 84). Obniżona sprawność języka może być również spowodowana skróconym wędzidełkiem podjęzykowym. Aby sprawdzić, czy nie było tak też w tym przypadku, przeprowadzony został test języka w 5 ruchach, oparty na wytycznych sformułowanych przez B. OSTAPIUK (2002: 148).

Pierwsza próba polega na unoszeniu szerokiego języka za górne zęby przy opuszczonej żuchwie. Chłopiec wykonał to zadanie w sposób, jaki pokazuje zdjęcie 1. Jak na nim widać, język jest szeroki, u podstawy wydaje się węższy niż w apeksie. Widoczne jest napięcie całego mięśnia



Zdj. 1. Próba pierwsza (ze zbiorów własnych autorki)

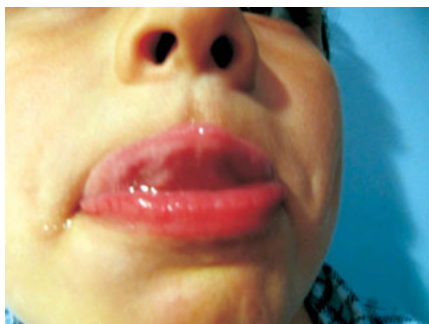
języka, także wędzidełka, które jest nieznacznie skrócone. Język układa się symetrycznie, choć na uwagę zasługuje drobne zaburzenie – uwypuklenie mięśnia spodu języka po jego prawej stronie. Pozycji tej nie towarzyszą żadne dodatkowe ruchy narządów mowy.

Druga próba przeprowadzana jest w ten sposób, że przednią część języka przyciska się szpatułką do powierzchni podniebienia za górnymi zębami. Powstaje w ten sposób tzw. kobra, która wygląda mniej więcej tak, jak przedstawia to zdjęcie 2. W tym przypadku język jest szeroki, apeks



Zdj. 2. Próba druga (ze zbiorów własnych autorki)

rozłożony w przedsionku. Część podjęzykowa dobrze widoczna, wędzidełko wyraźnie zaznaczone, naprężone. Symetria zachowana. Brak ruchów współtowarzyszących.



Zdj. 3. Próba trzecia (ze zbiorów własnych autorki)

Podczas trzeciej próby szeroki język należy ułożyć na górnej wardze tak, żeby nie dotykał wargi dolnej. Ćwiczenie to zostało zrealizowane w sposób, jaki pokazuje zdjęcie 3. Wykonaniu tego polecenia towarzyszyły największe trudności. Język chłopca jest lekko spiczasty, co dowodzi skrócenia wędzidełka. Przykrywa górną wargę, ale nie czyni tego swobodnie. Język układa się symetrycznie. Podczas realizacji zadania widoczne

były wyraźne ruchy towarzyszące – chłopiec nie był w stanie uniezależnić języka od wargi dolnej, żuchwa pomagała w uniesieniu języka. Może to świadczyć o nadmiernym skróceniu wędzidełka, ale także o tym, że język jest za słabo wyćwiczony. Za ograniczoną ruchliwością idzie ograniczona sprawność, co może być przyczyną trudności w wymawianiu [r].

Próba czwarta polega na dotykaniu czubkiem języka ostatnich tylnych zębów. Jak widać na zdjęciu 4, język wypełnia dużą przestrzeń w jamie ustnej. Część podjęzykowa jest widoczna wraz z wędzidełkiem. Symetryczność zachowana. Nie ma ruchów towarzyszących. To ćwiczenie potwierdza wcześniejszą tezę o ograniczonej sprawności powiązanej z ograniczoną ruchliwością.



Zdj. 4. Próba czwarta (ze zbiorów własnych autorki)

Ostatnia próba to wysuwanie języka na brodę (zdjęcie 5). Kształt języka może świadczyć o ankyloglosji – jest lekko sercowy, z nieco krótszą prawą stroną. W tym wypadku nie ma żadnych ruchów współtowarzyszących.



Zdj. 5. Próba piąta (ze zbiorów własnych autorki)

Przeprowadzony test pokazuje, że nieznacznie skrócone wędzidełko podjęzykowe mogło być pośrednią przyczyną paratocyzmu. To ważna wskazówka terapeutyczna, bo ukazuje, że dużą rolę, szczególnie na początku terapii, odgrywają ćwiczenia pomagające usprawnić język, uelastyczyć go.

Zastosowana terapia

W wymowie chłopca występował paratocyzm „ewoluujący”, tzn. [j] zaczęło być zastępowane przez [l]. W tym czasie można było mieć nadzieję, że wada, wraz ze wzmacnianiem się i uelastycznianiem języka, ulegnie samoistnemu skorygowaniu. Na tym etapie praca logopedyczna koncentrowała się na usprawnianiu języka. Bardzo pomocne w tym były publikacje I. MICHALAK-WIDERY *Miłe uszom dźwięki. Usprawnianie narządów mowy i ćwiczenia prawidłowego wymawiania głosek* (2007) oraz I. MICHALAK-WIDERY i K. WĘSIERSKIEJ *Będę wielkim mówcą. Poziom I – Zabawy buzi i języka dla każdego smyka* (2009). Taki stan dziecka trwał do końca 5. roku życia. Wraz ze wzrostem świadomości językowej niewłaściwa realizacja [r] zaczęła chłopcu przeszkadzać, zauważał bowiem, że jego przedszkolni rówieśnicy już takiego problemu nie mają. Podjął więc próby samodzielnego poszukiwania sposobu dobrego wymawiania [r], które w szybkim czasie doprowadziły do rotacyzmu właściwego. Zamiast głoski sonornej, drżącej, przedniojęzykowo-dziąsłowej, dźwięcznej zaczął wymawiać krótki element wokaliczny przypominający [y], ale realizowany z bardziej tylnym ułożeniem masy języka. Tego typu artykulacje zaliczane są do szczelinowych (por. LIŚKA, 1974; SOŁTYS-CHMIELOWICZ, 2001). Był to pierwszy sygnał, że ćwiczenia przygotowawcze już nie wystarczają i trzeba rozpocząć pracę nad wywoływaniem właściwej głoski [r].

Głoska [r] jest wibrantem dość skomplikowanym artykulacyjnie, powstaje bowiem w wyniku szybkich, a jednocześnie delikatnych uderzeń czubka języka o wałek dziąsłowy za górnymi zębami, których efektem jest zamykanie i otwieranie ustnego rezonatora – podniebienie miękkie jest uniesione i uniemożliwia przejście powietrza do jamy nosowej. W czasie wymawiania [r] język jest szeroki, jego boki dotykają zębów

trzonowych, natomiast jego przednia część musi być na tyle elastyczna i ruchliwa, żeby mogła wykonywać ruchy wibracyjne (por. DUKIEWICZ, SAWICKA, 1995: 40–41; RODAK, 1998: 4).

Ponieważ u chłopca zdiagnozowano rotacyzm właściwy, podstawowym celem terapii logopedycznej było przede wszystkim usunięcie nieprawidłowego dźwięku i zastąpienie go nowym, który spełniałby przywołane wcześniej kryteria cechujące głoskę [r]. Wywoływanie głoski odbywało się przez połączenie dwu metod: logopedycznej, polegającej na mechanicznym potrącaniu dolnej (wewnętrznej) części języka palcem wskazującym w czasie wymawiania głoski [d]⁵, i glottodydaktycznej, polegającej na naprzemiennym szybkim wymawianiu zębowego [t] i dziąsłowego [l]. Innym ćwiczeniem pomocnym w wywoływaniu [r] było szybkie powtarzanie zbitek: *tdna, tdla, tdle, ..., tdn, tdt, bda, bdo, bdu*, ze wskazaniem na dziąsłową realizację głosek przedniojęzykowo-zębowych [t] i [d]. Ćwiczenia te miały jeden cel – wywołać intensywniejsze ruchy czubka języka, aktywizować jego „rozleniwioną” końcówkę. Proces ten trwał długo, bo aż około 8 miesięcy. Drażnienie czubka języka po pewnym czasie zaczęło przynosić efekty w postaci słuchowo wyodrębnianego dźwięku. Utrzymanie tak uzyskanej wibracji początkowo w ogóle się nie udawało, stopniowo zaczęło być możliwe. W terapii osiągnęliśmy swoisty odruch Pawłowa – wystarczyło zbliżyć palec do wewnętrznej strony czubka języka, już nawet bez poruszania nim, a pojawiało się drżące apikalne [r]. Sukces tej metody jest wprost proporcjonalny do częstotliwości jej stosowania. Powtarzanie ćwiczenia krótko, ale kilka razy dziennie przyspieszyło osiągnięcie zamierzonego efektu bardziej niż długie, ale rzadsze wykonywanie go. Warto w tym miejscu wspomnieć o jeszcze jednej rzeczy – o motywacji. Metoda mechanicznego podrażniania wewnętrznej strony czubka języka nie należy do najprzyjemniejszych i często zdarza się, że pacjent się do niej zniechęca. Tak było również i w tym przypadku. Żeby jakoś do tego ćwiczenia zachęcić, zostało ono wprowadzone w domu w czasie codziennego wieczornego czytania chłopcu bardzo interesującej go książki. Ciekawy

⁵ Ponieważ wymaga to szybkich ruchów palca, lepiej pomóc dziecku w ten sposób, że trzyma się jego rękę i kieruje nią w trakcie przesuwania palcem wskazującym pod czubkiem języka podczas wymawiania dziąsłowego [d].

dalszych przygód bohatera chłopczyk sam zaproponował, że za przeczytanie kolejnej strony gotów jest kilka razy wykonywać nielubiane ćwiczenie. Sprzężenie tych dwu rzeczy – pogrążenia w wyimaginowanym świecie lektury i realizacji zadania logopedycznego – stworzyło dobry psychiczny grunt do wywołania, a następnie utrwalenia głoski w izolacji. Metoda może nieco „handlowa”, ale jak się okazało, w tym przypadku niezwykle skuteczna.

Głoska po wywołaniu przez długi czas była wymawiana z trochę przesadną wibracją, trudno było chłopcu zastosować ją w wyrazach. Zaczęto tę umiejętność ćwiczyć najpierw w nagłosie i śródgłosie po spółgłoskach [t, d, p, b, t, d, k, g, m, f, v, ś, s, z, ś, ż], potem ćwiczono [r] w sąsiedztwie samogłosek [u, o, a, e, y] w nagłosie wyrazu. Dużą pomocą w prowadzeniu terapii było włączenie do niej elementów pedagogiki zabawy, przeprowadzanie ćwiczeń z koleżanką, która również potrzebowała logopedycznej korekty (dodatkowa motywacja, gdyż dziewczynka już umiała mówić [r], miała natomiast problem z [l]), wykorzystanie komputerowych programów logopedycznych, a także wspólnie układanych wierszyków z [r] w roli głównej. Oto kilka z nich:

Wrona

Kra, kra, kra, kracze wrona,
Kręcąc się wokół ogona.
Dręczy mnie taka trwoga –
Czego szuka nieboga?

Króliki

Nastroszone uszy, naprężone wąsy,
To króliki niemądre zaczynają pląsy.
Efekt – schrupana trawa.
Taka królicza zabawa.

Papryka

To poranna muzyka
Wygrywana przez zdarty falset czajnika.

Kontrabas

Który bardziej kontra bywa?
Pyta krowa nieszczęśliwa.
Czemu krowa? – pytasz ty,
Nie wiem, pewnie mi się śni.

Raczek

Rwący potok przemierzyć! –
Rak czerwony marzy.
Ale trud to daremny,
Gdy rybak na straży.

Ropucha

Rade, rade, rade rech
Ze mną jest sto pociech!
Kto nie wierzy – jego rzecz.
Rade, rade, rade – recz.

Rosiczka

Małą muszkę skora schrupać
Główkę mocno przechylała.
Muszka z kwiatka się zerwała
A rosziczka kark złamała.

Rododendron

To przekleństwo reraczy.
No bo przecież bez mrugnięcia
reracz wymówić tego nie raczy.

Krab

W kryształowej wody toni rybka rybkę chyżo goni.
A za rybką kroczy krab,
Poszukując starych map.
Na tych mapach świat prawdziwy,
Polne trakty, lasy, dziwy.

Nie dla kraba drogi te,
Każdy o tym dobrze wie.
Ale krab-marzyciel stary
Taką wiarą karmi się,
że gdy dobrą mapę znajdzie
Woda w ziemię zmieni się.

Podsumowanie

Przedstawiona teoria i elementy jej praktycznego wykorzystania to opis drogi terapeutycznej, która w tym przypadku doprowadziła do szczęśliwego finału – udało się wywołać i zautomatyzować głoskę [r].

Ważnym sposobem aktywizowania chłopca było włączenie go w przygotowywanie terapii. W związku z tym, że chętnie rysuje, został poproszony o przygotowanie obrazkowych historyjek przedstawiających wycieczki naszych pierwszych bohaterów: głosek [t], [d] oraz [n]. Założona została specjalna teczka, w której gromadzone były jego rysunki. Nagrodą za wykonanie ćwiczenia było ich uzupełnianie, kolorowanie, dołączanie dodatkowych elementów krajobrazu. Dzięki temu, że chłopiec ma muzyczne zdolności, bardzo dobre efekty przyniosło włączenie do terapii ćwiczeń logorytmicznych, a także elementów emisji głosu (ćwiczenia relaksacyjne, oddechowe, rezonansu, artykulacyjne). Przełomem w terapii okazało się zastosowanie kamery. Chłopiec chętnie pozwalał się nagrywać, a oglądanie filmów pokazujących pracę terapeutyczną było bardzo kształtujące zarówno dla logopedy, jak i dla niego. Terapeucie pozwoliło dokładniej określić rodzaj fonemów, którymi zastępowany był fonem /r/, a także uświadomić, że pozycja wadliwie realizowanej głoski w wyrazie w jego wypadku ma fundamentalne znaczenie. Różnica w realizacji [r] w nagłosie, śródgłosie i wygłosie pozwoliła tak dobierać wyrazy do ćwiczeń, aby utrwalać najlepsze realizacje.

W planowaniu terapii i jej skutecznym przeprowadzeniu bardzo pomocne były elementy pedagogiki zabawy. Jeden z odcinków ulubionego serialu chłopca, a mianowicie *Przyjaciele z podwórka*, nosi tytuł *Skarb piratów*. W terapii wykorzystano zarówno ten film, jak i wielkie zainteresowanie chłopca piratami i przygotowano grę „Arrr” – *tak pirat woła*

pośród fal. Chłopczyk bardzo chętnie się w nią bawił i to pomagało skłonić go do ćwiczeń nawet wtedy, gdy nie bardzo miał na nie ochotę. Należy bowiem zauważyć, że po okresie pierwszej fascynacji terapią logopedyczną nastąpił okres znudzenia nią, co wymusiło modyfikację dotychczas stosowanych metod i skłoniło do szukania sposobów na ponowne ożywienie uwagi dziecka. Dobrą metodą była właśnie wzmiankowana już zabawa w piratów oraz śpiewanie piosenek z przesadną, czasami kabaletową artykulacją, a także wspólne wymyślanie logopedycznych, nieco purnonsensowych – i dzięki temu bardzo chłopca rozbawiających – fraszek, naszpikowanych wyrazami z [r]. To utrzymanie uwagi dziecka na wysokim poziomie bardzo było potrzebne do zachowania odpowiedniej częstotliwości i systematyczności spotkań. Terapia wyraźne efekty zaczęła przynosić dopiero wtedy, gdy zalecane ćwiczenia były przeprowadzane codziennie.

Bibliografia

- CIESZYŃSKA J., 2003: *Metody wywoływania głosek*. Kraków: Arson.
- DEMEL G., 1978: *Minimum logopedyczne nauczyciela przedszkola*. Warszawa: WSiP.
- DEMEL G., 1979: *Wady wymowy*. Warszawa: PZWL.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (fourth edition) – DSM-IV, 1994. Washington: American Psychiatric Association.
- DILLING-OSTROWSKA E., 1990: *Zaburzenia mowy*. W: CZOCHAŃSKA J., red.: *Neurologia dziecięca*. Warszawa: PZWL.
- DUKIEWICZ L., SAWICKA I., 1995: *Fonetyka i fonologia*. Kraków: Wydawnictwo Instytutu Języka Polskiego PAN.
- FÜHRING M., LETTMAYER O., ELSTNER W., LANG H., 1976: *Die Sprachfehler des Kindes und ihre Beseitigung*. Wien: Österreichischer Bundesverlag.
- JASTRZĘBOWSKA G., 2003: *Dyslalia*. W: GAŁKOWSKI T., JASTRZĘBOWSKA G., red.: *Logopedia. Pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*. T. 2. Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, s. 403–429.
- JASTRZĘBOWSKA G., PELC-PĘKAŁA O., 2003: *Metodyka ogólna diagnozy i terapii logopedycznej*. W: GAŁKOWSKI T., JASTRZĘBOWSKA G., red.: *Logopedia. Pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*. T. 2. Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, s. 309–345.
- KACZMAREK L., 1966: *Nasze dziecko uczy się mowy*. Lublin: WL.
- KACZMAREK L., 1981: *Program studiów logopedycznych*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- KANIA J.T., 2001: *Szkice logopedyczne*. Warszawa: WSiP [pierwodruk: 1967].

- Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, 2000. Kraków: Vesalius.
- LIŠKA J., 1974: *Hlasky r a ř v normálnej a patologickej výslovnosti*. In: *Logopedický zborník*, 2-3. Z logopedického výskumu. Košice: Vychodoslovenské vydavateľstvo, s. 21–162.
- MICHALAK-WIDERA I., 2000: *Kwestionariusz obrazkowy do badania mowy dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym*. Katowice: Unikat 2.
- MICHALAK-WIDERA I., 2007: *Mile uszom dźwięki. Usprawnianie narządów mowy i ćwiczenia prawidłowego wymawiania głosek*. Katowice: Unikat 2.
- MICHALAK-WIDERA I., WĘSIERSKA K., 2009: *Będę wielkim mówcą. Poziom I – Zabawy buzi i języka dla każdego smyka*. Katowice: Unikat 2.
- MIERZEJEWSKA H., EMILUTA-ROZYA D., 1997: *Projekt zestawiania form zaburzeń mowy*. „Audiofonologia”, T. 10, s. 37–48.
- MINCZAKIEWICZ E., 1992: *Logopedia*. Kraków: Wydawnictwo WSP.
- MINCZAKIEWICZ E., 1997: *Mowa – rozwój – zaburzenia – terapia*. Kraków: Wydawnictwo WSP.
- OSTAPIUK B., 2002: *Dziecięca artykulacja czy wada wymowy – między fizjologią a patologią*. „Logopedia”, T. 31, s. 95–156.
- OSTASZEWSKA D., TAMBOR J., 2006: *Fonetyka i fonologia współczesnego języka polskiego*. Warszawa: PWN.
- PORAYSKI-POMSTA J., 2009: *Zagadnienia periodyzacji rozwoju mowy dziecka*. „Logopedia”, nr 7, s. 7–31. Dostępne w Internecie: http://www.logopedia.org.pl/resources/pliki/83_logopedia_nr_7_.pdf [data dostępu: 24.07.2012].
- PRUSZEWICZ A., red., 1992: *Foniatria kliniczna*. Warszawa: PZWL.
- RODAK H., 1992: *Terapia dziecka z wadą wymowy*. Warszawa: Wydawnictwo Polskiej Fundacji Zaburzeń Mowy.
- RODAK H., 1998: *Uczymy się mówić poprawnie. Poradnik logopedyczny z ćwiczeniami [r]*. Warszawa: WSiP.
- SACHAJSKA E., 1981: *Uczymy poprawnej wymowy*. Warszawa: WSiP.
- SAWA B., 1990: *Dzieci z zaburzeniami mowy*. Warszawa: WSiP.
- SKOREK E.M., 2000: *Z logopedią na ty. Podręczny słownik logopedyczny*. Kraków: Impuls.
- SKOREK E.M., 2003: *Reranie. Profilaktyka, diagnoza, korekcja*. Kraków: Impuls.
- SOŁTYS-CHMIELOWICZ A., 2001: *Rotacyzm*. „Logopedia”, T. 29, s. 37–51.
- SOŁTYS-CHMIELOWICZ A., 2002: *Wady wymowy i ich korygowanie*. „Logopedia”, T. 31, s. 53–93.
- SOŁTYS-CHMIELOWICZ A., 2008: *Standard postępowania logopedycznego w dyslalii*. „Logopedia”, T. 37, s. 59–68.
- SPIONEK H., 1969: *Zaburzenia psychoruchowego rozwoju dziecka*. Warszawa: PWN.
- STYCZEK I., 1979: *Logopedia*. Warszawa: PWN.
- TRZASKALIK J., 2012: *Choroby układu oddechowego jako przyczyna dyslalii – na przykładzie dzieci z aglomeracji śląskiej*. W: KOKOT K., red.: *Wieloaspektowość diagnozy*

i terapii logopedycznej. Wrocław: Oficyna Wydawnicza „Atut” – Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe, s. 67–86.

WEINERT H., 1982: *Die Bekämpfung von Sprachfehlern*. Berlin: VEB Verlag Volk und Gesundheit.

WIERZCHOWSKA B., 1971: *Wymowa polska*. Warszawa: Państwowe Zakłady Wydawnictw Szkolnych.

Ewa Biłas-Pleszak

A case study of a preschool child diagnosed with rhotacism

Summary

The sonorant consonant “r” belongs to the group of consonants that children learn to produce very late and their pronunciation is often deformed. This is the consequence of high articulatory demands of this particular sound – efficient work of the tip of the tongue is required. The following paper presents how a six-year-old boy is gradually learning how to produce the sound “r”. The author describes how the sound “r” is replaced with some other well-articulated sounds and next how the sounds very similar to “r” are gradually appearing in the boy’s speech. This process allowed the boy to start producing a short vocal element similar to “y” but pronounced with the mass of the tongue located in the back. This kind of articulation is known as sibilant. Finally, the paper describes the therapeutic process which resulted in the appearance of the correct pronunciation.

Ewa Biłas-Pleszak

Die Fallstudie: ein Vorschulkind mit diagnostiziertem typischem Rhotazismus

Zusammenfassung

Der Sonorlaut [r] gehört zu den Konsonanten, die von den Kindern am spätesten ausgesprochen und am häufigsten auch gewandelt werden. Verantwortlich dafür sind hohe Artikulationsanforderungen des Lautes – richtige Aussprache des r-Lautes ist zwar durch geschickte Zungenspitze bedingt. Der vorliegende Artikel zeigt, auf welche Weise sich der r- Laut bei einem sechsjährigen Jungen gebildet hat. Beschrieben werden hier also die einzelnen Stadien der Artikulation: der Junge ersetzt „r“ durch andere richtig ausgesprochene Laute, dann sucht er nach einem, seiner Meinung nach, dem

r-Laut ähnlichsten Laut. Infolge der Versuche begann das Kind ein kurzes, dem [y] ähnliches Vokalelement zu artikulieren, das aber durch maximal hintere Zungenlage gekennzeichnet war. Solche Artikulationen werden zu Engelaute gerechnet. Die Verfasserin stellt den ganzen therapeutischen Prozess dar, der zuerst die Auslösung und dann die Einprägung der richtigen Aussprache mit sich brachte.

Iwona Michalak-Widera

Śląski Oddział Polskiego Towarzystwa Logopedycznego

Agnieszka Pawlik-Pająk

Studium przypadku dziecka w młodszym wieku szkolnym z rotacyzmem właściwym

Zagadnienia wstępne

Zakłócenia dźwięków mowy reprezentujących fonem [r], nazywane *rotacyzmem właściwym*, obserwuje się we wszystkich grupach wiekowych: zarówno u dzieci, młodzieży, jak i dorosłych. Osoby wykazujące tę wadę wymowy wprawdzie artykułują głoskę [r], jednakże jej realizacja podczas wypowiedzi zazwyczaj drażni słuchacza, gdyż brzmi odmiennie niż normatywna głoska [r], która jest drżąca, przedniojęzykowo-dziąsłowa, półotwarta, dźwięczna, twarda, ustna (OSTASZEWSKA, TAMBOR, 2000) i koronalna (SUROWANIEC, 2001). Wśród przeciętnych użytkowników języka zaburzenie to należy do najczęściej rozpoznawanych jako nieprawidłowość wymawianiowa. Z tego powodu do gabinetów logopedycznych, często przedwcześnie, zgłaszają się rodzice z trzylatkami zastępującymi głoskę [r] np. głoską [l], u których – zgodnie z etapami kształtowania się mowy – nie jest jeszcze wymagane wypowiadanie prototypowego [r]. Większość specjalistów dziedziny (DOŁĘGA, 2003; SUROWANIEC, 2001; SOŁTYS-CHMIELOWICZ, 2008) podaje 5.–6. rok życia jako optymalny czas dla pojawienia się prawidłowej głoski. W praktyce logopedycznej nie jest przyjęte wywoływanie i automatyzowanie głoski [r] poniżej 5. roku życia, poza przypadkami trzy-, czterolatków prezentujących zniekształconą artykulację [r], tj. w postaci realizacji: międzyzębowej, języczkowej, podniebiennej itd.

W terminologii logopedycznej nieprawidłowa wymowa głósłki [r] określana jest mianem rotacyzmu (KANIA, 2001; SUROWANIEC, 2001; JASTRZĘBOWSKA, 2003; SOŁTYS-CHMIEŁOWICZ, 2008) bądź rerania (STYCZEK, 1981; DEMEL, 1996; SKOREK, 2003). Zaburzenie realizacji [r] może występować w trzech postaciach: mogirotacyzmu, pararotacyzmu bądź rotacyzmu właściwego.

Z własnej praktyki wynika, iż opuszczanie, czyli elizja, głósłki [r], tj. mogirotacyzm¹, dotyczy w przeważającej liczbie młodzieży szkolnej i studentów, świadomych nieprawidłowej wymowy, a zarazem skrępowanych nią. Starają się oni szybko wypowiadać słowa zawierające głósłkę, pomijając [r], by odbiorca nie usłyszał głósłki nieprototypowej, lecz by wydawało mu się, że normatywne [r] pojawiło się, co faktycznie nie nastąpiło.

Przypadki pararotacyzmu, czyli zastępowania, tj. substytucji [r] inną głósłką, najczęściej [l], a rzadziej [i], sporadycznie [u] czy [v], dotyczą przede wszystkim dzieci przedszkolnych. Rodzicom należy uświadczać, iż artykulacja [r] w postaci [i], [u] czy [v] powinna być poddana terapii logopedycznej w 4. roku życia. Świadczyć ona może nie tylko o problemach słuchu fonemowego, skróconym wędzidełku językowym, lecz przede wszystkim o braku umiejętności utrzymywania szerokiego języka na podniebieniu. W przypadku problemów z pionizacją języka (PLUTA-WOJCIECHOWSKA, 2011) występuje równocześnie trudność z uzyskaniem prawidłowej fazy spoczynkowej języka i czynności prawidłowego połykania, które w wieku 3–4 lat winny się wykształcić. Zastępowanie głósłki [r] głósłką [l] dowodzi, że dziecko sprawnie dotyka czubkiem języka do podniebienia twardego, lecz potrzebuje czasu na uzyskanie precyzji ruchów przedniej części języka², w postaci wibracji – dzięki przepływowi

¹ Problem prawidłowej diagnostyki substytucji i elizji m.in. w rotacyzmie porusza A. SOŁTYS-CHMIEŁOWICZ w pozycji *Zaburzenia artykulacji. Teoria i praktyka* (2008), na s. 45–54.

² Język bowiem zbudowany jest z ośmiu par mięśni wewnętrznych i zewnętrznych, symetrycznie rozłożonych na jego powierzchni. Na mięśnie wewnętrzne składają się mięśnie podłużne języka górne i dolne, poprzeczne oraz pionowe. Wśród mięśni zewnętrznych wyróżnia się: mięśnie bródkowo-językowe, gnykowo-językowe, rylcowo-językowe i podniebiennie-językowe (WALCZAK-DELEŻYŃSKA, 2004). Mało sprawny język trzy-, czterolatka uniemożliwia uzyskanie precyzyjności i szybkości ruchów niezbędnych do artykulacji m.in. głósłki [r].

strumienia powietrza wydychanego z płuc. W tym przypadku terapię [r] można rozpoczynać później, tj. około 5.–6. roku życia.

Rotacyzm właściwy występuje w różnych formach, jako np. rotacyzm boczny, nasalny, policzkowy, krtaniowy, gardłowy, języczkowy, podniebienny, dźwiękowy, językowo-wargowy, międzyzębowy, wargowo-zębowy, wargowo-językowy, wargowy (SUROWANIEC, 2001).

Istotne dla skuteczności postępowania logopedycznego jest ustalenie przyczyny zjawiska. W przypadku rotacyzmu ważną rolę odgrywa między innymi budowa anatomiczna i sprawność ruchowa języka, czasem ograniczona z powodu skróconego wędzidełka językowego³. W celu uzyskania zwinności i elastyczności języka ważne jest prowadzenie dużej liczby ćwiczeń wstępnych, przygotowujących do wywołania głoski [r]⁴, np.:

- rozluźniających całą masę języka,
- pionizujących język,
- utrzymujących masę języka na podniebieniu,
- fonacji z użyciem głosek o zbliżonym miejscu artykulacji, tj. [t], [d], [n], bądź identycznym, czyli głoską [l].

Ważną kwestią jest także umiejętność prawidłowego oddychania, ponieważ [r] wymaga nie tylko uniesienia brzegów języka do podniebienia, ale też przepływu strumienia powietrza przez jego przednią część. Zwłaszcza u osób oddychających szczytowo⁵ podczas terapii głoski występuje trudność w uzyskaniu jednego uderzenia czubka języka o podniebienie twarde z powodu przejścia zbyt słabego strumienia powietrza z płuc, co uniemożliwia oderwanie przedniej części języka na około 0,01

³ Zależnie od stopnia skrócenia wędzidełka języka (OSTAPIUK, 2002) zaleca się jego masaż przy nieznacznym skróceniu bądź podcięcie – wykonywane przez dentystę bądź ortodontę – w przypadku średniego lub znacznego skrócenia.

⁴ Głoskę [r] należy wywołać i utrwaląć, zaczynając od zbitek spółgłosek: *dr, tr*. Po dokładnym i wielokrotnym wyćwiczeniu [r] w logotomach i wyrazach z *dr* i *tr*, można przejść do układów: *br, pr, gr, kr, chr, wr, fr, mr, zr, śr, str*, następnie trenować [r] nagłosowe i śródgłosowe w otoczeniu samogłosek ustnych, kończąc na wygłosowym [r] po samogłoskach.

⁵ Wyróżniamy trzy typy oddychania: szczytowy, piersiowy i pełen. W oddechu szczytowym uczestniczy wyłącznie górna część klatki piersiowej, w brzuszny zaś – mięśnie brzucha. Najkorzystniejszy dla mowy jest oddech pełen, w którym biorą udział żebra oraz mięśnie brzucha z przeponą.

do 0,03 sekundy (SKOREK, 2003). Stąd zalecenie systematycznie każdego dnia kilkuminutowej dawki ćwiczeń oddechu pełnego, np. w pozycji leżącej, wspartej wysiłkiem sportowym w postaci np. biegania czy uprawiania sztuk walki bądź uczestnictwa w kursie tańca czy nauki śpiewu – pomaga to w uzyskaniu niezbędnej ilości powietrza dla prototypowej artykulacji dźwięku [r]. Zdaniem B. Tarasiewicz, różnorodne ćwiczenia usprawniające aparat oddechowy wpływają bowiem na powiększanie pojemności płuc i ekonomiczne zużycie powietrza (TARASIEWICZ, 2003).

W niniejszym artykule zaprezentowano opis studium przypadku ośmioletniej dziewczynki z normą intelektualną, wykazującej nieprawidłową artykulację głoski [r] w postaci rotacyzmu właściwego, zwanego gardłowym, tj. faryngalnym. W diagnozie logopedycznej opisano go jako dyslalię jednoraką prostą, czyli nieprawidłową realizację jednej głoski, tj. [r], oraz zniekształcenie jednej cechy dystynktywnej fonemu, polegające na zmianie miejsca artykulacji z przedniojęzykowo-dziąsłowego na gardłowe (KACZMAREK, 1977).

Charakterystyka uczennicy – dane z wywiadu

Ania jest jedynaczką, wychowywaną w rodzinie pełnej, przez oboje rodziców, przy współudziale dziadków. Rodzice posiadają wykształcenie wyższe, oboje pracują. Warunki materialne rodziny można określić jako dobre. Dziewczynka ma swój własny pokój. Wychowywana jest w atmosferze ciepła i miłości. W rodzinie nie występowały dotychczas zaburzenia w mowie.

Matka w czasie ciąży brała leki na podtrzymanie płodu. Przebieg porodu był prawidłowy, tj. nastąpił o czasie, siłami natury. Dziewczynka urodziła się z wagą 3 250 g, przy 57 cm wzrostu. Otrzymała 10 punktów w skali Apgar. Przesiewowe badanie słuchu po urodzeniu nie wykazało nieprawidłowości. Matka karmiła dziecko piersią przez 10 miesięcy. Do 6. miesiąca życia dziewczynka ulewała pokarm. Przebyte zakaźne choroby to świnka oraz ospa wietrzna. Rozwój psychofizyczny, w tym mowy, przebiegał prawidłowo. Dziecko od początku wykazywało lateralizację prawostronną.

Dziewczynka od 3. roku życia chodziła do przedszkola. W początkowym okresie miała pewne trudności z nawiązywaniem kontaktów z rówieśnikami, przy zdecydowanej łatwości nawiązywania kontaktów z osobami dorosłymi. Z inicjatywy rodziców Ania została poddana badaniu psychologicznemu, które nie wykazało żadnych nieprawidłowości. Obecnie dziewczynkę, uczennicę drugiej klasy szkoły masowej, cechuje łatwość i otwartość w nawiązywaniu kontaktów z rówieśnikami. Rozwój umysłowy dziecka przebiega prawidłowo, posiada ono bogaty zasób słownictwa.

Z wywiadu z wychowawcą szkolnym wynika, że Ania jest zdolną i pracowitą uczennicą. Wypowiada się chętnie i wykazuje się dużą wiedzą ogólną oraz aktywnie uczestniczy w życiu klasy. Prace klasowe wykonuje w odpowiednim tempie. Prezentuje poprawną technikę radzenia sobie z tekstem pisanym, podobnie czytanie ze zrozumieniem nie sprawia jej problemów, chociaż wymaga dalszego doskonalenia. Dziewczynka potrafi pracować zespołowo, a także umie samodzielnie wykonywać powierzone przez nauczyciela zadania.

Przebieg pełnego badania logopedycznego

Aby postawić prawidłową diagnozę logopedyczną, przeprowadzono pełne badanie logopedyczne, które poprzedzone zostało orientacyjnym badaniem mowy dziewczynki. W tym celu przeprowadzono z Anią swobodną rozmowę. Wstępnej oceny dokonano na podstawie odpowiedzi dziewczynki na zadawane pytania oraz opowiadania na temat zaprezentowanych ilustracji. W rozmowie szczególną uwagę zwrócono na:

- umiejętność i sposób formułowania wypowiedzi,
- umiejętność rozumienia poleceń i pytań,
- zdolność nawiązywania kontaktów,
- umiejętność używania różnych części mowy, stosowania poprawnych struktur gramatycznych,
- zasób słownika,
- płynność mowy,
- prozodię, tj. tempo, rytm, melodię.

U dziewczynki nie stwierdzono problemów z odbiorem mowy, jak również z jej nadawaniem.

Pełne badanie mowy zostało przeprowadzone za pomocą testu logopedycznego⁶. Część dotycząca artykulacji głosek języka polskiego w nagłosie, śródgłosie i wygłosie⁷ pozwoliła na zdiagnozowanie u dziewczynki pozanormatywnej wymowy [r], zwanej *rotacyzmem właściwym gardłowym*, tj. *faryngalnym*.

Badanie słuchu fonemowego przeprowadzono na podstawie testu I. Styczek za pomocą prób:

- literowej – polegającej na wskazywaniu przez dziecko liter, które badająca wypowiadała w dowolnej kolejności;
- sylabowej – polegającej na rozróżnianiu przez dziecko sylab podobnych brzmieniowo;
- wyrazowej – polegającej na adekwatnym pokazywaniu przez dziecko obrazka, którego nazwę wypowiadała osoba badająca (STYCZEK, 1982).

Do próby wyrazowej wykorzystano test autorstwa B. Ročławskiego *Obrazki i wyrazy do badania i doskonalenia słuchu fonemowego dzieci* (ROČŁAWSKI, 2010).

Dodatkowo, przeprowadzono badanie analizy i syntezy słuchowej oraz orientacyjne badanie słuchu fizjologicznego. Analiza słuchowa polegała na wypowiedzeniu przez dziecko wszystkich sylab, a następnie głosek, które usłyszało w wypowiedzianych przez osobę badającą wyrazach dwu- i trzysylabowych. Natomiast w badaniu syntezy słuchowej zadaniem dziewczynki było wymówienie wyrazu wypowiadanego przez logopedę sylabami, a następnie głoskami. Badanie słuchu fizjologicznego polegało na ustawieniu dziecka w odległości około 6 metrów od osoby badającej, bez możliwości odczytywania jej mowy z ust. Zadaniem dziewczynki było powtarzanie głośno słów wypowiadanych przez logopedę szeptem. Poziom słuchu fonemowego, fizjologicznego oraz analiza i synteza słuchowa zostały ocenione jako prawidłowe.

W ocenie budowy narządów mowy uwzględniono: język, wargi, podniebienie twarde i miękkie, wędzidełko językowe, zgryz, jamę nosową. Wielkość języka dziewczynki jest proporcjonalna do wielkości jamy

⁶ W badaniu pełnym użyto *Logopedycznego testu dla dzieci i młodzieży* I. Michalak-Widery.

⁷ Nie istnieje wygłos głosek posiadających bezdźwięczne odpowiedniki, tj. [v], [d], [b], [g], [ž], [ž], [ž], [ž], [ž], [ž].

ustnej. Badanie wędzidełka językowego wykonano, według propozycji B. Ostapiuk, w postaci 5 pojedynczych prób ruchów języka (OSTAPIUK, 2002). U uczennicy stwierdzono nieznaczne skrócenie wędzidełka językowego. Podniebienie zarówno twarde, jak i miękkie nie wykazały anomalii. Zęby dziecka są w trakcie wymiany z mlecznych na stałe. Jama nosowa jest drożna. Z informacji uzyskanej od matki wiadomo, iż dziewczynka była badana przez ortodontę, który stwierdził brak wady zgryzu, zalecił jedynie podcięcie wędzidła wargi górnej.

W ocenie sprawności narządów mownych sprawdzono motorykę: języka i warg. Badanie wykazało obniżoną sprawność języka w postaci trudności jego pionizacji oraz wykonywanie ruchów celowych, np. kierowanie apeksu języka w kąci ust.

Sprawność grafomotoryczną dziewczynki oceniono, opierając się na manualnych próbach pisanie i rysowania, a także na podstawie zeszytów uczennicy oraz dokumentacji szkolnej. Wnioskując z posiadanych danych, sprawność motoryki małej oceniono jako prawidłową. Sprawność motoryki dużej sprawdzono, opierając się na wykonaniu przez dziewczynkę kilku podstawowych ćwiczeń znanych jej z lekcji wychowania fizycznego.

Na podstawie zebranych informacji pochodzących z wywiadu z matką dziecka oraz wychowawcą szkolnym, a także z dokumentacji szkolnej oraz przeprowadzonych badań i obserwacji dziecka, stwierdzono u dziewczynki nieprawidłową wymowę głoski [r], zwaną rotacyzmem właściwym faryngalnym, inaczej gardłowym. Przyczyną rotacyzmu jest w tym przypadku słaba pionizacja języka oraz jego obniżona sprawność ruchowa.

Program terapii głoski [r]

Celem terapii logopedycznej dziewczynki było podjęcie działań zmierzających do zniwelowania nieprawidłowej wymowy głoski [r] w postaci uzyskania prototypowego dźwięku mowy w mowie potocznej. Program terapeutyczny podzielono na następujące etapy:

- przygotowawczy,
- wywołania dźwięku mowy,
- utrwalenia i automatyzacji głoski.

Etap przygotowawczy polegał na uzyskaniu pionizacji czubka, a następnie przedniej części języka oraz vibracji jego apeksu. Ćwiczenia języka podzielono na grupy:

- 1) trening rozluźniający masę języka, np.:
 - wsuwanie brzegów języka między zęby trzonowe i delikatne żucie go;
 - wysuwanie języka z ust przez zbliżone do siebie zęby;
- 2) ćwiczenia pionizujące apeks języka, np.:
 - dotykanie czubkiem języka zębów górnych;
 - uderzanie apeksem języka o podniebienie twarde, od najwolniejszych uderzeń po najszybsze;
- 3) ćwiczenia utrzymywania powierzchni języka na podniebieniu twardym, np.:
 - naśladowanie ssania lub ssanie cukierka o miękkiej strukturze⁸;
 - uderzanie przednią częścią języka o podniebienie, od najwolniejszych uderzeń po najszybsze;
- 4) fonacja głosek [t], [d], [n] o zbliżonym do [r] miejscu artykulacji, np.:
 - wielokrotne wypowiadanie zbitek: *bd*, *pt* przed samogłoskami ustnymi – oprócz *i* – ze stopniowym przyspieszeniem tempa wymawiania:
 - *bda*, *bdo*, *bde*, *bdu*, *bdy*,
 - *pta*, *pto*, *pte*, *ptu*, *pty*;
 - wielokrotne, energiczne wybrzmiewanie [d], [t] z głoskami [e] oraz [y]:
 - *de*, *de*, *de*, *dy*, *dy*, *dy*,
 - *de – dy*, *de – dy*, *de – dy*,
 - *te*, *te*, *te*, *ty*, *ty*, *ty*,
 - *te – ty*, *te – ty*, *te – ty*;
- 5) fonacja głoski [l] o identycznym z [r] miejscu artykulacji, tj.:
 - szybkie i wielokrotne wypowiadanie sylaby *ly*;
 - śpiewanie różnych melodii na sylabach: *la*, następnie *lo* i kolejno *lu*, *le*, *ly*, przy szeroko otwartych ustach, bez poruszania żuchwą (MICHALAK-WIDERA, 2007).

W celu uzyskania drżenia brzegów przedniej części języka, w etapie przygotowawczym, uwzględniono również ćwiczenia warg⁹:

⁸ Należy stosować cukierki, które nie spowodują podrażnień czy zadrapań podniebienia twardego.

⁹ Trening tego typu był możliwy do zastosowania, gdyż dziecko nie artykułowało [r] międzyzębowo.

- naśladowanie różnych odgłosów z otoczenia, np.:
 - zatrzymywania konia – *prrr, prrr, prrr*,
 - odczucia zimna – *brr, brr, brr*,
 - jadącego samochodu – *brum-brum, brum-brum, brum-brum*;
- wsuwanie języka między wargi i energiczne wydychanie powietrza, by język drżał.

Systematyczne, tj. każdego dnia, wykonywanie przez około 10–15 minut ćwiczeń przygotowujących, prowadzących do pionizowania przedniej części języka, szybkich ruchów odrywania apeksu języka od podniebienia twardego oraz drżenia czubka języka (dzięki treningowi warg), pozwoliło przejść do etapu wywołania głoski z poprzedzającą ją głoską [d], a następnie utrwalania [r] w logotomach, wyrazach, wyrażeniach, zdaniach, również po spółgłoskach: *t, b, p, w, f, k, g, ch, m, z, ś*, oraz zbitce spółgłosek *st*, przed samogłoskami ustnymi, następnie w otoczeniu samogłosek ustnych, a także po samogłoskach ustnych.

W oddziaływaniach logopedycznych z Anią wykorzystano dwie metody wywołania głoski [r]:

- 1) wielokrotne wymawianie [d], z równoczesnym, szybkim przesuwaniem palcem w prawo i lewo pod czubkiem języka;
- 2) umieszczanie wąskiego paska papieru na przedniej części języka i energiczne zdmuchiwanie go podczas wymawiania [t] (DEMEL, 1996).

Kolejnym etapem postępowania logopedycznego z dzieckiem było utrwalanie, a następnie automatyzacja [r] w logotomach i wyrazach, wyrażeniach i zdaniach z *dr*¹⁰, a następnie *tr* i pozostałych wymienionych układów wymawianiowych. W tym celu rozpoczęto od powtarzania:

- 1) zbitkę spółgłoskowych:
 - *dra, dro, dre, dru, dry*,
 - *adra, adro, adre, adru, adry*,
 - *odra, odro, odre, odru, odry*,
 - *edra, edro, dere, edru, edry*,
 - *udra, udro, ude, udru, udry*,
 - *ydra, ydro, ydre, cydru, ydry*;

¹⁰ Ćwiczenia zaleca się rozpoczynać od układów wymawianiowych z *dr*, a nie *tr*, gdyż głoska [d] jest dźwięczna, podobnie jak [r].

2) wyrazów:

– drabina, drażetka, dragon, dratwa, droga, dropsy, druty, drużyna itd.,

– kwadrat, Odra, adres, podręcznik, biedronka itd.;

3) wyrażen:

– drużyna druhów,

– drogie drażetki,

– drugi drogowskaz;

4) zdań:

– Drań drapie drogi podręcznik,

– Drużyna druhów płynie dratwą.

Ważnym elementem oddziaływania logopedycznego było wypracowanie przez Anię umiejętności autokontroli, czyli rozróżniania normatywnej i pozanormatywnej wymowy podczas własnych wypowiedzi¹¹. Ostatnim etapem terapii była prawidłowa wymowa głoski [r] w mowie spontanicznej. Proces wdrażania do automatyzacji wymowy głoski spowodził się do treningu w postaci: opowiadań, rebusów, krzyżówek, rozsypanek wyrazowych itp., zawierających głoskę [r] w różnych układach wymawianiowych.

Końcowym efektem wskazanych etapów terapii było wyrobienie u dziecka nawykowego, normatywnego artykułowania głoski [r] we wszystkich sytuacjach komunikacyjnych. Czas terapii dziewczynki wyniósł 6 miesięcy. Dalej zaprezentowano wybrane scenariusze zajęć z dzieckiem, zgodne z metodyką postępowania w przypadku rotacyzmu.

Przykładowe scenariusze zajęć logopedycznych

Scenariusz 1

Temat: wywołanie prawidłowej artykulacji głoski [r].

Cele zajęć:

¹¹ Od chwili, gdy podczas ćwiczeń następował moment zawahania się dziewczynki po wybrzmieniu nieprototypowej głoski [r], a następnie samodzielne poprawienie się – to świadczyło o wykształceniu autokontroli słuchowej.

- ćwiczenia oddechowe,
- usprawnianie motoryki narządów mownych,
- wywoływanie głoski [r].

Metody pracy – indywidualna.

Środki dydaktyczne: lustro, papierowy kwiat, przyrząd do robienia baniek mydlanych, falista tektura, waciki kosmetyczne, chrupki kukurydziane, tekst wierszyka, paski papieru.

Przebieg zajęć:

I Ćwiczenia oddechowe:

- „wąchanie kwiatka” – wciąganie powietrza przez nos i zatrzymywanie go, licząc do 4, powolne wypuszczanie go ustami skierowanymi na „papierowy kwiatek”;
- wykonywanie możliwie największych baniek mydlanych;
- studzenie „gorącej zupy” – długie dmuchanie na „łódeczkę” ze złożonych dłoni;
- zdmuchiwanie z falistej tektury, naprzemiennie szybko i długo, wacików kosmetycznych.

II Ćwiczenia warg:

- imitowanie wargami odgłosu uczucia zimna: *brr, brr, brr*;
- wkładanie języka między rozchylone wargi i energiczne wypuszczanie powietrza: *trr, trr, trrr*.

III Ćwiczenia języka i próby wywołania głoski:

- nagryzanie brzegów języka zębami;
- przeciskanie języka przez zbliżone do siebie zęby;
- odklejanie od podniebienia czubkiem języka chrupki kukurydzianych;
- uderzanie przednią częścią języka o podniebienie twarde, od najwolniejszych uderzeń po najszybsze;
- szybkie wypowiadanie głoski [l];
- dziecko wymyśla melodię do wierszyka i śpiewa:

La la la la
w dali na hali
la la la
Olek wąsy goli
la la la

lupę trzyma w dłoni
la la la
za motylem goni
la, la, la

autorzy:
Beata Dawczak,
Izabela Spychał

- wielokrotne, coraz szybsze wypowiadanie sylab:
 - *bda, bdo, bde, bdu, bdy,*
 - *pta, pto, pte, ptu, pty,*
 - *bda-ptu, bdo-ptu, bde-ptu, bdu-ptu, bdy-ptu;*
- wielokrotne, energiczne wypowiadanie [t], [d], *td, tdn* wolno, następnie coraz szybciej, z utrzymywaniem czubka języka przy podniebieniu twardym i szeroko otwartych ustach;
- ułożenie paska papieru w języku i energiczne zdmuchiwanie z wymawianiem głoski [t]. Pasek powinien „falować” lub wypaść na pewną odległość z ust;
- wielokrotne wymawianie [d] i szybkie przesuwanie palcem pod czubkiem języka w prawo i w lewo.

IV Zakończenie zajęć – pochwała dziecka.

Scenariusz 2

Temat: utrwalanie prawidłowego wzorca głoski [r].

Cele zajęć:

- usprawnianie języka,
- utrwalanie głoski [r] w logotomach i wyrazach w połączeniu spółgłoskowym *dr*.

Metody pracy – indywidualna.

Środki dydaktyczne: lustro, czekolada, pomoce do pracy z tekstem: listy sylab, wyrazów, zagadki.

Przebieg zajęć:

I Ćwiczenia języka:

- wysuwanie przedniej części języka między zęby i delikatne żucie go;
- zlizywanie z przedniej części podniebienia twardego przyklejonego kawałka czekolady;

- uderzanie przednią częścią języka o podniebienie twarde, od najwolniejszych uderzeń po najszybsze;
 - śpiewanie różnych melodii na sylabach: *la, lo, le, lu, ly*, bez poruszania brodą, przy szeroko otwartych ustach;
 - wymawianie wielokrotnie [d] i równoczesne przesuwanie palcem pod językiem.
- II Utrwalanie głoski w połączeniu spółgłoskowym *dr* oraz w wyrazach – dziecko powtarza:
- *dra, dro, dre, dru, dry,*
 - *drabina, droga, drewno, drewniaki, drut.*
- III Praca z tekstem – dziecko uzupełnia w wyrazach brakującą głoskę [r], a następnie odczytuje słowa:
- d_amat, d_ań, d_opsy, d_ozd, d_ogowskaz, d_ezyna, d_ewutnia, d_uhna, d_ugi.
- IV Odgadywanie zagadek:

Są długie i cienkie z plastiku lub stali.
Można na nich zrobić skarpetki i szalik.
autor nieznany

Z waty bywa, z puchu bywa,
w nocy do snu nas okrywa.
autor nieznany

V Zakończenie zajęć – pochwała dziecka.

Scenariusz 3

Temat: utrwalanie prawidłowego wzorca głoski [r].

Cele zajęć:

- usprawnianie motoryki przedniej części języka,
- utrwalanie głoski [r] w połączeniach spółgłoskowych *pr, br, kr, gr*.

Metody pracy – indywidualna.

Środki dydaktyczne: pomoce do pracy z tekstem: listy sylab, wyrazów, zagadki oraz gra planszowa.

Przebieg zajęć:

I Ćwiczenia języka:

- mlaskanie z szerokim otwieraniem ust;

- uderzanie całą masą języka o podniebienie twarde, od najwolniejszych uderzeń po najszybsze.

II Utrwalanie głósłki w połączeniach spółgłoskowych *pr*, *br*, *kr*, *gr* w logotomach i wyrazach.

Dziecko powtarza:

bra, bro, bre, bru, bry (wielokrotne powtarzanie w różnym szyku)
abra, abro, abre, abru, abry, obra, obro, obre, obru, obry, ebra, ebro, ebre, ebru, ebry, ubra, ubro, ubre, ubru, ubry, ybra, ybro, ybre, ybru, ybry
brama, bratek, brelok, brud, ubranie, obrus, ubrudzony
pra, pro, pre, pru, pry (wielokrotne powtarzanie w różnym szyku)
apra, apro, apre, apru, apry, opra, opro, opre, opru, opry, epra, epro, epre, epru, epry, upra, upro, upre, upru, upry, ypra, ypro, ypre, ypru, ypry
pranie, praca, pralka, prasa, prostokąt, proch, prezent, próba, oprawa
gra, gro, gre, gru, gry (wielokrotne powtarzanie w różnym szyku)
agra, agro, agre, agru, agry, ogra, ogro, ogre, ogru, ogry, egra, egro, egre, egru, egry, ugra, ugro, ugre, ugu, ugry, ygra, ygro, ygre, ygru, ygry
grabie, grad, granica, groszek, grom, gruby, gruszka, gryzoń, agrest, geografia, ogrodnik, ogryzek, tygrys
kra, kro, kre, kru, kry (wielokrotne powtarzanie w różnym szyku)
akra, akro, akre, akru, akry, okra, okro, okre, okru, okry, ekra, ekro, ekre, ekru, ekry, ukra, ukro, ukre, ukru, ukry, ykra, ykro, ykre, ryku, ykry
kran, kraj, krawiec, kroki, kropla, kreska, kreda, kret, kruk, krupnik, mokro, ekran, sekret, okruc, pokrywka, mikrofon

- III Praca z tekstem – dziecko nazywa i podpisuje ilustracje (pralka, prezent, proca, kwadrat, gruszka, agrest, tygrys, groszek, winogrona).
- IV Gra planszowa z użyciem wyrazów zawierających głoskę [r] w grupach spółgłoskowych *pr, br, kr, gr*.
- V Odgadywanie zagadek:

Spogląda z wysoka
na kurki, na wannę,
Gdy go używasz
Udaje fontannę!
autor nieznany

Co dzieci biją aktorom,
gdy się w teatrze zbiorą?
autor nieznany

Jestem cała jak śnieg biała,
po czarnej tablicy będę wam pisała.
autor nieznany

Ten owoc słynie z tego,
że wcale nie wybucha kolego.
autor nieznany

- VI Zakończenie zajęć – pochwała dziecka.

Scenariusz 4

Temat: utrwalanie prawidłowej wymowy głoski [r] w sylabach, wyrazach, związkach wyrazowych i zdaniach.

Cele zajęć:

- poprawne wybrzmiewanie głoski [r] w logotomach, wyrazach, wyrażeniach i zdaniach,
- autokontrola słuchowa własnych wypowiedzi,
- rozwijanie wyobraźni językowej i wzbogacanie słownictwa dziecka.

Metody pracy – indywidualna.

Środki dydaktyczne: pomoce do pracy z tekstem: listy sylab, wyrazów, tekst wiersza, zagadki oraz gra „Domino logopedyczne”.

Przebieg zajęć:

- I Utrwalanie głoski [r] w logotomach oraz wyrazach w otoczeniu samogłosek ustnych:
 - *ra, ro, re, ru, ry,*
 - **radio, rana, rakieta, ratownik, rola, robot, rebus, rekin, ruch, różga, ryś, rysa,**
 - *ara, aro, are, aru, ary,*
 - *ora, oro, ore, oru, ory,*
 - *era, ero, ere, eru, ery,*
 - *ura, uro, ure, uru, ury,*
 - *yra, yro, yre, yru, yry,*
 - **parasol, kara, aparat, parowóz, korona, pora, wtorek, cera, cera-ta, fura, dziura, pióro, żyrandol, żyrafa,**
 - *ar, or, er, ur,*
 - **katar, towar, kalafior, pomidor, puder, sweter, cukier, mur, mundur, dyżur.**
- II Praca z tekstem – dziecko zapisuje dyktowane przez logopedę logotomy zawierające głoskę [r] pomiędzy samogłoskami ustnymi i głóśno je odczytuje:
YRY, ETO, URU, OZE, AGE, ERE, AKO, ORO, ADE, ARA, EFO.
- III Rozsypanka wyrazowa – dziecko układa wyrazy z sylab i odczytuje je:
 - KIE-RA-TA,
 - TAR-KA,
 - MI-DOR-PO,
 - SOL-PA-RA,
 - RY-NA-KO,
 - KIE-CU-REK,
 - RA-TA-GI.
- IV Gra „Domino logopedyczne” zawierająca ilustracje z głoską [r] w otoczeniu samogłosek ustnych – dziecko wybiera kostkę domina, nazywa obie ilustracje, dokłada kolejną kostkę z identycznym obrazkiem, nazywa ilustracje itd.
- V Ogdadywanie zagadek:
 - Wisi w łazience, wycierasz nim ręce?
 - Najlepszym lekarzem złamanego ołówka jest?

- Rudą kitką się chlubi, orzeszki bardzo lubi?

autor: Genowefa Demel

VI Utrwalanie głoski [r] w związkach wyrazowych i zdaniach:

– dziecko powtarza czytane przez logopedę wyrażenia:

- czerwone truskawki,
- brązowa parasolka,
- groźny tygrys,
- stara marynarka,
- ostra papryka,
- ogromna dziura;

– dziecko głośno czyta wiersz:

Chrupanie dropsów na tronie

Na tronie dropsy Piotrek chrupał

Rano, wieczorem, jak również w upał.

Kręcił się, wiercił, nogami tupał,

Aż jeden dropsik pod tron mu upadł.

autorzy: Beata Dawczak, Izabela Spychał

VII Zakończenie zajęć – pochwała dziecka.

Scenariusz 5

Temat: utrwalanie i automatyzacja prawidłowej wymowy głoski [r] w wyrazach, związkach wyrazowych, zdaniach.

Cele zajęć:

- poprawne wybrzmiewanie głoski [r] w wyrazach, związkach wyrazowych i zdaniach,
- realizacja prawidłowej wymowy głoski [r] w mowie spontanicznej,
- wzbogacanie słownictwa dziecka i rozwijanie wyobraźni językowej.

Metody pracy – indywidualna.

Środki dydaktyczne: ilustracje, pomoce do pracy z tekstem: listy wyrazów, związków wyrazowych, tekst wiersza, opowiadanie.

Przebieg zajęć:

I Utrwalanie i automatyzacja dźwięku w wyrazach i związkach wyrazowych:

- dziecko wyszukuje spośród zilustrowanych wyrazów te, które zawierają głoskę [r], zapisuje je oraz odczytuje:
 - wrona, lody, chrupki, mróz, alfabet, rada, kalafor, doniczka, ręka, mrowisko, frytki, kwiatek, podłoga, piorun, sukienka, pióro, ogórek, apaszka, półka;
- dziecko powtarza czytane przez logopedę wyrażenia, następnie próbuje je narysować i ponownie nazywa własnoręcznie wykonane ilustracje:
 - brązowy krawat,
 - okrągły agrest,
 - ogromny tygrys,
 - mokry parasol,
 - czerwony pomidor,
 - czarna herbata.

II Utrwalanie i automatyzacja dźwięku w zdaniach:

- dziecko czyta tekst wiersza, a następnie wypisuje wszystkie wyrazy z głoską [r] i odczytuje je:

Jak biedronka zgubiła kropki
W poniedziałek bardzo rano
Pierwsza kropka wpadła w siano
Drugą kropką wiatr we wtorek
Grał w siatkówkę nad jeziorem
W środę kos dał swoim dzieciom
Do zabawy kropkę trzecią
W czwartek czwarta z siedmiu kropek
W świat ruszyła autostopem
Piąta kropka w piątek rano
Wpadła w studnię cembrowaną
Szóstą kotek wziął w sobotę
I nie oddał jej z powrotem
A ta siódma przy niedzieli
Spadła w mieście z karuzeli

autor: Wanda Chotomska

- z rozsypanki wyrazowej dziecko układa zdania i odczytuje je:
 - chodzi Krystyny. Pani do Weronika rytmikę na

- maluje brązowy. Roman kolor na bramę
 - stary strychu na rower. Mam czarny
 - wraca podróży. z jutro dalekiej Renata
 - parasol. Robert granatowy niesie
 - czerwoną Karolina kredkę. temperuje
- dziecko czyta tekst z głoską [r] w różnych układach wymawianio-
wych, rysuje historyjkę obrazkową na jego podstawie i z pamięci
powtarza treść opowiadania:

Marysia Pietruszka przydreptała do Ryby Gabrieli i zaprosiła ją na uroczą imprezę. Ta uroczą impreza to Marysi Pietruszki urodziny, które miały odbyć się we czwartek. Ryba Gabriela bardzo lubiła chodzić na urodziny do Marysi Pietruszki, więc przyjęła zaproszenie. Zaczęły się urodziny. Od Franka Królika Marysia dostała rabarbar. Od Krysi Rowerek dostała zegarek, a od Ryby Gabrieli komputer. Tort był z truskawek i pomarańczy. Do picia była oranżada z mandarynek. Franek Królik zjadł najwięcej kawałków tortu, a Ryba Gabriela wypila najwięcej oranżady i było po imprezie. Na koniec Marysia Pietruszka pożegnała Rybę Gabrielę, Franka Królika i Krysię Rowerek.

autor: Marta, lat 7

III Zakończenie zajęć – pochwała dziecka.

Podsumowanie

Właściwie postawiona diagnoza logopedyczna oraz systematyczne wykonywanie przez dziewczynkę ćwiczeń korygujących pozanormalną artykulację głoski [r], ze szczególnym uwzględnieniem w fazie początkowej terapii treningu usprawniającego język, przyniosły zamierzony efekt. Ania, dzięki postępowaniu logopedycznemu, zaplanowanemu zgodnie z metodyką pracy w przypadku rotacyzmu, oraz dużemu zaangażowaniu osobistemu, efektywnie włączyła prototypową wymowę głoski [r] w mowie potocznej. Przyjęte założenie trwania terapii około 6 miesięcy oraz zaplanowana ocena rokowań dziecka – jako progresywna – zostały zrealizowane. Sukces w mówieniu pozwolił dodatkowo wzmocnić w dziewczynce pewność siebie i poczucie własnej wartości,

zwłaszcza przy cechującej dziecko dużej wrażliwości emocjonalnej. Na uwagę zasługuje również fakt, że dziewczynka uczęszcza do klasy o profilu teatralno-artystycznym. Częste uczestnictwo w przedstawieniach szkolnych stało się dodatkowym bodźcem motywującym Anię do podejmowania systematycznych, intensywnych, lecz krótkich czasowo, tj. około 20 minut, ćwiczeń logopedycznych.

Celem przyświecającym podjęciu skutecznych oddziaływań logopedycznych było ustalenie powodu wystąpienia rotacyzmu u opisywanego dziecka. W toku przeprowadzonej diagnozy logopedycznej ustalono, iż mała sprawność ruchowa języka, konieczna do artykulacji prototypowej głoski [r], stanowiła istotną przyczynę zjawiska. Stąd szczególny nacisk położono na ćwiczenia motoryki języka – uwzględniające popularną w pedagogice specjalnej metodę stopniowania trudności – zaczynając od ogólnego usprawniania języka, poprzez ćwiczenia jego czubka, aż po trening całej masy języka kierowanego ku podniebieniu twardemu. Owo postępowanie przyczyniło się do efektywnego zakończenia terapii logopedycznej ośmioletniej dziewczynki – uzyskania w ciągu 6 miesięcy prototypowej głoski [r] w mowie potocznej dziecka.

Bibliografia

- CZERNIAKOWSKA A., 2010: *Rabarbar Barbary – materiał wyrazowo-obrazkowy do utrwalania prawidłowej wymowy głoski [r]*. Gdańsk: Harmonia.
- DAWCZAK B., SPYCHAŁ I., 2007: *Rerki r, l – zabawy z głoskami*. Toruń: BEA.
- DEMEL G., 1996: *Minimum logopedyczne nauczyciela przedszkola*. Warszawa: WSiP.
- DOŁĘGA Z., 2003: *Promowanie rozwoju mowy w okresie dzieciństwa – prawidłowości rozwoju, diagnozowanie i profilaktyka*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- JASTRZĘBOWSKA G., 2003: *Dyslalia*. W: GAŁKOWSKI T., JASTRZĘBOWSKA G., red.: *Logopedia. Pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*. T. 2. Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, s. 143–176.
- KACZMAREK L., 1977: *Nasze dziecko uczy się mowy*. Lublin: WL.
- KANIA J.T., 2001: *Szkie logopedyczne*. Lublin: Polskie Towarzystwo Logopedyczne Zarząd Główny.
- KRZYSZTOSEK G., PISZCZEK M., 2003: *Materiał wyrazowo-obrazkowy do utrwalania poprawnej wymowy głosek l, li, r*. Kraków: Impuls.
- MICHALAK-WIDERA I., 2007: *Miłe uszom dźwięki. Usprawnianie narządów mowy i ćwiczenia prawidłowego wymawiania głosek*. Katowice: Unikat 2.

- MICHALAK-WIDERA I., 2009: *Logopedyczny test dla dzieci i młodzieży*. Katowice: Unikat 2.
- OSTASZEWSKA D., TAMBOR J., 2000: *Fonetyka i fonologia współczesnego języka polskiego*. Warszawa: PWN.
- OSTAPIUK B., 2002: *Rodzaje i jakość dźwiękowych realizacji polskiego fonemu /r/ w ankyloglosji*. „Logopedia”, T. 30, s. 91–105.
- PLUTA-WOJCIECHOWSKA D., 2011: *O ćwiczeniach tak zwanej pionizacji języka*. W: MICHALIK M., red.: *Biologiczne uwarunkowania rozwoju i zaburzeń mowy*. Kraków: Collegium Columbinum, s. 209–223.
- ROCŁAWSKI B., 2010: *Obrazki i wyrazy do badania i doskonalenia słuchu fonemowego dzieci*. Gdańsk: Glottispol sp. z o.o.
- SKOREK E.M., 2003: *Reranie. Profilaktyka, diagnoza, korekcja*. Kraków: Impuls.
- SOŁTYS-CHMIELOWICZ A., 2008: *Zaburzenia artykulacji. Teoria i praktyka*. Kraków: Impuls.
- STYCZEK I., 1981: *Logopedia*. Warszawa: PWN.
- STYCZEK I., 1982: *Badanie i kształtowanie słuchu fonematycznego (komentarze i tablice)*. Warszawa: WSiP.
- SUROWANIEC J., 2001: *Nauczanie poprawnego wymawiania głoski r*. W: MINCZAKIEWICZ M.E., red.: *Komunikacja – mowa – język w diagnostyce i terapii zaburzeń rozwoju u dzieci i młodzieży niepełnosprawnej*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej.
- TARASIEWICZ B., 2003: *Mówię i śpiewam świadomie. Podręcznik do nauki emisji głosu*. Kraków: Universitas.
- WALCZAK-DELEŻYŃSKA M., 2004: *Aby język giętki. Wybór ćwiczeń artykulacyjnych od J. Tennera do B. Toczyskiej*. Wrocław: PWST im. L. Solńskiego w Krakowie, Wydziały Zamiejscowe we Wrocławiu.

Iwona Michalak-Widera, Agnieszka Pawlik-Pająk

A case study of a primary school child suffering from rhotacism

Summary

Rhotacism belongs to a group of distractions of sounds representing specific phonemes, generally known as speech disorders. The following article presents the diagnostic and therapeutic processes delivered to an eight-year-old girl. The speech therapy was conducted to find the reason for the presence of rhotacism in the girl's speech. During the diagnosis it was established that a low movement ability of the front part of the tongue generated this particular speech disorder since this part of the tongue plays a very important role in the production of the sound “r”.

Iwona Michalak-Widera, Agnieszka Pawlik-Pająk

Die Fallstudie: das jüngere Schulkind mit typischem Rhotazismus

Zusammenfassung

Der Rhotazismus gehört zu den Störungen der entsprechende Phoneme vertretenden Sprachlaute, die meistens Sprachfehler genannt werden. Der vorliegende Artikel ist dem diagnostischen und therapeutischen Verfahren bei einem achtjährigen Mädchen gewidmet. Die mit dem Mädchen arbeitenden Logopäden bemühten sich, die Ursache des bei ihm diagnostizierten Rhotazismus festzustellen. Sie erkannten, dass die für die Artikulation des prototypischen [r]- Lautes erforderliche Bewegungsfähigkeit der Vor- derzunge zu niedrig war.

Natalia Moćko

Uniwersytet Śląski

Studium przypadku dwudziestoczterolatka z rotacyzmem*

Zasady realizacji głosek w języku polskim

Proponowane przez wielu polskich logopedów opisy nabywania poszczególnych zdolności artykulacyjnych, łączących się z opanowaniem przez dziecko odpowiedniej sprawności językowej, zakładają podział na poszczególne etapy, zwykle związane z wiekiem dziecka. I tak – do około 7. roku życia dziecko opanowuje zasady trzech systemów języka otoczenia, w którym wzrasta: systemu fonetycznego, morfologicznego oraz leksykalnego (DEMEL, 1996). W tym czasie wymieniona sprawność artykulacyjna zostaje osiągnięta i dziecko wymawia prawidłowo wszystkie głoski języka polskiego. Wśród tych najtrudniejszych, realizowanych w 4.–5. roku życia, badacze umieszczają głoski szeregu szumiącego – [š, ž, č, ž], a następnie najtrudniejszą, ze względu na precyzję ruchów artykulacyjnych, głoskę [r], którą powinien wymawiać prawidłowo sześciolatek z niezaburzonym, harmonijnym rozwojem mowy (kryteria wieku za: DEMEL, 1996; KACZMAREK, 1977).

Opisana sytuacja jest wzorcowa i zakłada osiągnięcie przez dziecko takiej sprawności artykulacyjnej, jaka stanowi normę wymawianiową dla danego języka. Jak jednak powszechnie wiadomo, często mamy do czynienia z zaburzeniami mowy o różnorodnej etiologii. Przy zniekształ-

* Niniejszy artykuł powstał na podstawie pracy końcowej, podsumowującej 2 lata podyplomowych studiów logopedycznych. Została ona przygotowana pod kierunkiem logopedy dr Iwony Michalak-Widery.

ceiach realizacji dźwięków właściwych dla konkretnego języka mówimy o *dyslalii*.

Definicja dyslalii

Definicja terminu „dyslalia” od lat pozostaje niejednolita. Przyczyn tego zjawiska można upatrywać między innymi w interdyscyplinarnym charakterze logopedii jako nauki stojącej na pograniczu medycyny (głównie foniatrii), językoznawstwa oraz nauk o charakterze psychologiczno-pedagogicznym. Inaczej definiować będą zaburzenia oraz wady wymowy językoznawcy, zwracający uwagę na strukturę segmentalną i suprasegmentalną wypowiedzi; inaczej spojrzą na zagadnienie foniatry (por. PRUSZEWICZ, red., 1992); inaczej również psycholodzy (por. SAWA, 1990). Próby uporządkowania terminologii podejmuje się Danuta Emiluta-Roza, wprowadzając przy tym swoją definicję, w myśl której „dyslalia to jedynie ogólne stwierdzenie naruszenia stanu prawidłowego dźwięków mowy, czyli po prostu zakłócenie dźwięków mowy reprezentujących odpowiednie fonemy” (EMILUTA-ROZA, 1998: 36).

W niniejszym artykule przyjąłam definicję dyslalii w ujęciu Grażyny Jastrzębowskiej, czyli traktuję dyslalię jako pojęcie ogólne stosowane do opisu „zaburzenia realizacji fonemów o ściśle określonej etiologii (tj. pochodzenia obwodowego). Zaburzenia te mogą się przejawiać zniekształceniem (deformacją) dźwięków mowy, ich zastępowaniem (substytucją) bądź opuszczaniem (elizją), co powoduje, że w efekcie brzmienie odbiega od ogólnie przyjętej normy wymawianiowej” (GAŁKOWSKI, JASTRZĘBOWSKA, red., 2003: 144). Dyslalią, czyli zaburzeniem wymowy, będzie więc takie zniekształcenie warstwy fonetycznej języka, które często nawet osobie niezwiązanej z logopedią będzie się wydawać deformacją dźwięku mowy. W pracy skupiłam się w szczególności na *rotacyzmie*, czyli nieprawidłowej realizacji głoski [r], używając niekiedy synonimicznie terminu *reranie* (za: GAŁKOWSKI, JASTRZĘBOWSKA, red., 2003).

Przyczyny dyslalii często są niezwykle trudne do zdefiniowania. Znaczący temat podkreślają, że istnieją zaburzenia mowy o charakterze izolowanym oraz takie, które wiążą się z innymi nieprawidłowościami w rozwoju, najczęściej z upośledzeniem funkcji słuchowych, funkcji

kinestetyczno-ruchowych, opóźnieniami umysłowymi i zaburzeniami emocjonalnymi (DEMEL, 1996). Trudno jednak jednoznacznie określić, czy na kształt dźwięku deformowanego przez dziecko miała wpływ słaba sprawność artykulacyjna, nieprawidłowa norma wymawianiowa otoczenia, złe słyszenie dźwięku czy inne czynniki (między innymi nieprawidłowości w obrębie aparatu mowy). Równie trudno zaopiniować jednoznacznie, dlaczego dziecko wybrało taką, a nie inną wadliwą realizację fonemu. O ile jeszcze w przypadku sygmatyzmu międzyczębowego można doszukiwać się przyczyny rozwoju tej wady w wymianie uzębienia u dziecka, o tyle realizacja gardłowego lub języczkowego [r] wydaje się tajemnicą. Zagadnienie to stanowi pole do rozważań i być może w przyszłości zostanie szerzej opisane w literaturze przedmiotu. Warto bowiem pamiętać, że „właściwie postawione rozpoznanie ukierunkowujące przebieg logopedycznego postępowania usprawniającego uwzględniać powinno zarejestrowanie nie tylko objawów, ale także wymaga uświadomienia sobie możliwych, dających się ustalić z większą lub mniejszą pewnością przyczyn zakłócenia dźwięków mowy i przybliżenia (zrozumienia) jego patomechanizmu” (EMILUTA-ROZYA, 1998: 36).

Postawienie diagnozy oraz program pracy terapeutycznej leży w gestii logopedy, jednak nie można zapominać, że w wielu przypadkach pierwszym obszarem diagnozy staje się otoczenie osoby dotkniętej zaburzeniem artykulacji. Jako jedną z przyczyn podjęcia terapii znawczyni tematu – logopeda Iwona Michalak-Widera podaje wpływ czynników środowiskowych na chęć pracy nad zaburzeniem artykulacyjnym: „Motywacją do podejmowania stosunkowo późno terapii logopedycznej jest dyskomfort spowodowany np. częstym wymienianiem danych personalnych w sytuacjach oficjalnych, gdy w imieniu i nazwisku delikwenta występuje dźwięk [r]” (MICHALAK-WIDERA, 2010: 55).

Warto w tym miejscu podkreślić, że osoby, u których stwierdzono dyslalię, często same opisują dyskomfort, jaki towarzyszy im podczas kontaktu werbalnego z otoczeniem. Klienci gabinetów logopedycznych wspominają o: unikaniu „trudnych” wyrazów, czyli takich, w których występuje głoska zniekształcana; zastępowaniu takich wyrazów innymi; podejmowaniu prób zmiany sposobu artykulacji. Ostatni z wymienionych aspektów okazuje się fenomenem, może bowiem stanowić inspirację do podjęcia pracy logopedycznej przez pacjenta, który zaczyna świadomo-

mie poznawać mechanizmy odpowiadające za artykulację danych głosek. Taki proces odbywa się podczas pracy terapeutycznej, kiedy pacjent stopniowo odkrywa możliwości zmiany miejsca artykulacji i zaczyna dążyć do autokorekcji sposobu realizacji fonemu. Osoba, u której pojawia się świadomość mechanizmu zniekształcania dźwięku mowy, może podjąć pracę terapeutyczną, jeśli będzie odpowiednio zdeterminowana – oddziaływanie środowiska i indywidualne nastawienie mogą mieć w tej mierze istotny wpływ.

Wstępne rozpoznanie

Pierwsza rozmowa z Radkiem ujawniła przede wszystkim niski poziom *logofobii* oraz oswojenie z reakcjami ze strony środowiska. W dzieciństwie Radek niejednokrotnie nie używał wybranych wyrazów, zastępując je łatwiejszymi w realizacji – np. dłoń zamiast ręka. Z czasem pojawiło się oswojenie z nietypową realizacją oraz reakcjami ze strony środowiska, choć Radek wspominał, że irytowały go sytuacje, w których jego rozmówca prosił o powtórzenie imienia lub zniekształcał imię, np. zwracając się, zamiast panie Radosławie – panie Jarosławie.

Przypadek Radka dowodzi, że nie zawsze zaburzenie artykulacji stanowi przeszkodę w realizacji zamierzeń, a nawet w karierze czy zainteresowaniach klientów gabinetów logopedycznych – mężczyzna jest członkiem chóru oraz okazjonalnie bierze udział w przedstawieniach osiedlowego teatru amatorskiego. Mimo oswojenia Radka z reakcjami otoczenia czynniki środowiskowe miały w jego przypadku wpływ na podjęcie działań nad wypracowaniem prawidłowego wzorca wymawianiowego oraz dalszą część terapii. Pomocne okazały się opinie znajomych¹, którzy nie tylko informowali go o zmianie jakości słyszanego dźwięku, ale również mobilizowali do dalszej pracy.

Praca terapeutyczna z Radkiem wiązała się ze zwróceniem szczególnej uwagi na zmianę miejsca artykulacji, a zatem z wywołaniem prawidłowego dźwięku, jego realizacja [r] polegała bowiem na deformacji głoski. Opis spółgłosek w języku polskim powstaje na podstawie:

¹ Informacje na temat opinii środowiska pochodzą z rozmów przeprowadzonych ze znajomymi Radka.

- sposobu artykulacji,
- miejsca artykulacji,
- udziału wiązań głosowych.

Ze względu na owe kryteria klasyfikujemy głoskę [r] jako: drżącą, dziąsłową (przedniojęzykowo-dziąsłową) i dźwięczną (OSTASZEWSKA, TAMBOR, 2000). Głoska ta jest uznawana za najtrudniejszą w realizacji, ponieważ zakłada wysoką sprawność narządów mownych do wykonania precyzyjnych ruchów języka (kilkukrotnych uderzeń apeksu w okolicach wałka dziąsłowego).

Zniekształcenie w przypadku Radka było spowodowane zmianą miejsca artykulacji na tylną (palatalną) część jamy ustnej, bez uniesienia apeksu, przez co dźwięk słyszalny dla otoczenia przypominał realizację zbliżoną do głoski [j]. W tej mierze zrozumiałe staje się częste przemianowywanie Radka z pana Radosława na Jarosława.

Diagnoza

Wstępne badanie diagnostyczne Radka ujawniło, że nie można mówić w tym wypadku o ankyloglosji (wędzidełko mężczyzny można sklasyfikować jako nieznacznie skrócone, co jednak nie utrudnia pionizacji języka) ani o infantylnym połykaniu, które to cechy mogłyby stanowić podstawę nieprawidłowości w realizacji nie tylko głoski [r], ale i innych głosek języka polskiego. Stwierdziłam jednak stosunkowo niską sprawność języka w zakresie pionizacji, a zatem trudności w klaskaniu językiem, unoszeniu całej masy języka do podniebienia oraz brak ruchów drżących w obrębie apeksu.

Pierwsze spotkanie z logopedą oraz badanie *Logopedycznym testem dla dzieci i młodzieży* (MICHALAK-WIDERA, 2009) potwierdziło *dyslalię prostą* opartą na deformacji jednej głoski [r], a zatem rotacyzm. Radek miał dodatkowo za zadanie opowiedzieć o sobie w kilku słowach, aby możliwe było sprawdzenie poziomu logofobii. W ramach terapii logopeda zalecił najpierw wprowadzenie ćwiczeń zmierzających do usprawnienia pracy języka, następnie działania korekcyjne w celu wywołania i utrwalenia nowego wzorca sposobu artykulacji.

Terapia

Ćwiczenia narządów mownych, przygotowujące do wywołania głoski [r], miały na celu zwiększenie sprawności języka w oparciu o uniesienie całej jego masy, pionizację apeksu i wprawienie tej części języka w drżenie. Największą trudność w tym względzie stanowiło nauczanie Radka klaskania (ruchy języka były powolne i szybko następowało zmęczenie połączone z dyskomfortem, a nawet bólem w obrębie narządów mownych, w tym żuchwy). Wysuwanie masy języka na zewnątrz naprzemiennie w formie grotu (ostro zakończonego) oraz łopaty również nastroczało problemów, ponieważ niska sprawność w obrębie apeksu uniemożliwiała (w początkowej fazie terapii) uformowanie czubka języka w postać grotu. Stosunkowo dobrze wypadały ćwiczenia unoszenia całej masy języka ku podniebieniu i pozostawianie języka („przyssanego” do podniebienia) na kilka sekund w górze.

Opisane ćwiczenia usprawniające miały na celu przygotowanie narządów mownych do wywołania prawidłowego wzorca głoski. Najbardziej efektywną metodą okazało się wywołanie głoski za pomocą ruchów poziomych – potrząsania przedniej okolicy pod językiem za pomocą palca przy jednoczesnym, szybkim wymawianiu głoski [d], z miejscem artykulacji na wałku dziąsłowym². Już pierwsze próby zakończone zostały sukcesem, dlatego stosunkowo szybko można było przejść do realizacji głoski (poprzez potrząsanie palcem pod czubkiem języka) w logotomach, czyli ciągach głosek zawierających nagłosowe [d], następnie głoskę [r] realizowaną na wałku dziąsłowym oraz samogłoskę w wygłosie. Logotomy służą zwykle do pierwszych ćwiczeń, jakie wykonuje klient gabinetu logopedycznego w przypadku nauki prawidłowej realizacji wywołanych głosek. Radek został poproszony o realizację [r] w następujących logotomach:

- *dra*,
- *dro*,

² Z innymi metodami oraz dokładnym ich opisem może się czytelnik spotkać m.in. w następujących pozycjach: *Metody wywoływania głosek* (CIESZYŃSKA, 2012), *Diagnoza i terapia zaburzeń mowy* (GAŁKOWSKI, TARKOWSKI, ZALESKI, 1993), *Szkice logopedyczne* (KANIA, 1982), *Reranie. Profilaktyka, diagnoza, korekcja* (SKOREK, 2003), *Logopedia* (STYCZEK, 1981) i inne.

- dre,
- dru,
- dry.

Podczas wymowy najlepiej słyszalna okazała się prawidłowa realizacja wzorca artykulacyjnego głoski [r] w logotomach: *dro* oraz *dre*. Najślabiej przebiegała na wstępnym etapie realizacja logotomu *dru*, o czym decydować może charakterystyka samogłoski [u], klasyfikowanej jako najbardziej tylna oraz wąska spośród samogłosek. W związku z tym masa języka przesuwiała się ku tyłowi (co zostało wyuczone wraz z utrwalaniem się nieprawidłowej realizacji w ciągu prawie 20 lat życia Radka) i pojawiały się trudności z wprawieniem w ruch apeksu. Kilkukrotne powtórzenie ćwiczenia zainicjowało wypracowanie prawidłowego wzorca przy potrząsaniu palcem przedniej okolicy pod językiem podczas realizacji głoski [r] w logotomach.

Zakończone sukcesem wywołanie głoski skłoniło Radka do podjęcia prób realizacji prawidłowego wzorca w wyrazach, których inicjalną część stanowiły wspomniane logotomy. Dla potrzeb ćwiczeń zostały więc wybrane między innymi wyrazy pochodzące z książki *Minimum logopedyczne nauczyciela przedszkola* (DEMEL, 1996) oraz zasugerowane przez logopedę, pod kierunkiem którego odbywała się praca terapeutyczna:

- drabina, dramat, drasnąć,
- droga, drobny, dropsy,
- drewno, drelich, drewniaki,
- drugi, drut, drób,
- dryblas, dryg, dryfować.

Przeprowadzono też ćwiczenia z użyciem wyrazów inicjowanych logotomami *tra-*, *tro-*, *tre-*, *tru-*, *try-*:

- trawa, trasa, tramwaj,
- trociny, tron, troskliwy,
- tren, trep, trema,
- trudny, truskawka, trumna,
- trybuna, tryby, tryton.

Przy ewentualnych problemach w realizacji następował powrót do prób wymowy samych logotomów – aby przypomnieć miejsce prawidłowej realizacji. Następnie, podane wyrazy zostały pogrupowane w pary

(początkowo jednolite pod względem nagłosowej spółgłoski – np. **druga droga**, **trudna trasa** itp.), później słowa uległy przemieszaniu w obrębie par, tworząc niejednolite grupy (rozpoczynające się naprzemiennie głoseką dźwięczną i bezdźwięczną – np. **trudna droga**, **drogi tramwaj** itp.). Ostatecznie zaś przystąpiliśmy do prób artykulacji wyrazów zawierających samogłoskę przed grupą *dra-*, *dro-*, *dre-*, *dru-*, *dry-*; *tra-*, *tro-*, *tre-*, *tru-*, *try-*, np.: **biedronka**, **wiadro**, **wiatraki** itp.

Poza ćwiczeniami grup logotomowych, wyrazów i połączeń dwóch słów Radek utrzymywał nowy wzorzec wymowy, odczytując zdania, niejednorodne pod względem grup logotomowych spółgłoski nagłosowej w owych grupach, samogłoski wygłosowej w grupie, a nawet samogłoski bezpośrednio poprzedzającej daną grupę, np.: „Siostra kupiła truskawki”; „Po futrynie chodzi biedronka” (przykłady za: DEMEL, 1996: 73).

Z moich obserwacji wynika, że ćwiczenia, zwłaszcza w początkowej fazie terapii, bywają męczące, więc seria powtórek nie powinna trwać dłużej niż 15–20 minut, po czym konieczny jest odpoczynek (odprężenie narządów mownych, które ulegają w trakcie artykulacji napięciu). Próby przedłużenia czasu ćwiczeń skutkowały coraz gorszym efektem, natomiast częstsze przerwy umożliwiały powrót do serii ćwiczeń i tym samym w czasie około dwugodzinnego spotkania Radek wykonywał średnio trzy serie po 15–20 minut artykulacji głoski [r] w grupach logotomowych *dro*, *tro* oraz wyrazach inicjowanych tymi właśnie grupami.

Etap wywołania nowego wzorca artykulacyjnego metodą potrząsania palcem pod czubkiem języka oraz próby utrwalania wzorca w logotomach *dra-*, *dro-*, *dre-*, *dru-*, *dry-*; *tra-*, *tro-*, *tre-*, *tru-*, *try-*, wyrazach opartych na tych logotomach, parach słów i zdaniach, trwały około miesiąca – dwugodzinne spotkania odbywały się przynajmniej dwa razy w tygodniu. Analogicznie przebiegały ćwiczenia na innych grupach logotomów, które w przypadku Radka miały kolejność:

- *gra-*, *gro-*, *gre-*, *gru-*, *gry-*; *kra-*, *kro-*, *kre-*, *kru-*, *kry-* oraz *hra-*, *hro-*, *hre-*, *hru-*, *hry-*;
- *zra-*, *zro-*, *zre-*, *zru-*, *zry-*; *sra-*, *sro-*, *sre-*, *sru-*, *sry-*;
- *wra-*, *wro-*, *wre-*, *wru-*, *wry-*; *fra-*, *fro-*, *fre-*, *fru-*, *fry-*;
- *mra-*, *mro-*, *mre-*, *mru-*, *mry-*;
- *bra-*, *bro-*, *bre-*, *bru-*, *bry-*; *pra-*, *pro-*, *pre-*, *pru-*, *pry-*;
- warianty miękkie wybranych głosek.

O kolejności wprowadzanych logotomów decydują w wypadku każdego człowieka indywidualne predyspozycje, należy jednak kierować się zasadą stopniowania trudności. W przypadku Radka przeprowadzane ćwiczenia można sklasyfikować na kilku poziomach, wedle tej właśnie zasady, jako:

- 1) wprowadzenie logotomów zawierających w wygłosie samogłoski: -a, -o, -e, -u, -y, w pozycji:
 - przedniojęzykowej ([d], [t]),
 - tylnojęzykowej ([g], [k]),
 - wargowej ([b], [p]);
- 2) wprowadzenie wyrazów rozpoczynających się grupą reprezentowaną przez określone logotomy lub dodatkowo poprzedzonych samogłoską:
 - w izolacji (np.: **z**razy, **z**robić, **z**remisować, **z**rozumieć, **z**rywać),
 - w postaci par wyrazów reprezentujących jednorodne pod względem nagłosowej spółgłoski grupy logotomów (np. **w**redna **w**rona),
 - w postaci par wyrazów tworzonych za pomocą różnych logotomów (np. **g**roźny **k**ról),
 - w postaci wyrazów, w których grupę logotomu poprzedza dodatkowo samogłoska (np.: **a**dres, **o**mkro);
- 3) wprowadzenie zdań zawierających początkowo grupy jednorodne, następnie różnorodne (np. Krysia gra na trąbce);
- 4) wprowadzenie głoski [r] w pozycji nagłosowej w:
 - wyrazach,
 - parach wyrazów,
 - zdaniach;
- 5) wprowadzenie głoski [r] w pozycji wygłosowej w:
 - wyrazach,
 - parach wyrazów,
 - zdaniach.

W przypadku terapii Radka czas trwania utrwalania prawidłowego wzorca artykulacji głoski [r] z ruchami potrząsania okolicy pod czubkiem języka za pomocą palca wyniósł około 4 miesięcy. W tym okresie nastąpił przełom i Radek zaczął realizować głoskę [r] w postaci niekształconej bez pomocy palca. Wciąż jednak próby wypracowania prawidłowego dźwięku wymagały od mężczyzny wiele wysiłku i skupie-

nia. W tym czasie oceniał postępy terapii jako niewielkie, twierdząc, że sam nie słyszy różnicy w realizacji głoski, jednak spotykał się z opinią otoczenia o nowej jakości wytwarzanego dźwięku (na tym etapie wciąż nie w mowie spontanicznej, ale w ramach wykonywania konkretnych ćwiczeń).

Etap realizacji głoski [r] w nagłosie przypadł na czas, kiedy Radek wykonywał już wzorzec artykulacyjny bez potrząsania okolicy pod czubkiem języka za pomocą palca. Można również stwierdzić, że prawidłowa realizacja [r] w nagłosie utrwaliła się u mężczyzny w najszybszym czasie – w mowie spontanicznej realizował ten wzorzec już około pół roku od rozpoczęcia terapii. Nadal jednak nie miała miejsca autokorekta słuchowa. Radek nie słyszał innej jakości dźwięku (chyba że miało to miejsce podczas odsłuchiwania nagrań), ale czuł różnicę – jak podkreślał: pamiętał, że język musi drzeć w odpowiedni sposób, kiedy realizuje prawidłowy wzorzec artykulacyjny głoski [r], zatem korekta miała miejsce, gdy mężczyzna nie był zadowolony z odczucia w obrębie narządów mownych.

Z czasem pojawiły się także elementy hiperpoprawności, które w tamtym czasie niepokoiły Radka – obawiał się, że taki sposób artykulacji się utrwali. Jednak zapewnienia logopedy o późniejszym, stopniowym ustąpieniu tego typu niedogodności uspokoiły zarówno mężczyznę, jak i mnie. W tym samym czasie, kiedy utrwaliło się nagłosowe [r] (po upływie pół roku od rozpoczęcia terapii), pojawiły się również pierwsze próby utrwalania prawidłowego wzorca artykulacyjnego głoski [r] w śródgłosie w mowie spontanicznej Radka. Jako pierwsze utrwalone zostały wyrazy często powtarzane podczas zajęć terapeutycznych (np.: droga, trudny, trafić, korek, góry itp.). Jakość nowego dźwięku wciąż nie była dla mężczyzny satysfakcjonująca – jeśli opowiadał o postępach w terapii, to wspominał raczej o reakcjach ludzi, z którymi miał do czynienia i którzy dostrzegali ogromną różnicę, niż o własnych odczuciach.

Do spotkań terapeutycznych wprowadzonych zostało więcej rozmów o charakterze spontanicznym (w tym odpowiedzi na pytania), Radek miał również za zadanie szczególne skupienie uwagi na prawidłowej realizacji [r] podczas rozmów telefonicznych. Pomocne w jego przypadku okazało się poprawianie, tj. powtarzanie wyrazu z podkreśleniem głoski [r] występującej w danym wyrazie i prośba o powtórzenie lub przypo-

mnienie o prawidłowej realizacji głoski, kiedy podczas dłuższej wypowiedzi Radek o tym zapominał. W dalszym ciągu występowała męczliwość. Rozmowy terapeutyczne trwały już dłużej niż we wcześniejszych fazach terapii (około godzinę), jednak nadal po czasie przewidzianym na część terapeutyczną mężczyzna wracał do poprzedniej realizacji głoski, aby odprężyć narządy mowne. Z mojego punktu widzenia ten etap był najtrudniejszy – wiedziałam, że Radek potrafi już realizować prawidłowy wzorzec, a jednak nie robi tego podczas każdej rozmowy, gdzie tylko niektóre realizacje są poprawne, natomiast skupia się i prawidłowo wymawia [r] w czasie spotkań terapeutycznych.

Opinie dorosłych klientów gabinetów logopedycznych wskazują, że udział w terapii jest trudny dla klienta, ale wiem także, że jest to zadanie trudne dla początkującego logopedy. Taka osoba zna zazwyczaj możliwości klienta i często w dobrej wierze pragnie przyspieszyć efekty terapii, stosując metody perswazji lub nawet swego rodzaju presję (zwracanie uwagi na prawidłową realizację nie tylko podczas rozmów terapeutycznych, ale również podczas innych, prywatnych rozmów). Determinacja, z jaką Radek podjął się terapii rotacyzmu, sprawiła, że na pewnym etapie (około 9 miesięcy od rozpoczęcia terapii) sam zaproponował, abym korygowała jego mowę, kiedy zapomina o prawidłowej realizacji. W tym czasie także zdecydowanie polepszyła się autokorekta słuchowa mężczyzny. Problemy z prawidłową realizacją głoski występowały jeszcze w wygłosie wyrazu oraz w przypadku wyrazów zawierających więcej niż jedną głoskę [r], różnie zlokalizowaną (np.: traktor, rabarbar, zarezerwować).

Trudności w realizacji prawidłowego wzorca głoski w wygłosie wyrazu pojawiały się jeszcze w około 9 miesięcy od momentu rozpoczęcia terapii. Radek zaczął z czasem realizować głoskę o tej lokalizacji w sposób hiperpoprawny i miał trudności ze skróceniem (zmniejszeniem liczby odbić) jej trwania. Problemy pojawiały się też, kiedy głoska występująca na końcu wyrazu nie była jedynym [r], jakie zawierało słowo (np. rabarbar). W takich przykładach Radek zwykle na tyle koncentrował się na realizacji ostatniej głoski, że nieprawidłowo realizował [r] w śródgłosie. Do chwili obecnej tego typu wyrazy sprawiają mężczyźnie największą trudność i, szybko wymawiane, czasami brzmią nieprawidłowo lub następuje zająknięcie się skutkujące autokorektą.

Rokowania

Trudno określić, w którym momencie Radek zaczął się posługiwać nowym wzorcem artykulacji głoski [r] w sposób nieświadomy, czyli nie zwracając szczególnej uwagi na sposób ułożenia narządów mownych i ciągłą korektę nieprawidłowych realizacji. Po upływie roku od rozpoczęcia terapii nadal twierdził, że odczuwa dyskomfort i zmęczenie podczas dłuższej wypowiedzi i stosowania prawidłowego wzorca artykulacji – w tym czasie nie można jeszcze było mówić o pełnej automatyzacji – rozmowy, zwłaszcza takie, którym towarzyszyły emocje (np. chęć szybkiego opowiedzenia jakiegoś zdarzenia, momenty przekomarzania się itp.), nadal były realizowane prawidłowo tylko w stopniu częściowym.

Na uwagę zasługuje reakcja osób z otoczenia Radka, z którymi ma on rzadszy kontakt i które spotkały się z nim poprzednio, kiedy rozpoczął terapię. Takie osoby wskazywały teraz na niesamowite postępy i zupełnie nową jakość brzmienia dźwięku. Na etapie automatyzacji jest Radek także w obecnej chwili (1,5 roku od momentu podjęcia terapii) – wciąż pojawiają się potknięcia, jednak mężczyzna osiągnął wysoki stopień autokorekty.

W ciągu 18 miesięcy ćwiczeń, podczas spotkań o różnej częstotliwości, Radek wykazał się tak ogromną determinacją, że jestem spokojna o postępy prowadzące do całkowitej automatyzacji nowego wzorca artykulacji w mowie spontanicznej. Osiągane przez mężczyznę umiejętności z zakresu najpierw czytania, potem także wymowy, świadczą o postępie procesu terapeutycznego i rokują jak najlepiej. Zwiększenie wrażliwości słuchu fonemowego Radka potwierdzają też uwagi wygłaszane przez niego w odniesieniu do osób, u których zdiagnozowano rotacyzm, np. „On wypowiada [r] tak, jak ja wypowiadałem”³.

Na obecnym etapie terapii mężczyzna stosuje prawidłowy wzorzec artykulacji w mowie spontanicznej, wypowiada się w sposób swobodny i nie unika wyrazów zawierających głoskę [r] w różnej lokalizacji. Wciąż jest natomiast zauważalna tendencja do przyspieszonego wymawiania „kłopotliwych” wyrazów w taki sposób, że skróceniu ulega samogłoska

³ Cytat pochodzi z jednej z rozmów z Radkiem, podczas której zauważyłam, że ktoś ma rotacyzm, a Radek skomentował moją wypowiedź w przytoczony sposób.

lub grupa spółgłoskowa, w obrębie której znajduje się głoska [r]. W efekcie, odbiorca słyszy czasem niepełne wypowiedzenie (np. „To był grzny wypadek” zamiast „To był groźny wypadek”). Aby zniwelować efekt pomijania samogłosek, praca terapeutyczna z Radkiem opiera się na tym etapie na przedłużaniu samogłosek, płynnym łączeniu sylab, mowie uśpiwnionej, które to metody znajdują zastosowanie głównie w pracy z osobami jaskającymi się. Dzięki temu mężczyzna jest odbierany jako osoba o dobrej emisji głosu, człowiek szczególnie dbający o wyrazistą artykulację podczas wypowiedzi.

Podsumowanie

Proces terapii jest emocjonującym czasem. Przemiana klienta, zwłaszcza dorosłego, który zmienia swoje przyzwyczajenia, uczy się zupełnie nowych umiejętności i pozwala się prowadzić logopedzie, to tylko jedna strona medalu. Jest także terapeuta, dla którego terapia to nie jedynie praca, ale przede wszystkim możliwość obserwacji ludzkich zachowań, czas wspierania i podtrzymywania na duchu klienta, zaangażowanie i dawanie z siebie 100% możliwości.

Pierwsza praca terapeutyczna jest wyjątkowa również dlatego, że przerażająca wydaje się wizja niepowodzenia, sprawienia podopiecznemu zawodu. Jeśli terapia zakończy się sukcesem – jest to w równej części zasługa obu stron. Taka zależność decyduje często o wytworzeniu się szczególnej więzi pomiędzy klientem a logopedą – więzi opartej na wzajemnym zaufaniu i wspólnym pokonywaniu trudności. Z mojej perspektywy – przyszłego logopedy, który ma za sobą przebieg pierwszego procesu terapeutycznego – ten rodzaj relacji decyduje o ugruntowaniu postanowienia wykonywania właśnie takiego zawodu.

Bibliografia

- CIESZYŃSKA J., 2012: *Metody wywoływania głosek*. Kraków: Wydawnictwo konferencyjno-logopedyczne.pl.
- DEMEL G., 1996: *Minimum logopedyczne nauczyciela przedszkola*. Warszawa: WSiP.

- EMILUTA-ROZYA D., 1998: *Na temat terminu dyslalia*. W: NOWAKOWSKA-KEMPNA I., red.: *Logopedia jako nauka interdyscyplinarna – teoretyczna i stosowana*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, s. 35–40.
- GAŁKOWSKI T., TARKOWSKI Z., ZALESKI T., 1993: *Diagnoza i terapia zaburzeń mowy*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- GAŁKOWSKI T., JASTRZĘBOWSKA G., red., 2003: *Logopedia. Pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*. T. 2. Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego.
- KACZMAREK L., 1977: *Nasze dziecko uczy się mowy*. Lublin: WL.
- KANIA J.T., 1982: *Szkice logopedyczne*. Warszawa: Polskie Towarzystwo Logopedyczne.
- MICHALAK-WIDERA I., 2007: *Miłe uszom dźwięki. Usprawnianie narządów mowy i ćwiczenia prawidłowego wymawiania głosek*. Katowice: Unikat 2.
- MICHALAK-WIDERA I., 2009: *Logopedyczny test dla dzieci i młodzieży*. Katowice: Unikat 2.
- MICHALAK-WIDERA I., 2010: *Rotacyzm u osób dorosłych – zagadnienia teoretyczne i praktyka logopedyczna*. „Forum Logopedyczne”, nr 18, s. 54–57.
- OSTASZEWSKA D., TAMBOR J., 2000: *Fonetyka i fonologia współczesnego języka polskiego*. Warszawa: PWN.
- PRUSZEWICZ A., red., 1992: *Foniatria kliniczna*. Warszawa: PZWL.
- SAWA B., 1990: *Dzieci z zaburzeniami mowy*. Warszawa: WSiP.
- SKOREK E.M., 2003: *Reranie. Profilaktyka, diagnoza, korekcja*. Kraków: Impuls.
- STYCZEK I., 1981: *Logopedia*. Warszawa: PWN.

Natalia Moćko

A case study of a twenty-four-year-old person suffering from rhotacism

Summary

The article presents the therapeutic process catered for an adult suffering from rhotacism. A short theoretical introduction concerning dyslalia appears before the detailed description of the whole therapy. On the basis of her speech therapy experiences, the author describes the speech disorder of the twenty-four-year old who incorrectly produces the sound “r” in his speech. The paper is the record of the first therapy process conducted by the author herself based on suggestions and consultations with more experienced speech therapists.

Natalia Moćko

Die Fallstudie: der 24-jährige Erwachsene mit Rhotazismus

Zusammenfassung

In dem Artikel wird die, auf die Beseitigung des Rhotazismus bei einer erwachsenen Person gezielte Therapie beschrieben. Konkreten therapeutischen Maßnahmen geht eine kurze theoretische Einleitung aus dem Bereich der Dyslalie voran. Ihre logopädischen Erfahrungen ausnutzend schildert die Verfasserin den Fall des 24-jährigen Erwachsenen, der den [r]-Laut falsch artikulierte. Sie beschreibt hier auch die erste Therapie, die sie in Anlehnung an Ratschlägen von erfahrenen Logopäden selbständig durchgeführt hat.

Katarzyna Węsierska

Uniwersytet Śląski
Centrum Logopedyczne w Katowicach

Zastosowanie *Lidcombe Program* w terapii jękającego się dziecka w wieku przedszkolnym

Jąkanie u dzieci – charakterystyka zaburzenia

Jąkanie jest zaburzeniem, które jest stale obecne w historii ludzkości (VAN RIPER, 1982). Niektórzy badacze sugerują, że jest ono prawdopodobnie bardziej rozpowszechnione w kulturach świata zachodniego, gdzie większy nacisk kładziony jest na komunikację werbalną. Wskazywałoby na to mniejsze rozpowszechnienie jękania wśród ludów Polinezji czy niektórych plemion Afryki (LEMERT, 1992; cyt. za: WARD, 2006; zob. też: YAIRI, SEERY, 2011). Tym niemniej, najnowsze badania zdają się przeczyć takim tezom. Wbrew obiegowym opiniom odkryto, że jąkanie dotyczy także Indian amerykańskich – populacji wcześniej postrzeganych jako wolne od tego zaburzenia (ZIMMERMANN i in., 1983; cyt. za: YAIRI, SEERY, 2011: 38).

Badania nad występowaniem jękania, prowadzone głównie w Europie Zachodniej i krajach anglojęzycznych (Ameryka Północna, Australia), wskazują, że jąka się około 1% populacji osób dorosłych (GUITAR, 2006; YAIRI, SEERY, 2011). Wśród dzieci występowanie objawów niepełności jest częstsze i wynosi około 5%. Istotne jednak wydaje się dokonanie właściwego rozróżnienia pomiędzy objawami typowymi dla jękania (ang. *stuttering-like disfluencies*) a tzw. zwykłymi niepełnościami, zauważalnymi niemal u każdego mówcy (ang. *normal disfluencies*). J. Campbell i D. Hill opisały różne możliwe typy niepełności, do któ-

rych zaliczyły: (1) zawahania trwające sekundę i dłużej, (2) wtrącenia, takie jak „um” lub „er”, (3) tzw. rewizje – poprawki zdania lub frazy, kiedy mówca ponawia wypowiedź: „Bawiłam się z Ba... Bawiłam się z Marysią”, (4) niekończenie słów, (5) powtórzenia fraz lub zdań, (6) powtórzenia całych słów, (7) powtórzenia fragmentu słowa (dźwięku, sylaby lub wyrazu wielosylabowego), (8) prolongacje, polegające na nienaturalnym przeciąganiu dźwięku w wyrazie, (9) bloki, polegające na zatrzymaniu fonacji/artykulacji dźwięku – zwykle współtowarzyszy im wzmożony wysiłek wkładany w rozpoczęcie wypowiedzi i obserwowalny wzrost napięcia, (10) objawy zakwalifikowane jako inne, wśród których można wymienić problemy z oddechem (zob. GREGORY, 2003: 2). H.H. Gregory i D. Hill wskazują, że pewne objawy są bardziej typowe dla jąkania (powtórzenia dźwięków, prolongacje dźwięków, bloki, wzrost napięcia i objawy walki). Z kolei niektóre symptomy można zaobserwować zarówno u osób jākających się, jak i niejākających się – są to: powtórzenia wyrazów jednosylabowych, powtórzenia części wyrazu (dźwięków lub sylab). Czynnikiem różnicującym jest wówczas większa liczba powtórzeń (trzy i więcej razy w przypadku jąkania) oraz widoczne objawy napięcia i walki (obserwowane u osób jākających się). Za typowe, normalne niepełności uznaje się natomiast: zawahania, wtrącenia, poprawki i powtórzenia fraz lub zdań (GREGORY, HILL, 1999). Z. WOŹNIAK zwraca z kolei uwagę, że w dokonywaniu diagnozy jąkania należy również uwzględnić fakt, iż charakterystyczne dla tej przypadłości, obok objawów niepełności, jest także występowanie spastyczności i logofobii (2008). Zdaniem tego autora, definiując jąkanie, należy uwzględniać aspekt komunikacyjny (objawy patologicznej niepełności w mowie), psychiczny (świadomość występowania zaburzenia, reakcje lękowe) i neurofizjologiczny (wzmożone napięcie mięśniowe) (WOŹNIAK, 2008; zob. też: ICD-10...).

Jąkanie jest zagadkowym fenomenem. Wciąż trudno udzielić jednoznacznej odpowiedzi na pytanie o jego genezę. Obecnie dość powszechnie uważa się, że jąkanie jest zaburzeniem o wieloczynnikowej etiologii. Do jego potencjalnych uwarunkowań zalicza się wiele czynników, takich jak: czynniki neurofizjologiczne, w tym genetyczne (AMBROSE, COX, YAIRI, 1997; MAZUR, WĘSIERSKA, 2012; SZELĄG, 1996; WOŹNIAK, 2002), czynniki lingwistyczne oraz czynniki psychologiczne (emocjonalne) i środowiskowe (BOTTERILL, KELMAN, 2010; GUITAR, 2006; KELMAN,

NICHOLAS, 2008; TARKOWSKI, 1997, 1999; YAIRI, AMBROSE, 2005; YAIRI, SEERY, 2011).

Pierwsze objawy jąkania pojawiają się zazwyczaj w okresie wczesnego dzieciństwa, najczęściej pomiędzy 2. a 5. rokiem życia (YAIRI, AMBROSE, 2005). Wiele spośród małych dzieci, które manifestują objawy niepełności, przezwycięża ten problem, często bez pomocy terapeutycznej. Jest to tzw. zjawisko samoistnego ustępowania objawów (ang. *spontaneous recovery*). Dzieje się to najczęściej w ciągu pierwszych 18 miesięcy obecności objawów niepełności w mowie (BENNETT, 2006; YAIRI, AMBROSE, 2005). Dziewczynki częściej niż chłopcy przezwyciężają ten problem w okresie wczesnego dzieciństwa. Nadal nie jest do końca jasne, które dzieci przestaną się jąkać, a u których problem będzie się nasilał. Na podstawie najnowszych wyników badań przyjmuje się jednak, że istnieją czynniki, które pozwalają prognozować, w jakich przypadkach zaburzenie może się utrzymywać lub nasilać. Zalicza się do nich: płeć (męską), historię jąkania w rodzinie (zwłaszcza jeśli krewny jąkał się także jako osoba dorosła), współwystępowanie innych problemów związanych z nabywaniem mowy czy świadomość zaburzenia u dziecka. Określane są one mianem czynników ryzyka jąkania (ang. *risk factors*) (BENNETT, 2006; WARD, 2006). Badacze zjawiska jąkania wczesnodziecięcego zwracają uwagę, że innym czynnikiem, pozwalającym odróżnić zwykłą niepełność od objawów jąkania, jest przewaga w wypowiedziach dziecka niepełności typowych dla jąkania w stosunku do tzw. zwykłych niepełności (GUITAR, 2006; AMBROSE, YAIRI, 1995). Większa frekwencja w mowie dziecka wielokrotnych powtórzeń sylab w wyrazie, repetycji wyrazów jednosylabowych, prolongacji dźwięków, napiętych pauz czy zaburzeń w oddychaniu rokuje niepomyślnie.

Australijski badacz zaburzeń płynności mowy M. ONSLOW podkreśla, że „obecnie panuje zgoda co do tego, że jąkanie powinno być poddawane terapii, gdy się pojawia” (1992: 21). Nie kwestionuje się już dziś potrzeby wczesnej interwencji w przypadku jąkania u dzieci. Zarówno badacze zajmujący się teoretycznymi analizami zjawiska jąkania, jak i logopedzi praktycy podkreślają, że terapia logopedyczna małych dzieci z zaburzeniami w płynności mówienia jest skuteczniejsza niż terapia osób dorosłych z utrwalonym jąkaniem i negatywnymi postawami wobec tego zjawiska (MANNING, 2010). Jąkanie się małych dzieci jest zja-

wiskiem zaskakującym. Rodzice jękających się maluchów często podkreślają zmienność tego fenomenu: są dni, gdy dziecko jąka się bardzo silnie, bez przyczyny, by po pewnym czasie objawy zaniknęły niemal zupełnie. Pojawienie się jękania u małego dziecka jest tym bardziej tajemniczym i trudnym do zrozumienia dla opiekunów stanem, że zaburzenie płynności następuje po okresie, gdy malec wypowiadał się prawie zupełnie płynnie. Budzi to zrozumiałe obawy i lęki wśród osób najbliższych dziecku, co bezsprzecznie nie wpływa korzystnie na jego funkcjonowanie. Często rodzice zgłaszający się do logopedy z maluchem są przerażeni, bezradni i pełni poczucia winy (JEZIORCZAK, WĘSIERSKA, 2011). Wydaje się, że są to kolejne argumenty przemawiające za koniecznością podejmowania wczesnej interwencji logopedycznej w jękanii u dzieci.

Interwencja logopedyczna w jękanii u dzieci

Terapia jękania wczesnodziecięcego trwa krócej niż terapia jękania chronicznego, mniejsze są też koszty emocjonalne i społeczne, które ponosi osoba jękająca się czy jej bliscy. Badania dowodzą, że wczesna interwencja jest skuteczna (HARRIS i in., 2002; JONES i in., 2008; LINCOLN, ONSLOW, 1997; MATTHEWS, WILLIAMS, PRING, 1997; MILLARD, EDWARDS, COOK, 2009; MILLARD, NICHOLAS, COOK, 2008). Współczesna praktyka logopedyczna najogólniej dzieli podejścia terapeutyczne w jękanii u małych dzieci na *metody pośrednie* (ang. *indirect treatment*) i *bezpośrednie* (ang. *direct treatment*) (BENNETT, 2006; MANNING, 2010; RAMIG, DODGE, 2005; WĘSIERSKA, 2012; YAIRI, SEERY, 2011). *Interwencja pośrednia*, zdaniem E. Bennett, polega na przeobrażaniu środowiska dziecka w taki sposób, aby następowała poprawa płynności mowy. Ten efekt uzyskiwany jest przez trening (w niektórych podejściach terapeutycznych: *coaching*) rodziców połączony z długotrwałym monitorowaniem; z czasem intensywność terapii może wzrastać. Logopeda dzieli się z rodzicami wiedzą na temat rozwoju mowy i procesu nabywania fluencji słownej. Opiekunom dostarczane są informacje o czynnikach wpływających na osiągnięcie przez dziecko płynności w mówieniu. Z kolei *interwencja bezpośrednia* – jak sama nazwa wskazuje – zakłada bezpośrednią pracę z dzieckiem nad poprawą płynności jego wypowiedzi.

W podejściach bezpośrednich stosowane są elementy treningu płynności, modyfikowanie zająknięć lub terapia behawioralna (warunkowanie instrumentalne). Podobnie jak w metodach pośrednich, także podczas stosowania metod interwencji bezpośredniej zaangażowanie rodziców w terapię jest bardzo ważne. W początkowej fazie jest ona często bardzo intensywna, z tendencją do jej powolnego wycofywania w miarę osiągnięcia korzystnych efektów (BENNETT, 2006). Zazwyczaj dobór właściwej formy interwencji związany jest z wiekiem dziecka, uświadomieniem sobie przez nie istnienia problemu w mowie, ewentualnymi negatywnymi reakcjami dziecka lub jego otoczenia na jękanie, poziomem nasilenia objawów w mowie. Nie mniej istotnym czynnikiem, rozpatrywanym przez logopedę podczas doboru strategii terapeutycznej, jest czas, jaki upłynął od wystąpienia pierwszych objawów (MANNING, 2010; ZEBROWSKI, 1997). W praktyce często stosuje się kombinację obu podejść, czego przykładem jest brytyjski program terapeutyczny *Palin Parent* – *Child Interaction Approach* – *Palin PCI* (KELMAN, NICHOLAS, 2008; WĘSIERSKA, 2010). Jak podkreśla W.H. MANNING, „głównym założeniem obu podejść – pośredniego i bardziej bezpośredniego – jest sprawienie, by mówienie było przyjemne dla dziecka” (2010: 429). Podobna zasada odnosi się do procesu terapii jękania u dzieci – terapia powinna być dla dziecka przyjemnym doświadczeniem.

Lidcombe Program – założenia

Lidcombe Program (LP) jest przykładem jednej z bardziej upowszechniających się form terapii – terapii bezpośredniej¹, opartej na metodologii warunkowania instrumentalnego (ONSLow, PACKMAN, HARRI-

¹ *Lidcombe Program* jest szeroko wdrażany w krajach anglojęzycznych (takich jak: Australia, Nowa Zelandia, a także Stany Zjednoczone, Kanada, Wielka Brytania). Program został również zaadaptowany do warunków niemieckich, holenderskich, a nawet irańskich (ONSLow, MILLARD, 2012). Metoda ta jest stosunkowo mało znana w Polsce, doczekała się jedynie pojedynczych opisów w polskiej literaturze logopedycznej (zob. CHĘCIEK, 2006, 2007; TARKOWSKI, HUMENIUK, DUNAJ, 2010; WĘSIERSKA, 2009, 2012). Autorka artykułu wraz z A. Mielewską przygotowały obszerne opracowanie na temat *Palin PCI* i *Lidcombe Program*. Materiał został złożony do druku.

SON, eds., 2003). Program powstał w Australii jako wynik współpracy naukowców z University of Sydney (Australian Stuttering Research Centre) i logopedów praktyków ze Stuttering Unit Bankstone Health Service². Jego nazwa wywodzi się od nazwy dzielnicy Sydney, gdzie znajdował się Lidcombe Hospital. *Lidcombe Program* jest terapią behawioralną dla jaskających się dzieci w wieku przedszkolnym.

Jak podkreśla M. Onslow, jeden z twórców *Lidcombe Program*, metoda jest z założenia ateoretyczna (ONSLow, MILLARD, 2012; HARRISON, ONSLOW, 2010), co oznacza, że – w przeciwieństwie do innych programów terapeutycznych – LP nie jest oparty na wybranej teorii powstania jaskania, np. na koncepcji wieloczynnikowej genezy jaskania czy *Demands and Capacities Model* (SMITH, KELLY, 1997; ADAMS, 1990). W tym programie rodzic lub inna znacząca w życiu dziecka osoba wdraża terapię w naturalnym środowisku, natomiast logopeda odgrywa rolę przewodnika – nauczyciela rodzica. Główny cel twórcy *Lidcombe Program* definiują lakonicznie: „po prostu – brak jaskania” (ONSLow, 2003: 4).

LP jest wdrażany w dwóch etapach. Podczas pierwszego rodzic (lub inna bliska dziecku osoba) wprowadza terapię każdego dnia w środowisku domowym. Dziecko i rodzic przychodzą na spotkania z logopedą raz w tygodniu. Wtedy też logopeda przyucza rodzica do wdrażania terapii w warunkach domowych oraz do prowadzenia codziennych pomiarów nasilenia jaskania. W tym celu wykorzystywana jest Skala Nasilenia Jaskania (ang. *Severity Rating Scale*)³. Pomiary rodziców wraz z tymi, które wykonuje logopeda podczas spotkań, są decydującymi czynnikami wyznaczającymi przebieg terapii. Kiedy jaskanie dziecka zanika lub osiągnie bardzo niski poziom, rozpoczyna się drugi etap programu. Wtedy to rodzic stosuje program terapeutyczny z mniejszą częstotliwością, także spotkania z logopedą w poradni odbywają się coraz rzadziej. Warunkiem zakończenia terapii jest długotrwałe utrzymywanie się stanu niskiego poziomu jaskania lub całkowite ustąpienie zaburzenia. *Lidcombe*

² Więcej informacji na temat *Lidcombe Program* czytelnik może znaleźć na stronie Australian Stuttering Research Centre: <http://sydney.edu.au> [data dostępu: 10.05.2012].

³ Na specjalnym arkuszu SNJ rodzic każdego dnia ocenia stopień jaskania dziecka – należy odnotować odpowiedni do stopnia jaskania się w danym dniu wynik: 1 oznacza brak jaskania, 2 – bardzo niski poziom jaskania, a 10 – ekstremalnie nasilone jaskanie (zob. rys. 1).

Program ma wiele stałych komponentów, jednak – jak podkreślają jego twórcy – wprowadzanie tych składników jest zindywidualizowane dla każdego dziecka (PACKMAN i in., 2011)⁴.

Program bazuje na metodologii warunkowania instrumentalnego. Dziecko nie jest uczone używania innego sposobu mówienia, jak np. zwalniania tempa mowy lub stosowania delikatnego kontaktu narządów artykulacyjnych na początku wypowiedzi. Również rodzice nie są instruowani, aby modyfikować warunki panujące w środowisku dziecka w celu ułatwienia mu osiągania płynności w mowie, jak to odbywa się w innych programach terapeutycznych, np. w terapii metodą *Palin PCI* (GUITAR, McCAULEY, 2010). Najważniejszą częścią składową *Lidcombe Program* są reakcje werbalne rodziców, którzy komentują wypowiedzi dziecka w sytuacjach, gdy mówiło ono całkowicie płynnie, oraz wówczas, gdy jękanie wystąpiło. Te informacje zwrotne opiekunów określane są jako *komentarze werbalne/werbalne informacje zwrotne* (ang. *verbal contingencies*) i są głównym komponentem terapeutycznym programu. Zadaniem logopedy jest nauczenie rodzica właściwego ich stosowania. Ważne, aby dziecko akceptowało je i by informacje zwrotne rodziców (komentarze werbalne) nie były czynione w sposób ciągły i nieprzyjemny. Po płynnej wypowiedzi dziecka rodzic może zareagować na trzy sposoby: (1) uświadomić to dziecku (np. „to było płynne, gładkie – dobrze wypowiedziane”) lub (2) udzielić pochwały (np. „wypowiedziałeś to dobrze i płynnie, brawo!”) albo (3) poprosić dziecko o ocenę swojej wypowiedzi (np. „czy to było płynne, gładkie?”). W sytuacji, gdy rodzic jest pewny, że dziecko się zająknęło, może z kolei: (1) uświadomić to dziecku (np. „to było trochę niepłynne, potknięte, zająknięte”) lub (2) poprosić je o poprawienie wypowiedzi (np. „spróbuj powiedzieć to jeszcze raz – płynnie!”). Reakcje werbalne rodziców powinny następować tak szybko, jak to możliwe po skończonej wypowiedzi dziecka. Ważne jest również, by opiekun używał neutralnego i niekarzącego tonu głosu. Twórcy programu akcentują proporcję, w jakiej stosowane są werbalne komentarze. Zdecydowanie powinny przeważać reakcje rodzica na płynne wypowiedzi w stosunku do komentowania przez niego objawów jękania (w pro-

⁴ Na stronie internetowej Australian Stuttering Research Centre dostępny jest aktualny *The Lidcombe Program of Early Stuttering Intervention Treatment Guide*.

porcji około 5:1) (zob. ONSLOW, 2003: 73). Terapia LP to przede wszystkim wykorzystanie komentarzy werbalnych rodziców, które są udzielane podczas konwersacji z dzieckiem. Dzieje się to w dwóch typach sytuacji: ustrukturyzowanych (w początkowym etapie terapii) i nieustrukturyzowanych (gdy mowa dziecka upływnia się). W początkowym stadium LP terapia jest wdrażana podczas tych ustrukturyzowanych konwersacji, trwających około 10–15 minut. Zadaniem rodzica jest zadbanie o wyraźną strukturę tych sytuacji zabawowych. Mogą to być proste dialogi dorosłego z dzieckiem. W efekcie, dziecko jąka się tylko czasami, a rodzic ma okazję, by stosować werbalne komentarze. Takie ustrukturyzowane sytuacje terapeutyczne przeprowadza się raz lub dwa razy dziennie. Jeśli z obserwacji poczynionych przez logopedę wynika, iż rodzic bezpiecznie i poprawnie stosuje komentarze werbalne, proponuje mu się używanie ich również podczas nieustrukturyzowanych konwersacji w różnych porach dnia.

Ważnym czynnikiem pozwalającym logopedzie na zakwalifikowanie dziecka do kolejnego etapu w programie jest badanie częstotliwości jąkania, wykonywane przez logopedę w czasie spotkań w poradni. Jego wyniki porównuje się z wynikami pomiarów dokonywanych przez rodziców przy użyciu Skali Nasilenia Jąkania. Logopeda powinien przeprowadzać pomiar sylab niepełnych (% SN) na początku każdej wizyty, podczas swobodnej rozmowy rodzica z dzieckiem. Przejście do etapu drugiego jest uzależnione od zmian zachodzących w mowie dziecka. Kryteriami pozwalającymi na to przejście są trzy kolejne spotkania z logopedą, podczas których: (1) wykonany przez logopedę pomiar SNJ w poradni ma wynik 1 lub przez cały czas trwania tej wizyty i (2) poza poradnią pomiar SNJ wykonany przez rodzica dla wcześniejszego tygodnia wynosi 1 lub 2, z czego co najmniej cztery pomiary powinny być równe 1. W drugim etapie *Lidcombe Program* rodzic stopniowo zmniejsza częstotliwość komentarzy werbalnych. Spotkania z logopedą są coraz rzadsze – warunkiem jest jednak utrzymywanie się całkowitej płynności mowy dziecka.

Twórcy *Lidcombe Program* zwracają uwagę na fakt, że choć program ma wyraźną strukturę i niezbędne komponenty, to o jego powodzeniu przesądza zindywidualizowanie i dostosowanie terapii do potrzeb konkretnego dziecka i jego rodziny (ONSLOW, MILLARD, 2012). Ważne jest

również, by był wdrażany przez kompetentnego logopedę, przeszkolonego w jego stosowaniu przez The Lidcombe Program Trainers Consortium⁵. Zwolennicy stosowania *Lidcombe Program* podkreślają, że obecnie jest to prawdopodobnie najlepiej opisana i zbadana pod kątem skuteczności forma terapii jękania wczesnodziecięcego (HARRIS i in., 2002; HARRISON, WILSON, ONSLOW, 1999; JONES i in., 2005; JONES i in., 2008; LINCOLN, ONSLOW, REED, 1997; MILLER, GUITAR, 2009; ONSLOW, COSTA, RUE, 1990; ONSLOW, ANDREWS, LINCOLN, 1994).

Studium przypadku: Kamil

Wywiad

Kamil w momencie badania logopedycznego miał 5 lat i 8 miesięcy. Jękanie było obecne w mowie dziecka od 18 miesięcy. W rodzinie istniała historia jękania – dziadek ze strony ojca jąkał się, także jako osoba dorosła.

Chłopiec urodził się z pierwszej ciąży, o czasie, stan noworodka po urodzeniu był dobry. Był karmiony piersią przez około 8 miesięcy (z uwagi na chorobę matki karmienie naturalne po tym okresie przerwano). Zdaniem rodziców, rozwój motoryczny przebiegał raczej bez zakłóceń. Kamil zaczął siadać w 6. miesiącu życia, wstawał około 10. miesiąca, chodził z podtrzymywaniem od 13. miesiąca – nie raczkował. W opinii rodziców w 1. roku życia rozwój mowy przebiegał harmonijnie: chłopiec głużył i gaworzył. Później jednak zaobserwowali oni pewne spowolnienie procesu rozwoju mowy dziecka. Chłopczyk długo ociągał się z wypowiedzeniem pierwszego słowa – stało się to około 14. miesiąca życia. W 2. roku życia chętniej niż mową posługiwał się gestem i mimiką lub monosylabami. Pierwsze zdania zaczął wypowiadać dopiero około 3. roku życia – stało się to w pierwszych tygodniach pobytu w przedszkolu. Rodzice zauważyli, że w tym czasie mowa dziecka znacznie się rozwinęła.

⁵ Autorka artykułu w 2010 r. uczestniczyła w szkoleniu dla logopedów pt.: „The Lidcombe Program of Early Stuttering Intervention”, organizowanym przez The Lidcombe Program Trainers Consortium we współpracy z The Royal College of Speech and Language Therapists w Londynie.

Ich zdaniem, późniejszy jej rozwój przebiegał – jak to określili – lawinowo. Chłopiec niemal z dnia na dzień zaczął mówić pełnymi zdaniami, zadawał wówczas bardzo dużo pytań. Opiekunowie, zaniepokojeni początkowymi opóźnieniami w nabywaniu mowy, w tym czasie bardzo intensywnie stymulowali jej rozwój – dużo czytali chłopcu, opowiadali, odpowiadali na jego liczne pytania. Oboje rodzice są nauczycielami, posługują się poprawnym językiem, ich wypowiedzi są bardzo bogate w treści, często bardzo rozbudowane. Tempo mowy rodziców – zwłaszcza matki – jest dość szybkie. Podczas rozmowy z logopedą stwierdziła ona, że duże znaczenie ma dla niej poprawność językowa, dlatego miała w zwyczaju korygować niepoprawne wypowiedzi Kamila. Matka jest też osobą bardzo nastawioną na stymulowanie rozwoju dziecka, z kolei ojciec jest bardziej liberalny i przyznaje, że akceptuje syna takim, jakim jest.

Wyniki diagnozy logopedycznej

W badaniu logopedycznym stwierdzono u dziecka bardzo wysoki poziom umiejętności odbiorczych, chłopiec rozumiał nawet skomplikowane polecenia słowne. Kamil dysponował bardzo bogatym zasobem słownictwa, ale problemy sprawiało mu szybkie przywołanie właściwego słowa z pamięci. Dziecko potrzebowało dodatkowego czasu do namysłu, niekiedy nawet kilkudziesięciu sekund. Chłopiec manifestował również problemy wymawianiowe – seplenienie międzyzębowe – głoski szeregu szumiącego zastępowane były głoskami syczącymi realizowanymi w sposób interdentalny. Pewną trudność sprawiało mu także wymawianie głosek [r], która w niektórych pozycjach była realizowana poprawnie (zbitki spółgłosek, wygłos wyrazu), a czasem bywała zastępowana łatwiejszą do wymówienia głoską [l] (zwłaszcza na początku wyrazu oraz w otoczeniu samogłosek). Szczegółowa diagnoza jąkania pozwoliła na ustalenie, że w mowie dziecka przeważały liczne powtórzenia sylab i głosek (5–6-krotne), a także prolongacje (przedłużanie niektórych dźwięków) – zwłaszcza samogłosek – oraz nieliczne bloki na głoskach zwartowybuchowych. Nasilenie jąkania w mowie spontanicznej wynosiło około 12% w trzysustylabowej próbie wypowiedzi. W wypowiedziach, w których pojawiały się objawy jąkania, dawało się też zaobserwować tzw.

współtruchy: grymasy twarzy oraz mrużenie oczu. Podczas największych trudności z wypowiadaniem się rosło natężenie głosu dziecka. Rodzice zauważali, że chłopiec denerwował się z powodu swoich problemów z mową, czasami zdarzyło mu się skomentować: „ja tego nie potrafię powiedzieć”, a w niektórych sytuacjach trudnych pomagał sobie wyklaskiwaniem sylab.

Wyniki obserwacji dziecka

Z relacji rodziców wynikało, że Kamil jest dzieckiem bardzo żywym, z trudem skupiającym uwagę na jednej czynności. Potwierdziła to obserwacja prowadzona podczas badania logopedycznego. Zdaniem rodziców, chłopiec jest bardzo wrażliwy, ale i „nerwowy”, jak to określili – bardzo szybko wpada w złość i histeryzuje. Zdarza mu się krzyczeć i zanosić się płaczem – rodzice stwierdzili, że z trudem radzą sobie z tymi napadami złości syna. Przyznali zarazem, że w kontakcie z nim są dość niekonsekwentni. Kamil często pozostaje pod opieką dziadków, którzy mają tendencję do rozpieszczania dziecka. W czasie badania logopedycznego chłopiec bardzo chętnie nawiązał kontakt z terapeutą. Był zainteresowany zaproponowaną mu zabawą. Zadawał bardzo dużo pytań. Zaobserwowano również, że dziecko ma tendencję do przerywania osobom dorosłym, z trudem przychodzi mu czekanie na swoją kolej. Chłopiec manifestował, że chciałby, aby uwaga osób dorosłych cały czas była skupiona na nim. Kamil dał się poznać jako dziecko bardzo mocno skoncentrowane na wykonaniu zadań, oczekiwał pochwał za poprawne ich wykonanie i złościł się, gdy coś mu się nie udawało. Wówczas niechętnie ponawiał próbę, raczej manifestował zniechęcenie. Rodzice przyznali, że takie zachowania syna są dość typowe i że nie zawsze potrafią reagować na nie spokojnie.

Terapia logopedyczna

Podczas badania logopedycznego ustalono, że chłopiec był już objęty terapią z powodu jękania. Początkowo interwencja terapeutyczna polegała głównie na poradnictwie dla rodziców. Później logopeda wdrażał program stymulacji rozwoju mowy, terapię zaburzeń artykulacji oraz

upływnianie mowy przez wykorzystanie ćwiczeń rytmizujących, np. wyklaskiwania sylab w czasie mówienia. Zastosowano również elementy ćwiczeń oddechowo-emisyjnych. Rodzicom zalecono radykalne ograniczenie negatywnych bodźców, zwolnienie tempa mowy oraz uregulowanie trybu życia dziecka. Przyznali, że zastosowanie niektórych z tych zaleceń było dla nich niewykonalne – zwłaszcza zwolnienie tempa mowy przychodziło im z ogromnym trudem. Także zmiana trybu życia nie do końca się udała. W czasie trwania terapii rodzina była w trakcie budowy domu i przeprowadzki, co wiązało się z licznymi zmianami w codziennej rutynie. Chłopiec często przebywał pod opieką osób trzecich (dziadków, opiekunek). Z trudem zatem udawało się w tym czasie wdrażać zalecane przez logopedę wskazania.

Podczas pierwszego spotkania z nowym logopedą rodzice manifestowali ogromne poczucie winy, że nie sprostali wyznaczonym im przez poprzedniego specjalistę zadaniom. Uważali także, że to oni przyczynili się do nasilenia się objawów nie płynności w mowie dziecka. Można było zaobserwować u nich bezradność i brak nadziei, że są w stanie efektywnie pomóc swojemu synowi.

W czasie pierwszego spotkania, po przeprowadzeniu diagnozy logopedycznej wspólnie ustalono, że zastosowana zostanie interwencja bezpośrednia – *Lidcombe Program*. Taką decyzję podjęto ze względu na występowanie następujących czynników ryzyka: (1) płeć dziecka, (2) długi czas obecności problemu w mowie dziecka i brak oznak ustępowania objawów, (3) negatywne reakcje na jąkanie – manifestowane zarówno przez dziecko, jak i przez rodziców, (4) historia jąkania w rodzinie, (5) a także obecność innych uwarunkowań środowiskowych mogących niekorzystnie oddziaływać na problem jąkania. Również wiek dziecka i fakt, że chłopiec był świadomy, że się jąka, przemawiały za zastosowaniem interwencji bezpośredniej. Wybór metody terapii podyktowany był też dość znacznym nasileniem jąkania w mowie dziecka (około 12%) oraz jakością występujących objawów – liczne powtórzenia, prolongacje, bloki i towarzyszące im współruchy. Rodzice zostali poinformowani o zasadach wdrażania *Lidcombe Program*, a także o ich roli w programie. Logopeda zaprezentował im, w jaki sposób należy dokonywać codziennej oceny płynności mowy dziecka z wykorzystaniem Skali Nasilenia Jąkania. Wspólnie podjęto decyzję, że w pierwszym

etapie terapii osobą najbardziej zaangażowaną w jej wdrażanie będzie matka chłopca. Następnie logopeda zaprezentował sposób wdrażania terapii podczas ustrukturyzowanych konwersacji przy użyciu werbalnych komentarzy.

Podczas kolejnej wizyty w poradni logopeda zaaranżował rozmowę z dzieckiem. Po jej zakończeniu matka została poproszona o ocenę płynności mowy Kamila na Skali Nasilenia Jąkania. W ten sposób uzgodnione zostało wspólne stanowisko rodzica i logopedy w kwestii oceny nasilenia problemu jąkania w mowie. Przeprowadzona równocześnie przez logopedę ocena częstotliwości jąkania (procentowy pomiar sylab niepełnych w około trzystusylabowej próbce wypowiedzi) wykazała obniżenie liczby zająknięć do 10,5%, co wskazywało na to, że nastąpiło nieznaczne zmniejszenie się objawów jąkania w mowie dziecka. Podobne odczucia miała matka chłopca. Została ona poproszona o zademonstrowanie sposobu wdrażania terapii w warunkach domowych. W czasie zabawy z wykorzystaniem kolorowych kart, kiedy zadaniem dziecka było udzielanie krótkich, jedno- lub dwuwyrazowych odpowiedzi na pytania zadawane przez matkę, dało się zaobserwować wyraźną przewagę werbalnych komentarzy mowy płynnej. Podczas dyskusji z logopedą, po zakończeniu zabawy, matka chłopca przyznała, że jej samej sprawia trudność otwarte komentowanie jąkania, gdyż obawia się, że dziecko zareaguje negatywnie. Zdecydowano zatem, że w pierwszych tygodniach terapii matka będzie stosowała głównie komentarze werbalne odnoszące się do mowy płynnej, np.: „brawo, jak płynnie to powiedziałeś” (pochwała); „to powiedziane gładko i płynnie” (uświadczenie); „czy wypowiedziałeś to płynnie?” (prośba o ocenę własnej wypowiedzi przez dziecko). Jednocześnie logopeda zaprezentował dodatkowe możliwości wzmacniania werbalnych komentarzy za pomocą odpowiedniego tonu głosu, mimiki i ekspresji ciała. Zaakcentowano również potrzebę jak najszybszego udzielenia komentarzy przez matkę, bezpośrednio po wypowiedzi dziecka. Następnie została ona poproszona o wypróbowanie w praktyce tych sposobów wzmacniania płynności mowy. Na zakończenie spotkania logopeda krótko podsumował jego przebieg i zachęcił matkę do zadawania pytań lub przedyskutowania bieżących problemów. Jak się okazało, w tym czasie największą trudność sprawiało radzenie sobie z niegrzecznym zachowaniem dziecka. Podczas dyskusji ustalono,

że najważniejszą kwestią będzie w tym okresie utrzymanie konsekwencji w działaniach wszystkich dorosłych, którzy opiekują się Kamilem. Obawy matki w tym względzie dotyczyły zwłaszcza dziadków. Uznano, że korzystne może być zaproszenie ich na zajęcia z logopedą.

Podczas kolejnych wizyt w poradni zachowano podobny ich przebieg, tzn.: ewaluowanie terapii prowadzonej w warunkach domowych, ocena płynności wypowiedzi dziecka na zajęciach, wprowadzanie nowych elementów do programu przez logopedę, przeciwiczenie ich przez rodzica i dyskusja na temat bieżących problemów. Ważnym komponentem programu były pomiary niepłynności dokonywane przez logopedę (% sylab niepłynnych) oraz przy wykorzystaniu Skali Nasilenia Jąkania przez rodzica w warunkach domowych, a także wspólnie z logopedą na zajęciach. Zdaniem matki, te elementy pozwalały jej monitorować efektywność wprowadzanej terapii, były też dla niej dodatkowym czynnikiem motywującym. Początkowo pewną trudność sprawiało jej stawianie ocen płynności mowy dziecka dla całego dnia. Logopeda zaproponował, aby dokonywała dwóch pomiarów: w czasie ustrukturyzowanych konwersacji oraz dla pozostałej części dnia. Matka korzystała z tego sposobu przez pierwsze 2 tygodnie, jednak potem wycofała się z podwójnych pomiarów, gdyż w jej odczuciu w czasie ustrukturyzowanych zabaw mowa dziecka była niemal zupełnie płynna. Poprosiła ona również logopedę o podpowiedzi z zakresu tematyki zabaw – dość szybko zauważyła bowiem, że pomysły, które przychodziły jej do głowy, przestały być atrakcyjne dla dziecka. Logopeda zaprezentował różnorodne zabawy stolikowe, które spełniały warunki niezbędne do zaaranżowania ustrukturyzowanych sytuacji tak, by werbalne komentarze mogły być skutecznie udzielane. Bardzo ważną wskazówką dla matki było przypomnienie jej o konieczności zachowania jasnych reguł tych zabaw, o użyciu w czasie ich trwania możliwie prostego języka oraz o przestrzeganiu limitu czasu, a także o zadbaniu o odpowiednie, niehałaśliwe miejsce prowadzenia zabawy. Zdaniem matki Kamila, po zastosowaniu tych drobnych modyfikacji chłopiec wręcz domagał się tych codziennych zabaw, dopytywał się o nie i był bardzo zadowolony, gdy udawało się znaleźć więcej czasu w ciągu dnia, aby zabawę powtórzyć. Takie sytuacje miały miejsce zwłaszcza w soboty lub niedziele. Również dla matki te krótkie chwile spędzane na prostych zabawach z synem były bardzo pozytywnym doświadczeniem.

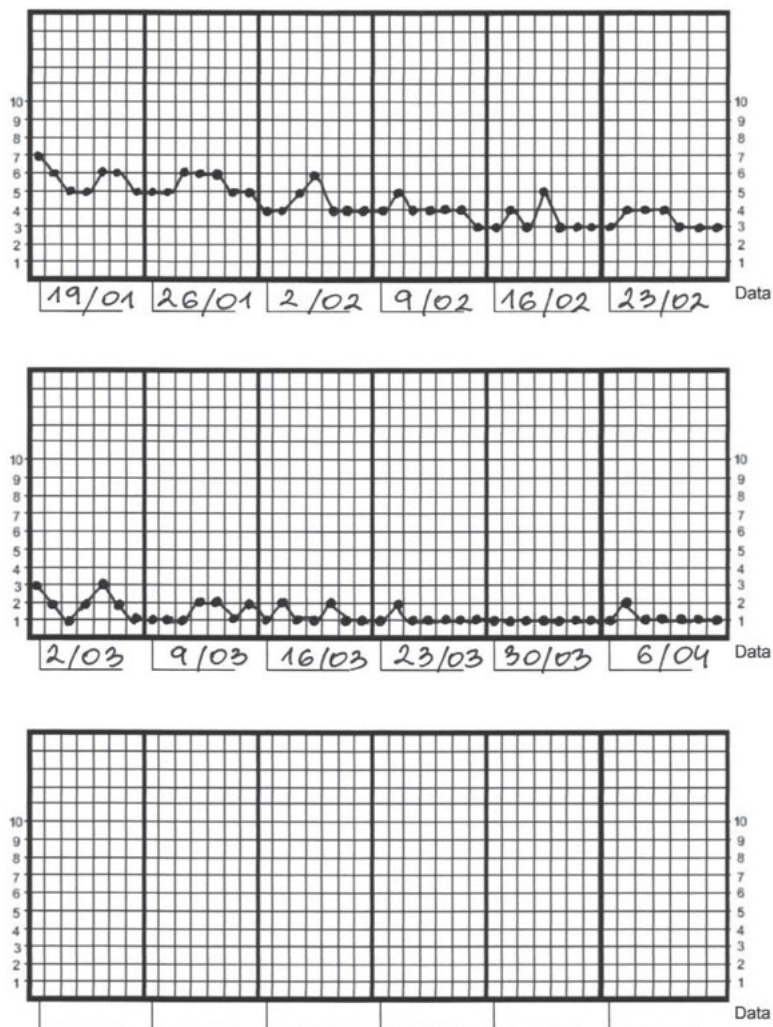
Z prawdziwym zdziwieniem zakomunikowała ona logopedzie: „nie spodziewałam się, że takie mało stymulujące zabawy mogą być dla mnie tak przyjemne, wcześniej, ilekroć bawiłam się z moim synkiem, zawsze starałam się, by przy okazji czegoś go nauczyć”.

Po 4 tygodniach wdrażania terapii płynność mowy dziecka poprawiła się dość znacząco, chłopiec przyzwyczaił się do werbalnych komentarzy matki. Logopeda zaproponował wprowadzenie informacji zwrotnych w odpowiedzi na objawy jękania: „to było trochę potknięte, spróbuj powiedzieć to raz jeszcze gładko i płynnie!”. Chłopiec pozytywnie zareagował na ten komunikat, powtórzył wypowiedź w sposób płynny, a logopeda bezzwłocznie udzielił mu pochwały. To doświadczenie było bardzo istotnym, niemal przełomowym momentem w terapii – ważnym zwłaszcza dla matki chłopca. Przyznała ona, że do chwili podjęcia terapii z wykorzystaniem *Lidcombe Program* jękanie było w ich rodzinie tematem tabu. Zwykle rodzice starali się nie używać tego słowa, a gdy ich synek się jąkał, udawali, że tego nie zauważają, próbowali odwracać uwagę dziecka od mowy. Intuicyjnie czuli, że pozostawianie chłopca sam na sam z jego trudnością w mowie nie jest dobrym sposobem wspierania go, ale obawa, że mogą nasilić problem, przeważała. Podczas zajęć z logopedą mama Kamila mogła zobaczyć, jak w naturalny sposób można zasignalizować dziecku, że się zająknęło, i poprosić je, by spróbowało raz jeszcze wypowiedzieć się płynnie. Matka chłopca z entuzjazmem przyznała: „gdybym wiedziała, że to tak działa, że on zupełnie się tym nie przejmie, już wcześniej mogłabym skomentować to, co się z nim dzieje, na pewno poczułby się bezpieczniej! A tak robiliśmy to za jego plecami i on pewnie to czuł i jeszcze bardziej się martwił”. Logopeda przypomniał rodzicom, że ich komunikaty werbalne odnoszące się do mowy płynnej powinny być udzielane znacznie częściej niż komentarze w odpowiedzi na jękanie (ważne jest zachowanie proporcji około 5:1). Terapeuta zaakcentował też, że istotne jest, aby rodzic, komentując jękanie, używał neutralnego i niekarzącego tonu głosu tak, by otrzymywanie informacji zwrotnych nadal było dla dziecka pozytywnym doświadczeniem.

Podczas kolejnych wizyt w poradni dawało się zaobserwować stopniowe zmniejszanie się objawów jękania w wypowiedziach dziecka (por. rys. 1). Również pomiary częstotliwości jękania, robione co jakiś czas przez logopedę, wykazywały sukcesywne ustępowanie objawów. W cza-

- 1 = brak jąkania
 2 = bardzo łagodne jąkanie
 10 = ekstremalnie nasilone jąkanie

IMIĘ: KAMIL ETAP I



Rys. 1. Arkusz Skali Nasilenia Jąkania – wyniki postępów Kamila w pierwszym etapie terapii

sie wizyty po 7 tygodniach terapii logopeda zaproponował rodzicom (na tym etapie ojciec dziecka też włączył się do terapii) stosowanie werbalnych komentarzy także podczas sytuacji nieustrukturyzowanych, czyli w czasie różnych momentów w ciągu dnia: na zakupach, na placu zabaw, w drodze do przedszkola, przy posiłkach. W ten sposób rozpoczęło się powolne przygotowywanie do przejścia do drugiego etapu terapii. Komunikacja językowa dziecka znacznie się poprawiła, wypowiedzi chłopca były niemal zupełnie płynne, objawy zająknięć zdarzały się bardzo rzadko (w tym czasie były to głównie jedno- lub dwukrotne powtórzenia sylab). Taka tendencja utrzymywała się w kolejnych tygodniach. Wyniki rodziców odnotowywane na SNJ wynosiły zazwyczaj 1 (epizodycznie 2), częstotliwość objawów jękania mierzona przez logopedę nie przekraczała 1%. Te wyniki pozwoliły – po 11 tygodniach intensywnej terapii – na przejście do etapu drugiego *Lidcombe Program*. O ile celem pierwszego etapu LP jest uzyskanie płynności mowy, o tyle w drugim następuje utrwalenie tego efektu i powolne wycofywanie się opiekunów ze stosowania werbalnych komentarzy. Od rozpoczęcia etapu drugiego spotkań z logopedą są coraz rzadsze. Początkowo spotykają się dwukrotnie co 2 tygodnie, potem następują kolejne dwie wizyty co 4 tygodnie, następne co 2 miesiące (dwie wizyty) i ostatnie dwie wizyty odbywają się co 4 miesiące. W tym czasie płynność mowy dziecka utrzymywała się na poziomie zbliżonym do tego, który udało się osiągnąć pod koniec etapu pierwszego. Pewną trudność sprawiało, zwłaszcza matce chłopca, odzwyczajenie się od stosowania werbalnych komentarzy. Przyznała ona, że pomoc udzielona jej w tym zakresie przez logopedę była bardzo potrzebna. Z kolei ojciec chłopca stwierdził, że w jego odczuciu mowa syna jest zupełnie płynna, choć czasem ma wrażenie, że stało się to kosztem jakości wypowiedzi. W jego opinii, po terapii syn woli posługiwać się krótszymi zdaniami; wydaje mu się również, że chłopiec mówi nieco wolniej.

Prognozy terapeutyczne

Można przypuszczać, że osiągnięta u chłopca poprawa w zakresie płynności mowy utrzyma się. Sugerują to wyniki obserwacji mowy dziecka prowadzonej przez długi okres automatyzacji i monitoringu

(drugi etap terapii). Ponadto, zarówno Kamil, jak i jego rodzice znacząco zmienili podejście do tej kwestii. Dzięki zastosowaniu *Lidcombe Program* problem jąkania przestał być traktowany w tej rodzinie jak temat tabu. Otwarte komentowanie objawów zająknięć, bez negatywnych emocji, okazało się zabiegiem bardzo korzystnym i dla chłopca, i dla rodziców, zwłaszcza dla jego matki. Pomocne były również dyskusje matki (a niejednokrotnie obojga rodziców) z logopedą, umożliwiające rozwiązywanie pojawiających się problemów. Rodzice przyznali, że takie podejście pozwoliło im zmienić stosunek do trudnych spraw: „nauczyliśmy się skupiać uwagę bardziej na poszukiwaniu rozwiązania problemu niż na samym problemie”. Pod koniec terapii rodzice zgodnie stwierdzili, że wzrosło ich poczucie kompetencji rodzicielskiej. Fakt zaś, że to oni tak naprawdę wdrażali program w naturalnym środowisku dziecka, sprawił, że mają poczucie, iż wiedzą, co robić, gdyby nastąpiło ewentualne pogorszenie stanu mowy Kamila.

Podsumowanie

Programy interwencji terapeutycznej stosowane w jąkaniu u małych dzieci ciągle jeszcze wymagają upowszechniania w warunkach polskich. W naszym kraju w terapii jąkania wczesnodziecięcego nadal dominuje poradnictwo i konsultacje. Niestety, mimo upływu lat wciąż aktualny jest postulat Z. TARKOWSKIEGO: „Pomagajmy [...], a nie tylko radźmy!” (1997: 195). Spopularyzowane na zachodzie Europy, w Ameryce i w Australii podejścia terapeutyczne, takie jak: *Lidcombe Program*, *Palin PCI* czy *GILCU* (*Gradual Increase in Length and Complexity of Utterance*), są ciągle jeszcze mało znane specjalistom w naszym kraju. Istotne wydaje się zarekomendowanie polskim logopedom wybranych metod terapii jąkania u dzieci. Należy mieć nadzieję, że w przyszłości podjęte zostaną próby adaptacji do warunków polskich niektórych spośród tych obszernie opisanych, a zarazem sprawdzonych w badaniach empirycznych, programów terapeutycznych.

Bibliografia

- ADAMS M.R., 1990: *The Demands and Capacities Model I: Theoretical Elaborations*. "Journal of Fluency Disorders", Vol. 15, s. 135–141.
- AMBROSE N.G., COX N.J., YAIRI E., 1997: *The Genetic Basis of Persistence and Recovery in Stuttering*. "Journal of Speech, Language, and Hearing Research", Vol. 40 (3), s. 567–580.
- AMBROSE N.G., YAIRI E., 1995: *The Role of Repetition Units in the Differential Diagnosis of Early Childhood Incipient Stuttering*. "American Journal of Speech-Language Pathology", Vol. 4, s. 82–88.
- BENNETT E.M., 2006: *Working with People Who Stutter. A Lifespan Approach*. Upper Saddle River: Pearson Education, Inc.
- BOTTERILL W., KELMAN E., 2010: *Palin Parent – Child Interaction*. In: GUITAR B., MCCAULEY R., eds.: *Treatment of Stuttering. Established and Emerging Interventions*. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, s. 63–90.
- CHĘCIEK M., 2006: *Problemy dysfluencji mowy w aktualnych światowych badaniach (z uwzględnieniem V Kongresu Światowego Towarzystwa Zaburzeń Płynności Mowy w Dublinie)*. „Forum Logopedyczne”, nr 11, s. 37–44.
- CHĘCIEK M., 2007: *Sprawozdanie z V Kongresu Międzynarodowego Towarzystwa Płynności Mowy (IFA) w Dublinie*. „Biuletyn Logopedyczny”, nr 1–2, s. 74–81.
- GREGORY H.H., 2003: *Essential Background Information*. In: GREGORY H.H., ed.: *Stuttering Therapy. Rationale and Procedures*. Boston: Pearson Education, Inc., s. 1–21.
- GREGORY H.H., HILL D., 1999: *Differential Evaluation – Differential Therapy for Stuttering Children*. In: CURLEE R.F., ed.: *Stuttering and Related Disorders of Fluency*. New York: Thieme, s. 22–42.
- GUITAR B., 2006: *Stuttering. An Integrated Approach to Its Nature and Treatment*. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- GUITAR B., MCCAULEY R., 2010: *An Overview of Treatments for Preschool Stuttering*. In: GUITAR B., MCCAULEY R., eds.: *Treatment of Stuttering. Established and Emerging Interventions*. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, s. 56–62.
- HARRIS V., ONSLOW M., PACKMAN A., HARRISON E., MENZIES R., 2002: *An Experimental Investigation of the Impact of the Lidcombe Program on Early Stuttering*. "Journal of Fluency Disorders", Vol. 27, s. 203–214.
- HARRISON E., ONSLOW M., 2010: *The Lidcombe Program for Preschool Children Who Stutter*. In: GUITAR B., MCCAULEY R., eds.: *Treatment of Stuttering. Established and Emerging Interventions*. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, s. 118–140.
- HARRISON E., WILSON L., ONSLOW M., 1999: *Distance Intervention for Early Stuttering with the Lidcombe Program*. "Advances in Speech-Language Pathology", Vol. 1, s. 31–36.
- ICD-10. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, 2000. Kraków: Vesalius.

- JEZIORCZAK B., WĘSIERSKA K., 2011: *Jakość relacji logopeda – rodzic dziecka jękającego się a skuteczność terapii jękania wczesnodziecięcego*. W: GRUBA J., red.: *Wybrane problemy logopedyczne*. Gliwice: Fonem.eu, s. 51–66.
- JONES M., HEARNE A., ONSLOW M., PACKMAN A., ORMOND T., WILLIAMS S., SCHWARZ T., O'BRIAN S., 2008: *Extended Follow up of a Randomised Controlled Trial of the Lidcombe Program for Early Stuttering Intervention*. "International Journal of Language and Communication Disorders", Vol. 43, s. 649–661.
- JONES M., ONSLOW M., PACKMAN A., WILLIAMS S., ORMOND T., SCHWARZ T., GEBSKI V., 2005: *A Randomised Controlled Trial of the Lidcombe Program for Early Stuttering Intervention*. "British Medical Journal", Vol. 331, s. 659–661.
- KELMAN E., NICHOLAS A., 2008: *Practical Intervention for Early Childhood Stammering. Palin PCI Approach*. Milton Keynes: Speechmark Publishing Ltd.
- LINCOLN M., ONSLOW M., 1997: *Long-term Outcome of an Early Intervention Programme for Stuttering*. "American Journal of Speech-Language Pathology", Vol. 6, s. 51–58.
- LINCOLN M., ONSLOW M., REED V., 1997: *Social Validity in the Treatment Outcomes of an Early Intervention for Stuttering: The Lidcombe Program*. "American Journal of Speech-Language Pathology", Vol. 6, s. 77–84.
- MANNING W.H., 2010: *Clinical Decision Making in Fluency Disorders*. Clifton Park: Delmar Cengage Learning.
- MATTHEWS S., WILLIAMS R., PRING T., 1997: *Parent – Child Interaction Therapy and Dysfluency: A Single-Case Study*. "International Journal of Language and Communication Disorders", Vol. 32, s. 346–357.
- MAZUR M., WĘSIERSKA K., 2012: *Czynniki genetyczne w etiologii jękania – doniesienia z badań*. „Forum Logopedyczne”, nr 20, s. 90–94.
- MIELEWSKA A., WĘSIERSKA K., [w druku]: *Zastosowanie metod Palin Parent – Child Interaction (Palin PCI) i Lidcombe Program w terapii jękania wczesnodziecięcego*. W: SKIBSKA J., red.: *Wspieranie rozwoju małego dziecka*. Bielsko-Biała: Wydawnictwo Naukowe ATH.
- MILLARD S.K., EDWARDS S., COOK F.M., 2009: *Parent – Child Interaction Therapy: Adding to the Evidence*. "International Journal of Speech-Language Pathology", Vol. 11 (1), s. 61–76.
- 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", Vol. 51, s. 636–650.
- MILLER B., GUITAR B., 2009: *Relationship of Length and Grammatical Complexity to the Systematic and Nonsystematic Speech Errors and Stuttering of Children who Stutter – Term Outcome of the LP of Early Stuttering Intervention*. "American Journal of Speech-Language Pathology", Vol. 18, s. 42–49.
- ONSLow M., 1992: *Identification of Early Stuttering: Issues and Suggested Strategies*. "American Journal of Speech and Language Pathology", Vol. 1 (4), s. 21–27.
- ONSLow M., 2003: *Verbal Response-Contingent Stimulation*. In: ONSLOW M., PACKMAN A., HARRISON E., eds.: *The Lidcombe Program of Early Stuttering Intervention. A Clinician's Guide*. Austin: An International Publisher Pro-Ed., s. 71–79.

- ONSLow M., ANDREWS CH., LINCOLN M., 1994: *A Control/Experimental Trial of an Operant Treatment for Early Stuttering*. "Journal of Speech and Hearing Research", Vol. 37, s. 1244–1259.
- ONSLow M., COSTA L., RUE S., 1990: *Direct Early Intervention with Stuttering: Some Preliminary Data*. "Journal of Speech and Hearing Disorders", Vol. 55, s. 405–416.
- ONSLow M., MILLARD S., 2012: *Palin Parent – Child Interaction and Lidcombe Program: Clarifying Some Issues*. "Journal of Fluency Disorders", Vol. 37 (1), s. 1–8.
- ONSLow M., PACKMAN A., HARRISON E., eds., 2003: *The Lidcombe Program of Early Stuttering Intervention. A Clinician's Guide*. Austin: An International Publisher Pro-Ed.
- PACKMAN A., ONSLOW M., WEBBER M., HARRISON E., LEES S., BRIDGMAN K., CAREY B., 2011 [luty]: *The Lidcombe Program of Early Stuttering Intervention Treatment Guide*. Dostępne w Internecie: http://sydney.edu.au/health_sciences/asrc/health_professionals/lptc.shtml [data dostępu: 10.05.2012].
- RAMIG P.R., DODGE D.M., 2005: *The Child and Adolescent Stuttering. Treatment and Activity Resource Guide*. Clifton Park: Thomson Delmar Learning.
- SMITH A., KELLY E., 1997: *Stuttering: A Dynamic, Multifactorial Model*. In: CURLEE R.F., SIEGEL G.M., eds.: *Nature and Treatment of Stuttering. New Directions*. Needham Heights: Allyn and Bacon, s. 204–217.
- SZELAŁ E., 1996: *Neurobiologiczne korzenie jękania*. W: TARKOWSKI Z., red.: *Jękanie*. „Biuletyn Polskiej Fundacji Zaburzeń Mowy”, nr 4, s. 71–82.
- TARKOWSKI Z., 1997: *Jękanie wczesnodziecięce*. Warszawa: WSiP.
- TARKOWSKI Z., 1999: *Jękanie*. Warszawa: PWN.
- TARKOWSKI Z., HUMENIUK E., DUNAJ J., 2010: *Diagnoza i terapia jękania w wieku przedszkolnym*. „Otolaryngologia”, nr 9 (3), s. 112–116.
- VAN RIPER C., 1982: *The Nature of Stuttering*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- WARD D., 2006: *Stuttering and Cluttering. Frameworks for Understanding and Treatment*. Hove: Psychology Press.
- WĘSIERSKA K., 2009: *Zaburzenia płynności mówienia u dzieci w wieku przedszkolnym – profilaktyka i wczesna interwencja logopedyczna*. „Logopeda” [online], nr 1 (7), s. 103–118. Dostępne w Internecie: www.logopeda.org.pl [data dostępu: 10.05.2012].
- WĘSIERSKA K., 2010: *Interakcyjna Terapia Rodzic – Dziecko przykładem skutecznego postępowania w jękaniu wczesnodziecięcym*. „Forum Logopedyczne”, nr 18, s. 23–30.
- WĘSIERSKA K., 2012: *Problemy jękania się dzieci w wieku przedszkolnym*. W: SKIBSKA J., LARYSZ D., red.: *Neurologopedia w teorii i praktyce. Wybrane zagadnienia diagnozy i terapii dziecka*. Bielsko-Biała: Wydawnictwo Akademii Techniczno-Humanistycznej w Bielsku-Białej, s. 107–131.
- WOŹNIAK T., 2002: *Przyczyny i terapia jękania w świetle nowych badań*. „Biuletyn Logopedyczny”, nr 3, s. 52–54.
- WOŹNIAK T., 2008: *Standard postępowania logopedycznego w przypadku jękania*. „Logopeda”, T. 37, s. 217–234.

- YAIRI E., AMBROSE N., 2005: *Early Childhood Stuttering. For Clinicians by Clinicians*. Austin: Pro-Ed.
- YAIRI E., SEERY C.H., 2011: *Stuttering Foundations and Clinical Applications*. Upper Saddle River: Pearson Education, Inc.
- ZEBROWSKI P.M., 1997: *Assisting Young Children who Stutter and Their Families: Defining the Role of the Speech-Language Pathologist*. "American Journal of Speech-Language Pathology", Vol. 6 (2), s. 19–28.

Katarzyna Węsierska

The application of the Lidcombe Program in the therapy of a stammering preschool child

Summary

The article provides the description and analysis of the case of a preschool child suffering from stammering who was provided with the *Lidcombe Program*. The author describes the theoretical aspects of this particular speech disorder and presents the structure of the therapy based on this particular therapeutic tool. The article emphasizes that the Lidcombe Program's effectiveness has been empirically proven. Taking into consideration her own therapeutic experiences, the author describes the stages of the *Lidcombe Program* therapy for a stammering child. Both positive and negative aspects of the program are indicated within this paper.

Katarzyna Węsierska

Die Anwendung des *Lidcombe-Programms* in der Behandlung des stotternden Vorschulkindes

Zusammenfassung

In ihrem Artikel beschreibt und untersucht die Verfasserin den Fall eines stotternden Vorschulkindes, bei dem die australische Vorgehensweise *Lidcombe Programm* (LP) angewandt wurde. Die Verfasserin reißt kurz die Theorie des frühkindlichen Stotterns um und bespricht die Grundsätze des genannten logopädischen Programms. Sie betont, dass die Effektivität des *Lidcombe Programms* in empirischen Forschungen bewiesen wurde. Sich eigene therapeutische Erfahrungen zunutze machend schildert die Verfasserin den Verlauf der Behandlung eines stotternden Kindes mittels LP-Methode. Sie nennt Faktoren, welche die Effektivität der Therapie wesentlich beeinflusst haben und beschreibt die mit der Umsetzung des Programms verbundenen Schwierigkeiten.

II

Czy jest z nami logopeda?
Terapia w zespole

Diagnoza i terapia logopedyczna dziecka z niesamoistnym opóźnieniem rozwoju mowy, związanym z opóźnieniem rozwoju psychoruchowego

Wprowadzenie

Opóźnienia rozwoju mowy (ORM) mogą być objawem różnych zaburzeń rozwojowych i schorzeń, mogą też występować bez ewidentnych przyczyn psychicznych i somatycznych. Trudno podać dokładne dane na temat populacji dzieci z opóźnieniami rozwoju mowy z powodu niejednoznaczności samego terminu, różnic w kryteriach diagnostycznych i różnego podejścia metodologicznego. Zgodnie ze statystykami światowymi od 3% do 10% dzieci dotkniętych jest syndromem ORM (ALEXANDER, PION KAO, 1999; STEVENSON, RICHMAN, 1976). W Kanadzie i Stanach Zjednoczonych u 1 na 12 dzieci w 5. roku życia można zdiagnozować opóźnienie rozwoju mowy o różnym nasileniu i charakterze (por. www.hanen.org.pl). E. SZELĄG (2005), powołując się na psychologów amerykańskich, podaje, że około 30% dzieci wykazuje różnorodne zaburzenia rozwoju mowy, w tym ORM. Badania W. KŁOPOCKIEJ (1970) wskazały, że u 35% pięcio- i sześciolatków występują opóźnienia rozwoju mowy, w grupie siedmiolatków prawie 21% dzieci stanowią te z ORM. Dane z badań przeprowadzonych przez G. JASTRZĘBOWSKĄ (2003b) potwierdzają opóźnienia rozwoju mowy u 10,5% dzieci sześcio- i siedmioletnich.

We współczesnej polskiej literaturze logopedycznej najczęściej wymieniane są dwa rodzaje opóźnień rozwoju mowy: *niesamoistne opóź-*

nienie rozwoju mowy (NORM) i *samoistne opóźnienie rozwoju mowy* (SORM) (TARKOWSKI, 1994; JASTRZĘBOWSKA, 2003a). *Niesamoistne opóźnienie rozwoju mowy* można zdiagnozować wtedy, gdy proces kształtowania się mowy przebiega niezgodnie z normą rozwoju językowego w wyniku różnorodnych zaburzeń rozwojowych i schorzeń. *Samoistne opóźnienie rozwoju mowy* to taki rodzaj opóźnienia, który występuje bez ewidentnych przyczyn psychicznych i somatycznych.

Wśród przyczyn opóźnień rozwoju mowy (o różnym charakterze) wymienić można:

- upośledzenie rozwoju umysłowego/psychoruchowego,
- zaburzenia słuchu i wzroku,
- uszkodzenia układu nerwowego,
- autyzm (całościowe zaburzenia rozwojowe),
- późniejsze dojrzewanie układu nerwowego (późniejsza mielinizacja włókien nerwowych),
- schorzenia przemiany materii,
- uszkodzenia obwodowego narządu mowy,
- czynnik genetyczny,
- deprywację społeczną i emocjonalną,
- agnozę akustyczną,
- uwarunkowania rodzinne,
- niejednoznaczność lub trudność do ustalenia etiologię,
- bilingwizm (JASTRZĘBOWSKA, 2005; KURCZ, 2000; ALEXANDER, PION KAO, 1999; PRUSZEWICZ, 1992).

Upośledzenie rozwoju umysłowego/psychoruchowego jest najczęściej występującym czynnikiem powodującym opóźnienie rozwoju mowy. Stanowi ono przyczynę około 50% wszystkich przypadków tych opóźnień (COPLAN, 1985). Według T. Ingrama, u więcej niż połowy dzieci, które nie wykazują rozwoju mowy w 2. roku życia, stwierdzić można opóźnienie rozwoju umysłowego (za: DILLING-OSTROWSKA, 1982). U 30–40% dzieci z opóźnieniem rozwoju umysłowego (upośledzeniem umysłowym) nie da się określić przyczyny tego stanu rzeczy. Wśród znanych czynników wymieniania się: wady genetyczne, zakażenia wewnątrzmaciczne, niewydolność łożyska, zatrucie ciążowe, zażywanie leków przez matkę w czasie ciąży, urazy ośrodkowego układu nerwowego, wcześniactwo, niedoczynność tarczycy, zapalenie opon mózgowych, zapalenie mózgu,

zaburzenia metaboliczne, brak podniet psychosocjalnych. Patologiczne czynniki mogą zadziałać przed poczęciem, w trakcie ciąży, w okresie porodu, a także po urodzeniu się dziecka (WYCZESANY, 2009; ALEXANDER, PION KAO, 1999).

Grupą ryzyka wystąpienia zaburzeń rozwoju, do których zaliczyć można: upośledzenie umysłowe, mózgowe porażenie dziecięce, zaburzenia wzroku i słuchu, są dzieci urodzone przedwcześnie. Potwierdzają to liczne opracowania polsko- i obcojęzyczne (RUTKOWSKA, 2003; TOMMISKA i in., 2003; ELQEN, SOMMERFELT, 2002; LIS, 1979). W związku z tym wcześniaki obarczone są większym ryzykiem wystąpienia opóźnień rozwoju mowy. Badania własne wykazały, że u dzieci urodzonych przedwcześnie niesamoistne opóźnienia rozwoju mowy występują istotnie częściej w porównaniu z dziećmi w analogicznym wieku, ale urodzonymi o czasie, przy czym najczęstszymi przyczynami opóźnień w rozwoju mowy są: opóźnienie rozwoju umysłowego/psychoruchowego i uszkodzenia układu nerwowego (GACKA, 2011).

W artykule przedstawiono proces diagnozy i terapii logopedycznej chłopca z niesamoistnym opóźnieniem rozwoju mowy, związanym z opóźnieniem rozwoju psychoruchowego. Diagnoza logopedyczna obejmowała: wywiad z rodzicami dziecka, obserwację i badanie logopedyczne, a także interpretację wyników konsultacji i badań medycznych, badania psychologicznego, analizę danych z książeczki zdrowia dziecka i historii leczenia szpitalnego. Badanie logopedyczne przeprowadzono, opierając się na autorskiej karcie badania mowy (GACKA, 2008). Wykorzystano zabawki, obrazki z książki H. RODAK i D. NAWROCKIEJ *Od obrazka do słowa* (1993), płytę CD z nagrałymi dźwiękami z otoczenia. Program terapeutyczny opracowano na podstawie dwudziestodwuletniego doświadczenia autorki w pracy z dziećmi z zaburzeniami rozwoju mowy, w tym z dziećmi wcześniakami.

Diagnoza logopedyczna – dane z wywiadu, analizy dokumentacji medycznej i wyników badań psychologicznych

K.P. jest dzieckiem z pierwszej, podtrzymywanej ciąży. Była to ciąża bliźniacza (drugie dziecko zmarło w pierwszej dobie po porodzie). Chłopiec urodził się w 28. tygodniu ciąży, jako pierwszy z bliźniąt, drogą cesarskiego cięcia, z masą ciała 1 150 g i długością 41cm. W skali Apgar otrzymał 5 punktów. Przyczyną przedwczesnego porodu była infekcja wewnątrzmaciczna. Dziecko 75 dni przebywało w Klinice Intensywnej Opieki Neonatologicznej. Podczas pobytu w klinice doszło do wystąpienia zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. U noworodka rozpoznano: wcześniactwo, zespół zaburzeń oddychania, stan po krwawieniu dokomorowym II stopnia, przetrwały przewód Botalla wymagający chirurgicznego korygowania, podwyższony poziom bilirubiny, który po fototerapii wrócił do normy, a także dysplazję oskrzelowo-płucną. Zespół zaburzeń oddychania, krwawienia dokomorowe oraz dysplazja oskrzelowo-płucna należą do czynników zwiększających ryzyko wystąpienia różnego rodzaju nieprawidłowości rozwojowych (LEWIS i in., 2002; HELWICH, 2003; KORNACKA, BOKINIEC, 2003; RUTKOWSKA, 2003). Początkowo chłopiec odżywiany był sondą, później butelką; występowały duże trudności z karmieniem (brak odruchu ssania, trudności z połknięciem pokarmu). Nie obserwowano przyrostu masy ciała.

Po wypisie z kliniki K.P. pozostawał pod opieką Poradni Patologii Noworodka. Ponieważ stwierdzono zaburzenia ruchowe pod postacią wzmożonego napięcia kończyn dolnych, od 5. miesiąca życia rozpoczęto rehabilitację ruchową. Chłopiec zaczął siadać w 8. miesiącu życia, chodzić w 19. miesiącu. Badania okulistyczne wykluczyły retinopatię wcześniaczą, stwierdzono zezą oka lewego. Przeprowadzone badanie słuchu i konsultacja laryngologiczna nie wykazały odstępstw od normy. Diagnoza neurologiczna brzmiała: encefalopatia wcześniacza i opóźnienie rozwoju psychoruchowego. Opóźnienie to zostało potwierdzone badaniem psychologicznym. Gdy chłopiec miał 3 lata i 1 miesiąc, wynosiło ono 17 miesięcy w stosunku do wieku metrykalnego. Do gabinetu logopedycznego dziecko zgłoszono w wieku 3 lat i 2 miesięcy.

Skierowane zostało przez neurologa. Wcześniej nigdy nie korzystało z pomocy logopedy.

Dziecko wychowuje się w rodzinie pełnej, jest jedynakiem. Przez pierwsze 3 lata życia pozostawało pod opieką niepracującej zawodowo matki i babci. W wieku 3 lat i 9 miesięcy poszło do przedszkola integracyjnego. Przez dłuższy czas rodzice, a zwłaszcza matka, byli przeciwni posłaniu K.P. do przedszkola, tłumacząc to obawami o stan jego zdrowia i nieumiejętnością odnalezienia się syna w grupie komunikujących się za pomocą mowy dzieci.

Diagnoza logopedyczna – badanie logopedyczne, uzupełnione obserwacją dziecka i wywiadem

Pierwsze badanie logopedyczne przeprowadzono, gdy chłopiec miał 3 lata i 2 miesiące. Ocenie podlegał sposób, zakres i charakter nawiązywania kontaktu przez dziecko, a także jego reakcje na kontakt inicjowany przez otoczenie. Badanie logopedyczne obejmowało ocenę: mówienia, rozumienia, budowy i sprawności narządów artykulacyjnych, odruchów z obrębu jamy ustnej, funkcji głosowej, oddechowej, umiejętności różnicowania dźwięków z otoczenia. Przy ocenie mówienia w standardowym badaniu logopedycznym bierze się pod uwagę umiejętność powtarzania głosek, sylab, wyrazów, umiejętność nazywania, budowania zdań i ich poprawność gramatyczną, umiejętność prowadzenia dialogu, narracji i artykulacji. Przy ocenie rozumienia uwzględnia się rozumienie znaczenia pojedynczych wyrazów, prostych i złożonych poleceń.

Chłopiec nawiązał kontakt emocjonalny z badającą. Reagował na głos terapeutki, patrzył na jej twarz, wyciągał rączki w stronę prezentowanych zabawek, uśmiechał się. Podczas swobodnej zabawy wydawał nieartykułowane dźwięki, przemieszczał się po gabinecie, próbował wspinać się na duże krzesło, siadał na krzeselku dla dzieci i na podłodze. Nawiązywał w pozawerbalny sposób kontakt z rodzicami: patrzył na nich, podbiegał, ciągnął za ręce. Nie gaworzył (matka nie zaobserwowała etapu gaworzenia w rozwoju mowy syna). Nie wypowiadał spontanicznie żadnych słów.

Nie podejmował prób powtarzania dźwięków, sylab, wyrazów. Próby nazywania, budowania zdań, prowadzenia dialogu, narracji czy artykulacji nie były możliwe do przeprowadzenia. Chłopiec rozumiał proste polecenia, często powtarzane, znane z sytuacji dnia codziennego, zwłaszcza te poparte gestem (np.: „nie wolno”, „daj mamie”, „chodź do taty”). Wykonywał gest na pożegnanie i ruch głowy oznaczający negację. Próbował pozawerbalnie inicjować kontakt z drugą osobą (chwytywanie za rękę, któremu towarzyszyły nieartykułowane dźwięki). Wielokrotnie motywowany potrafił wskazać zabawkę spośród dwóch prezentowanych, np. „pokaż misia, auto, lalkę” itp. Trudność sprawiało dziecku wskazywanie obrazków, których nazwę wypowiadała badająca (ilustracje obejmowały różne kategorie semantyczne), i rozpoznawanie dźwięków z otoczenia (odgłosy zwierząt, dźwięk budzika, telefonu itp.). W badaniu narządów mowy stwierdzono: obniżone napięcie mięśnia okrężnego warg, skrócone wędzidełko języka, niemowlęcy sposób połykania, ślinotok, a także bardzo małą sprawność narządów artykulacyjnych. Chłopiec oddychał uchylonymi ustami (taki sposób oddychania i duży ślinotok obserwowano także w domu). Z wywiadu wynikało, że ssał smoczek-gryzaczek, nadal karmiony był butelką, miał problemy z rozdrabnianiem większych kęsów, występował u niego silny odruch wymiotny, dlatego wszystkie posiłki matka podawała w postaci półpłynnej. Posługiwał się głosem o lekkim zabarwieniu nosowym. Z informacji uzyskanej od rodziców wynikało, że syn często się przeziębiał. W ostatnim roku przechodził trzykrotnie zapalenie oskrzeli i raz zapalenie płuc, wymagające hospitalizacji. Dziecko na krótko, ale wykazywało zainteresowanie wszystkimi proponowanymi próbami, skupiało uwagę na twarzy osoby mówiącej. Podejmowało współpracę, choć wymagało zachęty i motywowania. Diagnoza logopedyczna to niesamoistne opóźnienie rozwoju mowy u dziecka z opóźnieniem rozwoju psychoruchowego.

Założenia terapii logopedycznej

Celem terapii logopedycznej u dzieci z różnego rodzaju opóźnieniami rozwoju mowy jest stymulowanie rozwoju mowy i usprawnianie jej zaburzonych funkcji, czyli mówienia i rozumienia, w czterech aspek-

tach: semantyczno-leksykalnym (obejmującym czynny i bierny zasób słów), syntaktyczno-morfologicznym (gramatycznym), fonetyczno-fonologicznym (artykulacyjnym) i zdaniowo-semantycznym (znaczeniowym), a także funkcji związanych z przyjmowaniem pokarmów, funkcji głosowej i oddechowej oraz sprawności narządów artykulacyjnych. Stymulacja rozwoju mowy wiąże się z organizowaniem warunków do ujawnienia się możliwości rozwojowych w zakresie języka.

Opisaną w artykule terapię logopedyczną oparto na następujących założeniach:

- 1) zdolność do komunikowania się jest kształtowana w drodze kontaktów interpersonalnych, społecznych. Zachowania komunikacyjne dorosłych wpływają na zachowania komunikacyjne u dziecka (AITCHISON, 1991; KIELAR-TURSKA, BIAŁECKA-PIKUŁ, 2006);
- 2) podstawową formą aktywności dziecka jest zabawa, dlatego wszelkie oddziaływania terapeutyczne powinny to uwzględniać (KIELAR-TURSKA, BIAŁECKA-PIKUŁ, 2006). Stymulowanie rozwoju mowy i usprawnianie jej funkcji powinno mieć charakter zabawy będącej „kształcącym doświadczeniem” (DRYDEN, VOS, 2003: 235);
- 3) dzieci uczą się wielu zachowań przez naśladownictwo. Mechanizm ten można wykorzystać w procesie stymulowania i usprawniania funkcji mowy (LOVAAS, 1993);
- 4) dziecko w wieku przedszkolnym uczy się mimowolnie, przez cały czas, w toku działania na przedmiotach bądź ich symbolicznych zastępnikach. „W procesie poznania aktywność umysłowa dziecka wtopiona jest w aktywność fizyczną i tylko w takiej postaci może występować” (KIELAR-TURSKA, 1992: 25);
- 5) efektywność procesu terapeutycznego wymaga regularności i systematyczności. „Rytmy regulują proces uczenia się człowieka. Umysł rejestruje bowiem to, co się powtarza: im regularniej i częściej, tym lepiej” (GRUSZCZYK-KOLCZYŃSKA, ZIELIŃSKA, 2000: 97);
- 6) warunkiem osiągnięcia efektów w procesie terapeutycznym jest przestrzeganie zasad obowiązujących w pedagogice, a zwłaszcza pedagogice specjalnej, która dostarcza ich logopedii. Są to przede wszystkim:
 - zasada rozbudzania potrzeby poznawczej,
 - zasada dostosowania wymagań do możliwości psychofizycznych dziecka,

- zasada maksymalnego aktywizowania dziecka w zależności od jego możliwości psychofizycznych,
 - zasada wielozmysłowego poznawania rzeczywistości,
 - zasada stosowania wzmocnień pozytywnych (PAŃCZYK, 1999);
- 7) w przypadkach niesamoistnego opóźnienia rozwoju mowy towarzyszącego opóźnieniu rozwoju umysłowego/psychoruchowego główny nacisk należy położyć na stymulowanie rozwoju poznawczego, gdyż jest on jednym z czynników warunkujących prawidłowy rozwój mowy (GRABIAS, 1997; WYGOTSKI, 1989; JURKOWSKI, 1986).

Przebieg terapii logopedycznej

Terapię logopedyczną rozpoczęto od pobudzania możliwości komunikacyjnych dziecka i rozbudzania potrzeby werbalnego porozumiewania się z otoczeniem. Prowadzono ćwiczenia stymulujące rozwój poznawczy dziecka przez zabawy angażujące różne zmysły, stanowiące jednocześnie doskonałą okazję do prezentowania rozmaitych zachowań komunikacyjnych i otaczania mową. Koncentrowano się na kształtowaniu biernego i czynnego słownika chłopca, a także na zmianie nawyków związanych z przyjmowaniem pokarmów i usprawnianiu tej czynności. Poprawnie przebiegające ssanie, żucie, gryzienie, połykanie to jedne z elementów warunkujących prawidłowe mówienie. Prowadzono ćwiczenia usprawniające pracę narządów artykulacyjnych, zwracano uwagę na kształtowanie się prawidłowego sposobu oddychania – przez nos, a nie przez usta. Taki sposób oddychania wymaga między innymi wzmocnienia napięcia mięśnia okrężnego warg.

Ćwiczenia prowadzono w gabinecie logopedycznym w obecności najczęściej jednego z rodziców, a także babci dziecka. W proces terapeutyczny zaangażowały się przede wszystkim matka i babcia, które realizowały zalecenia i strategie stymulowania rozwoju mowy w domu. W mniejszym zakresie, po początkowym okresie rezerwy i braku wiary w skuteczność postępowania, w proces ten włączył się też ojciec dziecka. Równolegle chłopiec pozostawał pod opieką psychologa, uczestnicząc w terapii psychologicznej.

W pierwszym etapie terapii logopedycznej stosowano następujące sposoby postępowania:

- 1) podtrzymywanie motywacji dziecka do udziału w zajęciach (w tym celu stosowano zachęty w postaci uśmiechu, braw, zabawek, czasami nagradzano ulubionymi smakołykami);
- 2) otaczanie mową i dostarczanie wzorców prawidłowego mówienia, które towarzyszyło wspólnie wykonywanym czynnościom, swobodnej zabawie dziecka lub tej inicjowanej przez terapeutę. Zabawy (manipulacyjne, konstrukcyjne, ruchowe, symboliczne, tzw. zabawy w udawanie) i wspólne działania dostarczały materiału językowego, wprowadzały różne kategorie semantyczne;
- 3) komentowanie krótkimi, prostymi zdaniami sytuacji, w których dziecko uczestniczyło;
- 4) rozbudzanie potrzeby werbalnego komunikowania się i wyrabianie przekonania, że za pomocą językowej komunikacji można zrealizować własne potrzeby;
- 5) podchwytywanie wszelkich prób kontaktu dziecka z innymi osobami i nadawanie im werbalnego znaczenia, co stanowiło wstęp do budowania systemu językowego porozumiewania się (nadawanie werbalnego znaczenia gestom, mimice, ruchom ciała dziecka). Prowadzenie swobodnego dialogu z chłopcem, w którym terapeuta/rodzic budował wypowiedzi słowne, zadawał pytania dziecku, oczekując na każdą formę reakcji, także tę pozawerbalną, i nagradzając ją;
- 6) kierowanie uwagi dziecka na różne dźwięki z otoczenia, w tym dźwięki mowy, prowadzenie zabaw dźwiękonaśladowczych (wysłuchiwanie i zachęcanie do odtwarzania tych dźwięków);
- 7) łączenie nazw z desygnatem – przedmiotem rzeczywistym lub znajdującym się na obrazku, czynnością, którą chłopiec, rodzic lub terapeuta wykonywał, lub czynnością przedstawioną na obrazku (nazwy przedmiotów, czynności);
- 8) rozwijanie rozumienia prostych poleceń i zachęcanie do ich wykonywania, które towarzyszyło różnym sytuacjom – zarówno terapeutycznym, zaplanowanym, celowo zorganizowanym, jak i tym spontanicznie dziejącym się;
- 9) usprawnianie motoryki narządów mowy. Na tym etapie terapii prowadzono je w formie biernej (wykonywał je terapeuta/rodzic). Wpro-

wadzano odrażanie jamy ustnej przez wykorzystanie różnych bodźców smakowych, dotykowych, termicznych. Prowadzono masaż twarzy i jamy ustnej: warg, języka, podniebienia;

- 10) wprowadzanie prawidłowego sposobu karmienia. Rezygnacja z karmienia butelką, stopniowe wprowadzanie pokarmów o coraz gęstszej konsystencji, rezygnacja ze smoczka-gryzaczka, dbanie o prawidłową pozycję przy spożywaniu pokarmów.

Po sześciomiesięcznej terapii chłopiec zaczął przyjmować posiłki w formie stałej. Z pewnymi trudnościami, ale potrafił gryźć, żuć, przełykać. Nastąpiła poprawa sprawności narządów mowy. Chłopiec próbował naśladować niektóre ruchy językiem i wargami. Nauczył się pić z kubeczka, zrezygnował ze smoczka. Zaczął wypowiadać kilka prostych słów („mama”, „ne” – „nie”, „tati” – „tata”, „baba” – „babcia”, „ato” – „auto”), którymi posługiwał się spontanicznie. Próbował powtarzać sylaby, bawił się dźwiękami. Zaczęły się pojawiać strzępki wyrazowe („bu” – „buty”, „no” – „nos”, „pija” – „piłka”). Nadal występowało nadmierne ślinienie się. Pojawiające się sylaby i strzępki wyrazowe były zabarwione nosowo.

W kolejnym etapie kontynuowano wcześniejsze strategie postępowania, a zwłaszcza:

- rozwijanie umiejętności rozumienia poleceń,
- ćwiczenia łączenia nazw z desygnatami,
- ćwiczenia powtarzania sylab dźwiękonaśladowczych i wyrazów,
- ćwiczenia usprawniające pracę narządów artykulacyjnych,
- ćwiczenia zmierzające do aktywizowania funkcji nazywania (zwłaszcza nazywania czynności, gdyż one stanowią podstawę budowania zdań).

W związku z utrzymywaniem się nosowania i oddychania ustami skierowano dziecko na powtórny konsultację laryngologiczną. Badanie ORL wykazało powiększenie trzeciego migdała i konieczność adenotomii. Badanie słuchu – obustronny niedosłuch przewodzeniowy (UP – 25dB, UL – 40dB). Zabieg przebiegł bez powikłań i po tygodniowej hospitalizacji chłopiec wrócił do domu. Ponieważ mimo zabiegu wypowiedane dźwięki nadal były zabarwione nosowo, intensywnie prowadzono ćwiczenia usprawniające pracę podniebienia miękkiego. Kontrolne badanie słuchu po adenotomii nie wykazało odstępstw od normy.

Po 12 miesiącach terapii zaobserwowano znaczne wydłużenie się czasu koncentracji dziecka na wykonywanych zadaniach. Chłopiec współpracował coraz chętniej. Zaczął spontanicznie posługiwać się wyrazami, przede wszystkim: rzeczownikami, partykułą („nie”) i jedynym czasownikiem („da” – „daj”). Używał ich w szerszym zakresie, choć były one zniekształcane artykulacyjnie (liczne substytucje, deformacje głosek – seplenienie międzyzębowe). Potrafił powtórzyć słowa jedno- i dwusylabowe. Posługiwał się wyrazami dźwiękonaśladowczymi. Próbował nazywać obrazki przedstawiające przedmioty, osoby, zwierzęta, rośliny, zabawki. Znacznie zmniejszyło się nosowanie. Nastąpiła wyraźna poprawa funkcji związanych z przyjmowaniem pokarmów i sprawności narządów artykulacyjnych. Zmniejszeniu uległo ślinienie się, nadal utrzymywała się tendencja do wsuwania języka pomiędzy wargi. W wieku 4 lat i 2 miesięcy chłopiec nie budował zdań. Sporadycznie zaczęły się pojawiać wypowiedzenia o charakterze holofrazy. Nastąpiła poprawa w zakresie rozumienia prostych poleceń, utrzymywały się trudności z rozumieniem bardziej złożonych instrukcji.

Podsumowanie

Przedstawiony w artykule proces terapii stanowi zapis pierwszych 12 miesięcy jej trwania. Prowadzona terapia logopedyczna wymaga kontynuacji. Dziecko rozpoczęło drugi rok realizacji programu terapeutycznego, pozostając jednocześnie pod opieką psychologa, neurologa, audiologa i okulisty. Uczestniczy w zajęciach terapii zajęciowej. Od kilku miesięcy chodzi też do przedszkola. W proces terapeutyczny włączyło się najbliższe otoczenie chłopca. Prowadzone oddziaływania przyniosły efekty. Dziecko zaczęło komunikować się werbalnie, za pomocą wyrazów, choć jeszcze nie łączy ich w zdania. Nastąpiła widoczna poprawa w zakresie rozumienia prostych poleceń, zasobu słownika biernego i czynnego, umiejętności prowadzenia elementarnego dialogu, sprawności narządów artykulacyjnych, umiejętności związanych z przyjmowaniem pokarmów, funkcji oddechowej i głosowej. W następnym etapie należy skoncentrować się na dalszym rozwijaniu umiejętności komunikacyjnych. Wytyczne to:

- rozwijanie potrzeby komunikacji werbalnej,
- intensyfikowanie ćwiczeń nazywania czynności (czasowniki),
- kształtowanie umiejętności nazywania cech przedmiotów (przymiotniki) i cech czynności (przysłówki),
- rozwijanie zdolności budowania prostych zdań (ich podstawę stanowią nazwy czynności),
- budowanie umiejętności prowadzenia dialogu (doskonalenie elementarnego poziomu konwersacji, który u chłopca pojawił się w formie werbalnej w postaci pojedynczych wyrazów, towarzyszących gestom),
- budowanie umiejętności zadawania pytań,
- kształtowanie umiejętności rozumienia bardziej złożonych wypowiedzi,
- próba kształtowania umiejętności narracyjnych,
- doskonalenie umiejętności słuchowych,
- kontynuacja ćwiczeń usprawniających pracę narządów artykulacyjnych, przede wszystkim w formie czynnej, a więc wykonywanych samodzielnie przez dziecko, będących przygotowaniem do wprowadzenia ćwiczeń artykulacyjnych.

Trudno w sposób kategoryczny formułować prognozy dotyczące dalszego rozwoju mowy chłopca. Ustalając rokowania, trzeba uwzględnić nie tylko etiologię opóźnienia, ale przede wszystkim dynamikę zmian zachodzących w toku terapii, systematyczność i spójność terapii logopedycznej z innymi oddziaływaniami, a także zaangażowanie najbliższego otoczenia dziecka. Biorąc pod uwagę obciążający wywiad (skrajne wcześniactwo i jego konsekwencje), zmniejszenie po roku terapii opóźnienia rozwoju umysłowego (po rocznej terapii opóźnienie wynosiło 14 miesięcy w stosunku do wieku metrykalnego), późne rozpoczęcie terapii logopedycznej (w wieku 3 lat i 2 miesięcy), systematyczny, choć powolny progres w zakresie rozwoju mowy, obserwowany przez pierwsze 12 miesięcy terapii, a także zaangażowanie rodziny chłopca w proces terapeutyczny, można być umiarkowanym optymistą.

Bibliografia

- AITCHISON J., 1991: *Ssak, który mówi. Wstęp do psycholingwistyki*. Przeł. M. CZARNEC-KA. Warszawa: PWN.
- ALEXANDER K.C., PION KAO C., 1999: *Evaluation and Management of the Child with Speech Delay*. "American Family Physician", Vol. 1, 59 (11), s. 3121–3128.
- COPLAN J., 1985: *Evaluation of the Child with Delayed Speech or Language*. "Pediatric Annals", Vol. 14, s. 203–208.
- DILLING-OSTROWSKA E., 1982: *Rozwój i zaburzenia mowy u dzieci w zależności od stopnia dojrzałości układu nerwowego*. W: SZUMSKA J., red.: *Zaburzenia mowy u dzieci*. Warszawa: PZWL, s. 18–29.
- DRYDEN G., VOS J., 2003: *Revolucja w uczeniu*. Przeł. B. JÓŹWIAK. Poznań: Zysk i S-ka.
- ELQEN I., SOMMERFELT K., 2002: *Low Birth Weight Children: Coping in School?* "Acta Paediatrica", Vol. 91 (8), s. 939–945.
- GACKA E., 2008: *Skuteczność programu terapeutycznego w łagodzeniu skutków zaburzeń rozwoju mowy u dzieci przedwcześnie urodzonych*. [Niepublikowana rozprawa doktorska napisana na Wydziale Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, pod kierunkiem prof. dr hab. Z. PALAK].
- GACKA E., 2011: *Rodzaje i frekwencja zaburzeń rozwoju mowy u dzieci z porodów przedwczesnych. Badania własne*. „Forum Logopedyczne”, nr 19, s. 65–74.
- GRABIAS S., 1997: *Język w zachowaniach społecznych*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- GRUSZCZYK-KOLCZYŃSKA E., ZIELIŃSKA E., 2000: *Wspomaganie rozwoju umysłowego trzylatków i dzieci starszych wolniej rozwijających się*. Warszawa: WSiP.
- HELWICH E., 2003: *Ewolucja najczęstszych uszkodzeń mózgu*. W: KORNACKA M.K., red.: *Noworodek przedwcześnie urodzony – pierwsze lata życia*. Warszawa: PZWL, s. 33–41.
- JASTRZĘBOWSKA G., 2003a: *Opóźnienia rozwoju mowy – przejaw nieprawidłowości rozwojowych*. W: GAŁKOWSKI T., JASTRZĘBOWSKA G., red.: *Logopedia. Pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki. T. 2: Zaburzenia komunikacji językowej u dzieci i osób dorosłych*. Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, s. 37–65.
- JASTRZĘBOWSKA G., 2003b: *Stan i perspektywy opieki logopedycznej w Polsce*. W: GAŁKOWSKI T., JASTRZĘBOWSKA G., red.: *Logopedia. Pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki. T. 1: Interdyscyplinarne podstawy logopedii*. Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, s. 301–314.
- JASTRZĘBOWSKA G., 2005: *Opóźnienie rozwoju mowy*. W: GAŁKOWSKI T., SZELĄG E., JASTRZĘBOWSKA G., red.: *Podstawy neurologopedii. Podręcznik akademicki*. Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, s. 360–378.
- JURKOWSKI A., 1986: *Ontogeneza mowy i myślenia*. Warszawa: WSiP.
- KIELAR-TURSKA M., 1992: *Jak pomagać dziecku w poznawaniu świata*. Warszawa: WSiP.
- KIELAR-TURSKA M., BIAŁECKA-PIKUL M., 2006: *Wczesne dzieciństwo*. W: HARWAS-NAPIERAŁA B., TREMPAŁA J., red.: *Psychologia rozwojowa człowieka*. Warszawa: PWN, s. 47–82.

- KŁOPOCKA W., 1970: *Wyniki stanu mowy dzieci w wieku 5–7 lat z przedszkoli warszawskich*. Warszawa: WSiP.
- KORNACKA M.K., BOKINIEC C.R., 2003: *Krwawienia śródczaszkowe u noworodków*. W: WILCZYŃSKI J., PODCIECHOWSKI L., NOWAKOWSKA D., red.: *Postępy w medycynie matczy-no-łożowej*. Poznań: Ośrodek Wydawnictw Naukowych, s. 221–228.
- KURCZ I., 2000: *Psychologia języka i komunikacji*. Warszawa: Scholar.
- LEWIS B.A., SINGER L.T., FULTON S., SALVATOR A., SHORT E.J., KLEIN N., BAILEY J., 2002: *Speech and Language Outcomes of Children with Bronchopulmonary Dysplasia*. "Journal Communication Disorder", Sep.–Oct., Vol. 35 (5), s. 393–406.
- LIS S., 1979: *Wczesne uwarunkowania rozwoju psychicznego dzieci. Rozwój psychiczny dzieci urodzonych z niskim ciężarem ciała*. Warszawa: PWN.
- LOVAAS O.L., 1993: *Nauczanie dzieci niepełnosprawnych umysłowo*. Przeł. O. KUBIŃSKA, M. BOGDANOWICZ, M. CISZKIEWICZ. Warszawa: WSiP.
- PAŃCZYK J., 1999: *Zasady nauczania specjalnego (dydaktyki specjalnej)*. W: PAŃCZYK J., red.: „Roczniki Pedagogiki Specjalnej”. T. 10. Warszawa: WSPS, s. 83–85.
- PRUSZEWICZ A., 1992: *Opóźniony rozwój mowy*. W: PRUSZEWICZ A., red.: *Foniatrya kliniczna*. Warszawa: PWN, s. 233–241.
- RODAK H., NAWROCKA D., 1993: *Od obrazka do słowa*. Warszawa: WSiP.
- RUTKOWSKA M., 2003: *Ocena rozwoju dzieci urodzonych przedwcześnie. Dwuletnie prospektywne badanie kohortowe*. Poznań: Ośrodek Wydawnictw Naukowych.
- STEVENSON J., RICHMAN N., 1976: *The Prevalence of Language Delay in a Population of Three-year-old Children and its Association with General Retardation*. "Developmental Medicine and Child Neurology", no 18, s. 431–441.
- SZELĄG E., 2005: *Nowe tendencje w terapii logopedycznej w świetle badań nad mózgiem*. W: GAŁKOWSKI T., SZELĄG E., JASTRZĘBOWSKA G., red.: *Podstawy neurologopedii. Podręcznik akademicki*. Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, s. 1028–1061.
- TARKOWSKI Z., 1994: *Dzieci opóźnione w rozwoju mowy – diagnoza, stymulacja i terapia*. W: *Mowa głośna i pismo – materiały na konferencję popularnonaukową*. Białystok–Warszawa: Wydawnictwo Logopedyczne, s. 14–17.
- TOMMISKA V., HEINONEN K., KERO P., TAMMELA O., JARVENPPA A., SALOKORPI T., VIRTANEN M., FELLMAN V., MARLOW N., 2003: *A National Two Year Follow up Study of Extremely Low Birthweight Infants Born in 1996–1997*. "Archives of Disease in Childhood: Fetal & Neonatal", Vol. 88 (1), s. 29–35.
- WYCZESANY J., 2009: *Pedagogika upośledzonych umysłowo*. Kraków: Impuls.
- WYGOTSKI L.S., 1989: *Myslenie i mowa*. Przeł. E. FLESZNEROWA. Warszawa: PWN.

Ewa Gacka

The diagnosis and speech therapy of a child suffering
from non-idiopathic speech delay related
to the psycho-motor development delay

Summary

The article presents a description of the case of a three-year-old boy who was a pre-term infant. The boy suffers from a non-idiopathic speech delay accompanied by the psycho-motor development delay. The following case study was enriched with a survey analysis, expert medical and psychological examination records, child observation records as well as a speech therapy examination. The paper also contains the assumptions of the therapeutic program and the description of the first twelve months of the therapy.

Ewa Gacka

Die Diagnose und die logopädische Behandlung des Kindes mit nicht
eigenständiger zurückgebliebener Sprachstörung,
die mit zurückgebliebener Psychomotorik verbunden ist

Zusammenfassung

Der Artikel betrifft den Fall des dreijährigen frühgeborenen Jungen mit nicht eigenständiger und mit zurückgebliebener Psychomotorik einhergehender zurückgebliebener Sprachstörung. Die Verfasserin stellt die bei ihm angewandte logopädische Therapie, d.h.: logopädisches Interview, Analyse und Interpretation der medizinischen und psychologischen Dokumentation, Beobachtung des Kindes und logopädische Untersuchung dar. Sie beschreibt die Grundsätze des therapeutischen Programms und zwölf ersten Monate der Therapie.

Anna Rodacka

Ośrodek Rehabilitacyjno-Edukacyjno-Wychowawczy w Chorzowie

Terapia logopedyczna dziewczynki z rozwojową dysfazją dziecięcą

Terminu *afazja dziecięca* możemy użyć, gdy dochodzi do przerwania, zahamowania procesu rozwoju mowy we wczesnym dzieciństwie lub braku rozwoju mowy, pomimo że dziecko nie ma niedowładów czy porażień aparatu wykonawczego mowy, dobrze rozwija się umysłowo, słyszy dźwięki, wychowuje się w korzystnych dla rozwoju warunkach (KORDYL, 1969). Afazja dziecięca dotyczy zaburzeń wynikających z patologii mózgowej, występujących u dzieci, u których nie został zakończony proces rozwoju mowy (JASTRZĘBOWSKA, 2003).

W literaturze przedmiotu pojęcie afazji dziecięcej jest różnie interpretowane. Brakuje zgody co do ujęcia istoty tego zaburzenia, co wiąże się z tendencją do tworzenia wciąż nowych terminów. Tylko w polskiej literaturze logopedycznej na określenie zaburzeń rozwoju mowy pochodzenia centralnego stosuje się ich aż kilkanaście, chociażby: *niedokształcenie mowy o typie afazji* (KORDYL, 1968; PAROL, 1989), *alalia* (KACZMAREK, 1966; STYCZEK, 1980), *afazja dziecięca* (JASTRZĘBOWSKA, 2003; SPIONEK, 1965), *afazja rozwojowa* (SZUMSKA, 1982), *wrodzony niedorozwój ekspresji słownej* oraz *wrodzony niedorozwój ekspresji i recepcji słownej* (DILLING-OSTROWSKA, 1982), *dysfazja/dysfazja dziecięca* (JASTRZĘBOWSKA, 2003).

Definicja afazji/dysfazji

Opisując afazję/dysfazję w niniejszym artykule, przyjęłam jasne dla mnie nazewnictwo za Grażyną JASTRZĘBOWSKĄ (2003). Autorka wyjaśnia, iż zarówno termin „afazja”, jak i „dysfazja” posiadają wspólny rdzeń *-fazja*, wskazujący na miejsce uszkodzenia w ośrodkowym układzie nerwowym. Przedrostek „a-” w pojęciu „afazja” określa brak mowy, związany z niewykształceniem się tej funkcji, określa także stan, gdy w trakcie rozwoju lub po jego zakończeniu osoba traci umiejętności komunikacyjne. Natomiast przedrostek „dys-” wiąże się z ograniczeniem bądź zniekształceniem określonej czynności. Mamy tu do czynienia z takim stanem, gdy w trakcie procesu rozwojowego lub po jego zakończeniu na skutek częściowej utraty mówienia i/lub rozumienia dochodzi do zakłóceń w porozumiewaniu się, również wtedy, gdy mowa od początku nie rozwija się prawidłowo.

Określeniu „afazja (dysfazja) dziecięca” będę przypisywać w niniejszym tekście za Grażyną JASTRZĘBOWSKĄ (2003) wszystkie typy zaburzeń afatycznych u dzieci, które występują w trakcie trwania procesu rozwojowego.

Postacie afazji/dysfazji dziecięcej

W literaturze przedmiotu, opisując postacie afazji/dysfazji dziecięcej, bierze się pod uwagę między innymi kryterium objawowe (symptomy zaburzeń językowych), wyodrębniające następujący podział afazji (JASTRZĘBOWSKA, 2003):

- *afazja całkowita (zaburzenia ekspresyjno-percepcyjne)* – oznaczająca brak rozwoju mowy lub całkowitą utratę mówienia i rozumienia;
- *afazja częściowa, ekspresyjna*, inaczej: *motoryczna, ruchowa* – oznaczająca brak rozwoju ekspresji językowej lub całkowitą utratę mówienia przy zachowanym, chociaż w niewielkim stopniu, rozumieniu mowy;
- *afazja częściowa, percepcyjna*, inaczej: *receptyjna, sensoryczna, czuciowa, akustyczna* – oznaczająca całkowitą utratę rozumienia przy zachowanym, chociaż w niewielkim stopniu, mówieniu.

Podział dysfazji obejmuje (JASTRZĘBOWSKA, 2003):

- częściową utratę mówienia lub zaburzenie rozwoju zdolności mówienia przy zachowanej bądź prawidłowo rozwijającej się zdolności rozumienia – *dysfazja ekspresyjna*, inaczej: *ruchowa, motoryczna*;
- częściową utratę rozumienia przy zachowanej zdolności mówienia – *dysfazja percepcyjna*, inaczej: *czuciowa, akustyczna, sensoryczna*;
- częściową utratę lub upośledzenie procesu nabywania zdolności mówienia i rozumienia – *dysfazja mieszana, percepcyjno-ekspresyjna*, inaczej: *ruchowo-czuciowa, z przewagą komponenty motorycznej lub sensorycznej*.

Na podstawie kryterium rozwojowego (bierzemy tu pod uwagę okres rozwoju, w którym doszło do uszkodzenia mózgu) możemy wyróżnić dwie podstawowe postaci afazji dziecięcej – *rozwojową* oraz *nabytą*. Opiszę je za Grażyną JASTRZĘBOWSKĄ (2003). Termin *rozwojowa afazja/dysfazja dziecięca* dotyczy zaburzeń powstających na skutek nieprawidłowości w rozwoju lub uszkodzenia mózgu w okresie prenatalnym, perinatalnym oraz częściowo w postnatalnym (w 1. roku życia dziecka), z kolei *nabytą afazję/dysfazję dziecięcą* odnosi się do zaburzenia, które powstało w okresie postnatalnym (kiedy uszkodzenie mózgu nastąpiło między 2. a 7. rokiem życia).

Słowo „rozwojowa”, określające afazję bądź dysfazję, wskazuje na wadę rozwojową – uszkodzenie mózgu może mieć tu charakter wrodzony (uwarunkowany genetycznie lub konstytucjonalnie) albo nabyty w okresie okołoporodowym i w pierwszych miesiącach życia dziecka. W wyniku uszkodzenia dochodzi do nieprawidłowości w rozwoju mowy, co początkowo przejawia się brakiem, później opóźnieniem w nabywaniu czynności.

Określenie „nabyta” oznacza, iż zaburzenie rozwoju mowy wystąpiło po okresie względnie prawidłowego rozwoju, jako wynik nagłych schorzeń neurologicznych bądź ogólnych, takich jak np.: uraz, zapalenie mózgu. W obrazie funkcjonowania językowego dochodzi do zahamowania trwającego procesu rozwoju, regresu do wcześniejszych etapów rozwojowych, utraty częściowo nabytych już umiejętności oraz opóźnienia dalszego rozwoju mowy.

W afazji/dysfazji nabytej zwykle nie ma trudności z określeniem przyczyny uszkodzenia mózgu, z kolei przyczyny rozwojowej afazji/dysfazji często są tylko przypuszczalne bądź nawet nieznane.

Uwzględniając kryterium rozwojowe, należy wyjaśnić jeszcze termin *afazja/dysfazja typu dorosłych*. Określenie to jest używane, kiedy do uszkodzenia odpowiednich struktur mózgowych, odpowiedzialnych za funkcjonowanie językowe, dochodzi po ukończeniu 7. roku życia (JASTRZĘBOWSKA, 2003). U prawidłowo rozwijających się dzieci mowa w tym okresie jest odpowiednio rozwinięta. Na skutek uszkodzenia mózgu dochodzi do dezintegracji jej funkcji (utrata opanowanych wcześniej zdolności porozumiewania się), co jest charakterystyczne dla afazji występującej u osób dorosłych (PANASIUK, 2008).

Informacje zebrane podczas wywiadu

Dla celów zarówno diagnostycznych, jak i terapeutycznych, przeprowadziłam wywiad z matką dziecka. Pytania stawiałam, opierając się na informacjach zawartych w publikacji autorstwa E. KELMAN, A. NICHOLAS (2008), również na podstawie wywiadu biologiczno-środowiskowego do wykrywania wczesnych uwarunkowań rozwoju mowy (ROCŁAWSKI, FEDOROWSKA, WARDOWSKA, 1995). Utworzyłam pytania, kierując się także wytycznymi zawartymi w artykule J. PANASIUK (2008). Wywiad połączony z analizą dostępnej dokumentacji pozwolił mi na zebranie następujących informacji o dziewczynce.

Przebieg ciąży był prawidłowy. Zosia¹ urodziła się 27 maja 2009 roku. Poród odbył się w 37. tygodniu ciąży, siłami natury. Dziewczynka była okręcona pępowiną wokół szyi jeden raz. Masa urodzeniowa 2 570 g, długość 54 cm. Ocena w skali Apgar w 1 i 3 min to 8/8 (mniejsza liczba punktów za napięcie mięśni i zabarwienie skóry). Dziecko po krwawieniu dokomorowym IVH I st./I st. W czasie pobytu w klinice, w pierwszych godzinach życia wystąpiła hiperbilirubinemia, która utrzymywała się 10 dni – leczono ją fototerapią i kroplówkami. Dziewczynkę wypisano w stanie ogólnym dobrym w 10. dniu życia. Przesiewowe badanie narządu słuchu wskazało normę.

Od pierwszych miesięcy życia u dziewczynki obserwowano uogólnione obniżenie napięcia mięśniowego oraz zaburzenia neurorozwojowe,

¹ Imię dziewczynki zostało zmienione ze względu na ochronę danych osobowych.

które wymagały rehabilitacji i kompleksowej stymulacji rozwoju. Dziecko zostało objęte opieką rehabilitanta od 2. miesiąca życia. Ćwiczenia odbywały się od 4 do 5 razy w tygodniu. Trwają nadal – odbywają się 3 razy w tygodniu.

Od pierwszych miesięcy życia Zosia wymagała ponadto opieki ze strony: poradni ortopedycznej – płaskokoślawość stóp i rotacja zewnętrzna zagrażająca deformacją (obecnie dziecko zaopatrzone w obuwie ortopedyczne oraz wkładki korekcyjne) – dziewczynka jest pod stałą opieką poradni; poradni neurochirurgicznej – brak wskazań do leczenia neurochirurgicznego, zalecono wizyty kontrolne oraz stałą opiekę neurologa.

Ocena neurologiczna z dnia 18 lipca 2011 roku wskazuje na zaburzenia neurorozwojowe, w tym: dyspraksję oralną, dyspraksję ruchową, nadpobudliwość psychoruchową, nadwrażliwość na bodźce, zaburzenia czucia i zaburzenia integracji sensorycznej, dysfazję rozwojową. U dziecka stwierdzono: asteniczną budowę ciała – słabo rozwinięte mięśnie, wiotki aparat więzadłowo-stawowy; hipotonię oraz asymetrię posturalną, płaskokoślawość stóp i ich rotację zewnętrzną. Zalecono wczesne wspomaganie rozwoju dziewczynki oraz rehabilitację słuchu i mowy.

Diagnoza neurologa z dnia 13 stycznia 2012 roku zawiera, oprócz rozpoznania zaburzeń neurorozwojowych, encefalopatię wczesnodziecięcą statyczną. Neurolog określił chód dziewczynki jako powolny, niezgrabny, na lekko ugiętych nogach. Słuch obwodowy opisał jako prawidłowy. Lekarz zalecił w dalszym ciągu wielospecjalistyczną opiekę medyczną, rehabilitacyjną oraz stymulację rozwoju dziecka, w tym zajęcia z logopedą, psychologiem, pedagogiem, udział w specjalistycznym turnusie rehabilitacyjnym. Rokowanie co do dalszego rozwoju dziewczynki zostało określone jako niepewne.

28 lipca 2011 roku dziecko było konsultowane przez neurologopedę, stwierdzono wtedy: opóźnienie rozwoju mowy w stopniu umiarkowanym, typ dyskretnie dysharmonijny na niekorzyść sfery ekspresyjnej; niższą niż przeciętna dynamikę rozwoju komunikacyjnego i poznawczego. Uwzględniając pracę aparatu oralnego, wskazano na niedoksztalcenie funkcji oralnych (pokarmowych oraz motorycznych) na tle deficytu ruchowego pochodzenia centralnego, zalecono pilne wygaszenie odruchu ssania. Dziecko zaliczono do grupy podwyższonego ryzyka dysartrii atetotycznej.

Konsultacja psychologiczna, która odbyła się tego samego dnia, wskazała na opóźnienie rozwoju psychomotorycznego. W zakresie motoryki dużej – opóźnienie lekkie. W zakresie koordynacji oraz spostrzegania – również opóźnienie lekkie. Widoczne początki zabaw konstrukcyjnych, krótkie ciągi czynności, obniżenie sprawności manualnej, trudność w dostosowaniu przestrzennym zakresu ruchu. Pod kątem rozwoju zachowań społecznych kontakt z dzieckiem prawidłowy, reakcja przekory rozwojowej, słabsza współpraca, słabsza organizacja czynności. Opóźnienie w rozwoju dziecka oceniono na stopień lekki. Wiek rozwojowy dziewczynki, która w dniu badania miała 26 miesięcy, został oceniony w przedziale od 12. do 15. miesiąca. Zalecono obserwację oraz stymulację rozwoju dziecka.

W opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju, wydanej przez poradnię psychologiczno-pedagogiczną dnia 8 września 2011 roku, opisane zostały wyniki badań psychologicznych wskazujące na opóźnienie rozwoju psychomotorycznego dziewczynki o nieharmonijnym przebiegu poszczególnych funkcji. W zakresie spostrzegania oraz koordynacji wzrokowo-ruchowej dziecko potrafi zbudować wieżę z kilku klocków, wkłada podstawowe kształty figur do odpowiednich otworów wkładanki, nie odwzorowuje bardziej złożonej konstrukcji. Słaba kontrola wzroku podczas wykonywania zadań. Widoczne obniżenie sprawności manualnej oraz grafomotorycznej dziewczynki, trudności z wykonywaniem bardziej precyzyjnych ruchów. Dziecko podejmuje próby odwzorowania linii pionowych, poziomych, kreśli linie koliste. Najsłabiej rozwinięta jest u niego mowa czynna (poziom umiarkowanego opóźnienia). Dziewczynka wypowiada kilka pojedynczych słów, ciągi sylab. Wskazuje na niektóre przedmioty, części ciała, kilka obrazków do podawanej nazwy. Wykonuje proste polecenia. Swoje potrzeby komunikuje przez wskazywanie, okrzyki. Dziewczynka w sposób prawidłowy nawiązuje kontakt z otoczeniem. Czytelnie okazuje emocje. Swoją uwagę koncentruje przez niewielki okres czasu, wymaga stosowania zachęt oraz przerw, nieco lepiej współpracuje w sytuacji zadaniowej. Badanie logopedyczne przeprowadzone w poradni wykazało opóźnienie rozwoju mowy w stopniu umiarkowanym. Dziewczynka porozumiewa się gestem, przez wokalizację i wskazywanie. Pojawiają się monosylaby oraz pojedyncze słowa o prostej budowie fonetycznej. Zalecono: wczesne wspomaganie

rozwoju dziecka, rehabilitację ruchową, terapię logopedyczną oraz psychologiczną.

Rozwój ruchowy Zosi przebiega z opóźnieniem. Dziewczynka siedziała samodzielnie w wieku 15 miesięcy, raczkowała, mając 16 miesięcy, zaczęła chodzić samodzielnie, mając 24 miesiące. Opinia prowadzącego fizjoterapeuty z dnia 27 stycznia 2012 roku wykazuje prezentowany przez dziecko obraz hipotonii – dziewczynka porusza się sprawnie, angażując prawidłowe reakcje równoważne. Terapeuta wskazuje na niewystarczającą jeszcze stabilizację w obrębie obręczy barkowej oraz biodrowej, także na stopy ustawione w pozycji płasko-koślawej (ustawienie ulega poprawie). U dziewczynki brak utrwalonych patologicznych kompensacji postawy ciała.

Podczas wywiadu z mamą zadałam pytania dotyczące karmienia dziecka, osiągnięcia przez nie kolejnych umiejętności w przyjmowaniu pokarmów oraz płynów. Uzyskałam następujące informacje. Zosia była karmiona piersią do 18. miesiąca życia. Karmienie łyżeczką wprowadzono od 5. miesiąca życia. Około 9.–10. miesiąca życia dziecko samodzielnie utrzymywało w ręku biszkopta, chrupka oraz kierowało go do ust. Około 12. miesiąca dziewczynka zaczęła jeść pokarm z drobnymi grudkami, również potrawy o twardszej konsystencji. Treningi picia z odkrytego kubeczka zaczęto wprowadzać około 24. miesiąca życia, podobnie jak próby samodzielnego utrzymywania łyżeczki podczas jedzenia.

Z informacji zebranych podczas wywiadu uzyskałam dane o dotychczasowym rozwoju mowy dziecka. Dziewczynka zaczęła wydawać pierwsze dźwięki około 6. miesiąca życia. Mając około 18 miesięcy, wypowiadała ciągi sylab. Pierwsze słowo powiedziała ze zrozumieniem około 24. miesiąca życia.

Na pytanie, czy w najbliższej rodzinie dziecka występowała trudność w rozwoju mowy, zaburzenia mowy, u któregoś z jej członków, mama odpowiedziała przecząco.

Podczas przeprowadzanego wywiadu zapytałam o to, czy dziecko ma świadomość swoich trudności z mową. Mama odpowiedziała, że tak – kiedy nie potrafi się porozumieć, złości się. Dziewczynka stara się używać gestów, wskazuje palcem na to, co chce, bierze osobę dorosłą za rękę i prowadzi do miejsca, z którego coś chce – w taki sposób próbuje radzić sobie z problemami w komunikacji. Zapytałam mamę, co najbardziej

pomaga dziecku, kiedy ma trudności w mówieniu – odpowiedziała, że wolne i wyraźne mówienie do niego.

Podczas wywiadu z mamą poprosiłam, aby na skali od 0 do 7 (gdzie 0 oznacza, że występujące trudności nie niepokoją rodzica, a 7 – bardzo silnie niepokoją) zaznaczyła, jaki jest obecnie poziom obaw, lęków związanych z mową dziecka. Mama zaznaczyła cyfrę 6. Zapytałam też o to, czego dotyczą obawy – odpowiedziała, że dalszych rokowań co do rozwoju Zosi.

Od mamy dziewczynki uzyskałam również informację o rodzaju zajęć, z jakich korzysta dziecko: od czerwca 2011 roku zajęcia z logopedą prowadzone raz w tygodniu; od lipca 2011 zajęcia w ramach wczesnego wspomagania rozwoju – raz w tygodniu spotkania z pedagogiem, psychologiem, logopedą; zajęcia z rehabilitantem – 3 razy w tygodniu; dodatkowe zajęcia z pedagogiem – raz w tygodniu; od stycznia 2012 roku sala integracji sensorycznej – raz w tygodniu; od grudnia 2011 roku miniprzedszkole – początkowo 3 razy w tygodniu, od kwietnia 2012 – 4 razy w tygodniu.

Ocena logopedyczna

Badanie aspektów mowy dziewczynki przeprowadziłam przed wprowadzeniem zaproponowanego przeze mnie programu terapii (badanie początkowe) oraz po 6 miesiącach pracy z dzieckiem według owego programu (badanie końcowe). Badanie początkowe wykonałam w październiku 2011 roku. Dziewczynka miała wtedy ukończone 28 miesięcy. Badanie mowy wykonałam na podstawie skali do badania mowy dziecka z niedoksztalceniem mowy o typie afazji: AFA – Skali (PALUCH, DREWNIAK-WOŁOSZ, MIKOSZA, 2005).

Podczas Próby I – zabawy pluszakami – dziewczynka była zainteresowana zabawą, skupiała uwagę na zabawkach. Na polecenie wzięła do ręki misia. Pokazała części ciała i twarzy na misiui oraz na sobie. Naśladowała ziewanie, powtórzyła „aaa”. Zamknęła i otworzyła oczy na polecenie. Naśladowała płacz, powtarzając przy tym „uuu”. Posadziła misia na stole, wzięła talerzyk, łyżkę, zaczęła karmić misia na polecenie, wzięła także kubek i dała misiowi pić. Poproszona postawiła kubek na stole.

Trudność, jaką miało dziecko w tej próbie, to powtórzenie słów „pije” i „je” – łatwiej było dziewczynce powiedzieć „am”.

Podczas Próby II dziecko wskazywało obrazek spośród dwóch ilustracji. Uwzględniając rzeczowniki, dziewczynka pokazała prawidłowo, gdzie jest: dom, lala, pies, oko, auto, buty, zegar, piłka, kubek, lampa, wózek. Nie wskazała: drabiny, łopaty, motyli, nożyczek, choinki, samolotu, guzików, bociana, sanek, szafy, żaby, ryby, lodów. Dziecko pokazało obrazki czynności: je, czyta, siedzi. Nie wskazało natomiast: pływa, wycina, gotuje. Zosia pokazała prawidłowo obrazki ilustrujące przymiotniki: małe, duże, ponadto miała trudność ze wskazaniem: wesoła, smutna, także: stary, nowy. Dziecko miało trudność ze wskazaniem obrazków ilustrujących: przysłowki (blisko, daleko), liczebniki (jeden, dwa), zaimki osobowe (ona, on).

Próba III to badanie reakcji werbalnych i niewerbalnych dziecka (demonstruje się jeden obrazek, pozostałe są przysłonięte). Spośród 23 rzeczowników dziewczynka pytana: „co to jest?, co to?”, wypowiedziała „ba” na określenie piłki, ponadto używała gestu wskazywania palcem na: oko (wskazała swoje oko), lampę (pokazując, gdzie w pomieszczeniu jest lampa). Wśród obrazków przedstawiających sześć czynności (pokazanie dziecku jednego obrazka) dziewczynka nazwała jedynie ten, który przedstawia czynność jedzenia – wypowiedziała „am”. Zosia w dalszej części Próby III nie nazwała zaproponowanych w teście przymiotników: małe, duże, stary, nowy, wesoła, smutna; przysłówków: blisko, daleko; liczebników: jeden, dwa; zaimków osobowych: ona, on.

Próba IV bada rozumienie oraz nazywanie kolorów. Dziecko ma problem ze wskazywaniem prawidłowego koloru. Dziewczynka nie nazwała kolorów.

Próba V dotyczy powtarzania. Podczas powtarzania głosek izolowanych dziewczynka powtórzyła za logopedą następujące głoski: [a], [u], [m], [p], natomiast nie powtórzyła: [i], [t], [l], [s], [n], [k]. Spośród sylab powtórzyła: *ma, ta, am*, nie powtórzyła: *pi, be, fu, wy, no, da, su, ha, nia, ko, ci, ok, an, ap, as, al, at*. Z wyrazów proponowanych w teście, tj.: „baba”, „niebo”, „waga”, „lasy”, „koty”, „wiaderko”, „drabina”, „kanapa”, „podłoga”, „czekolada”, „telefon”, „parasol”, „dzwonek”, „grzebień”, „lokomotywa” – dziewczynka powtórzyła jedynie „baba”.

W Próbie VI Zosia miała za zadanie wykonać polecenia proste i bardziej złożone. Dziecko wykonało prawidłowo następujące instrukcje: „wstań”, „podnieś rękę” – dziewczynka wahała się, łatwiej było jej wykonać polecenie wypowiedziane w następujący sposób: „Jak Zosia podnosi ręce do góry?”. Łatwiej było wykonać dziecku instrukcję: „pokaż, gdzie ucho?” – „chwyć się za ucho” sprawiało mu trudność. Zosia wskazywała swoje oko, proszona: „Pokaż swoje oko”. Dziewczynka nie wykonywała prawidłowo dalszej części instrukcji.

Próby VII i VIII to badanie rozumienia zdań prostych o różnym poziomie trudności oraz mowy czynnej dziecka odnośnie do obrazka sytuacyjnego. Zosia nie wskazywała prawidłowo na polecenie, nie odpowiadała na zadawane pytania. Dziewczynka nie wykonywała poleceń sprawdzających rozumienie zdań z przyimkami o różnym stopniu trudności do obrazka sytuacyjnego pt. „Pokój”, nie odpowiadała na pytania.

Podczas Próby IX dziecko nie potrafiło ułożyć historyjki obrazkowej pt. „Wycieczka do lasu”. Wypowiadałam proste zdania dotyczące treści obrazków, poddając badaniu rozumienie zdań oraz umiejętność wyboru prawidłowej ilustracji. Dziecko nie wykonało prawidłowo tej próby.

Uwzględniając zebrany materiał, widoczna jest u dziecka przewaga rozwoju mowy biernej nad mową czynną. Przeważa rozumienie nazw rzeczowników nad rozumieniem nazw czasowników. Wypowiadane sylaby, dźwięki, proste słowa (zbudowane głównie z prymarnych sylab otwartych), stosowany gest, częściej odnoszą się do rzeczowników. Trudność sprawia dziecku rozumienie złożonych poleceń. Dziewczynka rozumie proste polecenia. Rozwój mowy czynnej dziecka znajduje się na etapie około 12.–14. miesiąca życia. Rozwój mowy biernej to okres pomiędzy 17. a 20. miesiącem życia.

Badania dziecka poszerzyłam o badania uzupełniające, w tym informacyjne badanie słuchu, w szczególności opierając się na wiadomościach zamieszczonych w książce autorstwa G. LINDNER (1976: 144–149). Badanie informacyjne służy wstępnej orientacji o stanie słuchu człowieka, polega na obserwowaniu naturalnych reakcji dzieci na bodźce dźwiękowe. Reakcje dzieci normalnie słyszących kształtują się w zależności od wieku. Dzieci w wieku 9–15 miesięcy potrafią zlokalizować ciche odgłosy i szmery, które je zainteresowały; reagują na swoje imię, nawet wypowiedziane ciszej; reagują także na spółgłoski bezdźwięcz-

ne – Zosia spełnia te kryteria. Dziecko wykonuje również proste polecenia wypowiedziane cichym głosem – to umiejętność pojawiająca się w wieku 16–30 miesięcy.

Dziewczynka spełnia wszystkie kryteria dla okresu od 12. do 18. miesiąca życia według *Prostego testu słuchowego* (MICHALAK-WIDERA, WĘSIERSKA, 2001): reaguje na swoje imię, gdy jest wołana z drugiego pokoju; potrafi pokazać znane sobie przedmioty, gdy się je nazywa; reaguje na polecenie typu „chodź”; poproszona pokaże części ciała. Natomiast, jeżeli chodzi o reakcje dziecka, to nie wszystkie kryteria dotyczące 18.–24. miesiąca są spełnione. Wykonuje ono proste polecenia, dobiera głos do znanego sobie przedmiotu, ale rzadko nazywa to, czego się domaga, oraz nie wypowiada od 20 do 300 słów.

Badanie aparatu ustno-twarzowego na podstawie elementów kwestionariusza opracowanego przez R. CASTILLO MORALES (2009: 103–108) pozwoliło mi na zebranie następujących informacji.

Wargi dziecka w spoczynku uchylone, o obniżonym napięciu. Niekiedy wypływ śliny w kącikach ust. Język normotroficzny, wydaje się symetryczny, leżący wewnątrz łuków zębowych, nie leży między zębami. Tempo ruchów języka zdaje się zwolnione. Podniebienie twarde jest gotyckie oraz wąskie. Funkcja podniebienia miękkiego – prawidłowa. Dziecko ma uzębienie mleczne. Tyłozgryz. Dziewczynka pije z kubeczka 360 stopni, podejmuje próby picia z odkrytego kubka. Zjada pokarm stały. Akt połykania prawidłowy. Dziewczynka odgryza kawałek pokarmu, żuje go. Ogólna kondycja zdrowotna dziecka jest dobra. Rzadko choruje na infekcje.

Na podstawie *Karty motoryki artykulacyjnej*, zawartej w książce Hanny RODAK (1994: 43–44), dziewczynka wykonała następujące próby języka: wysuwanie i chowanie języka do jamy ustnej, kierowanie języka do kącika ust, oblizywanie warg przy otwartych ustach – głównie dolnej wargi, klaskanie językiem. Ruchy te są zwolnione, widoczny zmniejszony zakres wykonywanego ruchu, zmniejszona precyzja. Trudność sprawiało dziecku: uniesienie języka w kierunku nosa, przewężenie języka, rozpląszczenie go, uniesienie języka do podniebienia, podniesienie brzegów języka, ułożenie go w kształt łyżeczki, oblizywanie warg przy otwartych ustach, oblizywanie językiem zębów, wypychanie policzków językiem.

Dziewczynka wykonała następujące ruchy warg: zacisnęła wargi (było to raczej domknięcie warg), wykonała próbę ściągnięcia i rozciągnięcia warg, próbę wibrowania wargami, cmokania – widoczna zmniejszona sprawność warg, obniżenie ich napięcia utrudniające bardziej precyzyjne wykonanie ruchu. Trudność sprawiły dziewczynce następujące próby: zakrywanie wargi dolnej wargą górną, zakrywanie wargi górnej wargą dolną, przesuwanie na boki zamkniętych warg, układanie warg w „ryjek”, gwizdanie, nadymanie policzków, przepychanie powietrza wewnątrz jamy ustnej, parskanie.

Orientacyjna ocena wyników badania motoryki artykulacyjnej wskazuje na znacznie obniżoną sprawność narządów mowy.

Podsumowując zebrane informacje, postawiłam dziewczynce diagnozę rozwojowej dysfazji dziecięcej typu mieszanego z przewagą komponenty motorycznej.

Charakterystyka pozostałych sfer rozwoju dziecka

Charakterystyki sfer rozwoju dziecka dokonałam na podstawie *Kart diagnozy* (CIESZYŃSKA, KORENDO, 2008a) oraz informacji o etapach rozwoju dziecka zawartych w książce *Wczesna interwencja terapeutyczna. Stymulacja rozwoju dziecka. Od noworodka do 6. roku życia* (CIESZYŃSKA, KORENDO, 2008b). Podczas trwania badania początkowego dziewczynka miała ukończone 28 miesięcy.

W zakresie dużej motoryki należy stwierdzić, że dziecko chodzi samodzielnie w sposób powolny, niezgrabny. Siedząc na podłodze, turla piłkę przed siebie. Kuca, aby podnieść zabawkę. Wchodzi po schodach – wymaga przy tym dużej pomocy. Podejmuje próby rzucania piłki. Wyciąga ręce w kierunku lecącego przedmiotu, nie łapie piłki. Wiek rozwoju motoryki dużej orientacyjnie można określić pomiędzy 17. a 20. miesiącem życia.

Biorąc pod uwagę małą motorykę dziecka, widoczne jest używanie przedmiotów w sposób zgodny z ich przeznaczeniem, w sposób intencjonalny. Dziewczynka posługuje się łyżką, pije z odkrytego kubeczka – ruchy nie są precyzyjne. Dziecko podejmuje próby samodzielnego mycia zębów. Prawidłowo wkłada podstawowe kształty figur w otwory wkła-

danki. Buduje wieżę z 3–4 klocków. U dziecka widoczne jest osłabienie kontroli wzroku podczas wykonywanych zadań, także obniżenie koncentracji. Poziom rozwoju małej motoryki można oszacować jako znajdujący się pomiędzy 17. a 20. miesiącem życia.

Spostrzeganie wzrokowe u dziecka znajduje się na poziomie około 24. miesiąca życia. Dziewczynka dobiera część obrazka do całości, dopasowuje identyczne ilustracje, łączy pary zabawek, dobiera przedmiot i odpowiadający mu obrazek.

W zakresie percepcji słuchowej dziecko rozumie proste zdania (w tym zakazy i polecenia), identyfikuje i różnicuje dobrze znane sobie słowa, a także wyrażenia dźwiękonaśladowcze, gra na instrumentach muzycznych. Rozwój tej sfery dziecka można orientacyjnie określić pomiędzy 20. a 24. miesiącem życia.

Dziewczynka przyswoiła pojęcie odrębności własnej osoby. Jest to widoczne chociażby wtedy, kiedy stawia opór, buntuje się podczas proponowania jej określonej zabawy, ćwiczenia.

Obserwując dziecko, można zauważyć trudność w bawieniu się zabawką przez dłuższą chwilę, w utrzymaniu koncentracji na zadaniu. Dziewczynka ma dużą potrzebę ruchu. Przez krótką chwilę potrafi siedzieć z logopedą na dywanie czy też przy stoliku, potem wstaje, chodzi po pokoju, nie chce wrócić na miejsce, kładzie się na podłogę.

Obserwacja dziecka pod kątem zaburzeń integracji sensorycznej, na podstawie informacji zawartych w książce C.H. DELACATO (1995), pozwoliła zebrać cenne informacje. Uwzględniając sferę dotyku, widoczne jest, iż dziecko lubi aktywność związaną z brudzeniem się (malowanie palcami, lepienie z plasteliny). Lubi być przytulane. Lubi, kiedy się je ścisną, mocno obejmują. W zakresie równowagi i ruchu dziewczynka: ma słabą równowagę; lubi kręcić się na krześle obrotowym; często huśta się na krześle. U dziecka obserwuje się niezgrabność ruchową, zbyt lekkie ściskanie przedmiotów, trudności z podnoszeniem cięższych obiektów, co wiąże się z nieprawidłowością w napięciu mięśniowym. Deficyty w zakresie integracji sensorycznej przekładają się na zachowanie Zosi: nerwowość, pobudzenie, niemożność dłuższego skupienia się na zadaniu, częste bycie w ruchu.

Terapia

W programie terapii dziewczynki postawiłam cele ogólne: psychoruchowy rozwój dziecka, stymulacja rozwoju mowy i języka, poprawa motoryki artykulacyjnej, regulacja napięcia mięśniowego w obszarze ustno-twarzowym. Cele szczegółowe to: uaktywnienie mięśni mimicznych oraz mięśni żucia, domknięcie jamy ustnej, zredukowanie ślinienia, przyrost ciśnienia wewnątrz jamy ustnej, przesuwanie się języka ku górze i ku tyłowi, rozwój motoryki dużej i małej, rozwój percepcji wzrokowej i słuchowej, rozwój zachowań społecznych oraz emocji, budowanie i rozwijanie kompetencji komunikacyjnej i językowej, kształtowanie świadomości własnego ciała, otaczającej przestrzeni.

W pracy z Zosią wykorzystałam stymulację rozwoju sensorycznego na podstawie elementów *metody integracji sensorycznej*. *Integracja sensoryczna* jest procesem, dzięki któremu mózg, otrzymując informacje ze zmysłów, segreguje je, rozpoznaje, interpretuje, integruje z sobą oraz z wcześniejszymi doświadczeniami po to, by odpowiedzieć adekwatną reakcją na wymagania otoczenia. Kiedy wszystkie procesy sensoryczne i integracyjne przebiegają prawidłowo, rozwój ruchowy i poznawczy dziecka dokonuje się bez zakłóceń. Gdy natomiast dochodzi do nieprawidłowości w procesach integracyjnych, pojawiają się dysfunkcje w percypowaniu, motoryce, zachowaniu. Zaburzone informacje zmysłowe mogą wpływać niekorzystnie na rozwój mowy (MAAS, 1998).

W pracy z dzieckiem, opierając się na elementach metody integracji sensorycznej, wykorzystałam stymulację dotykową, w tym czucia powierzchniowego, stymulację węchową, proprioceptywną oraz przed-sionkową.

Kolejną metodą zastosowaną w pracy z dzieckiem była *ustno-twarzowa terapia regulacyjna* będąca częścią koncepcji Rodolfo Castillo Moralesa. Skierowana jest do pacjentów z zaburzeniami sensomotorycznymi w obrębie twarzy, jamy ustnej, gardła, przeznaczona szczególnie do leczenia zaburzeń ssania, połykania, żucia oraz mowy (CASTILLO MORALES, 2009). Opisywana metoda polega na oddziaływaniu na mięśnie biorące udział w procesie mowy (mięśnie kontrolujące ustawienie głowy, mięśnie twarzy, jamy ustnej, klatki piersiowej, oddechowe) poprzez odpowiednie manipulacje terapeutyczne. Dzięki temu możliwe jest norma-

lizowanie napięcia wymienionych grup mięśniowych (KACZAN, REGNER, 2004). Wykorzystałam tu między innymi: ciszę motoryczną, stymulację neuromotoryczną punktów twarzy (MASGUTOWA, REGNER, 2009), kontrolę żuchwy (KACZAN, REGNER, 2004), wibrację na policzkach oraz wargach (CASTILLO MORALES, 2009).

Podczas terapii stymulowałam różne sfery rozwoju dziewczynki, w tym motorykę dużą i małą, prakcję oralną, percepcję wzrokową, słuchową, rozwój społeczny oraz emocjonalny, opierając się na propozycjach ćwiczeń znajdujących się w książce *Wczesna interwencja terapeutyczna. Stymulacja rozwoju dziecka. Od noworodka do 6. roku życia* (CIESZYŃSKA, KORENDO, 2008b).

Podczas pracy z dzieckiem wykorzystałam elementy *terapii behawioralnej* – *selektywne wzmocnienie pozytywne*, polegające na systematycznym wzmacnianiu pozytywnym pożądanego zachowania, dzięki czemu staje się ono częstsze. Wzmocnieniem pozytywnym jest coś, co jest pożądane przez pacjenta (SELIGMAN, WALKER, ROSENHAN, 2003). Zosia otrzymywała nagrodę za siedzenie przy stoliczku, później za wykonanie chociażby najmniejszego zadania przy stoliku. Nagrodą był rzep ze zwierzątkiem, który dziewczynka przyklejała na planszę; po zebraniu czterech zwierzątek mogła polizać lizaka.

Wykorzystałam także *wygaszanie*, będące sposobem działania mającym na celu eliminowanie nieprzystosowawczych zachowań – zachowanie można wyeliminować, nie dopuszczając, aby następowało po nim coś bardzo pożądanego przez pacjenta (SELIGMAN, WALKER, ROSENHAN, 2003). Wykorzystałam wygaszania w sytuacji, kiedy dziewczynka kładła się na podłogę, nie chcąc wejść do gabinetu i buntując się w ten sposób. Dawałam dziecku czas na uspokojenie się, ignorując jego zachowanie. Gdy się wyciszyło, zachęcałam do wejścia do gabinetu.

Podczas zajęć z Zosią korzystałam z *gestu* jako *metody wspomagającej porozumiewanie się*. Używałam go, zachęcając dziewczynkę do naśladowania i wiązania gestu z odpowiednią sytuacją (SMYCZEK, SZCZAWIŃSKI, 2000).

W pracy z dzieckiem wykorzystałam zjawisko „transferu z ręki na mowę”. Ręka i strefa oralna mają bliską reprezentację czuciową w mózgu – usprawniając rękę, doprowadzamy do rozwijania mowy i odwrotnie (MICHALAK-WIDERA, 2007). Ważne jest, aby dzieci w początkowym

etapie nauki mowy zapamiętywały słowa, ale słowa powinny być zakodowane poprzez ruch i wizualizację (MICHALAK-WIDERA, WĘSIERSKA, 2010).

Odnosząc się do opisywanego zjawiska, wykorzystałam w terapii dziecka:

- *Zaczynam mówić. Program rozwijający mowę dzieci najmłodszych z problemami w mówieniu* (MICHALAK-WIDERA, 2007). W tym programie dźwięki mowy wprowadzane są w kolejności ich pojawiania się w czasie rozwoju mowy dziecka: najpierw ćwiczone są samogłoski; potem spółgłoski ([m], [t], [p], [j], [ł], [n]) łączone z samogłoskami; następnie wymawiane są odgłosy osób, zwierząt, przedmiotów; później pojawiają się wyrazy dwusylabowe – określające nazwy osób, przedmiotów, prostych czynności; nowe odgłosy oraz słowa składają się wyłącznie z wcześniej wyuczonych dźwięków; program zapoznaje dziecko z obrazami głosek, czyli literami, przygotowując jednocześnie do nauki czytania; ćwiczenia wymawiania samogłosek i sylab połączone są z ruchem dłoni;
- *Już mówię. Program rozwijający mowę dzieci najmłodszych z problemami w mówieniu* (MICHALAK-WIDERA, 2010) – będący kontynuacją programu *Zaczynam mówić*; zawarte są tu propozycje ćwiczeń kolejnych głosek pojawiających się w mowie dzieci;
- *Potrafię mówić, kreślić, wycinać. Zwierzęta wokół nas. Część I* (MICHALAK-WIDERA, WĘSIERSKA, 2010) oraz *Potrafię mówić, kreślić, wycinać. Dźwięki wokół nas. Część II* (MICHALAK-WIDERA, WĘSIERSKA, 2011) – to książeczki stymulujące nabywanie mowy (wzbogacają zarówno słownik bierny – poprzez nazywanie desygnatów i czynności – jak i słownik czynny); rozwijają także umiejętności przygotowujące dziecko do przyszłego pisania, takie jak: kreślenie palcem po linii, kreślenie pisakiem po linii, na kolejnym etapie rozwoju – ćwiczenia w wycinaniu; ponadto dzięki książeczkom możliwe jest ćwiczenie uwagi oraz pamięci; wykorzystane są onomatopeje: kreśląc po śladzie, naśladujemy odgłos wydawany przez zwierzątko, przedmiot, pojazd, osobę i zachęcamy dziecko do takiego samego zachowania.

Podczas pracy z Zosią skorzystałam także z materiałów oraz propozycji zabaw zawartych w *Od obrazka do słowa. Gry rozwijające mowę dziecka* oraz *Od obrazka do słowa. Poradnik dla pedagogów, logope-*

dów i rodziców dzieci z trudnościami w porozumiewaniu się autorstwa H. RODAK i D. NAWROCKIEJ (1994a, b). Wymienione materiały służą do rozwijania podstawowego zasobu słów u dzieci z trudnościami w porozumiewaniu się. Przeznaczone są też do kształtowania umiejętności językowych u dzieci w wieku przedszkolnym oraz młodszym wieku szkolnym, również do wczesnej nauki czytania metodą globalną.

Podsumowanie

Uwzględniając funkcjonowanie językowe dziecka w okresie trwania badania początkowego (dziewczynka miała wtedy 28 miesięcy), mowa czynna została oceniona na 12.–14. miesiąc życia. Dziecko wypowiadało niektóre sylaby, dźwięki, proste słowa zbudowane głównie z prymarnych sylab otwartych. Rozumienie mowy oszacowano na okres pomiędzy 17. a 20. miesiącem życia. Dziewczynka rozumiała proste polecenia, trudność sprawiało jej rozumienie bardziej złożonych komunikatów.

Po okresie półrocznej terapii (wiek dziecka w trakcie przeprowadzania badania końcowego: od 33. do 34. miesiąca życia) u dziewczynki widoczny jest rozwój rozumienia nazw rzeczowników, czasowników, przymiotników. Zauważyć można także wykorzystywanie *gestu* podczas prób nazywania znanych sobie zwierząt, połączone z próbą wydania odgłosu przez dziecko. Dziewczynka wypowiada również pierwsze sylaby kilku wyrazów, gdzie znajduje się sylaba otwarta oraz składająca się z prymarnych głosek, np. „pi” – sygnalizując, że chce jej się pić. Buduje wyrazy złożone ze zreduplikowanych sylab otwartych, takie jak: „mama”, „baba”, „tata”. Dziewczynka zaczyna rozumieć proste zdania pojedyncze, dwu- lub trzelementowe, zawierające wyrażenie przyimkowe. Dziecko zaczyna wykonywać bardziej złożone polecenia. Rozwój mowy czynnej znajduje się na etapie 12., 13. do 16. miesiąca życia. Rozwój rozumienia mowy – na etapie około 24. miesiąca życia.

Uwzględniając pozostałe sfery rozwoju dziecka, motoryka duża przed rozpoczęciem terapii została oceniona na 17.–20. miesiąc życia, po terapii – również na 17.–20. miesiąc. Poziom rozwoju motoryki małej: przed rozpoczęciem terapii – 17.–20. miesiąc życia, po terapii – 17.–21. miesiąc życia. W zakresie małej motoryki zauważa się u dziecka częstsze uży-

wanie prawej ręki. Percepcja wzrokowa: przed rozpoczęciem terapii – na poziomie 24. miesiąca życia, po 6 miesiącach terapii – podobnie. Rozwój percepcji słuchowej przed rozpoczęciem terapii został oszacowany na 20.–24. miesiąc, po 6 miesiącach jej trwania – również 20.–24. miesiąc życia.

Dziecko poczyniło duży postęp, jeżeli chodzi o sposób zachowywania się podczas zajęć. Bardzo pomocne w terapii okazały się elementy *metody behawioralnej*, szczególnie *selektywne wzmocnienie pozytywne*, które pozwoliło na prowadzenie zajęć także przy stolicku, wydłużyło czas koncentracji dziecka na zadaniu. Zdarzają się jeszcze sytuacje, w których dziewczynka stawia opór, buntuje się, jednak nie występują z taką częstotliwością, jak 6 miesięcy wcześniej.

Dziecko od grudnia 2011 roku uczęszcza do miniprzedszkola. Dziewczynka dobrze znosi rozstanie z mamą. W miniprzedzszkolu ma kontakt z rówieśnikami, możliwe jest też stopniowe przyswajanie przez dziewczynkę reguł pozwalających funkcjonować w grupie, co wpływa na jej rozwój społeczny. Mama Zosi otrzymuje pozytywne informacje zwrotne od personelu miniprzedszkola, mówiące o tym, że dziewczynka jest radosna, obserwuje inne dzieci, naśladuje je, wita się z nimi, czasami do nich przytula, zaczyna inicjować zabawy.

W obrębie aparatu ustno-twarzowego widoczne jest częstsze domykanie warg w spoczynku, zmniejszenie ślinienia, wykonywanie językiem ruchów ku górze. Picie z odkrytego kubeczka jest bardziej precyzyjne.

Badanie motoryki artykulacyjnej (RODAK, 1994) w dalszym ciągu wskazuje na znaczne obniżenie sprawności narządów mowy dziecka. W zakresie prób wykonywanych językiem dziewczynka podejmuje wysiłek unoszenia języka w kierunku nosa, kierowania języka do kącika ust, także unoszenia języka do podniebienia, oblizywania warg przy otwartych ustach, kłaska językiem, wysuwa i chowa język do jamy ustnej – ruchy wciąż nie są dostatecznie precyzyjne, zmniejszony jest ich zakres, zwolnione tempo podczas ich wykonywania (szczególnie widoczne przy próbach unoszenia języka na górną wargę, oblizywania górnej wargi).

Uwzględniając próby warg, należy zauważyć, że dziewczynka zaciska wargi (widoczne zwiększenie siły nacisku), podejmuje próby ściągania ich i rozciągania. Wibrowanie warg oraz cmokanie wydają się bardziej precyzyjne.

Obserwacja pod kątem *zaburzeń integracji sensorycznej*, na podstawie książki DELACATO (1995), daje następujące informacje o dziecku. Dziewczynka w dalszym ciągu lubi aktywność związaną z brudzeniem się (malowanie palcami, lepienie z plasteliny), lubi być przytulana, lubi, kiedy się ją ściska, mocno obejmuje. W zakresie równowagi i ruchu: wciąż ma słabą równowagę, ponadto dziecko lubi kręcić się na karuzeli, krześle obrotowym, huśta się na krześle. W dalszym ciągu występuje niezgrabność ruchowa, trudności z podnoszeniem cięższych przedmiotów. Dziewczynka bywa mniej pobudzona, nie potrzebuje tak wiele ruchu w czasie zajęć prowadzonych przez logopedę, jest w stanie dłużej się skoncentrować.

Obserwując i oceniając funkcjonowanie dziecka, widać opóźnienie w rozwoju psychoruchowym – w większości sfer wynosi ono ponad/około rok. Największe opóźnienie dotyczy rozwoju mowy czynnej i stanowi około 16–17 miesięcy.

Dziewczynka w dalszym ciągu wymaga intensywnego, wszechstronnego stymulowania rozwoju. W terapii Zosi należy zwrócić uwagę na stymulowanie jej rozwoju ruchowego (dużej oraz małej motoryki), również w aspekcie rozwijania mowy – podczas prowadzonych zajęć należy łączyć mowę z ruchem ciała, rąk. Dobrym pomysłem może być poszerzenie poznanych podstawowych gestów o metodę Makaton. Dzięki jej zastosowaniu możliwe będzie dalsze stymulowanie rozwoju mowy oraz zmniejszanie frustracji dziecka związanej z trudnością w porozumiewaniu się, wyrażeniu swoich potrzeb. Konieczne jest stałe monitorowanie rozwoju Zosi. Trzeba podkreślić, że widoczne są postępy dziewczynki. Mimo tego, że w większości sfer są małe, pojawiają się powoli, są bardziej widoczne pod kątem zachowania, to jednak należy zauważać nawet najmniejsze z nich. Są wzmocnieniem dla rodzica, terapeuty, ale i dla dziecka. Dodają sił do czekającej przed nami jeszcze długiej pracy.

Bibliografia

- CASTILLO MORALES R., 2009: *Ustno-twarzowa terapia regulacyjna*. Przeł. P. BANASZEK. Wrocław: Oficyna Wydawnicza ATUT – Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe.
- CIESZYŃSKA J., KORENDO M., 2008a: *Karty diagnozy. 10 etapów rozwoju dziecka od 4. do 36. miesiąca życia*. Kraków: Wydawnictwo Edukacyjne.

- CIESZYŃSKA J., KORENDO M., 2008b: *Wczesna interwencja terapeutyczna. Stymulacja rozwoju dziecka. Od noworodka do 6. roku życia*. Kraków: Wydawnictwo Edukacyjne.
- DELACATO C.H., 1995: *Dziwne, niepojęte autystyczne dziecko*. Przeł. M. GŁÓWCZAK. Warszawa: Fundacja Synapsis.
- DILLING-OSTROWSKA E., 1982: *Rozwój i zaburzenia mowy u dzieci w zależności od stopnia dojrzałości układu nerwowego*. W: SZUMSKA J., red.: *Zaburzenia mowy u dzieci*. Warszawa: PZWL, s. 18–30.
- JASTRZĘBOWSKA G., 2003: *Afazja, dysfazja dziecięca*. W: GAŁKOWSKI T., JASTRZĘBOWSKA G., red.: *Logopedia. Pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*. T. 2. Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, s. 83–119.
- KACZAN T., REGNER A., 2004: *Teoretyczne i praktyczne podstawy ustno-twarzowej terapii regulacyjnej wg koncepcji Rodolfo Castillo Moralesa*. W: SADOWSKA L., red.: *Neurofizjologiczne metody usprawniania dzieci z zaburzeniami rozwoju*. Wrocław: Wydawnictwo Akademii Wychowania Fizycznego, s. 163–200.
- KACZMAREK L., 1966: *Nasze dziecko uczy się mowy*. Lublin: Wydawnictwo Lubelskie.
- KELMAN E., NICHOLAS A., 2008: *Practical Intervention for Early Childhood Stammering. Palin PCI Approach*. Milton Keynes: Speechmark Publishing Ltd.
- KORDYL Z., 1968: *Psychologiczne problemy afazji dziecięcej*. Warszawa: PWN.
- KORDYL Z., 1969: *Mowa dzieci afatycznych*. „Logopedia”, T. 8/9, s. 16–30.
- LINDNER G., 1976: *Podstawy audiologii pedagogicznej*. Przeł. J. WIERZCHOWSKI. Warszawa: PWN.
- MAAS V.F., 1998: *Uczenie się przez zmysły. Wprowadzenie do teorii integracji sensorycznej dla rodziców i specjalistów*. Przeł. E. GRZYBOWSKA, Z. PRZYROWSKI, M. ŚLIFIRSKA. Warszawa: WSiP.
- MASGUTOWA S., REGNER A., 2009: *Rozwój mowy dziecka w świetle integracji sensomotorycznej*. Wrocław: Continuo.
- MICHALAK-WIDERA I., 2007: *Zaczynam mówić. Program rozwijający mowę dzieci najmłodszych z problemami w mówieniu*. Katowice: Unikat 2.
- MICHALAK-WIDERA I., 2010: *Już mówię. Program rozwijający mowę dzieci najmłodszych z problemami w mówieniu*. Katowice: Unikat 2.
- MICHALAK-WIDERA I., WĘSIERSKA K., 2001: *Aby nasze dzieci mówiły pięknie...: program terapii stymulującej nabywanie mowy przez dzieci prawidłowo rozwijające się, jak i te, u których rozwój przebiega nieharmonijnie*. Katowice: Unikat 2.
- MICHALAK -WIDERA I., WĘSIERSKA K., 2010: *Potrafię mówić, kreślić, wycinać. Zwierzęta wokół nas. Część I*. Katowice: Unikat 2.
- MICHALAK-WIDERA I., WĘSIERSKA K., 2011: *Potrafię mówić, kreślić, wycinać. Dźwięki wokół nas. Część II*. Katowice: Unikat 2.
- PALUCH A., DREWNIAK-WOŁOSZ E., MIKOSZA L., 2005: *AFA – SKALA. Jak badać mowę dziecka afatycznego?* Kraków: Impuls.
- PANASIUK J., 2008: *Standard postępowania logopedycznego w przypadku alalii i niedokształcenia mowy o typie afazji*. „Logopedia”, T. 37, s. 69–88.

- PAROL U.Z., 1989: *Dziecko z niedokształceniem mowy*. Warszawa: WSiP.
- ROCLAWSKI B., FEDOROWSKA W., WARDOWSKA B., 1995: *Wczesne uwarunkowania rozwoju mowy*. Gdańsk: Glottispol.
- RODAK H., 1994: *Terapia dziecka z wadą wymowy*. Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.
- RODAK H., NAWROCKA D., 1994a: *Od obrazka do słowa. Gry rozwijające mowę dziecka*. Warszawa: WSiP.
- RODAK H., NAWROCKA D., 1994b: *Od obrazka do słowa. Poradnik dla pedagogów, logopedów i rodziców dzieci z trudnościami w porozumiewaniu się*. Warszawa: WSiP.
- SELIGMAN M.E.P., WALKER E.F., ROSENHAN D.L., 2003: *Psychopatologia*. Przeł. J. GILEWICZ, A. WOJCIECHOWSKI. Poznań: Zysk i S-ka.
- SMYCZEK A., SZCZAWIŃSKI P., 2000: *Gesty*. Kraków: Stowarzyszenie „Mówić bez Słów”.
- SPIONEK H., 1965: *Zaburzenia psychoruchowego rozwoju dziecka*. Warszawa: PWN.
- STYCZEK I., 1980: *Logopedia*. Warszawa: PWN.
- SZUMSKA J., 1982: *Neurofizjologiczne podstawy zaburzeń mowy u dzieci*. W: SZUMSKA J., red.: *Zaburzenia mowy u dzieci*. Warszawa: PZWL, s. 7–17.

Anna Rodacka

A speech therapy of a girl suffering from developmental dysphasia

Summary

The article presents the descriptions of child aphasia and dysphasia. The first part of the text is devoted to defining child aphasia and dysphasia and their characteristics. The second part of the text describes the case study of a girl diagnosed with developmental dysphasia. The case study constitutes a compilation of the crucial pieces of information concerning the development of the girl. The methods applied in the therapy are also described. Additionally, the comparison of the child's functioning before and after the six-month therapy is presented. Comparing appropriate development areas allowed certain changes in the girl's functioning to be noticed, as well allowing the quality of the conducted therapy to be estimated.

Anna Rodacka

Logopädische Behandlung des Mädchens mit kindlicher Entwicklungsdysphasie

Zusammenfassung

Der vorliegende Artikel handelt über kindliche Aphasie/Dysphasie. Im ersten Teil definiert die Verfasserin den Begriff, gibt die in der Fachliteratur beschriebenen einzelnen Formen der Krankheit an und charakterisiert genau die Entwicklungsaphasie und Dysphasie des Kindes. Der nächste Teil ist die Fallstudie des Mädchens, bei dem die kindliche Entwicklungsdysphasie diagnostiziert wurde. Die Verfasserin untersucht die Informationen über das Verhalten des Kindes in den einzelnen Entwicklungsstadien. Sie schildert die in der Behandlung des Mädchens angewandten Methoden und vergleicht sein Befinden vor der Behandlung mit dem nach sechsmonatlicher Therapie. Der Vergleich von entsprechenden Entwicklungsstadien des Kindes ließ, die im Verhalten des Mädchens erscheinenden Änderungen wahrnehmen und die Ergebnisse der logopädischen Arbeit bewerten.

Bogumiła Wilk

Szkoła Podstawowa nr 15 w Chorzowie
Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 1 w Katowicach
Centrum Logopedyczne w Katowicach

Terapia logopedyczna dziecka z zespołem Aspergera Opis przypadku

Zespół Aspergera (ZA) to zaburzenie rozwojowe ze spektrum autyzmu, które pomimo coraz większej wiedzy na jego temat nadal jest trudne do zdiagnozowania, zwłaszcza jeśli mamy do czynienia z małymi dziećmi, między 3. a 5. rokiem życia. Prawdopodobnie przyczyniają się do tego wciąż niestalone kryteria diagnozy oraz brak odpowiednich narzędzi. Do tej pory bardzo częstym wyznacznikiem zespołu Aspergera był brak deficytów związanych z rozwojem mowy (DSM-IV i ICD-10). Jednak najnowsze badania przeczą tym kryteriom (KORENDO, 2012).

Mowa dzieci z zespołem Aspergera charakteryzuje się szybkim i sprawnym nabywaniem rzeczowników, co ułatwia etykietowanie rzeczywistości (dzieci potrafią nazywać zwierzęta, zabawki oraz inne przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu). Problem jednak pojawia się wówczas, gdy dochodzi do budowania poprawnych zdań z zachowaniem odpowiedniej składni. Wtedy właśnie okazuje się, że w wypowiedziach tych brakuje przyimków i spójników. Dzieci z zespołem Aspergera zapamiętują nazwy, zwroty, zdania, którymi posługują się schematycznie, ale nie potrafią dostosować swych wypowiedzi do okoliczności. Takie zakłócenia rozwoju językowego mają wpływ na rozwój społeczny i emocjonalny, a więc powodują ogromne problemy z funkcjonowaniem w grupie. Bez komunikacji językowej trudno jest rozwijać się społecznie i emocjonalnie. Brak umiejętności rozpoznawania uczuć innych, okazywania emocji, współodczuwania oraz panowania nad emocjami stanowią poważne zakłócenia w kontaktach zarówno z osobami z najbliższe-

go otoczenia, jak i z rówieśnikami w przedszkolu czy w szkole. Trudności z funkcjonowaniem w grupie wiążą się również z brakiem zrozumienia i przyswajania reguł społecznych oraz z nieumiejętnością zrozumienia przekazów werbalnych.

U dzieci z zespołem Aspergera oraz innych zaburzeń ze spektrum autyzmu obserwujemy też brak umiejętności zabawy. Dotyczy to zarówno zabaw manipulacyjnych, jak i tematycznych. Przekłada się to na trudności w nawiązywaniu kontaktu z rówieśnikami.

Kolejną, często zauważalną cechą osób z ZA jest nieprawidłowy rozwój motoryczny. Dotyczy to zwykle motoryki małej, *praksji oralnej* (celowych ruchów narządów mowy: warg, języka, żuchwy, podniebienia) oraz koordynacji ruchów. Dzieci te zazwyczaj mają kłopot z opanowaniem jazdy na rowerze czy hulajnodze. Słabe umiejętności manualne to także jedno z kryteriów tego zaburzenia wynikające z nieprawidłowego rozwoju ruchowego. Przewycięzenie tych trudności wymaga sporej ilości czasu, ponieważ dzieci niechętnie wykonują ćwiczenia związane z rysowaniem i pisanie. Głównym problemem jest brak koordynacji wzrokowo-ruchowej podczas zajęć grafomotorycznych.

Wszystkie te czynniki oraz słaby poziom rozwoju funkcji poznawczych, a więc percepcji wzrokowej, słuchowej, czuciowej, pamięci i nśladownictwa, skutkują nieprawidłowością w budowaniu systemu językowego.

Historia Piotrusia

Piotruś urodził się w październiku 2007 roku, pochodzi z pełnej rodziny, jest jedynakiem, ma pracujących rodziców. W czasie gdy mama zaszła w ciążę, w domu przeprowadzano remont. Z jej wypowiedzi wynika, że na początku ciąży rozwijała się prawidłowo, ale po pewnym czasie – mama nie pamięta, w którym miesiącu – pojawił się krwawk. Zdecydowała się więc na leczenie farmakologiczne. Dziecko urodziło się o czasie, siłami natury. Jako noworodek Piotruś nie chorował i rozwijał się prawidłowo. We wczesnych stadiach rozwoju mowy, zdaniem opiekunów, chłopiec głużył i gaworzył, choć mama wspomina, że niewiele. Wypowiadał pierwsze wyrazy. Piotruś siadał w 7. miesiącu życia; między

8. a 9. miesiącem stawał w łóżeczku; nie raczkował, tylko pełzał; zaczął chodzić, gdy miał 1 rok i 3 miesiące. Rodzice nie zauważyli żadnych odstępstw od normy. W rodzinie nie występowały zaburzenia wymowy ani choroby, które mogłyby świadczyć o genetycznej etiologii zespołu Aspergera. O pierwszych niepokojących objawach rodzice zostali poinformowani podczas badań u lekarza pediatry, który zwrócił uwagę na trudność w nawiązaniu kontaktu z dzieckiem oraz problem z koncentracją – aby skupić uwagę dziecka, należało klasnąć. Gdy chłopiec miał około 1,5 roku, mama zauważyła, że mówi „gardłowo”, a słowa są wyrzucane, a nie wypowiedane. Z jej opisu wynika, że dziecko nie potrafiło ułożyć ust, aby coś powiedzieć. Piotruś nigdy nie spał w łóżeczku, tylko zawsze z rodzicami. Zmiana nastąpiła dopiero, gdy chłopiec poszedł do żłobka; miał wtedy 23 miesiące. Mama zapamiętała, że wtedy Piotruś przestał mówić. Od czasu, gdy chłopiec zaczął chodzić do żłobka, zaczął często chorować na zapalenie oskrzeli, a USG wykazało *reflaks żołądkowo-przełykowy* (cofanie się treści żołądka do przełyku, co powoduje przykre dolegliwości, między innymi zgagę; może objawiać się np. zaburzeniami połykania, chrypką, zapaleniem krtani, suchym zapaleniem gardła lub uczuciem zatykania w gardle). Od 2010 roku dziecko uczęszcza do miejskiego przedszkola.

Wyniki badań specjalistycznych

Wyniki badań specjalistycznych przedstawiam na podstawie dokumentacji otrzymanej od mamy dziecka.

Badanie audiologiczne, wykonane w kwietniu 2011 roku, wykazało, iż Piotruś ma słuch prawidłowy. Badanie psychologiczne pokazało, że chłopiec funkcjonuje na poziomie wysokiego rozwoju intelektualnego. Z wywiadu z matką i opinii wychowawcy grupy przedszkolnej wynika, że dziecko przejawia niepokojące zachowania w relacjach z rówieśnikami. Nie nawiązuje z nimi kontaktów, preferuje schematyczną zabawę, nie lubi zmian dotyczących sytuacji, pomieszczeń, przedmiotów. Występują stereotypowe i powtarzające się *manieryzmy ruchowe* (trzepotanie rękami, chodzenie na palcach, stukanie itp.). Piotruś lubi oglądać bajki, reklamy oraz książki niezawierające ilustracji. Występuje u nie-

go *echolalia* (powtarzanie słów lub całych zwrotów wypowiedzianych przez inne osoby). Badanie logopedyczne wykazało opóźniony i zaburzony rozwój mowy, która zaczęła się kształtować po 3. roku życia. Nadal artykulacja wielu głosek jest zaburzona, a mowa potoczna niezrozumiała dla otoczenia. Występują problemy z odtwarzaniem struktur wyrazów; dziecko potrafi poprawnie powtórzyć jedynie wyrazy dwusylabowe. Chłopiec rozumie krótkie polecenia, natomiast zaburzone jest rozumienie poleceń złożonych, niepopartych gestem. Nadal obniżona jest sprawność aparatu artykulacyjnego i zaburzona jego motoryka. Piotruś słabo gryzie i żuje.

Badanie neurologiczne wykazało zaburzony rozwój psychoruchowy, cechy zespołu Aspergera oraz opóźniony rozwój mowy o typie afazji ruchowej. Na podstawie badań Piotruś otrzymał opinię o potrzebie wczesnego wspomagania.

Pierwsze konsultacje z logopedą

Pierwsza konsultacja logopedyczna odbyła się w kwietniu 2010 roku, chłopiec miał wtedy 2 lata i 5 miesięcy. Rodzice zgłosili się z nim do logopedy z powodu niewyraźnej i niepełnej wymowy oraz trudności dziecka w nawiązywaniu kontaktów werbalnych z otoczeniem. Podczas pierwszych spotkań Piotruś nie nawiązywał kontaktu wzrokowego z logopedą. Wymuszał swoje potrzeby krzykiem i płaczem. Nie był zainteresowany zabawą, płakał, często zmieniał zabawki, rzucał nimi i chciał sam decydować, czym i jak długo będzie się bawić. Kolejne spotkania przebiegały spokojniej, chłopiec zainteresował się układankami ze zwierzętami. Starał się po kolei dopasować zwierzątko do odpowiedniego miejsca, ale nie naśladował odgłosów zwierząt i nie chciał ich powtarzać. Każda próba dopasowania zakończona sukcesem była słownie nagradzana przez logopedę i mamę, co bardzo cieszyło i motywowało dziecko do dalszej zabawy.

W okresie od kwietnia do czerwca 2010 roku rodzice skorzystali z czterech spotkań z logopedą. W tym czasie, oprócz oddziaływań terapeutycznych, prowadzona była obserwacja zachowań Piotrusia w kontaktach interpersonalnych z innymi osobami. W procesie terapii na tym

etapie wykorzystywane były elementy *wideotreningu* – rodzice uczyli się, jak w codziennych sytuacjach życiowych stwarzać dziecku okazję uczestniczenia w kontaktach interpersonalnych, odpowiadać na nie i inicjować je. Rodzicom udzielano szczegółowych wskazań terapeutycznych, jak wspierać i stymulować dziecko do podejmowania interakcji z osobami z otoczenia i uczestniczenia w nich oraz zalecono kontynuację terapii po wakacjach.

W wyniku badania kontrolnego, na które rodzice zgłosili się z Piotrusiem w grudniu 2010 roku, stwierdzono istotny przyrost słownictwa biernego i czynnego oraz znaczną poprawę w zakresie rozumienia mowy. Chłopiec chętniej odpowiadał na interakcje ze strony osób dorosłych, nieco dłużej potrafił skupić uwagę na wykonywanym zadaniu. Nadal jednak wymagał znacznej dyrektywności ze strony dorosłych, w przeciwnym razie bardzo szybko tracił zainteresowanie uczestnictwem w proponowanej zabawie (zadaniu, ćwiczeniu). U dziecka utrzymywała się tendencja do pewnej *nadaktywności* (duża ruchliwość) oraz niechęć do podporządkowywania się. Piotruś prezentował w sposobie komunikowania się z otoczeniem styl tzw. *działający według własnego planu* (objawiało się to tym, że dziecko rzadko inicjowało interakcje z innymi, najczęściej wtedy, gdy czegoś potrzebowało). Nadal słabo nawiązywał kontakt wzrokowy z osobami z otoczenia. Czasem wydawało się, że chłopiec przebywa we własnym świecie. Najczęściej bawił się jedną zabawką przez długi czas lub ciągle zmieniał przedmioty i formy aktywności, nie zawsze sygnalizował przy tym potrzebę zabawy z kimś innym. Nadal widoczne było znaczne opóźnienie w rozwoju językowym, przede wszystkim w obrębie mowy czynnej (nadawanie). Opóźnienia odnosiły się także do zasobu słownictwa biernego.

Terapia

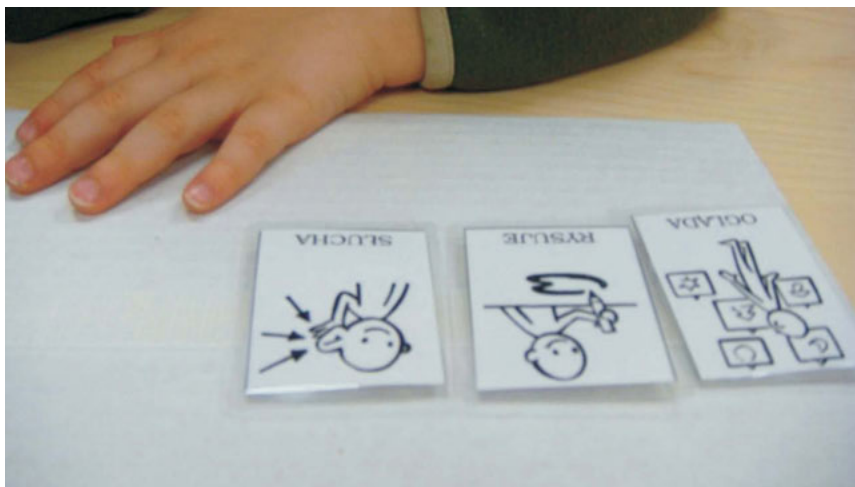
Piotruś od grudnia 2010 roku do chwili obecnej systematycznie korzysta z indywidualnej terapii logopedycznej. Praca logopedyczna w pierwszym etapie terapii koncentrowała się na modyfikowaniu warunków otoczenia i przyuczaniu rodziców do takiego aranżowania kontaktów z dzieckiem, aby jak najsilniej stymulować rozwój jego mowy.

Kolejny terapeuta, który kontynuował współpracę z rodziną, oprócz działań ukierunkowanych na pedagogizację rodziców podjął bezpośrednią pracę z dzieckiem. W czasie pierwszych spotkań chłopiec był nieśmiały, nie odzywał się, niechętnie nawiązywał kontakt wzrokowy, nie chciał się podporządkować, był ruchliwy, wymuszał swoje potrzeby. Podczas zabawy już po krótkim czasie wykazywał zniechęcenie i manifestował chęć wykorzystania innego rekwizytu. Na prośbę logopedy mama nie pozwalała dziecku przerwać zabawy i zejść z kolan. Po ukończeniu jej chłopiec został słownie nagrodzony. Kolejną zabawę chłopiec także chciał wcześniej zakończyć, jednak stanowcze przytrzymanie dziecka przez mamę przyniosło pozytywny skutek i zabawa została ukończona. Tym razem pochwałą było bicie brawa, co wyraźnie zadowoliło Piotrusia. Podczas kolejnych wizyt chłopiec dobrze funkcjonował w indywidualnym kontakcie z terapeutą. Przełamał onieśmienie, był chętny do współpracy i skupiony. Każda czynność oraz nawiązanie kontaktu wzrokowego były nagradzane, co bardzo motywowało chłopca do dalszej pracy.

Formy terapii zaproponowane rodzicom Piotrusia

Rodzicom dziecka zaproponowano następujące metody terapii. Stymulowanie dziecka do częstszego nawiązywania i podtrzymywania interakcji komunikacyjnych (werbalnych i niewerbalnych) z otoczeniem, stymulowanie oraz stopniowe usprawnianie nabywania mowy i języka, rozwijanie funkcji poznawczych, a w szczególności umiejętności naśladowactwa, pamięci, percepcji wzrokowej, słuchowej oraz czuciowej. Doskonalenie umiejętności zabawy, zarówno symbolicznej, jak i tematycznej. Stymulacja ogólnorozwojowa (ze szczególnym uwzględnieniem motoryki dużej i małej, także aparatu mowy oraz percepcji słuchowej – słuchu mownego). Udzielanie wsparcia rodzicom przez modyfikowanie ich postaw i zachowań, aby wdrożyć strategie terapeutyczne w codzienne sytuacje komunikacyjne. W tym celu w postępowaniu terapeutycznym wykorzystywane są między innymi następujące metody i techniki: program wideotreningu (nagrywanie codziennych sytuacji i omawianie ich) dla rodziców, aby ułatwić im przenoszenie działań terapeutycznych na

codzienne sytuacje życiowe; elementy metody Makaton¹, aby wspomóc proces komunikacji z wykorzystaniem gestu, symbolu, ekspresji ciała (zdjęcie 1).



Zdj. 1. Plan zajęć – wykorzystanie symboli (ze zbiorów własnych autorki; źródło ilustracji wykorzystanych na zdjęciu: GURBA 2001)

Wprowadzenie elementów Symultaniczno-Sekwencyjnej Nauki Czytania® Profesor J. Cieszyńskiej², aby ułatwić dziecku opanowywanie języka i werbalnej komunikacji z otoczeniem, oraz ćwiczeń grafomotorycznych (zdjęcie 2).

Zabawy słuchowe: rozwijanie kompetencji językowych za pomocą opowiadania historyjek, aby poszerzać słownictwo i umiejętność budowania zdań poprawnych gramatycznie. Zabawy tematyczne, np. „U lekarza”, „U fryzjera”, „W sklepie” itp., z wykorzystaniem rekwizytów, a w dalszym etapie bez nich.

W programie terapii logopedycznej uwzględniono również stosowanie różnorodnych pomocy dydaktycznych, stymulujących nabywanie mowy czynnej, dostosowanych do rozwoju dziecka.

¹ Autorkami polskiej wersji programu są: Bogusława Kaczmarczyk i Margaret Walker.

² Autorką metody jest Profesor Jadwiga Cieszyńska.



Zdj. 2. Korygowanie chwytu kredki (ze zbiorów własnych autorki)

Aktualna charakterystyka funkcjonowania chłopca

Od pierwszej konsultacji logopedycznej minęły już 2 lata. W tym czasie w rozwoju psychofizycznym chłopca można zauważyć wiele pozytywnych zmian. Piotruś zwykle jest radosny, nawiązuje kontakt wzrokowy, potrafi skupić się na zabawie, podejmuje nowe zadania, chociaż potrzebuje na nie czasu – musi się z nimi oswoić. Nie wykazuje nad-ruchliwości, w zabawach potrafi czekać na swoją kolej, nawiązuje kontakt werbalny. Wymowa chłopca nie jest jeszcze zbyt zrozumiała dla otoczenia, ale podczas terapii wypowiedzi dziecka, mimo iż zniekształcone, są zrozumiałe dla terapeuty. Można zaobserwować poprawę pracy artykulatorów. Pojawiły się głoski: [p], [b], [w], [t], [d], [n] oraz [k]. Dziecko czyta samogłoski prymarne oraz sylaby: „PA”, „PO”, „PE”, „PU”, „PI”, „PY”, „MA”, „MO”, „ME”, „MU”, „MI”, „MY”. Potrafi dopasować i „odczytać” wyrażenia dźwiękonaśladowcze i łatwe wyrazy (LALA, MIŚ, AUTO, PIŁKA, SAMOLOT; por. zdjęcie 3).

Chłopiec nazywa zwierzęta, zabawki, owoce, ubrania itp. Potrafi nazwać i dopasować obrazek do odpowiedniej kategorii. Jego zasób słownictwa jest coraz większy. Pojawiły się pytania i dłuższe zdania, np.



Zdj. 3. Czytanie globalne (ze zbiorów własnych autorki)

„No chodź już mamol!”. W czasie zabawy pacynkami coraz chętniej doskonalili sprawność językową w formie dialogu. Potrafi sam dodać zdanie, choć czasem jeszcze posiłkuje się gestem. Jego rozwój motoryczny również znacznie się poprawił. Piotruś nauczył się jeździć na hulajnodze. Motoryka mała z dnia na dzień ulega poprawie.

Podsumowanie

Mowa nie jest jedynym środkiem porozumiewania się, dlatego w początkowej fazie terapii logopedycznej warto poszukać takiego indywidualnego sposobu komunikowania się z dzieckiem, który ułatwi porozumiewanie się. Podczas terapii z Piotrusiem umocniłam się w przekonaniu, że praca logopedy wymaga uważnego, indywidualnego spojrzenia na dziecko, a wykorzystywanie elementów kilku metod przynosi wymierne efekty. Aktywne włączenie rodziców w terapię daje możliwość utrwalania i doskonalenia umiejętności w codziennym życiu, a sami rodzice budują swoje poczucie kompetencji i sprawstwa w kontaktach z dzieckiem. Zastosowanie w początkowej fazie terapii metody Makaton znacznie ułatwiło chłopcu porozumiewanie się. Bardzo szybko pojawiły się

syłaby (wskazując obrazek, na którym był „Miś”, Piotruś mówił: „MI”, wskazując kota, mówił: „KO”), a potem słowa (widząc lwa, powiedział: „lep”, pokazując rybę, powiedział: „yba”). Mimo iż słowa były zniekształcone, można było je zrozumieć. Równocześnie z wprowadzeniem metody Makaton rozpoczęłam Symultaniczno-Sekwencyjną Naukę Czytania® Profesor J. Cieszyńskiej, która również bardzo dobrze została przyjęta przez Piotrusia. Bardzo szybko nauczył się on samogłosek, a potem sylab z głoską „P” oraz „M” – był z tego bardzo zadowolony. Na obecnym etapie terapii nie ma potrzeby wykorzystywania komunikacji alternatywnej, ponieważ chłopiec zaczął arykułować słowa. Praca logopedy skupia się więc na: Symultaniczno-Sekwencyjnej Nauce Czytania® Profesor J. Cieszyńskiej, doskonaleniu sprawności aparatu artykulacyjnego, rozwijaniu mowy i wzbogacaniu słownictwa w zabawie oraz wzmacnianiu umiejętności interakcyjnych, np. terapeuta udaje, że zapomniał o nagrodzie, albo zastanawia się, którą wybrać grę lub książeczkę do przeczytania. Wszystko to prowokuje dziecko do samodzielnego poproszenia o nagrodę lub wyboru gry.

Efekty i zmiany w zachowaniach społecznych, komunikacyjnych oraz doskonalenie sprawności językowej i wymowy wymagają dalszego utrwalania w toku intensywnej terapii logopedycznej. Systematyczna terapia i wdrażanie opisanych strategii, zarówno w domu, jak i w przedszkolu, ułatwią Piotrusiowi funkcjonowanie w relacjach z innymi, w tym w grupie przedszkolnej. Ważne jest, aby w środowisku chłopca nie brakło osób, które są silne i konsekwentne w swym działaniu oraz potrafią stosować reguły i wyznaczać granice.

Bibliografia

- BŁESZYŃSKI J., red., 2008: *Alternatywne i wspomagające metody komunikacji*. Kraków: Impuls.
- CIESZYŃSKA J., 2003: *Kocham czytać. Seria logopedyczna*. Kraków: Wydawnictwo Edukacyjne.
- CIESZYŃSKA J., 2006: *Kocham uczyć czytać. Poradnik dla rodziców i nauczycieli*. Kraków: Wydawnictwo Edukacyjne.
- CIESZYŃSKA J., 2011: *Wczesna diagnoza i terapia zaburzeń autystycznych. Metoda krakowska*. Kraków: Wydawnictwo Omega Stage Systems – Jędrzej Cieszyński.

- CIESZYŃSKA J., KORENDO M., 2007: *Wczesna interwencja terapeutyczna. Stymulacja rozwoju dziecka od noworodka do 6. roku życia*. Kraków: Wydawnictwo Edukacyjne.
- FRANCZYK A., KRAJEWSKA K., 2007a: *Program psychostymulacji dzieci w wieku przedszkolnym z deficytami i zaburzeniami rozwoju*. Kraków: Impuls.
- FRANCZYK A., KRAJEWSKA K., 2007b: *Zabawy i ćwiczenia na cały rok. Propozycje do pracy z dziećmi młodszymi o specjalnych potrzebach edukacyjnych*. Kraków: Impuls.
- GAŁKOWSKI T., 2005: *Zdolności porozumiewania się w autyzmie i ich wspomaganie*. W: GAŁKOWSKI T., JASTRZĘBOWSKA G., red.: *Podstawy neurologopedii. Podręcznik akademicki*. Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, s. 736–749.
- GRUSZCZYK-KOLCZYŃSKA E., ZIELIŃSKA E., 2000: *Wspomaganie rozwoju umysłowego trzylatków i dzieci starszych wolniej rozwijających się*. Warszawa: WSiP.
- GURBA U., 2001: *Zeszyt ćwiczeń komunikacji obrazkowej*. Kraków: Impuls.
- JASTRZĘBOWSKA G., 2001: *Zaburzenia komunikacji językowej u dzieci w świetle klasyfikacji międzynarodowych (ICD-10 i DSM-IV)*. W: GAŁKOWSKI T., JASTRZĘBOWSKA G., red.: *Logopedia. Pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*. Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, s. 352–364.
- KACZMAREK B.B., 2009: *Materiały szkoleniowe*. Poznań: [b.w.].
- KORENDO M., 2008: *Standard postępowania logopedycznego w przypadku zespołu Aspergera*. „Logopedia”, T. 37, s. 107–115.
- KORENDO M., 2010: *Zaburzenia lewopółkulowe u dzieci z zespołem Aspergera*. W: MIŁCHALIK M., SIUDA A., red.: *Nowa logopedia*. T. 1: *Zagadnienia mowy i myślenia*. Kraków: Collegium Columbinum, s. 95–103.
- KORENDO M., 2012: *Problemy rozwojowe osób z zespołem Aspergera jako wynik deficytów językowych*. Dostępne w Internecie: <http://www.konferencje-logopedyczne.pl> [data dostępu: 30.04].
- MŁYŃSKA M., SMEREKA T., 2000: *Psychostymulacyjna metoda kształtowania i rozwoju mowy oraz myślenia*. Warszawa: WSiP.
- MŁYŃSKA M., SMEREKA T., red., 2007: *Afazja i autyzm. Zaburzenia mowy oraz myślenia*. Wrocław: Podyplomowe Studium Logopedyczne Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocławskie Towarzystwo Naukowe.

Bogumiła Wilk

A speech therapy of a child diagnosed with Asperger's syndrome A case study

Summary

The article presents a story of a five-year-old boy – Piotr – who was diagnosed with Asperger's syndrome. The author states that a speech therapy in this case should be ad-

justed properly to the child's general development. The description of the speech therapy that the boy participated in shows that the therapy helped the boy to achieve a higher level of language communication. An extremely important element of the therapy is the creation of an individual language system which is a set of different methods supporting language acquisition. The first part of the paper presents the results of the boy's examination. The second part presents the description of the therapy as well as some useful suggestions for those parents who want to work with their children at home. The cooperation between the therapist and Piotr, as well as the methods and therapy results, are also described in this paper.

Bogumiła Wilk

Logopädische Behandlung des Kindes mit Asperger-Syndrom Die Fallstudie

Zusammenfassung

In ihrem Artikel schildert die Verfasserin die Geschichte des fünfjährigen Jungen, Peter mit dem Asperger-Syndrom. Sie betont, dass eine logopädische Behandlung in solchem Fall mit gesamter Entwicklung des Kindes verbunden und früh angewandt werden muss. Sie beschreibt den Verlauf einer Vorgehensweise, dank der der Junge immer höhere Stufen der sprachlichen Kommunikation erreichen kann. Ein wichtiges Element der Therapie ist die Entwicklung des individuellen Sprachsystems, das aus mehreren, den Spracherwerb unterstützenden Methoden besteht. Im ersten Teil des Artikels werden die Ergebnisse der Spezialuntersuchungen des Jungen angegeben, der zweite Teil beinhaltet die Beschreibung der angewandten Therapie, praktische Hinweise für Peters Eltern zu Hausübungen und Peters Fortschritte.

Agnieszka Beldzik, Anna Tomzik

Uniwersytet Śląski

Sposoby komunikacji sześciolatniego dziecka autystycznego Studium przypadku

Wprowadzenie

Od dawna badacze zajmują się zaburzeniami zachowań, które w świetle medycyny pozostają nadal w wielu przypadkach niewytłumaczalne. Ten problem intrygował także szwajcarskiego uczonego E.M. Bleuera, który w roku 1916 opisał tzw. *otępienie wczesne*. Wśród objawów można wymienić: oderwanie od rzeczywistości i pozostawanie w kręgu własnych myśli. Symptomy te odpowiadają jednostce nozologicznej, określanej współcześnie mianem *autyzmu*. I to właśnie to zaburzenie będzie stanowiło *meritum* naszych rozważań.

Do najbardziej znanych prób definiowania i opisu autyzmu należą prace Leo Kanner z Johns Hopkins Hospital, który w 1943 roku opublikował artykuł na temat rozległych zaburzeń kontaktu afektywnego (GAŁKOWSKI, TARKOWSKI, ZALESKI, red., 1993). Amerykański psychiatra bazował w swych rozważaniach na obserwacji 11 dzieci, które przejawiały zaburzenia interakcji społecznej, dziwaczność zachowań oraz wady wymowy. Wyznaczył on trzy cechy klasycznego autyzmu, występujące u większości osób z tym schorzeniem, mianowicie: izolowanie się, potrzeba niezmienności oraz występowanie zdolności wysepkowych (GAŁKOWSKI, PISUŁA, red., 2004). Badacz ów upatrywał przyczyn autyzmu w interpersonalnych czynnikach psychodynamicznych, odrzucając tym samym etiologię biologiczną. Wprowadził on termin „autyzm dziecięcy”. Warto podkreślić, że w tym samym czasie w Niemczech Hans

Asperger opisał inną postać tejże choroby, znaną później pod nazwą „zespół Aspergera”. Oba te zaburzenia wraz z innymi (takimi jak: autyzm atypowy, upośledzenie zdolności niewerbalnego uczenia się, całościowe zaburzenie rozwoju niezdiagnozowane inaczej, autyzm wysokofunkcjonujący, zaburzenie semantyczno-pragmatyczne, zespół wielu złożonych zaburzeń i hyperleksja) są obecnie wymieniane w statystykach pod nazwą: *spektrum zaburzeń autystycznych*. Wziąwszy pod uwagę specyfikę społecznych interakcji wśród osób cierpiących na autyzm, należy wymienić: autystów aktywnych, podejmujących nienaturalny kontakt, społecznie wycofanych i społecznie pasywnych (KRUK-LASOCKA, 2003).

Opis autyzmu, jakiego dokonał Kanner, był później często uzupełniany o różne symptomy przez przedstawicieli wielu dyscyplin naukowych, co pokazało nie tylko specyfikę zachowań pacjenta autystycznego, ale i ich zróżnicowane podłoże etiologiczne. Postęp zachodzący w diagnostyce pozwolił wyodrębnić autyzm i oddzielić go od zaburzeń mylnie z nim utożsamianych. Obserwować możemy na tym polu wyraźną ewolucję poglądów badawczych. Otóż, w latach sześćdziesiątych XX wieku autyzm był postrzegany wyłącznie jako dysfunkcja psychosomatyczna, zależna w dużym stopniu od środowiska rodzinnego, w latach osiemdziesiątych zaś dostrzeżono złożoność tego problemu, którego wyjaśnienia zaczęto doszukiwać się w naukach biologicznych, biomedycznych, genetycznych i innych. Dopiero lata dziewięćdziesiąte pozwoliły na powolne usystematyzowanie się wiedzy o autyzmie. Wówczas uświadomiono sobie, iż nie jest to jednostka chorobowa, ale zaburzenie rozwojowe o różnym typie i natężeniu, o nadal nieustalonej etiologii, a także o zindywidualizowanym i niejednorodnym przebiegu (BŁESZYŃSKI, 2005b).

Próby definiowania autyzmu sprawiały badaczom problem. Zagadnieniem tym w Polsce zajmuje się między innymi Ewa Pisula, która opublikowała monografię prezentującą definicje autorstwa różnych naukowców oraz kontrowersje diagnostyczne obserwowane wokół autyzmu (PISULA, 1993). Wśród badaczy, którzy podejmowali próby definiowania omawianego zaburzenia, byli: K. Markiewicz, A.M. Leslie, F. Happe, S. Baron-Cohen, P. Barker, T. Gałkowski, J. Kruk-Lasocka, J. Rola, T. Peeters i wielu innych (BŁESZYŃSKI, 1998).

„Najogólniej autyzm bywa opisywany jako zespół zaburzeń w sferze poznawczej, rzutujących na zdolności umysłowe i percepcyjne danej

osoby. Za osiowy objaw zaburzenia uznaje się wycofanie z kontaktów społecznych, co uruchamia powstawanie kolejnych objawów” (MARKIEWICZ, 2007: 69). Istotę omawianego syndromu oddaje etymologia jego nazwy – greckie *autós* oznacza bowiem ‘sam’ (FRITH, 2008). Pacjent, w pełni lub częściowo, pozostaje sam we własnym świecie i nigdy nie jest w stanie wyleczyć się z tej „dolegliwości”.

Mimo zindywidualizowania cech autyzmu istnieje możliwość jego charakterystyki na tle grupy. Kanner wymienił wśród czynników diagnostycznych brak emocjonalnego kontaktu, brak lub specyficzny sposób mówienia, fascynację i sprawność w manipulowaniu wybranymi przedmiotami, rutynowe i stereotypowe formy zachowania oraz oznaki pewnego poziomu inteligencji (BŁESZYŃSKI, 1998). Dzięki ciągłym pracom nad tym problemem i uszczegółowieniem jego charakterystyki stało się możliwe wpisanie autyzmu jako jednostki nozologicznej do statystyk medycznych. Najbardziej znanymi systemami klasyfikacyjnymi są: Diagnostyczno-statystyczny podręcznik zaburzeń psychicznych (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* – DSM-IV) oraz Międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych (*International Classification of Diseases and Related Health Problems* – ICD-10).

Szczególnym opisem w systemie objawowym jest praca Lorry Wing i Judith Gould z 1979 roku, w której za najbardziej reprezentatywne sygnały autyzmu uznano symptomy z trzech sfer: życia społecznego, komunikacji i wyobraźni. Jeśli chodzi o pierwszą płaszczyznę, to charakteryzuje się ona przede wszystkim brakiem zainteresowania innymi osobami. W kontaktach interpersonalnych obserwować możemy brak zainteresowania zabawami, działaniami twórczymi, brak też umiejętności naśladownictwa. Pacjenci cierpiący na *autyzm* nie umieją także zachowywać dystansu do sytuacji i przedmiotów, często reagują panicznym lękiem. Źle znoszą zmiany. Natomiast komunikacją osoba autystyczna nie jest zainteresowana. Jeśli nabyła zdolność mowy, to może być ona zdominowana przez: echolalię, wypowiedzi stereotypowe, nieodporność struktur gramatycznych, trudność w rozumieniu znaczenia, nieprawidłowości w użyciu zaimków: „ja”, „on” i innych części mowy. Obserwować możemy również nikłe rozumienie komunikacji pozawerbalnej. W sferze wyobraźni chory cechuje się brakiem elastyczności i spontaniczności, ujawnia zaburzone procesy myślowe. Często osoby te

nie mogą skupić uwagi na określonym działaniu albo też koncentrują się na rzeczach nieistotnych (BŁESZYŃSKI, 1998; MARKIEWICZ, 2007).

Przywołana triada zaburzeń znajduje swoje odzwierciedlenie w poszczególnych klasyfikacjach diagnostycznych, zarówno DSM-IV, jak i ICD-10. W pierwszej z nich za podstawowe symptomy autyzmu uznaje się trudności związane z podejmowaniem interakcji społecznych, a więc kłopoty w utrzymywaniu kontaktu wzrokowego, zaburzenia w mimice, brak gestu wskazywania palcem, niezdolność do nawiązywania kontaktów z rówieśnikami, dzielenia się z inną osobą swoimi zainteresowaniami oraz pokazywania innym różnych przedmiotów. Rozpatrując natomiast aspekt komunikacyjny, zwraca się uwagę na: opóźnienie lub brak mowy, nieumiejętność inicjowania rozmowy, mowę stereotypową z dużą liczbą powtórzeń, trudności w zabawie uczestniczącej. O autyzmie świadczyć mogą takie zachowania, jak: nienaturalne zaabsorbowanie stereotypowymi tematami, pielęgnowanie rutynowych zachowań, rytuałów, występowanie zachowań kompulsywnych (MŁYNARSKA, 2008). Według klasyfikacji ICD-10 autyzm objawiać się może w zakresie trzech obszarów: rozumienia i ekspresji językowej używanej w społecznym porozumiewaniu się, rozwoju wybiórczego przywiązania społecznego lub wzajemnych kontaktów oraz w zakresie funkcjonalnej lub symbolicznej zabawy (BOBKIEWICZ-LEWARTOWSKA, 2000). Chcąc dokładniej opisać różnorodność i złożoność symptomów, należałoby się odnieść do poszczególnych płaszczyzn, takich jak: deficyty procesów poznawczych, percepcyjnych oraz sfery emocjonalnej (MARKIEWICZ, 2007).

Dzieci autystyczne bardzo często charakteryzują się brakiem zdolności do nawiązywania relacji z osobami w codziennych kontaktach, nie wykazują też przywiązania emocjonalnego oraz zainteresowania otaczającą je rzeczywistością (CYTOWSKA, WINCZURA, red., 2005). Tym samym, można zaobserwować u tych dzieci nieprawidłowy rozwój zdolności poznawczych, emocjonalnych, ekspresji oraz reakcji na bodźce społeczne. Ograniczenia te mogą znacząco wpływać na proces komunikacji. Dzieci z autyzmem mają zazwyczaj duże trudności związane z odczytywaniem określonych sytuacji społecznych i emocjonalnych, gdyż odczuwanie, myślenie, intencjonalność są dla nich poznawczo niedostępne (WOLSKI, 2001). A. Wolski wyróżnił trzy cechy charakteryzujące dziecko autystyczne w zakresie rozwoju poznawczego:

- 1) zwracanie uwagi na elementy mało istotne, drobne, błahe, które mają jednak dla nich specyficzne znaczenie;
- 2) częsta nadselektywność bodźców, ujawniająca się silną reakcją na bodźce prawie niedostrzegalne lub brakiem reakcji na bodźce bardzo silne;
- 3) możliwe brak lub zaburzenie porządkowania struktur sensorycznych (WOLSKI, 2001).

Ponadto, większość dzieci autystycznych przejawia sztywności i rytualizacje zachowań, które objawiają się głównie w trakcie zabawy, ale nie tylko. Takie postawy manifestują się przez trzepotanie rączkami, obracanie się w kółko, kręcenie przedmiotami, chodzenie na palcach, zadawanie rutynowych i obsesyjnych pytań, na które nie oczekuje się odpowiedzi, posiadanie talizmanu – przedmiotu, z którym dzieci te nigdy się nie rozstają. Tego typu zachowań jest niezwykle dużo, zajmowali się nimi różni badacze, od Kanner'a poczynając. Początkowo uznawano je za mechanizmy obronne przed lękiem i dezorganizacją otaczającego autystyka świata. Obecnie sugeruje się, że funkcje, jakie pełnią w zachowaniu konkretnego dziecka, są bardzo zróżnicowane (ZABŁOCKI, 2002).

Dlatego też jednym z ważnych aspektów rewalidacji indywidualnej osób z autyzmem jest rozwój umiejętności samoobsługowych i samodzielności. Ma się to odbywać, jak sugeruje K. ZABŁOCKI (2002), poprzez naukę sygnalizowania i załatwiania potrzeb fizjologicznych, ubierania i rozbierania się oraz dbałości o garderobę, poprawnego spożywania posiłków, dbania o czystość i estetykę otoczenia, poruszania się w środowisku, a także radzenia sobie w sytuacjach trudnych i nieznanach. Posiadanie wymienionych tu umiejętności pozwoli pacjentowi na godne i łatwiejsze funkcjonowanie w społeczeństwie.

Kwestią sporną pozostaje ustalenie przyczyn autyzmu, o czym świadczyć może przede wszystkim mnogość i różnorodność koncepcji. Najlepiej sprawę ujął S. Dzikowski, który poglądy te uporządkował w sześciu grupach: (1) poglądy chemiczne i biochemiczne, (2) genetyczne, (3) psychologiczne i psychoanalityczne, (4) poszukujące związku przyczyn autyzmu z innymi chorobami, (5) zaburzenia postrzegania i przetwarzania informacji oraz (6) organiczne uszkodzenia mózgu (klasyfikację tę przywołuje KRUK-LASOCKA, 2003). Mimo szczegółowych i solidnych dokumentacji badań wiele pytań nadal pozostaje bez

odpowiedzi, a znawcy nie są w stanie jednoznacznie określić przyczyn tego syndromu (szerzej na ten temat: JAKLEWICZ, 1993; KRUK-LASOCKA, 2003; MARKIEWICZ, 2004).

Opis przypadku Marka

Autyzm nie jest chorobą rzadką, badania pokazują, że może na niego cierpieć nawet pół miliona młodych Amerykanów (PUSTKOWSKI, 2011). Taką diagnozę postawiono również w przypadku Marka. Chłopiec urodził się we wrześniu 2005 roku, a w maju 2009 roku, po badaniu szpitalnym w Klinice Pediatrii i Neurologii Wieku Rozwojowego w Górnośląskim Centrum Zdrowia Dziecka, stwierdzono u niego autyzm i całościowe zaburzenie rozwoju. Obecnie chłopiec uczęszcza do przedszkola z oddziałami integracyjnymi oraz pozostaje pod opieką kilku specjalistycznych ośrodków pomocy (wśród nich należy wymienić: poradnię psychologiczno-pedagogiczną, ośrodek pomocy dla dzieci z autyzmem oraz poradnię logopedyczną).

Marek pochodzi z rodziny pełnej – ma pracujących rodziców oraz starszego brata w wieku gimnazjalnym. W rodzinie nie występują żadne zaburzenia wymowy ani choroby, które mogłyby świadczyć o genetycznej etiologii autyzmu. We wczesnych stadiach rozwoju mowy, zdaniem opiekunów, chłopiec prawidłowo gaworzył, głużył oraz wypowiadał pierwsze wyrazy. Nie zauważono zatem żadnych odstępstw od normy. Pierwsze niepokojące objawy rodzice zaobserwowali, gdy Marek miał 2,5 roku, dostrzeżono wówczas u niego regres w zakresie porozumiewania się. Także rozwój funkcji motorycznych, które, zdaniem rodziców, początkowo rozwijały się prawidłowo (dziecko nabyło umiejętność chwytania, siadania, chodzenia w odpowiednim wieku), uległ zahamowaniu. W okresie niemowlęcym i na początku fazy wczesnego dzieciństwa chłopiec nie wykazywał, w mniemaniu rodziców, żadnych zachowań, które mogłyby świadczyć o zaburzeniu. Nawiazywał kontakt wzrokowy z otoczeniem, lubił być noszony i przytulany, odwzajemniał czułości. Interesował się różnymi zabawkami typowymi dla jego wieku.

Pierwsze niepokojące sygnały członkowie rodziny zauważyli około 24.–30. miesiąca życia dziecka. Przede wszystkim było to zahamowanie

rozwoju mowy. Odwołując się do typologii L. Kaczmarka, można stwierdzić, że rozwój kompetencji komunikacyjnych u Marka zatrzymał się na etapie *okresu wyrazu*. W tym czasie zaobserwowano pogorszenie funkcjonowania społecznego i emocjonalnego. Nastąpiło osłabienie kontaktu wzrokowego, dziecko utraciło zainteresowanie wszelkimi zabawkami, angażowało uwagę w manipulowanie przedmiotami. W 3. roku życia Marek nie przejawiał typowej dla tego okresu umiejętności zabawy konstrukcyjnej ani tematycznej, natomiast preferował aktywność ruchową oraz zabawki dźwiękowe.

Marek od zawsze był związany emocjonalnie z matką, co widać w chwilach, gdy przyprowadza go ona na terapię logopedyczną – kiedy opuszcza salę ćwiczeń, dziecko jest rozdrażnione, wyraźnie pobudzone, reaguje płaczem. Ponadto, chłopiec czasem przychodzi z ciocią, wówczas nie reaguje aż tak emocjonalnie. Owszem, Marek powtarza wciąż: „do domu, do domu”, ale gdy logopeda tłumaczy mu, co będą jeszcze robić, zaczyna interesować się kolejnymi ćwiczeniami. Rodzice opowiadają o wspólnych zabawach w domu, które nazywają *baraszkowaniem*, a które sugerują, iż pomiędzy nimi istnieje silna więź uczuciowa. Interesujące są także relacje ze starszym bratem chłopca, które rodzice oceniają jako dobre. Przykładowo, Marek jedynie z bratem dzieli się słodyczami, co robi z własnej inicjatywy, przez nikogo nie nakłaniany ani nie pytany.

Rodzina bardzo mocno zaangażowała się w proces wychowania i rozwoju Marka. Od samego początku rodzice starali się zapewnić chłopcu specjalistyczną opiekę. W związku z tym uczestniczy on w różnych formach zajęć w ciągu tygodnia. Czasami powoduje to zmęczenie, niechęć do pracy, wyraźnie obniżoną koncentrację. Warto podkreślić, że oprócz zajęć przedszkolnych i terapii logopedycznej dziecko jest objęte programem wczesnego wspomaganie oraz jeździ do specjalistycznej placówki, zlokalizowanej w innym województwie. Różnorodność stosowanych form terapii pokazuje, jak wielkie jest zaangażowanie rodziny. Z praktycznych zasad, jakie wprowadzili opiekunowie w domu Marka, można przywołać przede wszystkim stosowanie na co dzień koszyczkowej metody planowania, która pozwala kontrolować przebieg poszczególnych zajęć i zadań, dając poczucie stabilizacji i bezpieczeństwa. Polega ona na oznaczeniu piktogramami koszyczków, w których znajdują się różne zadania do samodzielnej realizacji. Dziecko po wykonaniu określonej

czynności dostrzega, że koszyczek jest już pusty. Wszelkie zmiany, czy to w domu, czy w przedszkolu, są chłopcu skrupulatnie sygnalizowane i objaśniane, aby uniknąć sytuacji dyskomfortowych i stresogennych. Komunikując się z dzieckiem, członkowie rodziny wykorzystują zasadę *twarzą w twarz*, próbując nawiązywać kontakt wzrokowy. Pamiętają, aby polecenia kierowane do Marka były krótkie i jasne; tym samym dają chłopcu szansę ich zrozumienia. Wszelkie działania zapewniają pacjentowi lepsze funkcjonowanie w otaczającej go przestrzeni, czy to rodzinnej i domowej, czy to zewnętrznej.

Marek uczęszcza do przedszkola integracyjnego od 3. roku życia. Początkowo miał kłopot z zaaklimatyzowaniem się w tej placówce, często reagował płaczem, lękiem i agresją. Nadal nie podejmuje zabawy konstrukcyjnej i tematycznej. Zaczął się jednak interesować autkami i bajkami – te pierwsze wykorzystuje raczej w celu dokonywania na nich stereotypowych manipulacji. Marek bardzo chętnie słucha różnych opowieści. Początkowo w przedszkolu chłopiec bardzo często wykonywał czynności autostymulacyjne, takie jak: machinalne i wielokrotne otwieranie i zamykanie szafek, przesuwanie różnych przedmiotów z jednego miejsca na drugie i z powrotem, wpatrywanie się w lampy, poruszanie się wokół własnej osi. Obecnie te działania zostały częściowo wyciszone i pojawiają się o wiele rzadziej.

Marek nie nawiązuje kontaktu z rówieśnikami, nie interesuje się innymi dziećmi, nie bierze udziału we wspólnych zabawach. Czasami wybiera sobie jedną osobę i zaczepia ją – są to zachowania ogólnie uważane za niewłaściwe, czyli popychanie, ściskanie, bieganie za kimś. Opiekunowie spostrzegli, że najczęściej takie reakcje pojawiają się w stosunku do jednej z dziewczynek.

Diagnoza logopedyczna

Chłopiec został poddany postępowaniu o charakterze diagnostycznym w różnych placówkach logopedycznych. Dysponujemy również rediagnozami, które wykonano w celu kontroli postępów wielopłaszczyznowej terapii. Jedną z pierwszych diagnoz postawili specjaliści z Centrum Zdrowia Dziecka w maju 2009 roku. Kilka miesięcy później

chłopiec trafił do placówki zajmującej się autyzmem i zaburzeniami pokrewnymi, gdzie także zdiagnozowano autyzm. Wówczas wykorzystano wywiad z matką i analizę następującej dokumentacji: kwestionariusza funkcjonowania dziecka w przedszkolu, profilu osiągnięć ucznia (według Kielin), kwestionariusza zaburzeń sensorycznych (według Delacato), arkusza obserwacji dziecka, arkusza obserwacji sensorycznej, oraz obserwację kierowaną (z zastosowaniem lustra weneckiego).

Wyniki badań wykazały, iż chłopiec jest pacjentem autystycznym z nieharmonijnym, opóźnionym rozwojem umysłowym. W zakresie komunikacji silnie zaburzona była mowa czynna z wyraźną dominacją wokalizacji, pojawiały się pojedyncze słowa. Marek miał problem z rozumieniem poleceń słownych, dobrze funkcjonowało natomiast rozumienie sytuacyjne. Zaburzona była integracja sensoryczna, dziecko unikało kontaktu wzrokowego. Zaobserwowano także silną wrażliwość słuchową. Chłopiec był nadrużliwy i impulsywny, co objawiało się najdobitniej w sytuacjach dla niego niekomfortowych, wskutek których oprócz pobudzenia psychoruchowego pojawiały się krzyk i płacz. Marka interesowały stereotypowe zabawy, wykazywał skłonność do rytualizacji zachowania i niezmienności otoczenia. W zakresie czynności samoobsługowych był niesamodzielny, wymagał pomocy i kontroli opiekunów.

Na podstawie tych ustaleń specjaliści zalecili, aby pacjent został poddany indywidualnej terapii logopedycznej, pedagogicznej, psychologicznej oraz rehabilitacji. Rodzice niezwłocznie się do tego zastosowali – chłopiec pojawił się w listopadzie 2009 roku w poradni logopedycznej. Postulowano też, aby wspomagać rozwój umiejętności poznawczych, komunikacyjnych i społecznych. Ponadto, polecono wprowadzić różne formy planowania i porządkowania rozkładu dnia tak, aby zapewnić pewną stabilizację emocjonalną.

Obserwacja funkcjonowania Marka

Zaburzenia w zakresie kontaktów społecznych są specyficzne dla osób autystycznych. Badacze często twierdzą, iż wynikają one z braku kontaktu emocjonalnego i wzrokowego z otoczeniem (ZABŁOCKI, 2002). Stereotypowo zakłada się, że chory cierpiący na autyzm nie nawiązuje kontak-

tu wzrokowego, co jednak nie jest prawdą – relacja ta często się pojawia, jednak jest ona nieadekwatna do sytuacji. Dawson wskazuje bowiem, że osoby z autyzmem rzadziej niż inne dzieci łączą uśmiech z kontaktem wzrokowym oraz odpowiadają uśmiechem na pozytywny bodziec ze strony drugiej osoby (PISULA, 1993). Badania pokazują, że dzieci z omawianym zaburzeniem mają kłopot z nawiązywaniem kontaktów społecznych, zarówno z osobami dorosłymi, jak i dziećmi. Nie jest to jednak reguła i nie należy tego aspektu generalizować. Świadczyć o tym może wspomniany już na początku artykułu podział na autystów aktywnych, społecznie wycofanych lub podejmujących nienaturalny kontakt. Niemniej jednak ta sfera funkcjonowania ulega zawsze pewnej deformacji. Zasadniczy związek z nią mają reakcje emocjonalne, które, jak dowodzą znawcy problemu, są znacznie zróżnicowane, zwłaszcza w kontaktach z najbliższymi – rozciągają się od stanów obojętności po paniczny lęk. Ekspresja emocjonalna osób autystycznych jest znacząco odmienna od tej występującej u zdrowych dzieci, a wiąże się to przede wszystkim z reakcją mózgu na widok twarzy. Mózg jednostki prawidłowo rozwijającej się reaguje każdorazowo na ten bodziec, natomiast pacjenta z autyzmem tylko wtedy, gdy twarz ta wyraża ekstremalne uczucia (MARKIEWICZ, 2007). Emocją, którą osoby te przeżywają najsilniej i najczęściej, jest lęk. Ten z kolei może objawiać się w różnoraki sposób: krzyk, płacz, bieganie, dotykanie przedmiotów, kręcenie się wokół własnej osi, agresja lub autoagresja, a może też przejawiać się brakiem jakiegokolwiek ekspresji (PISULA, 2003). Zarówno funkcjonowanie społeczne, jak i emocjonalne jest zatem w przypadku autyzmu mocno zindywidualizowane.

Obecnie u Marka funkcjonowanie na tych dwóch płaszczyznach jest najsłabiej rozwinięte i ocenia się je na 2. rok życia. Obserwować możemy przede wszystkim deficyty w zakresie stosowania norm społecznych, obniżone kompetencje w kontaktach z rówieśnikami i osobami dorosłymi. Chłopiec nie nawiązuje relacji spontanicznych. Natomiast chętnie bierze udział w zabawach zaplanowanych przez osoby dorosłe, także w przedszkolu spędza czas pod kierownictwem i opieką wychowawcy. Czasem bawi się samodzielnie, wykorzystując klocki i samochody. Marek nie wykazuje zaangażowania w zabawę, szczególnie tematyczną. Chłopiec zazwyczaj nie inicjuje jej, nie pokazuje przedmiotów, którymi chciałby się zająć. Obserwować można znaczny postęp w zakresie za-

baw relacyjnych, czyli takich, w których dziecko wchodzi w interakcję z drugą osobą. Widać tu zatem efekty pracy terapeutów i rodziców. Poprawiła się relacja z innymi, czasem pojawia się spontaniczny kontakt wzrokowy. Dziecko stosuje się do zasad panujących w danej grze, czeka na swoją kolej, samo daje sygnał partnerowi, by zadziała się konkretna czynność. Chłopiec nadal ma trudności z nawiązywaniem i utrzymywaniem kontaktu wzrokowego, który inicjuje samorzutnie tylko w czasie zabawy lub też np. w trakcie ćwiczeń ruchowych. Dziecko nie reaguje wzrokiem, nie szuka w otoczeniu odpowiedzi na zadawane mu pytania. Podjęto ćwiczenia w zakresie decentracji (umiejętność wyobrażenia sobie formy przedmiotów z punktu widzenia osoby siedzącej naprzeciwko; przeciwieństwem jest centracja myślenia – czyli koncentracja na swoim punkcie widzenia). Czasem, w trakcie terapii logopedycznej, zdarzają się sytuacje, że Marek nawiązuje kontakt wzrokowy z osobą prowadzącą zajęcia, aby oznajmić swoją gotowość do dalszej gry, zakomunikować, że on już swój ruch wykonał i oczekuje na dalsze czynności. Chłopiec coraz lepiej radzi sobie z odszukiwaniem obrazków należących do różnych kategorii – przykładowo, potrafi odnaleźć wzrokiem zdjęcia pasujące do grupy owoców, ubioru, zawodów itp. Marek potrafi rozpoznać proste emocje przedstawione na piktogramach. Na polecenie logopedy stara się je odtworzyć za pomocą mimiki. Słabo rozumie sytuacje społeczne prezentowane na zdjęciach; tylko w znanych mu okolicznościach Marek potrafi rozpoznać, czego druga osoba pragnie. Natomiast nie wykazuje zrozumienia tego, co ona myśli, nie umie określić motywów, jakimi ona się kieruje.

W zakresie sfery emocjonalnej należy zauważyć, że pacjent coraz częściej potrafi wyrażać swoje wrażenia adekwatnie do sytuacji. Zazwyczaj dzieje się tak wtedy, gdy zajęcia prowadzą osoby mu znane lub bliskie. W trakcie terapii logopedycznej chłopiec wskazuje, które ćwiczenia lubi, a których nie rozumie i za nimi nie przepada. Potrafi ocenić efekty swojej pracy słowami, np. „To było super!”, a gdy coś się nie udaje: „Niestety to nie jest samolot!”. Coraz rzadziej zdarzają się sytuacje, w których dziecko nie panuje nad swoimi emocjami. Ataki krzyku, płaczu i agresji pojawiają się tylko w okolicznościach ekstremalnie niekorzystnych dla Marka, takich jak: zmiany zaplanowanych działań, zmiany otoczenia, rozłąka z rodziną.

Funkcjonowanie sensoryczno-motoryczne

Kryteria diagnostyczne autyzmu nie sygnalizują zaburzeń w percepcji, choć problem ten występuje u wszystkich autystycznych pacjentów. Obecnie odchodzi się od hipotezy, iż dzieci z omawianym zaburzeniem przedkładają zmysły dotyku, smaku, zapachu nad wzrok czy słuch. Takie poznanie rzeczywistości jest charakterystyczne dla niższego wieku umysłowego, zatem nie tylko dla osób z autyzmem. FRITH (2008) zauważa, że nieprawidłowe doświadczenie percepcji ma źródło, tak jak inne oznaki autyzmu, w słabej koherencji centralnej. Pojawia się zatem zaburzenie w przetwarzaniu i odbiorze bodźców taktylnych, wzrokowych i słuchowych w mózgu, a co za tym idzie – niemożność integracji tychże kanałów. Efektem tego jest brak możliwości skoordynowania informacji płynących z różnych kodów sensorycznych, pojawienie się różnych nienaturalnych zachowań w obszarze postrzegania, motoryki, emocji i zachowań społecznych. Stan ten prowadzi do silnego napięcia, którego obniżenie może nastąpić przez: gryzienie, żucie, rytmiczne ruchy, takie jak kołysanie, trzepotanie rączkami, obracanie się wokół własnej osi (KRUK-LASOCKA, 2003). W. Dykcik porównuje to do zjawiska synestezji i również wskazuje, że to ruch najlepiej wycisza niekorzystne impulsy, co oczywiście tłumaczy, dlaczego osoba cierpiąca na autyzm nie potrafi np. siedzieć spokojnie (DYCNIK, red., 1994).

W przypadku terapii Marka największe postępy obserwowane są na płaszczyźnie funkcjonowania sensoryczno-motorycznego. Rozwój nastąpił zarówno w zakresie motoryki małej, koordynacji wzrokowo-ruchowej, jak i motoryki dużej. Wyraźnie widoczne jest wzmocnienie czucia głębokiego oraz powierzchniowego w obszarze dłoni. Nastąpiła poprawa siły dłoni i palców, współpracy obu kończyn oraz precyzji wykonywanych ruchów. Chłopiec potrafi sprawnie manipulować nadgarstkiem, co widać podczas zakręcania i odkręcania butelki, słoika. Marek dobrze radzi sobie z lepieniem figur z plasteliny (kulka, koło, rogalik). Obecnie nie zjada tego tworzywa, co wcześniej często się zdarzało, zatem można obserwować poprawę w zakresie zmysłu smaku. Nadal widoczne są problemy podczas wycinania nożyczkami, ponieważ dziecko nieodpowiednio trzyma je w dłoni, nie potrafi zaplanować swojej czynności. Ponadto, nie rotuje kartki, tylko obraca się całym ciałem względem niej.

Potrafi jednak przeciąć ją wzdłuż. We wszelkich czynnościach związanych z motoryką małą pacjent woli używać jednej ręki; zdarza się sporadycznie, że pomaga sobie drugą dłonią.

W sferze koordynacji wzrokowo-ruchowej zaobserwować możemy postęp w zakresie rysunku. Marek potrafi zaznaczyć ważne elementy twarzy, połączyć punkty tworzące wzór oraz kreślić linie proste. Owszem, nie zawsze czynności te udaje się wykonać prawidłowo, ale widać duży postęp na tym polu. Chłopiec raczej niechętnie koloruje obrazki, wykracza kredką poza wyznaczone kontury. Rysując, posługuje się ruchem wahadłowym, nie potrafi przerysowywać prostych wzorów ani figur geometrycznych. Przybory piśmiennicze Marek trzyma chwytem nieprawidłowym, zdarza mu się, że samodzielnie zmienia go w chwyt trójpalcowy. O poprawie koordynacji świadczyć mogą pewne ćwiczenia ruchowe, np. fakt, że chłopiec coraz częściej celnie wrzuca i kopie piłkę.

W zakresie motoryki dużej daje się zaobserwować mały przyrost kompetencji, wzmocnione zostały jedynie umiejętności nabyte wcześniej. Podczas chodzenia można zauważyć brak synkinezji (czyli współruchu, który polega na dodatkowych, zbędnych ruchach), nie ma też już hiperkinezy (nadmiernego, mimowolnego ruchu). Marek potrafi wykonywać podskoki obunóż w miejscu, przeskakiwać przez przeszkody oraz zeskakiwać z różnych wysokości, zarówno przodem, jak i tyłem. Ruchy dziecka są pewne, nastąpiła znaczna poprawa zmysłu równowagi. Ponadto, chłopiec jest w stanie przez bardzo długi, jak na swój wiek, czas pracować metodą stolikową. Czasem pojawiają się wtedy nieskoordynowane ruchy rąk, jednak na komunikat: „Ręce na dół!”, połączony z nawiązaniem kontaktu wzrokowego, ta czynność ustaje. Mimo że dziecko uczestniczy w zajęciach ruchowych oraz zabawach swobodnych z rodzicami, należy podjąć intensywną stymulację rozwoju fizycznego. To pozwoli zmniejszyć dysharmonię między wiekiem biologicznym a umiejętnościami motorycznymi. Pomimo obserwowanych postępów na omawianych tu płaszczyznach wciąż obecna jest silna nadwrażliwość, którą można zmniejszyć za pomocą dalszej intensywniej stymulacji sensorycznej.

W przypadku Marka mamy do czynienia ze znacznym przyrostem kompetencji, mimo że jego rozwój jest obecnie na poziomie czterolatka. Widoczne są postępy w zakresie naśladownictwa, objawiające się powta-

rzaniem min i sekwencji ruchów. Chłopiec posiadał już pewien zasób wiedzy ogólnej na określonym poziomie poznawczym, odnoszącym się do takich informacji, jak: „kto daje mleko/jajka?”, „co to jest?” w odniesieniu do pojazdów, zwierząt, owoców, wykonywanych zawodów itp. A, co warto zaznaczyć, jego zasób słów się powiększa. Ponadto, można zaobserwować przyrost umiejętności językowych Marka w obrębie pojęć abstrakcyjnych, co umożliwia mu porównywanie liczebności zbiorów. Co więcej, chłopiec wykształcił pojęcie liczby w ujęciu kardynalnym i porządkowym, dzięki czemu potrafi przeliczać obiekty w zbiorach.

Marek ma jednak problemy z rozumieniem wielkości i długości obiektów oraz z zastosowaniem przymiotników „największy”/„najmniejszy”, np. zapytany przez logopedę: „Czy ta gruszka jest duża?” (została pokazana duża, dorodna gruszka), odpowiedział: „Mała”. Trudności pojawiają się także w rozumieniu zależności przyczynowo-skutkowych, można zauważyć deficyty planowania oraz pamięci sekwencyjnej. Zaburzenia pamięci krótkotrwałej, proceduralnej, koncentracji uwagi widoczne są przede wszystkim podczas zajęć swobodnych. Chłopiec zdecydowanie łatwiej koncentruje się podczas zajęć stolikowych z wyznaczonym planem działania.

Marek ma dość wysokie, jak na swój wiek i zaburzenie, umiejętności intelektualne, jednak często z uwagi na deficyty mowy nie jest w stanie ich zaprezentować otoczeniu. Dlatego warunkiem dalszego rozwoju jest motywowanie chłopca do posługiwania się wyższymi formami komunikacji wspierającej (gesty, piktogramy) oraz rozwijanie pojęć abstrakcyjnych.

W sferze sprawności językowej występuje u Marka zróżnicowanie między poziomem rozwoju mowy biernej i czynnej, które wynosi około jednego roku. Oznacza to, że chłopiec znacznie lepiej radzi sobie z rozumieniem komunikatów niż z ich wypowiedaniem.

W trakcie terapii poczyniono znaczne postępy. Początkowo Marek posługiwał się ograniczonym zasobem wyrazów pojedynczych, które rzadko układał w konstrukcje dwuwyrazowe. Zasób ten ograniczał się do podstawowych rzeczowników i czasowników w bezokoliczniku. Chłopiec nie potrafił używać przymiotników do opisu, miał problemy z zaimkami: „ja”, „ty”, „moje”, nie zadawał pytań, a także nie zaobserwowano u niego wyrażania mowy pozawerbalnej.

Obecnie Marek zna dużo wyrazów dźwiękonaśladowczych, potrafi się nimi posługiwać adekwatnie do sytuacji. Zaczyna formułować pytania i posługuje się zdaniami trzy- i czterowyrazowymi, jego zasób słów zaś powiększył się o takie wyrazy, jak: kaczka [kačka], kurczak [pi], pajac [paja], lala [lala], samolot [samo], pies [ũaũ], kot [miaũ], statek [statek], piłka [hop hop], klocki [kočki]. Na polecenie logopedy wskazuje części ciała, ubrania, przedmioty codziennego użytku, owoce, zwierzęta. W trakcie opisu jakiegoś zdjęcia uwaga chłopca skupia się kolejno na przedmiocie, czynności, a dopiero na końcu używa on zaimka lub rzeczownika określającego osobę, np. „Rower jedzie chłopiec”. Ponadto, pacjent ma lepszy kontakt wzrokowy z terapeutą oraz chętnie uczestniczy w zabawach konstrukcyjnych.

Marek rozumie proste komunikaty, jednak gdy pojawia się polecenie złożone, wówczas chłopiec potrzebuje pomocy. Niestety nie umie o nią poprosić. Dlatego jeżeli czegoś nie potrafi, mówi jedynie: „Do domu!”, tak jakby kontynuowanie czynności wcale go nie interesowało. Ma również problemy z prawidłowym zastosowaniem komunikatów: „tak”/ „nie”, choć jest to coraz rzadsze.

Zaobserwowano, że chłopiec sprawnie korzysta z piktogramów, za pomocą których odpowiada na pytania, np. na pytanie „Czym zajmuje się fryzjer?”, Marek wskazał obrazek z nożyczkami. Dlatego ważne, aby narzędzia te były obecne w terapii i usprawniały jego komunikację z otoczeniem. Istotne jest także wprowadzenie dostosowanych do jego ogólnych możliwości alternatywnych form komunikacji, opartych na systemie obrazkowym (piktogramy), oraz metody Makaton.

Komunikowanie się Marka jest utrudnione przede wszystkim z powodu zaburzeń w sferze społecznej.

Samodzielność i samoobsługa

W przypadku Marka omawiane tutaj elementy znajdują się bardzo wysoko w profilu rozwojowym, plasują się bowiem na etapie dziecka ponadczterolatniego. Obserwować można znaczne postępy, zwłaszcza w porównaniu z rokiem 2009, kiedy zdiagnozowano u chłopca autyzm. Od tego czasu stał się on niezależny samoobsługowo. Rodzice nadal kon-

trolują i pomagają dziecku wdrażać dokładność wykonywania pewnych czynności. Znacznym utrudnieniem jest np. zapinanie guzików przy ubraniu, dlatego zrezygnowano ze strojów z tego typu elementami. Zastąpiono je odzieżą z zamkami błyskawicznymi, które dziecko obsługuje z drobną pomocą opiekunów. Wraz z poprawą siły dłoni i koordynacji wzrokowo-ruchowej zapewne nastąpi wzrost umiejętności w wykonywaniu opisywanych czynności. Co istotne, Marek posługuje się sprawnie sztućcami, poprawnie spożywa posiłki.

Chłopiec nie potrafi wykorzystywać wolnego czasu ani nie wykazuje zainteresowania określonymi czynnościami, zazwyczaj posłusznie stosuje się do planu opracowanego przez rodziców. Należy też zwrócić uwagę, że wielość i różnorodność zajęć, w których Marek uczestniczy, sprawia, że wolnego czasu pozostaje mu niewiele. Zazwyczaj spędza go z rodziną, choć sam nigdy nie proponuje, co mogliby wtedy robić. Należy zatem podjąć inicjatywę, która skłoniłaby chłopca do samodzielnego zaplanowania jakichś czynności w różnych środowiskach, czy to w przedszkolu, w domu, czy na świeżym powietrzu. Oczywiście, nie powinno się rezygnować z planów dnia i innych albumów aktywności, ale trzeba sprzyjać wszelkim działaniom, które w przyszłości pomogą chłopcu się usamodzielnic.

Zachowania stereotypowe

W przypadku Marka obserwować można silną potrzebę zrytualizowanego przebiegu dnia i tygodnia. Fakt, że korzysta on z planu aktywności, zaprezentowanego w postaci piktogramów, daje mu poczucie bezpieczeństwa i pewnej kontroli nad otoczeniem. Przykładowo, gdy chłopiec widzi piktogram „Do widzenia!”, od razu chce iść do domu, mówi wtedy „Do domu! Do domu!” lub „mama”, ale gdy objaśnia mu się, że przed tym obrazkiem musimy zrobić jeszcze inne rzeczy, wtedy posłusznie się do nich stosuje. Taki plan podnosi jego motywację do działania, poprawia samodzielność i zmniejsza poczucie niepewności. Marek podczas pracy stolikowej jest podporządkowany, chętniej wykonuje określone czynności, kiedy mają jasną strukturę czasową i przestrzenną. Jeśli zajęcia tego typu trwają zbyt długo, może pojawić się znużenie, irytacja, rozdrażnienie, a czasem płacz. Obecnie nie zdarzają się takie sytuacje, ale

logopeda wspominała, że na początku terapii chłopiec w takich stanach próbował ją, przykładowo, uszczypnąć, ścisnąć. Nie było jednak nigdy dużych kłopotów z uspokojeniem go.

Jeśli chodzi o inne stereotypowe zachowania, to uległy one wytłumieniu, pojawiają się bardzo rzadko. Najczęściej jest to manipulowanie dłońmi przy twarzy, ale na jasny komunikat prowadzącej zajęcia działania te ustają. Brak wcześniej diagnozowanych aktywności, takich jak: rozrzucanie przedmiotów, układanie ich w szeregi i rzędy, otwieranie i zamykanie szafek, wpatrywanie się w lampy itp. Można przypuszczać, że poprawa w tym zakresie wiąże się z polepszeniem analizy i przetwarzania bodźców.

Zastosowana terapia

Najważniejszą zasadą w pracy z Markiem jest przede wszystkim konsekwencja działań terapeuty przy jednoczesnym obniżaniu u dziecka poczucia lęku. Dlatego wdrażana jest przewidywalna struktura dnia, polegająca na zaplanowaniu działań na konkretny dzień czy tydzień. Podobnie jest z wizytami u logopedy. Ważne, by ustalać zasady każdego spotkania i informować Marka o kolejności poszczególnych ćwiczeń oraz podkreślać, że najpierw będą wykonywane zadania, a później będzie mógł się pobawić. Czasem plan zajęć przedstawiany jest w postaci piktogramów, które ukazują następstwo działań i usuwane są po wykonaniu określonej czynności.

Komunikaty kierowane do chłopca są jasne, proste, jednoznaczne i, co równie ważne, powtarzalne. Oznacza to, iż logopeda, zwracając się do niego, używa za każdym razem tej samej konstrukcji zdaniowej, by umożliwić dziecku zrozumienie polecenia.

Ważną rolę odgrywają stosowane w terapii ćwiczenia koncentracji uwagi i krótkie komunikaty pomagające chłopcu w skupieniu się na zadaniu. Przykładowo, kiedy Marek wykazuje nadruchliwość i macha rękami, wtedy terapeuta zwraca się do niego prostym, zrozumiałym zwrotem: „Ręce na dół!”. Podobnie rzecz się ma, gdy pacjent zrywa kontakt wzrokowy i błądzi spojrzeniem po pokoju – logopeda kieruje do niego komunikat: „Popatrz na mnie!”.

W terapii wykonywana jest także stymulacja prawidłowego rozwoju percepcji wzrokowej, słuchowej, smakowej, węchowej, za pomocą np. ćwiczeń słuchowych: „co to?”, „kto to?”; ćwiczeń smakowo-węchowych, polegających na próbowaniu i określaniu smaku i zapachu poszczególnych owoców. Ponadto, często układa się historyjki obrazkowe, usprawniające rozumienie zależności przyczynowo-skutkowych oraz umiejętność logicznego myślenia. Jednak w przypadku Marka najlepiej sprawdza się zastosowanie motywacji behawioralnej, polegającej na nagradzaniu chłopca za dobrze wykonane zadanie. Tą nagrodą dla niego jest ciasteczko w kształcie zwierzątka.

W terapii wykorzystywane są określone zestawy pomocy logopedycznych, między innymi: Iwony Michalak-Widery *Zaczynam mówić; Odgłosy zwierząt; Odgłosy z otoczenia* oraz Jadwigi Cieszyńskiej *Kocham czytać*.

Proгноzy terapeutyczne

Z przeprowadzonych obserwacji i analizy dokumentacji dotyczącej dziecka można wywnioskować, iż widoczny jest powolny rozwój w zakresie motoryki małej, dużej, kompetencji społecznych oraz mowy czynnej. Natomiast znaczny postęp nastąpił w obrębie naśladownictwa, mowy biernej, rozwoju poznawczego oraz w koordynacji wzrokowo-ruchowej. Wiodącym obszarem w profilu osobowym Marka jest samodzielność, następnie sfera poznawcza i motoryczna, które jednak plasują się mocno poniżej wieku biologicznego. Sfery odpowiadające osiowym objawom autyzmu, a więc kompetencje komunikacyjne, rozwój społeczno-emocjonalny, są znacznie obniżone w stosunku do wieku. Zasób mowy biernej utrzymuje się na poziomie dziecka trzyletniego, a mowa czynna i rozwój społeczny – pacjenta dwuletniego. W związku z tym w dalszej terapii planuje się zastosowanie metody Makaton, składającej się z systemu gestów i symboli graficznych, który wykorzystuje posiadany przez pacjenta zasób słów i stanowi formę wspomagającą rozwój mowy. Wprowadzenie tej metody będzie w dużym stopniu zależne od indywidualnych potrzeb Marka oraz gotowości rodziców do posługiwania się tą formą porozumiewania się także w środowisku domowym.

Należy podkreślić, że nie obserwuje się u dziecka objawów regresu czy stagnacji, co rokuje pozytywnie dalszej terapii. Mimo to prawdopodobnie pacjent będzie w kolejnych etapach kształcenia uczestniczył w zajęciach szkoły integracyjnej lub specjalnej. Dalsza praca na pewno zmierzać będzie do rozwoju zaburzonych kompetencji i pozwoli w znacznym stopniu uzupełnić aktualne braki.

Podsumowanie

Przypadek Marka pokazuje, z jak wieloma trudnościami musi się zmierzyć osoba autystyczna. I choć od pierwszej diagnozy chłopca minęło blisko 2,5 roku, to od dłuższego czasu możemy obserwować postępy w terapii. Dynamika rozwoju poszczególnych sfer jest znaczna, ale odbiega od wieku biologicznego dziecka. Pod koniec nauki w przedszkolu przeprowadzone zostanie prawdopodobnie badanie psychologiczne, które pozwoli określić poziom funkcjonowania intelektualnego Marka. Jednak fakt, że u chłopca zaobserwować można szeroki rozwój poznawczy, świadczyć może o pozytywnych prognozach na przyszłość i może dawać nadzieję na kolejne postępy. Dodatkowo, powinno się monitorować, jak oddziałuje na Marka wykorzystanie wspomagających technik komunikacyjnych, nie tylko w życiu codziennym, ale i w edukacji. Ciągła, wielopłaszczyznowa stymulacja rozwoju dziecka na pewno pozytywnie wpłynie na jego przyszłe funkcjonowanie w życiu społecznym.

Bibliografia

- BABBIE E., 2008: *Podstawy badań społecznych*. Warszawa: PWN.
- BŁESZYŃSKI J., 1998: *Mowa i język dzieci z autyzmem*. Słupsk: WSP.
- BŁESZYŃSKI J., 2005a: *Rodzina jako środowisko osób z autyzmem: aspekt wychowawczo-terapeutyczny*. Toruń: Wydawnictwo Uniwersytetu Mikołaja Kopernika.
- BŁESZYŃSKI J., 2005b: *Terapie wspomagające rozwój osób z autyzmem*. Kraków: Impuls.
- BŁESZYŃSKI J., 2010: *Analiza różnicująca wybranych zespołów zaburzeń autystycznych: zarys rewalidacji*. Toruń: Wydawnictwo Uniwersytetu Mikołaja Kopernika.
- BOBKIEWICZ-LEWARTOWSKA L., 2000: *Autyzm dziecięcy: zagadnienia diagnozy i terapii*. Kraków: Impuls.

- CHMIELEWSKA B., 1985: *Metodologia i metody badań społecznych ze szczególnym uwzględnieniem diagnozy*. Słupsk: WSP.
- CIESZYŃSKA J., 2008: *Powiedz mi, co odczuwasz: ćwiczenia dla dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu, z afazją oraz dla dzieci dwujęzycznych*. Kraków: Wydawnictwo Edukacyjne.
- CYTOWSKA B., WINCZURA B., red., 2005: *Dziecko z zaburzeniami w rozwoju: konteksty diagnostyczne i terapeutyczne*. Kraków: Impuls.
- DANIELEWICZ D., PISULA E., 2003: *Terapia i edukacja osób z autyzmem*. Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej.
- DANIELEWICZ D., PISULA E., 2008: *Wybrane formy terapii i rehabilitacji osób z autyzmem*. Kraków: Impuls.
- DURDA-DELIK K., PONIATOWSKA S., 2000: *Kompleksowa terapia dziecka z zachowaniami autystycznymi. Studium przypadku*. „Logopedia”, T. 27, s. 173–185.
- DYKCIK W., red., 1994: *Autyzm: kontrowersje i wyzwania*. Poznań: Eruditus.
- FRITH U., 2008: *Autyzm: wyjaśnienie tajemnicy*. Przeł. M. HERNIK, G. KRAJEWSKI. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- GAŁKOWSKI T., JARZĘBOWSKA G., red., 2003: *Logopedia – pytania i odpowiedzi*. Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego.
- GAŁKOWSKI T., KOSSEWSKA J., red., 2004: *Autyzm wyzwaniem naszych czasów*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej.
- GAŁKOWSKI T., PISULA E., red., 2004: *Przystosowanie społeczne małych dzieci z autyzmem*. Warszawa: AWF.
- GAŁKOWSKI T., TARKOWSKI Z., ZALESKI T., red., 1993: *Diagnoza i terapia zaburzeń mowy*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- GORISZOWSKI W., 2006: *Podstawy metodologiczne badań pedagogicznych*. Warszawa: WSP TWP.
- GRODZKA M., 2000: *Dziecko autystyczne: dziennik terapeuty*. Warszawa: PWN.
- HART CH.A., 1995: *Przewodnik dla rodziców dzieci autystycznych: odpowiedzi na najczęstsze pytania*. Łódź: Fundacja im. Wojtki Wadowskiego.
- JAKLEWICZ H., 1993: *Autyzm wczesnodziecięcy*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- JAUER-NIWOROWSKA O., KWASIBORSKA J., 2002: *Rozwijanie umiejętności komunikacyjnych dziecka z cechami autystycznymi*. W: PRZYBYSZ-PIWKOWA M., red.: *Metody wspomagające rozwój mowy w różnych jego opóźnieniach*. Warszawa: DiG.
- KANNER L., 1947: *Child Psychiatry*. W: GAŁKOWSKI T., PISULA E., red., 2004: *Przystosowanie społeczne małych dzieci z autyzmem*. Warszawa: AWF.
- KRUK-LASOCKA J., 2003: *Autyzm czy nie autyzm? Problemy diagnozy i terapii pedagogicznej małych dzieci*. Wrocław: Dolnośląska Szkoła Wyższa Edukacji.
- MARKIEWICZ K., 2004: *Możliwości komunikacyjne dzieci autystycznych*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- MARKIEWICZ K., 2007: *Charakterystyka zmian w rozwoju umysłowym dzieci autystycznych*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.

- MIHILEWICZ S., red., 2005: *Dziecko z trudnościami w rozwoju*. Kraków: Impuls.
- MŁYNARSKA M., 2008: *Autyzm w ujęciu psycholingwistycznym: terapia dyskursywna a teoria umysłu*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- PISULA E., 1993: *Autyzm: fakty, wątpliwości, opinie*. Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej.
- PISULA E., 2003: *Autyzm i przywiązanie*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- PUSTKOWSKI M., 2011: *Splątane szlaki w głowie*. „Poradnik psychologiczny POLITYKI”, T. 7, nr 3, s. 54–56.
- RANDALL P., 2001: *Autyzm: jak pomóc rodzinie*. Przeł. S. PIKIEL. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- SMEREKA T., 2009: *Język a myślenie: terapia osób z zaburzeniami mowy*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- WOLSKI A., 2001: *Terapia i wspomaganie psychoruchowego rozwoju dziecka z cechami autyzmu*. W: PILLECCY W. i J., red.: *Stymulacja psychoruchowego rozwoju dzieci o obniżonej sprawności umysłowej*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Akademii Krakowskiej.
- ZABŁOCKI K.J., 2002: *Autyzm*. Płock: Novum.
- ZIMNY Z.M., 2000: *Metodologia badań społecznych: wprowadzenie*. Częstochowa: WSP.

Agnieszka Beldzik, Anna Tomzik

Communication skills of a six-year-old autistic child A case study

Summary

The article describes the problem of communicating with an autistic child, presented on the basis of the observation of a six-year-old Marek. The authors present the theory concerning autism, focusing on early-childhood autism and on the boy's sensory-motor skills, autonomy, and stereotypical behaviours. The interdependence between the boy's cognitive-social development and his language skills is described. Due to the introduced speech therapy, great progress in the boy's speech was noticed. These are not, however, adequate to his biological age. A constant stimulation of the language skills and improvement of his communication with other people is necessary in the case of the quoted child.

Agnieszka Beldzik, Anna Tomzik

Die Kommunikationsmittel des sechsjährigen autistischen Kindes Die Fallstudie

Zusammenfassung

Der Gegenstand des Artikels ist die Kommunikation eines autistischen Kindes mit der Umwelt. Die Verfasserinnen besprechen das Problem des Autismus am Beispiel des sechsjährigen Jungen, Marek. Sie konzentrieren sich auf den frühkindlichen Autismus und beurteilen sensomotorische Fertigkeiten des Jungen, dessen Selbständigkeit, Selbstbedienung und stereotypes Verhalten. Sie weisen dabei auf Unterschiede zwischen kognitiver und sozialer Entwicklung des Jungen und dessen Sprachfertigkeitenentwicklung hin. Infolge der angewandten logopädischen Therapie hat Marek bedeutende Fortschritte gemacht, doch diese waren dem biologischen Alter des Jungen nicht angemessen. Deshalb müssen seine Entwicklung immer wieder stimuliert und seine Kommunikation mit anderen Menschen verbessert werden.

Terapia implantowanego dziecka z zaburzeniami ze spektrum autyzmu

Wiadomość o chorobie dziecka dla rodziców zawsze jest trudna, często wręcz szokująca. Zwłaszcza gdy przychodzi nagle i niespodziewanie. Sytuacja choroby dziecka często wiąże się również z tym, że to właśnie nieprzygotowani do tego rodzice muszą podejmować (niejednokrotnie bardzo szybko) decyzje dotyczące leczenia, terapii i rehabilitacji malucha. Decydowanie takie jest tym trudniejsze, im rzadsze (bardziej skomplikowane lub złożone) jest schorzenie. Wtedy bowiem lekarze specjaliści (często wielu specjalności), nie zawsze zgodni co do możliwości leczenia, przedstawiają rodzicom wiele opcji (nierzadko wykluczających się). A decyzja należy do rodziców – i tylko oni mogą ją podjąć. Ci zaś są zazwyczaj zdeterminowani, by walczyć o zdrowie i/lub polepszenie warunków życia swych pociech. W nadziei na poprawę próbują więc wszelkich dostępnych terapii. Jakie skutki może przynieść taka sytuacja dla dziecka? Niestety, nie zawsze najlepsze.

Jedną z najtrudniejszych do zaakceptowania przez słyszących rodziców dysfunkcji dziecka jest głuchota (niedosłuch). Najczęściej diagnozie takiej towarzyszy dodatkowa obawa przed trudnościami komunikacyjnymi, jakie napotkają w rozwoju dziecka, wzmacniana przez liczne stereotypy dotyczące głuchoty oraz niską wiedzę na temat metod rehabilitacji osób głuchych. W potocznym przekonaniu głusi są jednocześnie niemi – czyli nie posługują się mową foniczną. Inne skrajne przekonanie (występujące u części terapeutów) można streścić tytułem publikacji: *Każde dziecko może nauczyć się mówić i słyszeć* (LÖWE, 1999). Oba te skrajne poglądy nie są do końca prawdziwe. Badania empiryczne i statystyki potwierdzają bowiem, iż z jednej strony większość osób głuchych

posługuje się językiem fonicznym; z drugiej zaś istnieje grupa dzieci głuchych, które mimo prowadzonej terapii nie potrafią przyswoić sobie mowy. Również wszczepienie implantu nie gwarantuje sukcesu w zakresie przyswojenia mowy czynnej.

Dzieci głuche winny być poddane jak najwcześniejszej diagnozie i rehabilitacji, na co uwagę zwraca wielu badaczy (por. GAŁKOWSKI, 2005), a czemu służyć ma wdrażany od 2001 roku program powszechnych przesiewowych badań słuchu noworodków. Współpraca specjalistów z dziedziny audiologii, foniatrii, laryngologii i neonatologii pozwoliła opracować zasady diagnostyki i monitorowania uszkodzeń słuchu u dzieci objętych powszechnymi badaniami przesiewowymi. A to z kolei dało podstawy do opracowania wieloaspektowego programu rehabilitacji takich dzieci¹. Obejmuje on kilka obszarów działania:

- pobudzanie aktywności poznawczej i psychoruchowej;
- rozwijanie kompetencji komunikacyjnej dziecka przez wywoływanie i wzmacnianie pozawerbalnych interakcji dziecka z rodzicami (np. wymiana sygnałów bezsłownych między niemowlęciem a mamą). Od 2.–3. roku życia można wprowadzać łączenie kodów wizualnych ze słuchowymi;
- położenie nacisku na współpracę ze środowiskiem rodzinnym dziecka, czyli pełna informacja rodziców o możliwych terapiach i ich konsekwencjach dla rozwoju dziecka (GAŁKOWSKI, 2005).

Wielu badaczy (np. Gałkowski, Prillwitz, Czajkowska-Kisil, Świdziński, Szczepankowski) wskazuje na korzyści, jakie przynosi wprowadzenie do terapii i wychowania niesłyszących dzieci znaków języka migowego; wśród nich między innymi: szybszy rozwój kompetencji językowych, wczesna nauka odczytywania mowy z ruchu warg, rozwijanie tożsamości dziecka głuchego, akceptacja głuchoty (SZCZEPANKOWSKI, 1999: 191–193).

Ogromne znaczenie w rehabilitacji dzieci głuchych ma również *trening słuchowy* (*wychowanie słuchowe, kształcenie słuchu*). Winien on być prowadzony od momentu zdiagnozowania wady słuchu. Głównym celem

¹ Program ten został poprzedzony wcześniejszym dokumentem opracowanym w Instytucie Fizjologii i Patologii Słuchu w 1997 roku: *Program opieki nad osobami z uszkodzeniami słuchu w Polsce*.

działań powinno być nauczanie dziecka analizy i przetwarzania dźwięków, jakie docierają do niego z otoczenia, tak, by ułatwić mu orientację w świecie dźwięków. W niektórych wypadkach (gdy ubytek słuchu jest mniejszy lub w przypadku dzieci implantowanych) w ramach treningu słuchowego prowadzone są także ćwiczenia z zakresu rozumienia mowy. Pierwsze badania dotyczące sposobów, celów i metod wychowania słuchowego podjęto już w XVI wieku. Natomiast od wieku XVII są one prowadzone systematycznie, stale rozwijane i poszerzane (por. SZCZEPANKOWSKI, 1999: 198).

W przypadku osób, którym wszczepiono implant ślimakowy, rehabilitacja logopedyczna obejmuje oprócz treningu słuchowego również prowadzony równocześnie trening produkcji mowy (w tym monitorowanie głosu i artykulacji) oraz poradnictwo i okresową ocenę wyników (SZUCHNIK, 2005). Proces rozwoju mowy u dzieci implantowanych, u których stwierdzono głuchotę prelingwalną, jest bardzo zróżnicowany i wymaga bardzo intensywnych działań terapeutycznych (od wychowania słuchowego do rozwoju mowy).

Opis przypadku – wielość schorzeń

Daniel urodził się w 2003 roku, jako trzecie dziecko swoich rodziców. Przyszedł na świat w 28. tygodniu normalnie przebiegającej ciąży. Uzyskał 7 punktów w skali Apgar. W 3. dobie życia zdiagnozowano u niego krwawienie śródczaszkowe najpierw II, potem III i ostatecznie IV stopnia. Konsekwencją było wodogłowie pokrwotoczne. Konieczne było zatem wszczęcie zastawki komorowo-otrzewnowej, która umożliwiła odprowadzenie nadmiaru płynu mózgowo-rdzeniowego do jamy otrzewnej. U chłopca w 1. tygodniu życia stwierdzono również posocznicę. Zdiagnozowano także dziecięce porażenie mózgowe (niedorozwój mózdzku). Prawdopodobnie powikłaniem po wodogłowie jest stwierdzona u dziecka retinopatia wcześniacza, która rozwinęła się do astygmatyzmu. Zdiagnozowano go jednak dopiero w 2. roku życia dziecka. Szklą korekcyjną dobrano Danielowi dopiero w 5. roku życia. W 6. miesiącu zdiagnozowano u chłopca głuchotę; po skończeniu roku dziecko zostało zaaparatowane, jednak – zdaniem mamy – nie można było za-

obserwować żadnych efektów takiej rehabilitacji, stąd decyzja o wszczęciu implantu. Gdy chłopiec skończył 4 lata, zdiagnozowano u niego również zaburzenia ze spektrum autyzmu. Daniel choruje też na epilepsję, która nie jest leczona, a ataki nie są częste.

Leczenie – wielość terapii

Ponieważ często wraz z porażeniem mózgowym występują również: zaburzenia mowy (około 50–70%), zaburzenia wzroku (około 50–70%), zaburzenia słuchu, upośledzenie umysłowe (około 30%), zaburzenia emocjonalne, padaczka (około 30%) (za: RORAT, CIECHANOWSKA, 2002), rodzicom od razu doradzono podjęcie terapii ruchowej. Zwłaszcza że pierwsze prognozy mówiły o tym, że chłopiec nie będzie chodził. Rodzice próbowali też hipoterapii oraz terapii integracji sensorycznej. Od 6. miesiąca życia (tzn. po zdiagnozowaniu głuchoty) w terapię dziecka zostali włączeni: logopeda, psycholog i pedagog (korzystano wtedy z poradni przy Polskim Związku Głuchych w Katowicach). Gdy chłopiec skończył 2 lata, rodzice postanowili wszczepić mu implant ślimakowy. Decyzję tę podjęli mimo sprzeciwu lekarzy sugerujących niskie prawdopodobieństwo powodzenia terapii. W tym samym okresie dziecko trafiło pod opiekę surdologopedy (terapia jest kontynuowana). Terapia logopedyczna skupiała się przede wszystkim na treningu słuchowym. Daniel manifestował bardzo dobre rozumienie mowy. Logopeda próbował również wywoływać poszczególne głoski i sylaby, jednak tutaj wciąż nie ma zbyt dużych efektów, co zostanie zaprezentowane w dalszej części artykułu. Gdy chłopiec skończył 6 lat, rodzice podjęli terapię behawioralną w Krakowie, gdzie zaproponowano między innymi naukę czytania globalnego wraz z etykietowaniem. Podczas turnusów rehabilitacyjnych, na jakie jeździli z Danielem rodzice, próbowano także wprowadzać elementy metody Makaton i języka migowego. Cały czas dziecko jest też rehabilitowane ruchowo. W roku 2012 rodzice zdecydowali się na udział w terapii metodą manualnego torowania głosek (dziecko było na dwóch turnusach) oraz dogoterapię.

Spotkanie pierwsze – radosny i samotny dziewięciolatek

Daniela poznałam, gdy miał skończone 9 lat. Był uczniem pierwszej klasy w szkole podstawowej z oddziałami integracyjnymi. Odwiedziłam go w domu, gdyż rodzice – po sugestii surdologopedy, żeby włączyć w jego terapię język migowy – szukali nauczyciela tegoż języka. Cały dom był oetykietowany. Chłopiec komunikował rodzinie swoje potrzeby przez wskazanie odpowiedniego obrazka z podpisem. Daniel ruchowo funkcjonuje całkiem sprawnie, choć zdarza mu się wpadać w stereotypie ruchowe, ma przykurcze kończyn. Porusza się samodzielnie. Niestety, ruchy rąk bywają nieskoordynowane. Dziecko ma zaburzoną małą motorykę. Nie potrafi długo skoncentrować uwagi na wykonywanych ćwiczeniach, wymaga częstej motywacji. Chłopiec nie nawiązuje kontaktu wzrokowego.

Daniel jest chłopcem niezwykle radosnym i pogodnym, żywo reaguje na otaczającą rzeczywistość, ma doskonałą pamięć. Większość zajęć w szkole ma prowadzonych indywidualnie. Bardzo żywo reaguje na obecność rówieśników (np. na szkolnym korytarzu). Próbuje nawiązywać kontakt, jednak nie jest rozumiany. Rodzina (głównie matka) wiele godzin spędza na rehabilitacji syna, ćwiczy z nim czytanie globalne oraz rehabilituje go w zakresie samoobsługi (np. samodzielne ubieranie się, zapinanie guzików, jedzenie, zakładanie plecaka, zamykanie i otwieranie drzwi).

Obserwacja logopedyczna

Regularną terapię logopedyczną chłopiec ma prowadzoną w szkole, dodatkowo jest konsultowany przez surdologopedę (z częstotliwością około raz na miesiąc). Daniel ma trudności z żuciem i gryzieniem. Nie mówi. Wykształcone są samogłoski [a] oraz [o]. Ze spółgłosek dziecko realizuje: [t], [d], [m], [k], sporadycznie [w]. Potrafi zatem powiedzieć (zawsze z dużym wysiłkiem): „mama”, „ta” (co oznacza w zależności od kontekstu: „tak” lub „tata”) oraz „do” (jako „do widzenia” albo „dom”). Logopeda skupia się przede wszystkim na treningu słuchowym, ćwicząc głównie rozumienie mowy. Daniel nie ma w tym względzie problemów (oczywiście przy włączonym implancie).

A może migowy? Nauka czy element terapii?

W 8. roku życia Daniela surdologopeda namówił rodziców, by włączyli w terapię syna język migowy. Chłopiec regularnie uczęszcza na zajęcia z nauki języka migowego (początkowo w wymiarze 1 godziny tygodniowo, później 2). Nauczycielka wprowadza poszczególne znaki ideograficzne. Wszystkie znaki poznawane na jednych zajęciach łączą się z sobą tematycznie. Podczas kursu ćwiczone są: rozumienie znaków ideograficznych, ich rozróżnianie oraz ich przekazywanie. W ramach zajęć z języka migowego nauczycielka ćwiczy z chłopcem również małą motorykę (piosenki ruchowe, wycinanie, rysowanie, przyklejanie) oraz koordynację ruchową (piosenki z pokazywaniem). Są też wprowadzane elementy treningu słuchowego (np. program „Otto”, bajki mówione i migane). Daniel musi mieć wyznaczone małe cele (np. „Gdy pokażesz te obrazki, będzie nagroda”), często jako motywacja stosowana jest metoda nagradzania. Nagrodę chłopiec wybiera samodzielnie (bajka słuchana lub oglądana, lizak, ulubiona gra itp.). Gdy zdarza mu się nadruchliwość i ruchy stereotypowe, wystarczy komunikat nauczycielki: „Połóż ręce na kolanach” lub „Usiądź spokojnie”, by chłopiec został wytrącony ze stereotypii i na nowo skoncentrował uwagę. Podobnie nawiązanie zerwanego kontaktu wzrokowego (szczególnie ważnego w nauce języka migowego) następuje po werbalnym i migowym komunikacie: „Popatrz na mnie”.

Nowe znaki najczęściej wprowadza się przez zabawę (która jest przecież najbardziej lubianą i najczęstszą formą aktywności dziecka). Chłopiec lubi te zajęcia, chociaż zdarzają się sytuacje, gdy nie chce ćwiczyć, jest zmęczony lub zdenerwowany. Daniel bardzo dobrze zapamiętuje konkretne znaki, ma jednak często problem z ich odtworzeniem. Wynika to zapewne z zaburzonej koordynacji ruchowej oraz przykurczy mięśni chłopca. Niedokładność przekazu znaku nie musi jednak zakłócać rozumienia całości komunikatu.

Można zadać pytanie – po co Danielowi język migowy? Wydaje się, że mogłoby to być dla chłopca sposób komunikacji z otoczeniem – łatwiejszy i bardziej dostępny niż etykiety. Jednak Daniel niestety używa znaków migowych głównie na zajęciach i to przede wszystkim w sytuacjach

niespontanicznych (znaki wymuszone przez nauczycielkę). Spontanicznie użył języka migowego tylko kilkakrotnie (pierwszy raz, gdy pokazał nauczycielce trzy znaki: „ty”, „ubrać”, „dom”, co zostało odczytane jako wyraźny komunikat, że chłopiec nie chce kontynuować zajęć i próbuje je zakończyć, wyprasząc prowadzącą). Być może gdyby Daniel przebywał w środowisku osób migających, bardziej odczułby, iż ten sposób komunikacji jest możliwy i fortunny. Niestety, rodzina chłopca nie miga. Mama rozpoczęła naukę miesiąc po dziecku. Szkolny logopeda, a także nauczyciele nauczania zintegrowanego, religii oraz rehabilitantka nie wykorzystują w pracy z chłopcem znaków języka migowego. Dziecko nie ma też kontaktu z głuchymi rówieśnikami. Aby pokazać Danielowi, że język migowy jest skutecznym narzędziem komunikacji, w ramach zajęć nauczycielka miga mu bajki, a także pokazuje filmy z migającymi rodzinami, grupami rówieśniczymi. Dziecko żywo reaguje na taki przekaz, domaga się przerwania migania opowieści. Większość komunikatów, jakie nauczycielka kieruje do chłopca, jest jednocześnie mówionych i miganych (co ma na celu przyzwyczajenie dziecka do takiej formy komunikacji).

Czy mowa najważniejsza?

Podsumowanie

Środowisko szkolne chłopca skłania się do skierowania go do szkoły specjalnej. Daniel powinien mieć większy kontakt z rówieśnikami. Szkolny logopeda nie widzi postępów w rozwoju mowy u dziecka, większą część pracy poświęca treningowi słuchowemu i rozumieniu mowy. Jednocześnie, rodzina chłopca (szczególnie najbardziej zaangażowana w terapię mama) wciąż ma nadzieję, że będzie on mówić. Ta umiejętność wydaje się dla mamy najważniejsza. Język migowy traktuje jako środek do tego, by „odblokował się rozwój mowy chłopca”. Mama wciąż wytrwale poszukuje kolejnych terapii, jakie mogłyby pomóc jej dziecku².

² Wydaje się, że można tutaj mówić o braku akceptacji (lub akceptacji pozornej) niepełnosprawności dziecka. O problemie akceptacji głuchoty w rodzinie pisało wielu badaczy (np. SZCZEPANKOWSKI, 1999: 181–186).

Rodzice stawiają Danielowi wysokie wymagania. Mama chciałaby, żeby chłopiec czytał globalnie zdania, żeby w nauce języka migowego również wprowadzać zdania, nie same wyrazy. Oczekuje, że chłopiec zamiga: „Daniel chce jeść” i właśnie taki komunikat wymusza, gdy chłopiec zamiga jej jedynie czasownik „jeść”.

Dla powodzenia jakiegokolwiek terapii ważne jest, aby wszystkie osoby pracujące z dzieckiem stosowały jeden wspólny model działania; mimo iż ćwiczą różne sprawności, winny stosować jeden sposób komunikowania się z dzieckiem. Cała, prowadzona wielopłaszczyznowo terapia powinna być zaplanowana, skoordynowana. W przypadku Daniela to rodzice sterują leczeniem dziecka. Wiele czasu, zaangażowania oraz pieniędzy poświęcają oni rehabilitacji syna. Nie mają jednak spójnej wizji tego, jak powinna ona wyglądać. Nie są ustalone priorytety terapii. Brakuje współpracy między różnymi specjalistami. Rodzice wydają się zagubieni w wielości propozycji, wciąż szukają nowych możliwości (łącznie z pomysłem wyjazdu do Stanów Zjednoczonych, by tam Daniel mógł pływać z delfinami, co miałoby sprowokować rozwój mowy). Niestety, nie spotkali zespołu terapeutycznego, który, nawiązując współpracę, podjąłby się kompleksowej rehabilitacji chłopca. Rodzina właściwie nie ma wsparcia specjalistów, a źródłem większości informacji na temat choroby Daniela i możliwych terapii jest Internet.

Wydaje się, że konsekwencją takiego stanu rzeczy jest również zagubienie samego Daniela. Nie wiadomo wszakże, czego się od niego oczekuje: ma mówić, migać³ czy komunikować się za pomocą etykiet? Być głuchym czy słyszącym? Chłopiec tęskniący za rówieśnikami wciąż ma zajęcia indywidualne – nie ma bowiem możliwości, by przebywał w klasie ze zdrowymi rówieśnikami. Choć Daniel bardzo się stara, nigdy nie będzie funkcjonował jak zdrowe, słyszące i mówiące dziecko. Wydaje się, że trzeba mu pozwolić być głuchym, autystycznym, ale kochanym człowiekiem, który będzie mógł przekazywać otoczeniu swoje myśli i potrzeby, który będzie potrafił się z otoczeniem komunikować. I naprawdę nie jest do tego potrzebny język foniczny.

³ Oczywiście, posługiwanie się językiem migowym nie wyklucza posługiwania się mową. Jednak wydaje się, że Daniel nie wie, jak ma porozumiewać się z otoczeniem. Dziecko ma tak wiele sprzężonych zaburzeń, że powinno się wybrać jeden sposób komunikacji.

Bibliografia

- BŁESZYŃSKI J., 1998: *Mowa i język dzieci z autyzmem*. Słupsk: WSP.
- BŁESZYŃSKI J., 2005: *Rodzina jako środowisko osób z autyzmem: aspekt wychowawczo-terapeutyczny*. Toruń: Wydawnictwo Uniwersytetu Mikołaja Kopernika.
- BŁESZYŃSKI J., 2010: *Analiza różnicująca wybranych zespołów zaburzeń autystycznych: zarys rewalidacji*. Toruń: Wydawnictwo Uniwersytetu Mikołaja Kopernika.
- CSANYI Y., 1994: *Słuchowo-werbalne wychowanie dzieci z uszkodzonym narządem słuchu*. Przeł. B. SZYMAŃSKA. Warszawa: WSiP.
- GAŁKOWSKI T., 2005: *Rozwijanie kompetencji komunikacyjnej u dzieci głuchych w programach wczesnej interwencji*. W: GAŁKOWSKI T., SZELĄG E., JASTRZĘBOWSKA G., red.: *Podstawy neurologopedii. Podręcznik akademicki*. Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, s. 607–629.
- GAŁKOWSKI T., KUNICKA-KAISER I., SMOLEŃSKA J., 1978: *Psychologia dziecka głuchego*. Warszawa: PWN.
- GRABIAS S., red., 1994: *Głuchota a język*. Lublin: UMCS.
- KORZON A., 1998: *Totalna komunikacja jako podejście wspomagające rozwój zdolności językowych uczniów głuchych*. Kraków: WN WSP.
- KURKOWSKI Z.M., 1996: *Mowa dzieci sześciolletnich z uszkodzonym narządem słuchu*. Lublin: UMCS.
- LÖWE A., 1999: *Każde dziecko może nauczyć się słyszeć i mówić*. Przeł. H. FERENS. Poznań: Media Rodzina.
- MICHAŁOWICZ R., 1993: *Mózgowe porażenie dziecięce*. Warszawa: PZWL.
- RORAT M., CIECHANOWSKA A., 2002: *Diagnoza i stymulacja rozwoju dziecka z mózgowym porażeniem dziecięcym. Studium przypadku*. Rzeszów: Polskie Towarzystwo Walki z Kalectwem.
- SZCZEPANKOWSKI B., 1999: *Niesłyszący – głusi – głuchoniemi. Wyrównywanie szans*. Warszawa: WSiP.
- SZUCHNIK J., 2005: *Terapia logopedyczna osób po wszczepieniu implantów ślimakowych*. W: GAŁKOWSKI T., SZELĄG E., JASTRZĘBOWSKA G., red.: *Podstawy neurologopedii. Podręcznik akademicki*. Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, s. 653–679.
- ZABŁOCKI J.K., 2002: *Autyzm*. Płock: Novum.

Alicja Podstolec

Therapy for an autistic child with a cochlear implant

Summary

The article presents the case of a nine-year-old autistic boy with a cochlear implant. The speech therapy that the boy participated in was devoted to training the boy's hearing sense and developing his abilities to produce certain sounds. The author also describes the problems encountered by the boy's parents on their way to select the best therapeutic methods that might help their son.

Alicja Podstolec

Die Behandlung des implantierten Kindes mit Störungen aus dem Autismusbereich

Zusammenfassung

In dem Artikel wird der Fall des neunjährigen Jungen mit implantierter Innenohrschnecke dargestellt, bei dem autismusähnliche Störungen diagnostiziert wurden. Logopädische Behandlung des Kindes war vor allem auf den Hörtraining und auf die Auslösung von den einzelnen Lauten orientiert. Es gibt zahlreiche therapeutische Theorien und verschiedene Rehabilitationsmethoden, so dass sich die Eltern des kranken Kindes richtig verloren fühlen können.

Dagmara Superson-Kosztyła, Agnieszka Kulnianin

Uniwersytet Śląski

Studium przypadku pacjentki z afazją akustyczno-amnestyczną

Mówienie jest procesem niezwykle złożonym i wymaga współdziałania wielu sfer w obszarze kory mózgowej. Nawet stosunkowo niewielkie uszkodzenie pewnych obszarów mózgu ludzkiego może prowadzić do zaburzeń funkcjonowania ośrodków odpowiedzialnych za nadawanie i odbieranie mowy oraz powodować rozpad i zniszczenie nabytych w ciągu życia umiejętności językowych.

Utratę istniejących wcześniej zdolności językowych określa się mianem *afazji*. Termin ten wprowadzony został w 1864 roku przez A. Trouseau i pochodzi od starogreckiego słowa *aphates*, które oznacza 'osobę niemówiącą'. Afazję definiuje się jako „częściową lub całkowitą utratę umiejętności posługiwania się językiem, która spowodowana jest uszkodzeniem pewnych obszarów mózgu ludzkiego” (MARUSZEWSKI, 1966). Osobie dotkniętej afazją problemy sprawia zarówno rozumienie, jak i nadawanie mowy; dodatkowym utrudnieniem jest ponowne przyswojenie kompetencji utraconych w wyniku uszkodzeń obszaru mózgu. Przyczynami afazji są przeważnie udary mózgu, urazy czaszkowo-mózgowe, guzy mózgu. Uszkodzenia mogą mieć charakter ogniskowy, jeśli odnoszą się do ograniczonych części, lub rozlany, jeśli obejmują przestrzeń rozległą. W wyniku takich urazów oprócz afazji osoba chora może doznać także uszkodzeń w innych obszarach mózgu i przejawiać zaburzenia uczuć, pamięci, procesów myślowych. Mogą też pojawiać się utrudnienia ruchowe w postaci niedowładu i porażenia części ciała, jak również nieprawidłowości w ruchach bardziej złożonych, co określa się mianem *apraksji* (PĄCHALSKA, 1999). Mogą także występować zakłócenia w analizie bodźców zewnętrznych (*agnozje wzrokowe i słuchowe*), w zakresie

czucia (dotyku, bólu, temperatury), orientacji przestrzennej i orientacji we własnym ciele oraz zaburzenia w pisaniu i czytaniu (określane mianem *agrafii* i *aleksji*). Wymienione zaburzenia mogą, aczkolwiek nie muszą, towarzyszyć afazji. Natomiast ich rozpoznanie może przyczynić się do lepszej diagnozy choroby.

Istnieje sześć typów afazji, wyróżnionych przez Aleksandra Łurię (ŁURIA, 1967), zależnych od obszaru uszkodzenia mózgu ludzkiego:

- afazja aferentna (ruchowo-kinetyczna), wywołana uszkodzeniem zwoju zaśrodkowego lewej półkuli mózgu,
- afazja eferentna, wywołana uszkodzeniem okolicy Broca,
- afazja dynamiczna, gdzie uszkodzenie obejmuje lewą okolicę czołową (przednią) od okolicy Broca,
- afazja akustyczno-gnostyczna, związana z uszkodzeniem okolicy Wernickiego,
- afazja akustyczno-amnestyczna, gdzie uszkodzeniu ulega lewy płat skroniowy w pobliżu okolicy Wernickiego,
- afazja semantyczna, gdzie uszkodzenie obejmuje obszar pogranicza płata skroniowo-ciemieniowo-potylicznego.

W niniejszym artykule przedstawiony zostanie przypadek afazji akustyczno-amnestycznej¹. Zanim przejdziemy do opisu choroby u obserwowanej pacjentki, zapoznajmy się z przyczynami i objawami tego typu schorzenia. Afazja akustyczno-amnestyczna występuje przy ogniskowych uszkodzeniach części wtórnych kory słuchowej w dominującej półkuli (dla osób praworęcznych jest to lewa półkula), leżących nieco dalej od pierwotnych (projekcyjnych) części kory słuchowej, obejmujących obszar zakrętu skroniowo-środkowego lub znajdujących się w głębi płata skroniowego po stronie lewej (ŁURIA, 1967). A. Łuria już w nazwie tego typu afazji scharakteryzował zakłócenie, które jej towarzyszy. Zaburzenia amnestyczne odnoszą się do mechanizmu pamięci. Osoba z afazją zwykle nie ma problemów z generowaniem mowy, a potencjal-

¹ Autorki artykułu chciałyby serdecznie podziękować wszystkim osobom, dzięki którym miały możliwość prowadzenia obserwacji, bez których nie powstałby ten tekst – szczególnie Pani neurologopedzie mgr Bożenie Dudzie z Górnośląskiego Centrum Rehabilitacji „Repty” i Dyrektorowi tego Ośrodka. Mgr Bożena Duda była również niewyczerpanym źródłem wiedzy, którą chętnie się dzieliła, osobą niezwykle przyjazną i zawsze gotową do pomocy. Dziękujemy!

ne zdolności rozumienia zostają względnie zachowane (słuch mowny w normie). Jednakże trudności nasilają się znacznie wraz ze wzrostem napływających do chorego informacji. Problem ten przekłada się na zdolność rozumienia dłuższych wypowiedzi przez osobę dotkniętą afazją akustyczno-amnestyczną. O ile chory nie ma problemów z różnicowaniem pojedynczych fonemów, o tyle w obrębie utrzymania wypowiedzi w ognisku uwagi i w pamięci roboczej większej liczby danych słuchowych występują duże trudności. Można określić to mianem uszkodzenia słuchowej pamięci werbalnej, ale – co warto zaznaczyć – osoba chora wcale nie musi mieć ogólnych problemów z pamięcią (uczeniem się nowego materiału). Dodatkowo występować mogą cechy afazji amnestycznej i parafazje werbalne (MARUSZEWSKI, 1966).

Afazja akustyczno-amnestyczna charakteryzuje się zaburzeniami w trzech przestrzeniach: ograniczenie pola spostrzegania, zaburzenie pamięci słuchowo-verbalnej i zaburzenia gnostycznej podstawy słowa. Jak zostało już wspomniane, mimo występujących zaburzeń słuch fonematyczny wraz z procesem rozróżniania dźwięków pozostają w normie. Również pisanie i czytanie na ogół jest zachowane. Podstawą afazji akustyczno-amnestycznej jest zaburzenie dwóch systemów: słuchowego i wzrokowego. Prowadzi to do oderwania słów od ich znaczeń. Dlatego nierozumienie słowa przez chorego nie jest związane z nieprawidłowym różnicowaniem dźwięków i zaburzeniami słuchu fonematycznego, lecz z defektem myślenia desygnacyjnego i z zaburzeniami pamięci operatywnej oraz z ograniczeniem pola spostrzegania. Występują trudności z zakresu budowy i odbioru tekstu. Pojawiają się też *żargonofazje*, czyli wyrazy, które nie mają odpowiedników w języku (np. żarówka – rębuszka), *parafazje głoskowe* (np. broda – broga, gruszka – bruska), zniekształcenia wzorca słuchowo-brzmieniowego nazwy (niemożność zapamiętania), zmiany w obrębie jednej kategorii semantycznej (np. narty – łyżwy), omówienia (np. długopis – pisze się tym). Zdarza się, że w nazywaniu paru kolejnych przedmiotów występuje *perseweracja*, tzn. badany powtarza nazwę pierwszego desygnatu przy próbie nazwania drugiego lub trzeciego (MARUSZEWSKI, 1966).

W omawianym w dalszej części artykułu przypadku mamy do czynienia z pacjentką dotkniętą afazją akustyczno-amnestyczną, będącą skutkiem urazu neurologicznego.

Diagnoza

Afazja prowadzi do zaburzeń komunikacyjnych i często pozbawia chorego kontaktu z najbliższym otoczeniem lub znacznie go utrudnia. Dlatego niezwykle istotnym czynnikiem jest prawidłowa diagnoza w zakresie jakości i stopnia zaburzeń. Podstawowym celem staje się określenie miejsca, rozmiaru i rodzaju uszkodzenia mózgu. Analizie podlega też istota zaburzeń konkretnych funkcji, co wskazuje typ afazji u chorego. Równie ważnym czynnikiem jest ocena funkcjonalna, która określa relatywnie zachowane i zaburzone lub utracone funkcje mózgowe. Całość: ocena i zbadanie tych wszystkich czynników, które są fundamentem do postawienia prawidłowej i pełnej diagnozy, później stanowić będzie również podstawę stwarzania programu rehabilitacji. W tym miejscu warto podkreślić, że diagnoza logopedyczna musi być postawiona w krótkim czasie po diagnozie neurologicznej.

Diagnoza logopedyczna stanowi kompleksową ocenę językowego funkcjonowania pacjenta z afazją. Oprócz artykulacji logopeda uwzględnia takie elementy mowy, jak: prawidłowy (zachowany) słuch fonemowy, rozróżnianie poszczególnych głosek, rozumienie znaczenia wyrazów, zastosowanie form gramatycznych, posiadany zasób słownictwa, prawidłowe oddychanie i tempo mowy. Zwykle charakterystyka zaburzeń mowy zawiera opis rodzaju i głębokości zaburzeń afatycznych, a także ukazuje metodę porozumiewania się osoby dotkniętej afazją z najbliższym otoczeniem.

W opisanym w niniejszym artykule przypadku afazja wystąpiła po wykonaniu zabiegu embolizacji² tętniaka, który został zdiagnozowany w tętnicy szyjnej lewej. Po embolizacji wystąpiło porażenie prawostronne i afazja motoryczna (wskutek udaru niedokrwiennego lewej półkuli mózgu). U sześćdziesięciosiedmioletniej pani Moniki, której przypadek jest tutaj opisywany, podczas konsultacji psychologicznej oceniono stan psychiczny (który u osób z afazją może być pogorszony, często nawet

² Embolizacja jest to zabieg polegający na zamknięciu światła zmienionych chorobowo naczyń krwionośnych, aby nie odżywiały one nowotworu. Tym mianem określa się też zabieg polegający na zamykaniu części uszkodzonego naczynia krwionośnego przy jednoczesnym zachowaniu przepływu krwi.

w dużym stopniu) i sprawność funkcji poznawczych. Kontakt emocjonalny i logiczny u kobiety był spłycony, zauważalne były także ograniczenia w kontakcie werbalnym. Pani Monika zachowała jednak pełną orientację autopsychiczną i orientację w czasie, miała osłabioną orientację w miejscu. Nie przejawiała oznak obniżonego nastroju. W trakcie badania była spokojna, natomiast napięcie emocjonalne pojawiało się w reakcji na napotkane trudności. Widoczna była u niej chęć współpracy i silna motywacja, co w przypadku tej choroby jest niezmiernie istotne. Stosując test Bentona³, neurologopeda prowadząca stwierdziła zachowanie u pani Moniki funkcji: bezpośredniej pamięci słuchowej (obniżony zakres), krótkoterminowej pamięci wzrokowej, zdolności koncentracji uwagi, praksi pozy, konstrukcji, gnozji wzrokowej. Osłabione były natomiast: trwałość procesów uwagi, zdolność kontrolowania i korygowania błędów, praksia ideomotoryczna, pamięć semantyczna. Występowała dyskalkulia. Deficyty obejmowały także: krótkoterminową pamięć słuchową, praksię oralną, myślenie werbalno-logiczne, funkcje wzrokowo-przestrzenne, proces uczenia się słuchowo-werbalnego (zaburzona zdolność odtwarzania materiału po odroczeniu przy obniżonej zdolności rozpoznawania go, deficyty w obszarze konsolidacji śladu pamięciowego). W terapii zastosowano intensywne leczenie farmakologiczne, w wyniku którego stan zdrowia pani Moniki uległ stopniowej poprawie, polegającej na usprawnieniu ruchomości prawych kończyn i ustępowaniu afazji. Uzupełnieniem leczenia farmakologicznego była również rehabilitacja logopedyczna prowadzona przez doświadczoną neurologopedę.

Przebieg rehabilitacji

Podczas pierwszego spotkania pani Moniki z neurologopedą przeprowadzone zostało przy użyciu kwestionariusza Jadwigi Szumskiej przesiewowe badanie mowy, w wyniku którego neurologopeda dostrzegła duże braki w zasobie słownictwa (będące wynikiem przebytego in-

³ Test Bentona jest testem pamięci wzrokowej. Polega on na krótkotrwałym pokazaniu badanej osobie obrazka, po czym ma ona natychmiast odtworzyć z pamięci to, co na nim było (np. narysować widzianą na ilustracji figurę) (SZUMSKA, 1980).

cydentu neurologicznego) i problemy z nazywaniem (np. nieznamość kolorów) oraz pojawianie się słów niechcianych i licznych parafazji werbalnych. Występowały zaburzenia myślenia desygnacyjnego, obniżony był pułap pamięci przestrzennej. Afazja akustyczno-amnestyczna była bardzo zauważalna.

Pierwszym etapem rehabilitacji osób cierpiących na afazję akustyczno-amnestyczną jest przywrócenie wyobrażeń wzrokowo-przedmiotowych i przedmiotowego odniesienia słowa (CWIETKOWA, 1995). Ćwiczenia opierają się na pracy z zestawem ilustracji, gdzie ten sam przedmiot powinien się powtarzać w różnych formach i kolorach. Dzięki występowaniu tego samego przedmiotu w różnych wariantach w pamięci osoby chorej utrwalany jest pewien obraz i nazwa. Ćwiczenia takie zostały zastosowane także w terapii pani Moniki.

Kolejnym etapem rehabilitacji jest przywrócenie właściwego procesu rozpoznawania przedmiotów na podstawie cech różnicujących (CWIETKOWA, 1995). Szczególnie istotne są tutaj ćwiczenia polegające na konstruowaniu rzeczy z danych elementów i odnajdywaniu przez osoby cierpiące na afazję błędów w wyobrażeniach przedmiotów. Stosuje się również metodę zestawiania i analizy dwóch podobnych wyobrażeń. W tego rodzaju terapii logopedycznej przeprowadza się też ćwiczenia w dorysowywaniu istotnej, różnicującej części przedmiotu, będącej głównym jego elementem. W przypadku pani Moniki neurologopeda na tym etapie rehabilitacji pytała między innymi o to, czym różni się kaczka od łabędzia. Kobieta miała problem z określeniem cech różnicujących, charakterystycznych dla obu ptaków. Pomocne tutaj były tzw. *podpowiedzi kontekstowe*, które w terapii mają zawsze na celu poszerzenie pola semantycznego danego wyrazu. Wykorzystanie takiej podpowiedzi w praktyce polegało na podaniu kobiecie pewnych niepełnych informacji (np. w postaci utartego zwrotu), które powinna ona znać przed chorobą i dokończyć teraz, np. przy pokazywaniu słoika z miodem, kiedy uwydatnił się amnestyczny ubytek słów i pani Monika nie potrafiła sobie przypomnieć nazwy przedmiotu z obrazka, taka podpowiedź brzmiała: „słodkie jak...”. Kobieta starała się dokończyć zwrot, przypominając sobie jednocześnie zapomniane słowo „miód”. Innym z ćwiczeń wykorzystanym w tym przypadku było (wspomniane już wcześniej) dorysowywanie istotnej, różnicującej części przedmiotu. Polegało to na tym, że

pani Monika otrzymała kartki z narysowanymi konturami przedmiotów (były to rysunki niedokończone, brakowało im najważniejszych elementów lub narysowane były tylko ich części), a jej zadaniem było dorysowanie fragmentów, dzięki którym można rozpoznać, co jest na ilustracji.

Ostatnim etapem rehabilitacji jest przywrócenie, w takim zakresie, w jakim w danym przypadku jest to możliwe, zdolności rozumienia słów (CWIETKOWA, 1995). Neurologopeda stosowała tutaj liczne ćwiczenia w powtarzaniu i rozumieniu mowy. Pani Monika rozpoznawała przedmioty na obrazkach, podejmowała próby opisu scenek przedstawionych na fotografiach, wymyślała zdania zawierające opracowywane słowa. Poszerzał się dzięki temu jej zakres rozumienia tekstu czytanego (próbowała także samodzielnie układać różne historie). W trakcie terapii dużo czasu poświęcono rozpoznawaniu przedmiotów na zdjęciach: kobieta oglądała różne fotografie z przedmiotami, krótkie filmy z czynnościami i mówiła, co widzi. Oto zapis fragmentu terapii z tego etapu rehabilitacji:

Neurologopeda: (otwiera program komputerowy, wyświetlają się po kolei różne zdjęcia) – *Przechodzimy do nazywania przedmiotów.*

I po kolei...

Monika: (wyświetlany obrazek: bułka) – *Bułka.*

M.: (wyświetlany obrazek: liść) – *Liść.*

M.: (wyświetlany obrazek: masło) – *Masło.*

M.: (wyświetlany obrazek: zegarek) – *Zegarek.*

M.: (wyświetlany obrazek: ser) – *Ser.*

M.: (wyświetlany obrazek: miód) – ...

N.: – *Co to jest? Do czego to służy?*

M.: – *To jest...*

N.: – *A do czego to służy? To służy do...*

M.: – *No, do... smarowania.*

N.: – *Do smarowania czego?*

M.: – *Chleba.*

N.: – *Chleba, oczywiście. Jest to słodkie czy kwaśne?*

M.: – *Kwaśne, e... słodkie.*

N.: – *Słodkie, słodkie. Słodkie jak... (tu: wykorzystanie podpowiedzi kontekstowej)*

M.: – *Słodkie jak miód.*

M.: (wyświetlany obrazek: kucharz) – *Kucharz.*

N.: – *No, bardzo dobrze.*

M.: (wyświetlany obrazek: kelner) – ...

N.: – *Kto to jest? To był kucharz, a ten, który podaje... co robi? On podaje do...*

M.: – *Do stołu.*

N.: – *Stołu. Obsługuje gości, tak?*

M.: – *Obsługuje gości.*

N.: – *To jest...? Jak zawsze się woła? Halo! Kel...*

M.: – *Kelner.*

W tym etapie terapii pani Monika opisywała także różne sytuacje przedstawione na zdjęciach. Oto zapis nagrania dokonanego podczas opisywania jednego z nich (obrazek przedstawia długą ulicę, po której obu stronach znajdują się budynki, na końcu stoi kościół z widoczną z daleka wieżą; jest tu dużo elementów: ludzie, samochody, latarnie itd.):

N.: – *Poprosimy, żeby pani opowiedziała, co pani widzi na tym obrazku.*

M.: – *Co na tym obrazku? Jest ulica długa... drzewa.*

N.: – *No, bardzo dobrze, pani Moniko. Co pani tam widzi? Co tam jest?*

M.: – *Po obu stronach ulicy... prosto... tu tak nie widać tego. Tu są przejścia.*

Na twarzy pani Moniki widać pełną koncentrację, ale i zmieszanie tym, że nie potrafi wyrazić słowami tego, co widzi.

N.: – *Co jest na pierwszym planie? Co widzimy?*

M.: – *Na pierwszym planie jest przejście dla pieszych.*

N.: – *No, bardzo dobrze, przejście dla pieszych.*

N.: – *Mhm.*

M.: – *A potem będzie tu... No, tu nie ma nic.*

N.: – *Trochę tam jest.*

M.: – *To jest trochę...*

Pani Monika jest teraz bardzo zagubiona. Wie, co chce powiedzieć, ale nie potrafi tego zrobić. To tak, jak wtedy, kiedy mówimy, że „mamy coś na końcu języka”. Wiemy coś, ale jednak nie potrafimy w danej chwili tego wypowiedzieć.

- N.: – *Co po obu stronach ulicy?*
 M.: – *Po obu stronach ulicy jest...*
 N.: – *Sq...*
 M.: – *Sq...*
 N.: – *Co tu jest?*
 M.: – *Sq... takie bloki czy domy.*
 N.: – *O, bloki czy domy?*
 M.: – *No bloki, no domy.*
 N.: – *Domy, prawda? Nie nazywamy tego blokami dlaczego?*
 M.: – *No bo to są...*
 N.: – *To są nowoczesne budowle czy nie?*
 M.: – *Nowoczesne... no nie.*
 N.: – *Nie są nowoczesne, dlatego nie mówimy bloki, a co? Jak inaczej powiemy? Takie stare domy to jak mówimy? Czy to są ka-mie-...*
 M.: – *Kamienice.*
 N.: – *Kamienice, prawda? Mhm. Po obu stronach mamy kamienice i co jeszcze?*
 M.: – *Idzie tu ulicą... tu...*
 N.: – *Kto przechodzi ulicą?*
 M.: – *Przechodzi kobieta i mężczyzna.*
 N.: – *Dobrze, kobieta i mężczyzna przechodzą przez ulicę. Dobrze, a tutaj? Co widzimy?*
 M.: – *A tu widać auta, jak stoją z jednej strony, a z drugiej jedzie.*
 N.: – *Dobrze, co na końcu ulicy?*
 M.: – *Na końcu ulicy to jest taki... yyy... taki...*
 N.: – *No, co to jest? Co widzimy?*
 M.: – *Ratusz.*
 N.: – *Dobrze. Widzimy wieżę, może to być ratusz, może to być wieża ratusza albo wieża... jeszcze jakie najczęściej budowle mają taką wieżę? Z zegarem?*
 M.: – *Z zegarem...*
 N.: – *Kościelne, tak? Wieża kościelna. Dobrze. Jeszcze są latarnie po obu stronach, tak?*
 M.: – *No, ja tu nie widzę latarni.*
 N.: – *Tu mamy latarnie, tak? (wskazuje je na obrazku)*
 M.: – *No.*
 N.: – *Mhm. Tu jest parking. I możemy powiedzieć, że taka zabudowa to jest, no właśnie, jakiego charakteru? Cała zabudowa?*
 M.: – ...

N.: – *Miejska? Wiejska? Nowoczesna?*

M.: – *Miejska.*

N.: – *Miejska? Jakies współczesne miejsce? Współczesne miasto czy nie? Jak mówimy o takim mieście, gdzie są kamienice?*

M.: – ...

N.: – *To wygląda na... stare...*

M.: – *Stare miasto.*

N.: – *Na stare miasto, prawda? Z kamieniczkami takimi, właśnie z takimi zabytkowymi latarniami. Ok, no to fajnie.*

Wnioski

Pani Monika poczyniła ogromne postępy w trakcie leczenia. Uczestnictwo w terapii logopedycznej umożliwiło przywrócenie jej umiejętności nazywania przedmiotów, opisywania ich i podawania ich cech charakterystycznych, bezbłędnego rozpoznawania kolorów, orientowania się w czasie i przestrzeni. Ponadto, zasób jej słownictwa został poszerzony do tego stopnia, iż kobieta jest w stanie porozumiewać się harmonijnie z otoczeniem. Płynność mowy na tym etapie jest bardzo dobra. Pani Monika nie ma już problemów z powtarzaniem i różnicowaniem samogłosek, spółgłosek, sylab, słów (sensownych i bezsensownych), prostych zdań w izolacji. Ogromna poprawa nastąpiła w wykonywaniu poleceń z przyimkami (na początku terapii kobieta nie rozumiała ich wcale, teraz bez kłopotów rozumie je i potrafi używać przyimków we własnych wypowiedziach). Nie było żadnych problemów podczas wykonywania działań arytmetycznych, ćwiczeń geograficznych (zarówno we wskazywaniu na mapie miast, państw, rzek itp., jak i w pokazywaniu kierunków: wschód, zachód, północ, południe, zarówno na mapie, jak i poza nią), wskazywania błędów w tekście pisanym (np. pokazywania poprzestawianych liter). Wpłynęło na to zapewne wiele czynników, takich jak: prawidłowa diagnoza i odpowiedni dobór terapii do indywidualnych potrzeb. Niezwykle istotne znaczenie miało wsparcie męża, który codziennie odwiedzał żonę i indywidualnie ćwiczył z nią zadania opracowane przez logopedę. Rola rodziny i otoczenia jest w przypadku tej choroby nie do przecenienia. Bliscy wspomagają terapię, poświęcając dużo czasu na ćwiczenia

z osobą dotkniętą afazją i dając choremu wsparcie psychiczne, którego niezmiernie potrzebuje. Pomimo tego pani Monika nadal ma duży problem z rozumieniem związków frazeologicznych (np. „Niedaleko pada jabłko od jabłoni” oznacza dla niej, że jabłka rosną w ogrodzie). Ma także trudności z wykonywaniem poleceń złożonych, a jej zakres pamięci słuchowo-werbalnej bezpośredniej jest ustalony na 3 do 4 słów (co znaczy, że pani Monika może zapamiętać i powtórzyć naraz właśnie 3, maksymalnie 4 wyrazy). Na szczęście, rokowania dla niej są jak najbardziej pozytywne i jeśli terapia będzie kontynuowana, a motywacja będzie tak silna jak dotąd, to leczenie przyniesie stałe, pozytywne efekty. Kobieta powróci do codziennego życia, a komunikacja z otoczeniem nie będzie sprawiała jej żadnych trudności.

Bibliografia

- BALEJKO A., 2003: *Diagnoza i terapia osób z afazją*. Warszawa: Wydawnictwo Logopedyczne Antoni Balejko.
- CWIETKOWA L., 1995: *Metody odbudowywania mowy w afazji*. Warszawa: PWN.
- JASTRZĘBOWSKA G., 1998: *Podstawy teorii i diagnozy logopedycznej*. Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego.
- KLIMKOWSKI M., SOBOLEWSKA-BOGACZ E., 1987: *Czynniki ogniskowe, neurodynamiczne i psychogenne w diagnozie neuropsychologicznej*. W: KLIMKOWSKI M., HERZYK A., red.: *Diagnoza neuropsychologiczna*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu im. Marii Skłodowskiej-Curie, s. 56–79.
- ŁURIA A., 1967: *Zaburzenia wyższych czynności korowych wskutek ogniskowych uszkodzeń mózgu*. Warszawa: PWN.
- ŁURIA A., 1976: *Podstawy neuropsychologii*. Warszawa: PWN.
- MARUSZEWSKI M., 1966: *Afazja. Zagadnienia teorii i terapii*. Warszawa: PWN.
- MARUSZEWSKI M., 1970: *Mowa a mózg. Zagadnienia neuropsychologiczne*. Warszawa: PWN.
- MARUSZEWSKI M., 1974: *Chory z afazją i jego usprawnianie*. Warszawa: PWN.
- NOWAKOWSKA M., red., 1978: *Rehabilitacja chorych z afazją*. Warszawa: PAN.
- PĄCHAŁSKA M., 1999: *Afazjologia*. Warszawa: PWN.
- STECKO E., 1991: *Wczesne rozpoznawanie i leczenie zaburzeń mowy*. Lublin: Wydawnictwo Polskiej Fundacji Zaburzeń Mowy.
- SZUMSKA J., 1980: *Metody badania afazji*. Warszawa: PZWL.

Dagmara Superson-Kosztyła, Agnieszka Kulnianin

A case study of a patient suffering from acoustic-amnesia aphasia

Summary

The article describes the problem of acoustic-amnesia aphasia, its causes (for example ischaemic stroke of the left brain hemisphere caused by a blockage after an embolization of aneurysm), symptoms (for example visual and auditory agnosia, apraxia, disorders of orientation in time and space, etc.), and the therapy (for example the introduction of Jadwiga Szumska's test). The authors present a difficult and interesting case of this particular disorder. The whole process of rehabilitation is discussed with details so that it can become a source of concise information for families of people with the disorder and those readers who are interested in its aspects. The topic of the paper is also connected with the clinical speech therapy. The authors introduce and explain selected terminology concerning this particular type of therapy. The paper also contains the description of all the stages of rehabilitation that may be the source of hope and knowledge for the families of people suffering from such difficult disorders as aphasia.

Dagmara Superson-Kosztyła, Agnieszka Kulnianin

Die Patientin mit akustisch-amnestischer Aphasie Die Fallstudie

Zusammenfassung

Der Artikel betrifft die akustisch-amnestische Aphasie, deren Ursachen (darunter die anämische Apoplexie des linken Großhirnhemisphäre infolge der Embolie nach Embolisation des entstandenen Aneurysmas), Symptome (optische u. akustische Agnosien, Apraxie, Raum- u. Zeitorientierungsstörungen u.a.) und Behandlung (u.a.: der von Jadwiga Szumska vorbereitete Test). Den Verfasserinnen ist es gelungen, einen sehr schweren aber auch sehr interessanten Fall darzustellen. Der ganze Verlauf der Rehabilitation wurde von ihnen ausführlich und genau beschrieben, was sowohl den Familien der von der Krankheit Befallenen, wie auch den anderen an dem Problem Interesse habenden Personen Nutzen bringen kann. Das im vorliegenden Artikel behandelte Thema gehört nicht nur dem Bereich der Logopädie selbst sondern wegen der Erkrankungsart – der Neurologopädie, so dass die Verfasserinnen auch ausgewählte Termini aus dem neurologopädischen Bereich geklärt haben. Ihr Artikel kann nicht nur eine Informationsquelle, sondern auch eine Hoffnungsquelle für die Familien der an schwerer Aphasie leidenden Personen werden.

Marzena Lampart-Busse

Przedszkole w Jankowicach Rybnickich

Studium przypadku dziecka z zespołem Pallistera-Killiana

Charakterystyka zespołu

Zespół Pallistera-Killiana, według NORD (ang. *National Organization for Rare Disorders*), należy do rzadkich zaburzeń chromosomowych. Jako pierwszy opisał go Philip Pallister w 1977 roku, zbadany został zaś przez Marię Teschler-Nicola i Wolfganga Killiana w 1981 roku¹. Zespół Pallistera-Killiana (ZPK) zwany jest też tetrasomią 12. pary chromosomów. W niektórych komórkach występuje jeden dodatkowy chromosom powstały z materiału 12. pary chromosomów. Zawiera on dwa krótkie ramiona. Ponieważ występuje tylko w części komórek ciała, chorobę tę nazwano również tetrasomią mozaikową 12. pary chromosomów. Dodatkowy chromosom rzadko jest obecny w komórkach krwi, co utrudnia diagnozę, przy czym limfocyty są często pozbawione izochromosomu. Nie jest znana przyczyna zachodzących aberracji (mutacji) chromosomowych, a wystąpienie wszystkich zdiagnozowanych zespołów uważa się za przypadkowe. Choroba nie jest dziedziczna. Dotyczy zarówno płci męskiej, jak i żeńskiej. Zespół diagnozowany jest po urodzeniu dziecka, w 1. roku życia. Badania prenatalne mogą wykryć wady rozwojowe towarzyszące zespołowi². Główne objawy ZPK to: dysmorfie³ twarzoczaszki, zaburzenia

¹ <http://www.wikipedia.org/> [data dostępu: 30.01.2012].

² <http://www.pk-syndrome.org/> [data dostępu: 30.01.2012].

³ Dysmorfia – słowo pochodzenia greckiego; w terminologii medycznej to nieprawidłowa budowa ciała powstała wskutek pierwotnego defektu rozwoju zarodka (mal-

w funkcjonowaniu narządów zmysłów, wady rozwojowe, hipotonia mięśniowa, zaburzenia funkcji poznawczych. Zewnętrzne objawy widoczne w obrębie twarzoczaszki to: grube rysy twarzy, wysokie czoło, rzadkie brwi i rzęsy, nietypowo szeroka przerwa między oczami, opadanie powiek, pełne policzki, płaska i szeroka nasada nosa, krótki nos, długa rynienka podnosowa, rzadkie włosy w okolicach skroniowych, niedorozwój szczęki (mikrognatia), wargę górną cienką i wygiętą w łuk, dolną wargę odstającą, przerost masy języka (makroglosja), duże, odstające uszy, zwężenie (stenoza) kanału ucha zewnętrznego. Mogą również wystąpić zaburzenia słuchu oraz wzroku, w postaci: wytrzeszczu, katarakty bądź zezu. W ZPK obserwuje się także rozszczepy podniebienia, wysoko wysklepione podniebienie oraz opóźnienie w wyzynaniu się zębów. Występują zmiany w pigmentacji skóry w postaci obszarów hipopigmentacyjnych (pozbawionych koloru) i hiperpigmentacyjnych (ciemniejszych od reszty ciała). W budowie ciała charakterystyczne są: skrócenie kończyn, szerokie dłonie i stopy, krótkie palce u rąk i nóg, kifoskolioza, wyrostek kości krzyżowej, poprzeczne linie zgięciowe wewnątrz dłoni, sztywność stawów, obecność dodatkowego palca (polidaktylia)⁴. U osób z zespołem Pallistera-Killiana mogą wystąpić wady serca, wady w budowie układu pokarmowego, wydalniczego, płciowego oraz oddechowego. Obserwuje się napady padaczkowe. Rozwój poznawczy przebiega w zwolnionym tempie. Dzieci mają problemy z nabywaniem nowych umiejętności psychomotorycznych. Z trudem uczą się mowy. Zazwyczaj są niepełnosprawne intelektualnie. U osób chorych na ZPK może występować większość z opisanych objawów lub tylko niektóre z nich. Różny też może być stopień ich nasilenia. Również długość życia chorych jest zróżnicowana. Najstarsza osoba ma ponad 40 lat⁵. Jak wynika z danych internetowych, w Polsce zdiagnozowano 9 przypadków ZPK, w tym u 6 dziewczynek i 3 chłopców. Najstarszy chłopiec urodził się w 1995 roku⁶, kolejno w: 2001 roku – 2 dziewczynki⁷, w 2002 –

formacje) lub wskutek działania sił mechanicznych na normalne tkanki (deformacje). Por.: <http://encyklopedia.pwn.pl/> [data dostępu: 28.06.2012].

⁴ Stowarzyszenie na Rzecz Dzieci z Zaburzeniami Genetycznymi „Gen”: <http://www.gen.org.pl/> [data dostępu: 30.01.2012].

⁵ Tamże.

⁶ <http://www.kutno.net.pl/> [data dostępu: 20.05.2012].

⁷ <http://www.dzieciom.pl/> [data dostępu: 20.05.2012]; materiały własne autorki.

chłopiec⁸, w 2003 – dziewczynka⁹, w 2005 – dziewczynka¹⁰, w 2006 – dziewczynka¹¹, w 2007 – chłopiec i dziewczynka¹².

Studium przypadku dziewczynki z zespołem Pallistera-Killiana

Ogólne dane dotyczące okresu peri- i postnatalnego wczesnego

Dziewczynka urodziła się w 2001 roku. Poród odbył się siłami natury w 40. tygodniu ciąży. Była to piąta ciąża matki. Dwie pierwsze ciąży zakończyły się samoistnymi poronieniami. W wywiadzie rodzinnym wskazano na obecność padaczki. Z dwóch kolejnych ciąż urodziło się dwoje zdrowych dzieci: chłopiec i dziewczynka. Masa ciała urodzonej z piątej ciąży dziewczynki wynosiła 3 790 g. W skali Apgar dziecko uzyskało 6/7/8 punktów. Stwierdzono obustronne IVH II stopnia. W 3. tygodniu życia dziecko zostało przyjęte do szpitala ze względu na przedłużającą się żółtaczkę. Stamtąd skierowano je do kliniki na Oddział Intensywnej Terapii i Patologii Noworodka z podejrzeniem zespołu genetycznego. Noworodek był wydolny oddechowo i krążeniowo. W badaniu fizykalnym stwierdzono: zmiany ropne na skórze, zażółcenie powłok, cechy dysmorfii twarzy oraz stan po złamaniu obojczyka. Wykonane badania wykazały: podwyższony poziom bilirubiny, konflikt serologiczny oraz obecność gronkowca złocistego w posiewach zmian skórnych. Konsultacje specjalistyczne wykluczyły: niedoczynność tarczycy, zaburzenia funkcjonowania układu krążenia, zmiany w dnie oka. Konsultujący dziecko genetyk, ze względu na cechy dysmorfii twarzy, wysunął podejrzenie zespołu Pallistera-Killiana. Zlecił również wykonanie badania cytogenetycznego i badań w kierunku chorób metabolicznych. Dziewczynka została zbada-
na także przez fizjoterapeutę, który stwierdził: asymetrię L > P, obniżo-

⁸ <http://www.dzieciom.pl/> [data dostępu: 20.05.2012].

⁹ Tamże.

¹⁰ <http://www.forum.darzycia.pl/> [data dostępu: 20.05.2012].

¹¹ <http://www.szczecin.blogx.pl/> [data dostępu: 20.05.2012].

¹² <http://www.dzieciom.pl/> [data dostępu: 20.05.2012].

ne centralnie napięcie mięśniowe, śladowy niedowład kończyny prawej, nieprawidłową reaktywność posturalną.

Dziecko poddano usprawnianiu metodą Vojty. Wykonane przeciemniaczkowo badanie USG wykazało stan po obustronnym krwawieniu II stopnia. Ciemię było duże, łączyło się z szerokim szwem czaszkowym. W funkcjonowaniu innych układów nie stwierdzono nieprawidłowości. Rodzicom dziecka zalecono kontrole w poradniach: ortopedycznej, chirurgicznej, genetycznej, zgłoszenie się do Poradni Zaburzeń i Wad Rozwojowych, rehabilitację ruchową metodą Vojty¹³ lub NDT-Bobath¹⁴ oraz podawanie witamin. W wieku 7 miesięcy dziewczynka została przyjęta do Kliniki Neurologii Wieku Rozwojowego. Wynik wykonanego badania cytogenetycznego był prawidłowy. Badanie profilu kwasów organicznych wykazało kwasicę organiczną. Widoczne były cechy dysmorfii twarzoczaszki. Obwód głowy wynosił 46 cm, ciemię przednie miało wymiary 3 × 4 cm, niewykształcone były odruchy postawy, napięcie mięśniowe oceniono jako nieznacznie obniżone. Rozwój dziecka określono na około 4. miesiąc życia, IR = 66. Wykonany MR głowy¹⁵ wykazał poszerzenie zbiorników płynowych przymózgowych w okolicach czołowych, skroniowych i okołopniowych. Nie stwierdzono wrodzonych wad metabolicznych. Zapis badania EEG był nieprawidłowy. Zmiany w okolicach skroniowych i potylicznych wystąpiły pod postacią fal napadowych. Rodzicom dziecka zalecono systematyczne wizyty kontrolne w poradni genetycznej, neurologicznej oraz pediatrycznej, a także kontynuację rehabilitacji ruchowej oraz stymulację ogólnorozwojową. We wrześniu 2002 roku dziewczynka przebywała w Klinice Audiologii Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu w Warszawie. Wykonano tam badania słuchowych potencjałów wywołanych pnia mózgu – ABR. Wykazały one prawidłowy słuch obwodowy w uchu prawym, niedosłuch przewodzeniowy stopnia umiarkowa-

¹³ Metoda Vojty to jedna z form terapii, stosowana w rehabilitacji ruchowej dziecka z zaburzeniami w rozwoju. Więcej na ten temat zob.: <http://www.vojta.com.pl/> [data dostępu: 2.07.2012].

¹⁴ Metoda NDT-Bobath to jedna z metod usprawniania dziecka z zaburzeniami w rozwoju spowodowanymi uszkodzeniami ośrodkowego układu nerwowego. Więcej informacji na ten temat zob.: <http://www.ndt-bobath.pl/> [data dostępu: 2.07.2012].

¹⁵ MR, MRI – termin medyczny oznaczający rezonans magnetyczny, czyli jedną z technik neuroobrazowania, mającą zastosowanie w diagnostyce, głównie neurologicznej.

nego w uchu lewym oraz wysiękowe zapalenie ucha środkowego lewego. W grudniu 2002 roku wykonano drenaż jam bębenkowych. W styczniu 2003 roku, w tejże Klinice, rozpoznano obustronny niedosłuch przewodzeniowy średniego stopnia i ropne obustronne zapalenie ucha środkowego. Zalecono antybiotykoterapię ogólną i miejscową. Kolejny pobyt w Klinice wykazał niedosłuch przewodzeniowy stopnia lekkiego w uchu lewym, prawidłowy próg słyszenia w uchu prawym, drożność drenu. Badania przeprowadzone w 2003 roku w Zakładzie Genetyki w Warszawie potwierdziły fenotyp charakterystyczny dla zespołu Pallistera-Killiana.

W tabeli 1 zaprezentowano rozwój psychomotoryczny dziecka pomiędzy 14. a 36. miesiącem życia.

Tabela 1

Rozwój psychomotoryczny pomiędzy 14. a 36. miesiącem życia dziecka

Wiek dziecka (wiek życia)	Poziom rozwoju lokomocji (wiek rozwojowy)	Poziom rozwoju koordynacji wzrokowo-ruchowej (wiek rozwojowy)	Poziom rozwoju umiejętności społecznych (wiek rozwojowy)	Poziom rozwoju mowy (wiek rozwojowy)
14. miesiąc	8. miesiąc	7. miesiąc manipulowanie w postaci pojedynczych chwytów z przewagą ręki prawej	7. miesiąc	6. miesiąc reakcje na wysokie tony, fonacja szeregu identycznych dźwięków
17. miesiąc	8. miesiąc	7. miesiąc	7. miesiąc zainteresowanie otoczeniem	6. miesiąc chęć do nawiązania kontaktu, gaworzenie
36. miesiąc	10. miesiąc samodzielne siedzenie, stanie z trzymaniem za ręce przez osobę dorosłą, próby stawiania kroków	12. miesiąc manipulacja oburęczna, chwyt precyzyjny, obniżone napięcie w kończynach	Reakcja odwzajemniania uśmiechu	12. miesiąc rozumienie prostych poleceń popartych gestem, sylaby samonaśladowcze

Źródło: Opracowanie własne na podstawie materiałów autorki oraz kart wypisowych.

Dziewczynka od urodzenia objęta była wielospecjalistyczną opieką. W leczeniu rehabilitacyjnym stosowano metodę NDT-Bobath, hydroterapię, masaże, jonoforezę, magnetostymulację oraz ćwiczenia sprawności manualnej. Dziecko było konsultowane przez psychologa oraz objęte opieką logopedyczną w Wojewódzkim Szpitalu Rehabilitacyjnym dla Dzieci.

Ocena rozwoju dziecka w roku 2004

Pierwszy kontakt z dzieckiem i jego matką miałam we wrześniu 2004 roku. Dziewczynka miała wówczas ukończone 3 lata. Na podstawie przeprowadzonych obserwacji, wywiadu z matką oraz badania neurologopedycznego dokonałam wstępnego opisu stanu i funkcjonowania dziecka. Dziewczynka miała opanowaną umiejętność samodzielnego siedzenia. Chodziła trzymana za rączki. Nie była samodzielna w zakresie wykonywania czynności samoobsługowych. Wykazywała nadwrażliwość na dotyk, szczególnie w kontakcie z pluszowymi zabawkami. Na uśmiech odpowiadała uśmiechem, przy próbach nawiązania kontaktu słownego odwracała głowę w kierunku matki, tuląc się do niej. Najpewniej czuła się, siedząc na jej kolanach. Wykazywała jednak gotowość komunikacyjną, gotowość naśladowania ruchów globalnych, prawidłowe reakcje emocjonalne. Była bardzo pogodna. Widoczne były cechy dysmorficzne twarzoczaszki: grube rysy twarzy, wysokie czoło, krótki, szeroki i płaski nos, rzadkie włosy w okolicach skroniowych oraz rzadkie brwi i rzęsy, duże małżowiny uszne, płaski profil twarzy. Badanie odruchowych reakcji oralnych wykazało obecność odruchu szukania oraz kąsania¹⁶. Dziecko piło mleko, soki i herbatę z butelki ze smoczką. Karmione było papkami. Nie jadło samodzielnie. Nieprawidłowe były funkcje oralne w zakresie: odgryzania, gryzienia, żucia oraz połykania. Dziewczynka stale ssła palec, występował ślinotok. Często opuszczona żuchwa uwidaczniała duży, masywny język, wypełniający jamę ustną. Jego budowa uniemożliwiała osiągnięcie stanu pełnej pionizacji. Stale otwarte usta wskazywały na hipotonię oraz oddychanie torem ustnym. W zakresie

¹⁶ Badanie przeprowadzono według Karty Badania Neurologopedycznego, opracowanej przez A. Ładę. Kartę można znaleźć w: ŁADA, 2012.

mowy biernej dziewczynka wykonywała bardzo proste polecenia, typu: „Pokaż, gdzie jest...”. Gdy czegoś chciała, wyciągała ręce. Nawiązywała kontakt wzrokowy. W zakresie mowy czynnej gaworzyła, wypowiadała kilka słów niosących znaczenie. Były to wyrazy: „abyś” (ciocia Basia), „pempe” (pępek), „mama”.

Tabela 2 zawiera program terapii logopedycznej, który został opracowany po dokonaniu diagnozy neurologopedycznej.

Tabela 2

Program terapii logopedycznej

Cele główne	Cele szczegółowe
Nawiązanie i podtrzymywanie kontaktu, rozwijanie funkcji poznawczych	– budowanie pozytywnych relacji z dzieckiem – tworzenie wspólnego pola uwagi – stymulacja aktywności ruchowej – nabywanie doświadczeń przez usprawnianie motoryki dużej i małej – kształtowanie koordynacji oko – ręka
Kształtowanie funkcji orofacjalnych	– zaprzestanie karmienia przez butelkę – nauka karmienia łyżeczką – nauka odgryzania, gryzienia i żucia – nauka picia z kubka – nauka samodzielnego jedzenia i picia
Rozwijanie percepcji słuchowej	– ćwiczenia wyodrębniania dźwięków naturalnych, wskazywania źródła dźwięku, kojarzenia dźwięku z przedmiotem, a następnie z obrazkiem
Kształtowanie kompetencji komunikacyjnych i językowych	– wzmacnianie aktywności i intencji komunikacyjnych – rozwijanie mowy biernej w zakresie poleceń prostych w kontekście sytuacyjnym – rozwijanie mowy czynnej: wprowadzenie onomatopei, słów (rzeczowniki, czasowniki, przymiotniki) – praca w zakresie kręgów tematycznych: Ja, Rodzina, Dom, Podwórko – nauka czytania

Metody pracy z dzieckiem

W pracy z dziewczynką zostały zastosowane różne metody terapeutyczne. Podane zestawienie zawiera krótką charakterystykę każdej z nich.

1. „Programy aktywności” C. i M. Knill.

Podstawowym celem „programów aktywności” jest rozbudzenie aktywności dziecka, zachęcenie go do działania i przejawiania własnej inicjatywy. Działania terapeutyczne opierają się na tworzeniu dziecku niepełnosprawnemu okazji do zdobywania informacji o sobie. Ważnym elementem „programów aktywności” jest muzyka budująca ramy strukturalne zajęć. Pozwala na rozpoznanie sytuacji, która za chwilę nastąpi. Programy te mają wzrastający stopień trudności¹⁷.

2. Ruch rozwijający W. Sherborne.

Podstawowe założenia metody to rozwijanie przez ruch: świadomości własnego ciała, świadomości przestrzeni i działania w niej, umiejętności dzielenia przestrzeni z innymi ludźmi oraz nawiązywanie z innymi bliskiego kontaktu. Ćwiczenia wywodzą się z tzw. zabawy w baraszkowanie, która wypływa z naturalnych potrzeb dziecka i jest realizowana w kontakcie z dorosłymi. Udział w zajęciach ma na celu stworzyć dziecku okazję do poznania własnego ciała, usprawniania motoryki, pocucia swojej siły, sprawności, co w konsekwencji prowadzi do zwiększenia możliwości ruchowych. Ćwiczenia dostarczają ponadto doznań związanych ze zmysłem równowagi, doznań kinestetycznych i dotykowych¹⁸.

3. Stymulacja polisensoryczna.

Jest to pobudzanie do aktywności dzięki oddziaływaniu na wszystkie zmysły, czyli: dotyk, węch, słuch, wzrok i smak. Działania terapeutyczne są planowane w taki sposób, aby u dziecka wywołać zamierzane wrażenia i aktywność. Metoda stosowana jest w szczególności w pracy z osobami z różnorodną niepełnosprawnością, głównie intelektualną.

¹⁷ Szczegółowe informacje na temat metody można znaleźć w opracowaniu: KNILL, KNILL, 1997.

¹⁸ Opis metody, jej założenia oraz przykłady ćwiczeń zawarte zostały w publikacji: BOGDANOWICZ, KISIEL, PRZASNYSKA, 1997.

4. Terapia zabawą.

Zabawa jest fizjologiczną aktywnością dziecka. Ta forma aktywności staje się sposobem poznania świata. U dzieci, które z różnych względów jej nie podejmują, wprowadza się stopniowo poszczególne jej rodzaje: od zabaw manipulacyjnych, przez konstrukcyjne, do zabaw tematycznych. Oprócz funkcji kształcących i wychowawczych zabawa ma szerokie zastosowanie w diagnozie i terapii dzieci z różnymi zaburzeniami w rozwoju.

5. Ćwiczenia koordynacji wzrokowo-ruchowej.

Stosowane ćwiczenia i zabawy mają na celu usprawnienie dziecka w zakresie współpracy oko – ręka¹⁹.

6. Ćwiczenia motoryki małej.

Motoryka mała to umiejętność wykonywania ruchów dłońmi i palcami. Zastosowanie znajdują tutaj wszelkie zabawy polegające na: chwytaniu, kręceniu, odkręcaniu, trzymaniu, wydzieraniu, lepieniu, bazgraniu, układaniu, malowaniu, nawlekaniu koralików²⁰.

7. Trening funkcji orofacjalnych według NDT-Bobath.

Metoda NDT-Bobath oparta jest na neurofizjologicznym wzorcu rozwoju dziecka. Ćwiczenia są dobierane indywidualnie i dostosowane do rodzaju zaburzeń oraz etapu rozwoju, na jakim dziecko się znajduje. Stymulacja czynności połykania i oddychania dokonuje się w funkcjach: karmienia, spożywania pokarmów stałych i płynnych, gryzienia czy żucia. Zasadnicze znaczenie w terapii neurologopedycznej mają takie czynniki, jak: „dobór odpowiedniej pozycji podczas karmienia, wspomaganie logopedyczne (głównie oddechowe), zastosowanie wybranego wariantu kontroli oralnej i trakcji na klatkę piersiową, dostosowanie akcesoriów²¹, umiejętnie opracowana konsystencja, faktura, stworzenie właściwej atmosfery w przebiegu funkcji” (ŁADA, 2004: 16). Metoda NDT-Bobath oparta jest na pracy zespołu specjalistów. Znajduje zastosowanie przede wszystkim w te-

¹⁹ Propozycje ciekawych zabaw paluszkowych zawiera książeczka: SZUMANÓWNA, 1997.

²⁰ Więcej propozycji zabaw usprawniających motorykę małą można znaleźć w opracowaniu: FRANCZYK, KRAJEWSKA, 2003.

²¹ Akcesoria, czyli: butelki, smoczki, kubki, łyżeczki, są odpowiednio dobierane dla dziecka.

rapii niemowląt i małych dzieci. Może być wykorzystywana również u starszych dzieci z dysfunkcjami połykania czy oddychania. Trening jedzenia i picia realizowany jest przez: kształtowanie umiejętności picia z kubka, po uprzednim zaprzestaniu karmienia przez butelkę ze smoczkiem i wycofaniu smoczka-gryzaka, oraz kształtowanie umiejętności: odgryzania, gryzienia, żucia.

8. Ćwiczenia logopedyczne.

Ćwiczenia słuchowe zmierzające do: uczenia koncentracji na sygnałach dźwiękowych, kształtowania umiejętności rozróżniania i identyfikowania dźwięków otaczającego świata, różnicowania dźwięków pod względem: wysokości, natężenia, długości, rozróżniania cech prozodycznych: akcentu, melodii, intonacji, tempa, identyfikowania realizacji fonemów, usprawniania pamięci słuchowej: sekwencyjnej i symultanicznej. Ćwiczenia oddechowe. Za pomocą odpowiednio dobranych ćwiczeń i zabaw kształtowane są czynności oddechowe, takie jak: różnicowanie fazy wdechowej i wydechowej, wydłużanie fazy wydechu, usuwanie zwiększonego napięcia mięśniowego²².

9. Ćwiczenia logorytmiczne.

Metoda ta wykorzystuje elementy gimnastyczne i muzyczne. Na bazie ćwiczeń muzyczno-ruchowych stosowane są ćwiczenia słowno-ruchowe. Rytm odgrywa w nich rolę dominującą. Ćwiczona jest także technika ruchu. Logorytmika kształtuje funkcje słuchowo-ruchowe u dzieci z zaburzeniami mowy²³.

10. Symultaniczno-Sekwencyjna Nauka Czytania® Profesor Jadwigi Cieszyńskiej.

Metoda ta oparta jest na wykorzystaniu sylaby w procesie nauki czytania. Dziecko poznaje najpierw samogłoski i onomatopeje, a następnie spółgłoski w sylabach. Założeniem „jest integracja kształcenia sprawności systemowej z pragmatyczną i sytuacyjną oraz z rozwijaniem kompetencji kulturowej” (CIESZYŃSKA, 2005: 9). W pracy terapeutycznej stosowane są różnorodne ćwiczenia ogólnorozwojo-

²² Przykłady zabaw i ćwiczeń zawierają opracowania: DEMEL, 1994; SACHAJSKA, 1981; EMILUTA-ROZYA, 2003.

²³ Zob. SMOCZYŃSKA-NACHTMAN, 1988.

we: sprawności motorycznej, manualnej, prakcji oralnej, percepcji słuchowej i wzrokowej, operacji myślowych, pamięci. Nauka czytania oparta jest na: powtarzaniu, rozumieniu i nazywaniu. Przebiega w pięciu etapach: od samogłosek prymarnych do samodzielnego czytania tekstów.

W tabeli 3 pokazano efekty terapii logopedycznej, prowadzonej w ciągu 3 lat.

Tabela 3

Postępy w terapii zaobserwowane u dziewczynki
podczas realizacji zamierzeń programu terapii

Data	Efekty
X–XII 2004	Wykonuje proste polecenia dotyczące orientacji w schemacie ciała, kojarzy niektóre dźwięki z odpowiednim ruchem, próbuje jeść łyżeczką, gryzie kawałki jabłka, żuje kawałki mięsa (początkowo z użyciem gazy), wypowiada wiele wyrazów dźwiękonaśladowczych.
I–III 2005	Akceptuje coraz więcej smaków, sama zjada łyżeczką jogurt, wykonuje niektóre polecenia bez kontekstu sytuacyjnego, kołysze lałę, nucąc <i>a-a-a</i> , słucha z zainteresowaniem prostych piosenek o zwierzętach, preferuje zabawy w „konika”, wydaje dźwięki na prostych instrumentach, kojarzy najbliższe osoby z ich imieniem, wykonuje gest pożegnania („pa-pa”), potrafi wyrazić sprzeciw kręceniem głowy.
IV–VI 2005	Żywo interesuje się zabawkami i przedmiotami wymagającymi manipulacji, potrafi identyfikować dźwięki wydawane przez proste instrumenty, zwiększa zasób onomatopei, potrafi odtwarzać głosy wielu zwierząt domowych, śmiech, płacz.
IX–XII 2005	Potrafi bawić się zabawkami, również pluszowymi zwierzątkami, układa proste układanki, dopasowuje według kształtu klocki do otworów, potrafi dobrać dwa takie same przedmioty i obrazki, realizuje w całości I program Knillów, wypowiada wiele wyrazów dźwiękonaśladowczych, pracuje przy stoliku, samodzielnie je łyżeczką jogurt i serek, ściera stół po jedzeniu.
I–III 2006	Przejawia upodobania do wybranych piosenek, którym towarzyszą proste ruchy, ma coraz lepszą pamięć wzrokową, potrafi zapamiętać położenie ukrytych przedmiotów, identyfikuje usłyszany dźwięk z odpowiednim obrazkiem.

IV–VI 2006	Wskazuje wszystkie części ciała, potrafi powtarzać wiele słów, głównie rzeczowników, pojawiają się czasowniki, rozróżnia odgłosy kilku pojazdów, naśladuje je, potrafi wskazać, co jest duże, a co małe, zaczyna z zainteresowaniem oglądać książeczki, poprawnie trzyma kredkę, którą kreśli formy koliste, zna kilka liter samogłosek, wypowiada pierwsze zdania, typu „Mama pi”, „Mama am”, realizuje II program Knillów.
IX–XII 2006	Lubi zabawy logorytmiczne, zabawy ze śpiewem, wybiera ubrania dla misia i lali, dobiera według kolorów, potrafi kojarzyć i układać odpowiednie obrazki, np. lalka – wózek, wiaderko – piasek, umie wypowiadać coraz więcej słów, zdań.
I–III 2007	Posługuje się swoistą mową dziecięcą, dobrze komunikuje się z otoczeniem w sposób werbalny, potrafi samodzielnie jeść chleb, rysuje głowonogi, nazywa rysowane przez siebie postaci, lubi piosenki <i>Jestem sobie przedszkolaczkę, Ola i liście, Krasnoludki</i> , samodzielnie tworzy ilustracje ruchowe do piosenek.
IV–VI 2007	Rozumie proste polecenia, lubi zabawy z piłką, lepi z plasteliny, maluje farbami, zna i nazywa podstawowe kolory, nazywa ubrania, zna wiele liter, potrafi przeczytać kilka sylab i prostych wyrazów, komunikuje się w sposób zrozumiały dla otoczenia, przelicza do dziesięciu.

W roku 2006/2007 dziewczynka była objęta wczesnym wspomaganie rozwoju²⁴, realizowanym w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej (PPP). W lipcu 2007 roku wydano orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego w przedszkolu specjalnym do momentu podjęcia obowiązku szkolnego.

W 2008 roku rozwój psychomotoryczny dziecka ulegał systematycznej poprawie we wszystkich sferach. Dziewczynka zaczęła samodzielnie chodzić. Radziła sobie z prostymi czynnościami samoobsługowymi.

²⁴ Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka (WWRD) ma na celu pobudzanie psychoruchowego i społecznego rozwoju dziecka od chwili wykrycia niepełnosprawności do podjęcia nauki w szkole. Organizację wczesnego wspomagania rozwoju reguluje Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 4 kwietnia 2005 r. i z dnia 3 lutego 2009 r. w sprawie organizowania wczesnego wspomagania rozwoju dzieci (Dz.U. Nr 23, poz. 133). Dostępne w Internecie: <http://www.kuratorium.szczecin.pl/> [data dostępu: 27.06.2012].

Wypowiadała się prostymi zdaniami. Dobrze rozumiała mowę. Przeprowadzone badanie psychologiczne wskazało na niepełnosprawność umysłową stopnia umiarkowanego. Dziecko miało częste zmiany nastroju z napadami gniewu.

W roku 2009 zaobserwowano dalszą poprawę we wszystkich badanych sferach rozwojowych. Zwiększył się zakres manipulacji, samoobsługi oraz podniósł się poziom koordynacji wzrokowo-ruchowej. W zakresie rozwoju umiejętności językowych dostrzeżono: znaczny wzrost zasobu słownictwa, zarówno biernego, jak i czynnego, pojawianie się zdań złożonych, ciągu zdań powiązanych z sobą tematycznie, dobry poziom gramatyczny w wypowiedzeniach, zniekształcenia na poziomie fonetycznym języka. Dziecko usprawniło umiejętności związane z przyjmowaniem pokarmów. Czynność żucia przebiegała przy otwartych ustach. Dziewczynka kontrolowała połykanie śliny, oddychała torem mieszanym. Podwyższył się poziom sprawności języka i warg. Audiometryczne badanie słuchu nie wykazało odchyłeń od normy.

Rozwój dziecka – stan na rok 2012

Dziecko od września 2011 roku uczęszcza do klasy pierwszej Specjalnego Zespołu Szkolno-Przedszkolnego. Jest pod opieką nauczycielki, która prowadziła je również w przedszkolu. Dziewczynka bardzo lubi swoją panią. Ma indywidualny program nauczania. Proces dydaktyczno-wychowawczy zachodzi równolegle z procesem terapeutycznym. Dzieckiem opiekuje się zespół specjalistów: fizjoterapeuta, psycholog i logopeda. Potrafi ono samodzielnie chodzić, biega w wolnym tempie. W zakresie samoobsługi potrafi samodzielnie jeść posiłki i pić napoje, rozbiera się i ubiera z pomocą. Dziewczynka uczestniczy w życiu artystycznym szkoły. Należy do kółka aktorskiego, bierze udział w przedstawieniach. Lubi płyś, potrafi zapamiętać proste układy choreograficzne. Ma dobrą pamięć, zna modlitwy, fragmenty utworów z poezji dla dzieci Juliana Tuwima i Jana Brzechwy. Z zainteresowaniem słucha czytanych jej książek, recytuje fragmenty *Pana Kleksa*. Wypowiada się całymi zdaniami, które są poprawne pod względem logicznym i gramatycznym. Są adekwatne do sytuacji, w której dziecko się znajduje. Mowa jest w pełni zrozumiała dla odbiorców. Dziewczynka potrafi prowadzić dialog. Stosu-

je zwroty grzecznościowe. Zadaje sensowne pytania. Używa wszystkich części mowy. Wada wymowy w postaci seplenienia międzyzębowego głosek szeregu syczącego oraz rotacyzmu nie wpływa na zrozumiałość wypowiedzi dziecka. Międzyzębowa realizacja głosek uwarunkowana jest w tym przypadku makroglosją (przerostem masy języka) i hipotonią (obniżonym napięciem) warg oraz mięśni mimicznych. Dziecko potrafi kontrolować domykanie ust i pionizowanie języka w miarę możliwości anatomiczno-funkcjonalnych aparatu mowy. Obecnie dziewczynka uczy się wymowy głosek szeregu szumiącego, który zastępuje głoskami szeregu syczącego. Dość dobrze różnicuje wyrazy o podobnym brzmieniu. Identyfikuje, różnicuje usłyszane dźwięki. W wypowiedziach obserwuje się zaburzoną prozodię mowy. Dziewczynka nie kontroluje natężenia i siły swojego głosu. Często mówi głośno, nawet jeśli tego nie wymaga sytuacja.

Przykłady wypowiedzi dziecka (D.) w rozmowach z logopedą (L.) i mamą (M.):

L.: – *Byłaś ostatnio chora?*

D.: – *Źle się czułam (czułam).*

L.: – *Coś Cię bolało?*

D.: – *No, głowa.*

L.: – *Grałaś Murzynka w szkole?*

D.: – *Brałam udział w przedstawieniu (przedstawieniu).*

(podczas układania historyjki)

L.: – *Dlaczego tak układasz?*

D.: – *Chciałam w dobrej kolejności, żeby (żeby) mi się nie pomieszało (pomieszało). Nie chciałam, żeby było źle.*

(podczas nagrywania i odtwarzania swojego głosu dziewczynka zauważa)

D.: – *Ja mam głos jak babcia!*

(logopeda pokazuje litery, kolejno: M, O, W)

D.: – *M jak Ty! (pokazuje na swoją mamę) O jak ja, W jak wanna!*

M.: – *Brawo! Jestem z Ciebie dumna!*

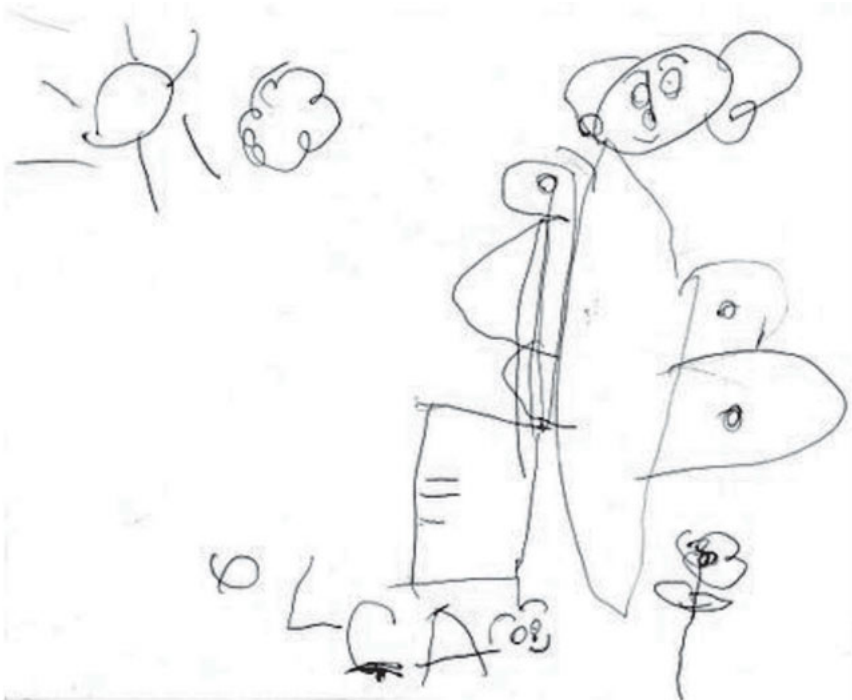
D.: – *Dziękuję!*

(podczas porównywania obrazków różniących się kilkoma szczegółami)

L.: – *Popatrz na drzewo. Policz jabłka.*

D.: – *Jeden. Widzę tylko dwa. Ja to nacisnę.* (klikanie myszką)

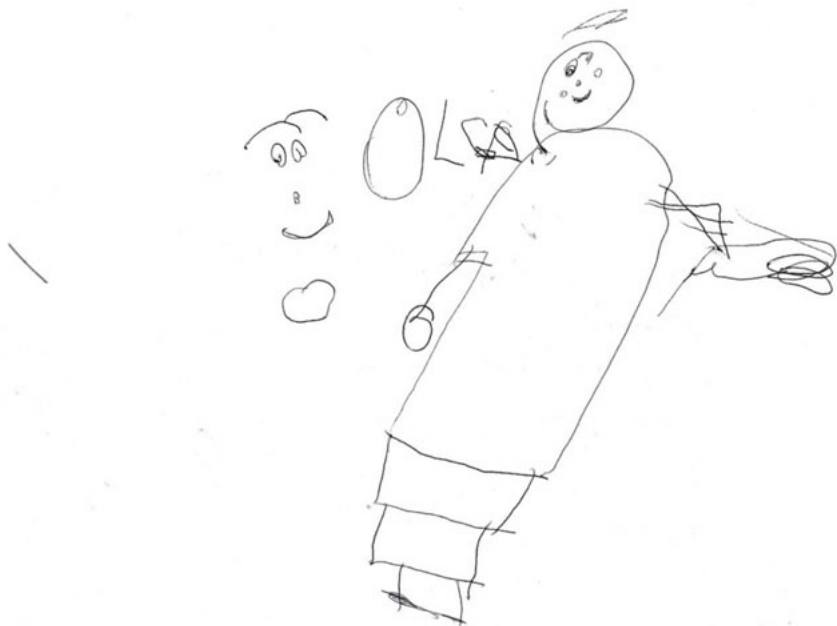
Niektóre sytuacje dziecko interpretuje bardzo dosłownie. Na prośbę namalowania obok motylka tego, na czym lubi on siedzieć, dziewczynka narysowała krzesło, a potem kwiatek (rys. 1). Nazywa „leniem” tego, kto leży na kanapie.



Rys. 1. *Motylek* (ze zbiorów własnych autorki)

W relacjach z innymi osobami dziecko przejawia czasem zachowania buntownicze. Złości się, gdy coś jej nie wychodzi. Używa zwrotu „daj mi spokój”, gdy czegoś nie chce zrobić. Na trudne zadania reaguje uderzeniem pięścią w stół.

Dziewczynka potrafi ułożyć prostą 3–4-elementową historyjkę obrazkową, dostrzega związki przyczynowo-skutkowe oraz różnice między podobnymi ilustracjami. Zna wszystkie litery, czyta globalnie kilkanaście wyrazów. Rysuje postacie z uwzględnieniem podstawowych części ciała (por. rys. 2 i 3). Poprawnie trzyma przybory do pisania. Przelicza elementy do 12. Zna kilkanaście słówek angielskich. W domu często bawi się ze starszą siostrą w szkołę.



Rys. 2. *Tata* (ze zbiorów własnych autorki)

Pomimo braku optymistycznych prognoz u progu życia dziewczynki, dzięki zaangażowaniu rodziny i zespołu specjalistów oraz nauczycieli dziecko osiągnęło dobry poziom funkcjonowania zarówno społecznego, jak i psychofizycznego. Komunikuje się werbalnie w sposób naprawdę wyjątkowy, wzbudzając zdziwienie i uśmiech na twarzach nie tylko rodziny. Choroba, jaką jest zespół Pallistera-Killiana, nie stoi w tym przypadku na przeszkodzie rozwijaniu mowy. Nie obserwuje się utraty na-

bytych umiejętności. Dziecko nadal czyni systematyczne postępy w rozwoju.



Rys. 3. *Pajac* (ze zbiorów własnych autorki)

Bibliografia

- BOGDANOWICZ M., KISIEL B., PRZASNYSKA M., 1997: *Metoda Weroniki Sherborne w terapii i wspomaganiu rozwoju dziecka*. Warszawa: WSiP.
- CIESZYŃSKA J., 2005: *Nauka czytania krok po kroku*. Kraków: Wydawnictwa Naukowe Akademii Pedagogicznej.
- CIESZYŃSKA J., KORENDO M., 2007: *Wczesna interwencja terapeutyczna*. Kraków: Wydawnictwo Edukacyjne.
- CZOCHAŃSKA J., red., 1990: *Neurologia dziecięca*. Warszawa: PZWL.
- DEMEL G., 1994: *Minimum logopedyczne nauczyciela przedszkola*. Warszawa: WSiP.
- EMILUTA-ROZYA D., 2003: *Wspomaganie rozwoju dziecka w wieku przedszkolnym*. Warszawa: CMPPP.

- FRANCZYK A., KRAJEWSKA K., 2003: *Zabawy i ćwiczenia na cały rok. Propozycje do pracy z dziećmi młodszymi o specjalnych potrzebach edukacyjnych*. Kraków: Impuls.
- GAŁKOWSKI T., JASTRZĘBOWSKA G., red., 2003: *Logopedia. Pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*. Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego.
- GRUBA J., LAMPART-BUSSE M., 2005: *Wybrane zagadnienia logopedyczne cz. IV*. Gliwice: Komlogo.
- KIELAR-TURSKA M., MUCHACKA B., 1999: *Stymulująca i terapeutyczna funkcja zabawy*. Kraków: Agat-Print.
- KIELIN J., 1999: *Rozwój daje radość*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- KIELIN J., 2003: *Profil osiągnięć ucznia*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- KNILL C., KNILL M., 1997: *Programy aktywności*. Warszawa: CMPPP.
- ŁADA A., 2004: *Peri- i postnatalna diagnostyka oraz terapia neurologopedyczna*. „Śląskie Wiadomości Logopedyczne”, nr 6, s. 15–19.
- ŁADA A., 2012: *Czynniki rokownicze w rozwoju mowy w okresie prelingwalnym w świetle koncepcji neurorozwojowej*. „Forum Logopedyczne”, nr 20, s. 56–72.
- MACKIEWICZ B., 1991: *Znaczenie pionizacji języka dla poprawnej artykulacji głosek*. W: ROCLAWSKI B., red.: *Opieka logopedyczna od poczęcia*. Gdańsk: Zakład Logopedii Uniwersytetu Gdańskiego, s. 73–77.
- MINCZAKIEWICZ E.M., 1997: *Mowa: rozwój – zaburzenia – terapia*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej.
- PISULSKA-OTREMB A., 1991: *Reedukacja*. W: ROCLAWSKI B., red.: *Opieka logopedyczna od poczęcia*. Gdańsk: Zakład Logopedii Uniwersytetu Gdańskiego, s. 52–57.
- SACHAJSKA E., 1981: *Uczymy poprawnej wymowy*. Warszawa: WSiP.
- SMOCZYŃSKA-NACHTMAN U., 1988: *Kalendarz muzyczny w przedszkolu*. Warszawa: WSiP.
- STECKO E., 1994: *Zaburzenia mowy dzieci – wczesne rozpoznawanie i postępowanie logopedyczne*. Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.
- SZUMANÓWNA W., 1997: *Zabawy z najmłodszymi dziećmi*. Warszawa: CMPPP.

<http://www.dzieciom.pl/>

<http://www.forum.darzycia.pl/>

<http://www.gen.org.pl/>

<http://www.kuratorium.szczecin.pl/>

<http://www.kutno.net.pl/>

<http://www.ndt-bobath.pl/>

<http://www.pk-syndrome.org/>

<http://www.szczecin.blogx.pl/>

<http://www.vojta.com.pl/>

Marzena Lampart-Busse

A case study of a child suffering from Pallister-Killian syndrome

Summary

The article consists of two parts. The first one contains a description of the symptoms of Pallister-Killian syndrome (a rarely occurring and very late-described genetic disorder) which is sometimes accompanied by different anatomic – functional co-occurring disorders varying in severity. The second part of the paper describes the case of an eleven-year-old girl, diagnosed with Pallister-Killian syndrome, who after a long time, multi-specialty therapy and a systematic cooperation with her family, finally achieved a good level of functioning in different areas of development. The author also focuses on the development of the girl's language competence.

Marzena Lampart-Busse

Das Kind mit Pallister-Killian-Syndrom Die Fallstudie

Zusammenfassung

Der Artikel besteht aus zwei Teilen. In dem ersten von ihnen werden die für den Pallister-Killian-Syndrom typischen Symptome dargestellt. Das Syndrom ist eine der seltensten und am spätesten untersuchten genetischen Erkrankungen, bei der verschiedene anatomisch-funktionelle Störungen mit unterschiedlichem Intensitätsgrad auftreten können. Im zweiten Teil wird der Fall des elfjährigen Mädchens mit Pallister-Killian-Syndrom beschrieben. Dank der langjährigen Therapie auf mehreren medizinischen Fachgebieten und der systematischen Arbeit mit der Familie konnte das Mädchen in verschiedenen Entwicklungsbereichen gut genug tätig sein. Die Verfasserin analysiert auch die Entwicklung der sprachlichen Kompetenzen des Kindes.

Agnieszka Wilk

Prywatny Gabinet Terapii Logopedycznej w Wodzisławiu Śląskim
Przedszkole Publiczne nr 3 w Radlinie

Studium przypadku sześciolatniego chłopca niewerbalnego ze sprzężoną niepełnosprawnością

Wspieranie rozwoju komunikacji językowej dziecka
z głębokimi zaburzeniami w rozwoju

Wykorzystywanie mowy dźwiękowej w procesie komunikacji jest wyjątkową umiejętnością właściwą człowiekowi, która pomaga mu rozwijać się we wszystkich sferach aktywności psychomotorycznej i społeczno-emocjonalnej. Dzięki mowie tworzymy sobie oraz mamy wpływ na najbliższe otoczenie. Mowa werbalna determinuje dążenie do niezależnego funkcjonowania. Problemy w sferze komunikacji werbalnej negatywnie wpływają na ogólny rozwój człowieka. Dlatego też dzieci ze złożoną niepełnosprawnością, nieporozumiewające się werbalnie, potrzebują wyjątkowej uwagi i wsparcia oraz odmiennych, dostosowanych do indywidualnych możliwości i potrzeb metod komunikacji. Głęboka dysfunkcyjność dziecka powinna wyzwolić w terapii potrzebę poszukiwania oraz wręcz eksperymentalnego łączenia wielu metod stymulujących jego rozwój – zawsze w ścisłej współpracy z jego najbliższymi. Przekazywanie opiekunom dziecka wiedzy merytorycznej oraz włączanie ich do udziału w terapii pomaga bowiem lepiej zrozumieć możliwości i potrzeby dziecka głęboko dysfunkcyjnego, a także stworzyć optymalne warunki rozwoju psychomotorycznego, w tym również komunikacji. W przypadku dzieci niewerbalnych z uszkodzeniami centralnego układu nerwowego zazwyczaj należy zastosować

wspomagające i alternatywne metody komunikacji (AAC)¹. Gwarantują one skuteczność oddziaływań terapeutycznych, gdy zawodzą metody tradycyjne (BŁESZYŃSKI, 2006).

Wywiad logopedy

Historia życia obecnie 6-letniego Nikodema jest dramatyczna z uwagi na jego poważne problemy ze zdrowiem, počawszy od chwili narodzin. Ponieważ wywiad z matką chłopca może stanowić cenną wiedzę w pracy terapeutycznej różnych specjalistów, postanowiono zacytować jej wypowiedź w obszernych fragmentach².

Ciąża z Nikodemem była moją drugą ciążą. Pierwsze dwa trymestry przebiegały bezproblemowo, choć czułam się gorzej niż w pierwszej ciąży. Byłam bardziej zmęczona i opuchnięta [...]. Co miesiąc wykonywałam kontrolne badania krwi i moczu, które w trzecim trymestrze zaczęły budzić niepokój lekarza. Miałam białko i krew w moczu. Pomimo leków nie było widać poprawy. W 38. tygodniu ciąży lekarz zdecydował, że [...] należy przyspieszyć poród farmakologicznie. Dostałam skierowanie do szpitala. [...] Podłączono mi kroplówkę z oksytocyną [...]. W pewnym momencie położną zaniepokoiło badanie KTG. Serduszek małego raz było dobrze słyszalne, a raz nie. Po zaledwie dwóch skurczach partych Nikoś wyskoczył jak z torpedy; położna ledwo zdążyła go złapać. Nastąpiła cisza, niepokojąca cisza. Wyczekiwałam na płacz, który nastąpił po kilku długich sekundach, ale był jakiś dziwny, taki stłumiony [...]. Nikodem był maleńki (2 300 g), sinawy, z buzią zaciśniętą w dziób, jego oczka wyrażały rozpacz. Od razu poczułam, że jest coś nie tak [...]. Przetransportowano nas do innego pomieszczenia, gdzie mieliśmy odpoczywać. Ciągle czułam niepokój,

¹ AAC (ang. *Augmentative and Alternative Communication* – komunikacja alternatywna i wspomagająca) – komunikacja alternatywna to proces przyswajania zastępczych sposobów dla zapewnienia substytutu mowy dźwiękowej, natomiast komunikacja wspomagająca to proces wspomagania zdolności mówienia.

² Autorka artykułu pragnie złożyć podziękowania za współpracę Mamie Nikodema, która w trudach dnia codziennego niezłomnie wierzy, że również w terapii logopedycznej **chcieć to znaczy móc!**

martwił mnie jego sposób oddychania, z noska uchodziły bańki śluzu. Poprosiłam pielęgniarkę o odsłuzowanie syna, ale stwierdziła, że już tych czynności nie praktykują w szpitalu, a śluz sam grawitacyjnie powinien wypłynąć z noska po ułożeniu dziecka na brzuszku [...]. Nikoś ciągle dziwnie buczał, zamiast płakać, puszczał bańki nosem i w ogóle nie był zainteresowany pierśią [...]. W końcu ordynator OITD³ [...] osobiście oczyścił mu drogi oddechowe i umieścił go w inkubatorze z powodu trudności z termoregulacją. Po 20 minutach inkubator zaczął głośno pikać, to saturacja zaczęła Nikosowi spadać [...]. Zamarałam i w bezruchu obserwowałam, jak w pośpiechu zabierają mi dziecko na Oddział Intensywnej Terapii Dziecięcej [...]. Czekałam na wieści od ordynatora OITD [...].

Rano przekazano mi informację, że Nikodem ma zapalenie płuc, że dostał antybiotyki, że jego życiu już nic nie zagraża, że jest karmiony przez sondę, ponieważ nie potrafi ssać [...], ale również nie ma odruchu wymiotnego, kaszlu i połykania. Jego wiek określono na 34. tydzień ciąży, a nie 38., w którym się urodził. Nikodem wykazywał wiele cech wcześniaczych [...]. Po trzech tygodniach przewieziono syna do Kliniki Patologii Noworodka GCZD⁴ w Katowicach [...], gdzie zrobiono mu wiele badań. Genetyczne nic nie wniosły, nadal nie było wiadomo, dlaczego cały czas zbiera się śluz w jego drogach oddechowych, nawracają infekcje oskrzeli. Rezonans magnetyczny i konsultacje w Klinice Ortodontycznej też nie wykazały przyczyny braku odruchów obronnych i połykania. Zauważono jedynie, że ma małą, cofniętą żuchwę i nisko osadzone uszka. Podejrzewano zespół nieruchomych rzęsek i tym tłumaczono wieczne zaśluzowanie dróg oddechowych. Wykluczono mukowiscydozę. W mózgu znaleziono mały wylew, który miał miejsce prawdopodobnie przy porodzie. Po miesiącu krwiak się wchłonął. Badanie rezonansu głowy wykazało słabą mielinizację istoty białej w mózgu. [...] Nikoś był dla wszystkich zagadką medyczną [...].

Po trzech miesiącach hospitalizacji poprosiłam o wypisanie dziecka ze szpitala na własną odpowiedzialność. Z różnymi niepotwierdzonymi hipotezami wyszliśmy do domu. To był nowy trudny etap w naszym życiu. Szukaliśmy pomocy u różnych specjalistów. W listopadzie

³ OITD – Oddział Intensywnej Terapii Dziecięcej.

⁴ GCZD – Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. Jana Pawła II w Katowicach.

2006 roku zdecydowaliśmy się na wyjazd do kliniki pediatricznej w Londynie. Wykonano Nikodemowi wiele badań, w tym badanie przewodzenia nerwowego, które potwierdziło, że są pewne nieprawidłowości w napięciu mięśniowym. Zrobiono wideoRTG z kontrastem, które wykazało, że nie domyka się nagłośnia podczas próby karmienia i cały pokarm wpada do dróg oddechowych. W tej sytuacji kategorycznie zabroniono nam podawania dziecku jedzenia do buzi, ponieważ groziło to zakrztuszeniem i ciągłymi zachorowaniami na zachłystowe zapalenie oskrzeli. Zaproponowano nam założenie Nikosiowi zgłębnika/przetoki zwanej PEG, przez którą mogliśmy go karmić, bezpośrednio podając pokarm do żołądka bez używania sondy, jak to miało miejsce dotychczas. Wyraziliśmy zgodę na ten zabieg. Wykonano również badania genetyczne, które wykazały, że cechy budowy i objawy funkcjonowania syna pasują do zespołu Worster-Drought⁵. Na trzynaście symptomów pokrywały się trzy: problemy z napięciem mięśniowym, problemy z połykaniem oraz mutacja genu 7. Polecono nam zaakceptowanie faktu, że być może Nikodem nigdy nie będzie normalnie jadł i rozwijał się. Przed Świętami Bożego Narodzenia wróciliśmy do Polski.

Nadal nie dawało mi spokoju, dlaczego Nikosiowi zbiera się śluz w drogach oddechowych i ciągle słychać swoiste „charczenie” podczas oddychania. Ktoś mi kiedyś wytłumaczył, że powodem może być obniżone napięcie mięśni w krtani. Musieliśmy zaopatrzyć się w ssak dla bezpieczeństwa i odpowiedniej higieny. Razem z naszym lekarzem pediatrą podjęliśmy decyzję, że syn będzie dostawał mleko modyfikowane dla alergików. Początkowo był to Nutramigen. Postanowiłam wykonać Nikosiowi badania Ig⁶ całkowitego z krwi. Okazało się, że jest silnie uczulony na laktozę i wołowinę. Podczas wprowadzania mu innych pokarmów byłam bardzo ostrożna. Wyręczałam się wówczas – jak prawie każda dzisiejsza mama – gotowymi posiłkami w słoiczkach dla dzieci. Wybrałam markę [...]. Co okazało się złym posunięciem.

⁵ Zespół Worster-Drought – to wrodzony zespół rzekomoopuszkowy (MUMENTHALER, MATTLE, 2001). Więcej informacji na temat *Worster-Drought Syndrome Support Group* (WDSSG) można znaleźć na stronie: http://wdssg.org.uk/articles/wds_p5.pdf [data dostępu: 4.09.2012].

⁶ Ig – immunoglobuliny. Inna nazwa to *przeciwciała*. Są to białka syntetyzowane u kręgowców po stymulacji antygenem. Pomagają w niszczeniu czynników zakaźnych. Znanych jest 5 klas immunoglobulin: IgG, IgA, IgM, IgD i IgE (BOGUSŁAWSKI, 1990).

Za każdym razem po podaniu mu posiłku ze słoika bardziej ślina się, a jego ślina nabierała galaretowatej konsystencji. Trzeba było go częściej odsysać. Któregoś razu Nikoś po takim właśnie posiłku, podawanym oczywiście przez PEG-a, zaczął dusić się i sinieć, a jego oczka zrobiły się czerwone. Dobrze, że akurat nie byłam sama w domu i niania pomogła mi podczas głębokiego odsysania syna [...]. Zanim przyjechał ambulans, Nikoś złapał oddech, wrócił również normalny kolor jego skóry [...]. Po tym incydencie zrobiłam synowi kolejne badanie alergiczne z krwi, które wykazało uczulenie na gluten i jaja kurze. Natomiast słoiczki z jedzeniem firmy [...] wysłałam do laboratorium specjalistycznego, gdzie określono, jaki jest prawdziwy ich skład. Okazało się, że pokarmy oznaczone na etykiecie jako bezglutenowe czy bez laktozy w rzeczywistości posiadają pewne ilości tych zakazanych dla Nikosia składników [...]. Napisałam pismo do korporacji [...]. Od tamtej pory samodzielnie gotuję każdy posiłek dla mojego synka.

Nikodem ciągle chorował na zapalenia oskrzeli i płuc [...]. W końcu przyszedł czas na szczepienia ochronne. Po wnikliwej konsultacji pediatra podał mu szczepionkę skojarzoną 5 w 1. Niestety, z dnia na dzień po podaniu szczepionki syn stawał się coraz bardziej nieobecny i jakiś słabszy. Przestał dźwigać się do siadania, słabiej trzymał głowę. Rehabilitantka również zauważyła regres w motoryce dziecka [...].

Kiedy Nikodem miał 18 miesięcy, zauważyłam, że podczas podawania mu mleka przez PEG-a zaczął domagać się, abym włożyła mu strzykawkę z zagęszczonym pokarmem do buzi [...]. Fizycznie nie było widać wyraźnych objawów połykania, ale mleko nie wypływało mu z ust, więc musiało dostawać się do żołądka. Następnie przyszła pora na podawanie łyżeczką gęstych zup, co początkowo było trudne [...], ale z czasem i z tym dawał sobie radę. Niepokoił nas fakt cofniętej żuchwy, więc udaliśmy się do pani profesor [...]. Chcieliśmy dowiedzieć się, czy można Nikosowi jakoś pomóc w jedzeniu, w nauczaniu go gryzienia i żucia. Domyślaliśmy się również, że w przyszłości mała i cofnięta żuchwa może być przeszkodą w nauce mowy. Pani profesor powiedziała, że na razie nie ma mowy o żadnym chirurgicznym zabiegu wysuwającym żuchwę, dopóki syn nie osiągnie wszystkich funkcji potrzebnych do samodzielnego jedzenia. Udaliśmy się również do kliniki w Polanicy-Zdroju, gdzie usłyszeliśmy podobne informacje. Nie pozostało nam nic innego, jak tylko uczyć Nikodema wszystkich funkcji buzi. Ale znów na naszej drodze pojawiły się trudności: Nikodem z powodu bardzo silnej alergii nie mógł jeść wielu produktów.

Pozostała nam tylko rehabilitacja i wiara, że będzie lepiej. Trzy razy w tygodniu jeździłam z synem na rehabilitację [...]. Nauczył się siadać, raczkować i stać, ale w dalszym ciągu nie chodził. Wymagał dużej uwagi ze strony opiekunów.

Gdy Nikodem miał 2,5 roku, odkryliśmy, na co jeszcze jest uczulony. Pewnego popołudnia zjadł rosół [...]. Nagle zauważyłam, że w jego buzi jest dużo galaretowatej śliny, pojawił się problem z oddychaniem [...] zrobił się siny [...] zamknął oczy i odpłynął. Wzięłam ssak i leki rozszerzające oskrzela [...]. Po odessaniu zrobiłam mu sztuczne oddychanie, natomiast sąsiad zrobił mu masaż serca. Parę chwil później pojawiła się karetka [...]. W szpitalu Nikoś oddał stolec w formie czarnej smółki [...]. Leżał jak kłoda, wątył i przestraszony, ale oddychał i to wtedy liczyło się najbardziej [...]. Ponownie zrobiłam Nikodemowi badania alergiczne, które wykazały, że jest uczulony na kurczaki, pomidory, truskawki. Po wyżej opisanym incydencie Nikodem przez rok był weganinem. Gotowałam mu tylko warzywa i ryż [...].

Gdy Nikodem skończył 3 latka, postanowiłam, że będzie uczęszczać do przedszkola integracyjnego [...]. W Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej jego umiejętności zostały ocenione na poziomie 1,5-rocznego dziecka. Wydano mi orzeczenie o potrzebie nauczania specjalnego i wspomagania rozwoju z uwagi na niedorozwój psychomotoryczny syna na poziomie umiarkowanym.

Od sierpnia 2009 roku do dziś Nikoś chodzi do przedszkola integracyjnego. We wrześniu 2009 roku, mając 3 lata i 3 miesiące, zaczął samodzielnie chodzić.

Oprócz realizowanego w przedszkolu programu wczesnego wspomagania Nikodem uczęszcza również na zajęcia rehabilitacyjne, na terapię czaszkowo-krzyżową i logopedyczną. Raz w miesiącu ma spotkania z psychologiem, oligofrenopedagogiem w przedszkolu.

Od 2011 roku Nikodem uczęszcza na zajęcia *biofeedback* oraz zajęcia integracji sensoryczno-motorycznej. Ze wskazania Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej konsultuję Nikosia u bardzo cenionego diagnosty w celu wykluczenia/potwierdzenia autyzmu. Na dzień dzisiejszy, mimo że nie mam jeszcze opinii, mogę śmiało napisać, że Nikoś posiada cechy autyzmu. Z miesiąca na miesiąc Nikodem uczy się nowych rzeczy, ale wciąż na drodze ma przeszkodę w postaci silnej alergii i małej, cofniętej żuchwy, która być może odpowiada za problemy z mową i jedzeniem. Pomiary zdjęcia cefalometrycznego wskazują na zasadność wydłużenia żuchwy. W prywatnej klinice w Katowicach

ortodonta zasugerował wykonanie zabiegu dystrykcji żuchwy, czyli wydłużania jej za pomocą rozcięcia i założenia specjalistycznego aparatu zewnętrznego, który będzie rozsuwał o milimetr żuchwę każdego dnia, a kość będzie się w tym miejscu odbudowywać. Noszenie takiego aparatu wymaga co najmniej dwumiesięcznego pobytu w szpitalu [...].

Zrobię wszystko, aby pomóc Nikodemowi – nawet jeśli będzie to związane z wieloma wyrzeczeniami. Pragnę, aby mój syn w przyszłości samodzielnie funkcjonował. Wierzę, że już niedługo będzie mówił. Wyobrażam sobie, że kiedyś będzie dorosłym przystojnym mężczyzną i założy własną rodzinę.

A!!! Zapomniałam dodać, że Nikodem jest bardzo inteligentny, bardziej niż się wszystkim wydaje. Choć nie mówi, porozumiewamy się w myślach. Wierzę, że osiągnie swój cel i jeszcze kiedyś zaskoczy wszystkich.

Życzę powodzenia innym rodzicom w walce o szczęście i sprawność swoich dzieci, bo przecież: **chcieć to znaczy móc!**

Epikryza medyczna Nikodema

W okresie noworodkowym lekarze postawili następujące rozpoznania: niewydolność oddechowa, wrodzone zapalenie płuc, hipotrofia wewnętrzmaciczna, żółtaczką, niezgodność serologiczną w układzie AB⁷, zaburzenia mózgowie noworodka, krwawienie dokomorowe I stopnia po stronie lewej, zaburzenia ośrodkowej koordynacji nerwowej, zespół uogólnionej reakcji zapalnej, zespół nieruchomych rzęsek, refluks żołądkowo-przełykowy, cechy dysmorfii twarzoczaszki, zespół Worster-Drought współistniejący z zespołem Foixa-Chavany-Marie'a⁸.

⁷ AB⁰ – zakres podstawowych grup krwi. W krwinkach czerwonych może występować jeden z dwóch antygenów (grupa krwi A i B) lub mogą występować razem (grupa krwi AB) albo też może być ich brak (grupa krwi 0).

⁸ Zespół Foixa-Chavany-Marie'a – przedni obustronny zespół wieczkowy (ang. *Foix-Chavany-Marie Syndrome, opercular syndrome, facio-pharyngo-glosso-masticatory diplegia*) – zespół objawów ze strony układu nerwowego o typie korowo-podkorowego porażenia nadjądrowego lub rzekomoopuszkowego. Opisano postaci: przednią (czołową) i tylną (skroniowo-ciemieniową) zespołu wieczkowego, w zależności od lokalizacji uszkodzenia w wieczku. Na obraz kliniczny składają się: porażenia nerwów, zaburze-

Opinia psychologiczna (wiek życia dziecka: 4 lata i 1 miesiąc)

Dziecko wykazuje opóźnienie rozwoju psychoruchowego w stopniu znacznym, związane z zaburzeniem mielinizacji ośrodkowego układu nerwowego (OUN) oraz niepełnosprawnością ruchową spowodowaną zaburzeniami koordynacji nerwowo-mięśniowej. Chłopiec chodzi niepewnie, nie biega, nie stoi na jednej nodze, nie chodzi na palcach, nie podnosi rąk do góry, nie rotuje tułowia, wykazuje asymetrię napięcia mięśniowego oraz *dysmorfie twarzowo-czaszkową* (zaburzenia budowy w obrębie twarzy i czaszki). Jest na etapie podnoszenia drobnych przedmiotów chwytem szczypcowym, zaczyna manipulować zabawkami. Szuka schowanych przedmiotów. Buduje wieżę z 3 klocków. Pracując metodą prób i błędów, umieszcza we właściwych otworach koło, kwadrat i trójkąt. Samodzielnie je łyżką. Pije z kubka podtrzymywanego przez opiekuna. Nadal nie utrzymuje kontaktu wzrokowego. Potrafi wskazać lub sięgać po interesujące go przedmioty. Reaguje na stanowczy zakaz. Opanował proste gesty grzecznościowe (podaje rękę na przywitanie, robi „pa, pa” na pożegnanie). Nie naśladuje czynności. Jest dzieckiem niewerbalnym. Nie komunikuje się z otoczeniem. Wykazuje progres w zakresie umiejętności okazywania emocji: gestem i/lub ruchem całego ciała wyraża zainteresowanie lub niechęć.

nia funkcji językowych i drgawki. Przedni zespół wieczkowy wyróżniają: trudności w mówieniu (*dyszartria*), żuciu pokarmu i połykaniu (*dysfagia*) oraz niekiedy niedowład mięśni twarzy, związane z *apraksją* mięśni ust, twarzy, gardła, żwaczy i języka (zaopatrywanych przez nerwy czaszkowe V, VII, IX, X i XII). Przyczyną zespołu mogą być obustronne wrodzone malformacje wieczka lub stany nabyte, takie jak: obustronny udar w obszarze unaczynienia tętnicy środkowej mózgu lub neuroinfekcje. Zespół może być powikłaniem po dużych zabiegach neurochirurgicznych w tej okolicy. Postać wrodzona określana jest niekiedy jako zespół Worstera-Droughta. Przejściowy zespół wieczkowy (ang. *transient opercular syndrome*) może być objawem nierozpoznanej lub niedostatecznie kontrolowanej padaczki. Zespół opisali Charles Foix, Jean Alfred Mile Chavany i Julien Marie w 1926 r. (MUMENTHALER, MATTLE, 2001; ROWLAND, PEDLEY, 2008).

Opinia psychologiczna (wiek życia dziecka: 6 lat)

Z powodu wystąpienia u dziecka zespołu wad mnogich, upośledzenia w stopniu umiarkowanym, globalnego opóźnienia rozwoju mowy biernej i czynnej, zaburzonego kontaktu interpersonalnego, licznych zaburzeń kompulsywnych i stereotypowych, chłopiec został objęty kształceniem specjalnym dla dzieci z upośledzeniem w stopniu umiarkowanym i znacznym w przedszkolu integracyjnym, programem wczesnego wspomagania rozwoju dziecka, rehabilitacją ruchową oraz terapią neurologopedyczną. Był konsultowany przez okres 7 miesięcy pod kątem autyzmu wczesnodziecięcego.

Zespół terapeutów zauważył w funkcjonowaniu chłopca wiele nieprawidłowości. W zakresie interakcji społecznych zachowania niewerbalne dziecka potrzebne do regulowania kontaktów społecznych były zaburzone: amimiczność twarzy, brak czytelnych gestów i niosącej komunikat „mowy ciała”, nieumiejętność nawiązania kontaktu wzrokowego bądź bardzo przelotny kontakt wzrokowy tylko wówczas, gdy chłopiec sam tego chce. Nikodem często patrzy „przez” drugiego człowieka lub peryferycznie na przedmioty i ludzi. Nie potrafi adekwatnie do wieku nawiązywać relacji społecznych, nie interesuje się zabawkami (z wyjątkiem samochodów). Preferuje zabawę samotną o charakterze natrętnych powtórzeń (np. wchodzenie na materac i schodzenie z niego). Nie zaobserwowano zabaw „razem” (zabawy z elementem współdziałania oraz tworzenia relacji interpersonalnych), „na niby” (zabawa w udawanie kogoś lub czegoś), konstrukcyjnych, tematycznych, symbolicznych. Dziecko nie wykazuje potrzeby spontanicznego poszukiwania kontaktów z innymi ludźmi (oprócz najbliższych), nie manifestuje odwzajemnienia społeczno-emocjonalnego, nie obserwuje się też u chłopca zachowań empatycznych. Nikodemowi brak kompetencji społecznych i komunikacyjnych oraz umiejętności modulacji zachowań w zależności od kontekstu sytuacyjnego, a także tzw. zachowań alloplastycznych (dziecko nie jest zdolne do zachowań zmierzających do poprawy jego własnego komfortu psychicznego i fizycznego). W zakresie aktywności własnej dostrzeżone zostały następujące anomalie: ograniczone, powtarzające się, stereotypowe wzorce zainteresowań i zachowań; trzepotanie rączkami zgięty-

mi w łokciach; kompulsywne zainteresowanie i manipulacja pieluszką tetrową, służącą między innymi do wycierania ust; natrętne stawianie na głowie; kompulsywna potrzeba obserwacji wysokich drzew i słupów podczas spacerów; silnie utrwalony schematyzm w wielu zachowaniach dnia codziennego oraz silny sprzeciw w sytuacji wprowadzenia zmiany, np. trasy przejazdu do przedszkola.

Do 5. roku życia Nikodem nie wykazywał komunikacji intencjonalnej. Obecnie, w wieku 6 lat, chłopiec prezentuje głębokie zaburzenia recepcyjno-ekspresyjne w zakresie rozwoju mowy – nie wytworzył komunikacji wspomagającej. Zazwyczaj reaguje na proste polecenia typu: „Daj!”, „Weź!”, „Pokaż!”. Rozumie proste polecenia, o ile są wypowiedziane w kontekście sytuacyjnym, ale ignoruje gesty z najbliższego otoczenia.

Również w zakresie rozwoju uwagi i koncentracji dziecko manifestuje poważne zaburzenia. Nie podąża wzrokiem za osobą, nie śledzi czynności. Wydaje się, że postrzega otoczenie w sposób odbiegający od typowego, tj. prezentuje widzenie peryferyczne. Chłopiec wykazuje zaburzenia postrzegania głębi i przestrzeni, prezentuje znaczną przerzutność uwagi i bardzo słabą koncentrację.

Przedstawiona charakterystyka zachowań Nikodema spełnia kryteria zaburzeń ze spektrum autyzmu. Trudno jednak jednoznacznie odnieść się do tej kwestii z uwagi na współwystępujące objawy wspomnianego wcześniej zespołu Worster-Drought. Cechy zachowań ze spektrum autyzmu mogą zatem stanowić objaw wtórny do wspomnianego zespołu genetycznego, mogą też świadczyć o wystąpieniu autyzmu u dziecka z zespołem wad mnogich.

Obserwacje logopedy

Nikodem na pierwszą wizytę przyjechał w towarzystwie rodziców i starszego brata. Miał wówczas 3 lata i 10 miesięcy. Przeprowadzając wywiad, logopeda pozyskał informacje o problemach w rozwoju psychomotorycznym chłopca oraz jego doświadczeniach wynikających z uczęszczania do przedszkola integracyjnego.

W czasie ustalania diagnozy i podczas zajęć terapeutycznych prowadzono obserwację, w wyniku której ustalono, że dziecko wykazuje:

- globalne opóźnienie rozwoju psychoruchowego oraz brak komunikacji werbalnej i niewerbalnej przy występującej intencji komunikacyjnej,
- nieprawidłowości w budowie twarzoczaszki, objawy *mikrognacji* (nie-dorozwój żuchwy) ze znacznym cofnięciem żuchwy,
- znacznie wysklepione podniebienie twarde (tzw. podniebienie gotyczne),
- hipotonię (stan obniżonego napięcia mięśniowego) w obrębie mięśni twarzy, w tym szczególnie mięśni okrężnych warg i języka oraz amimiczność,
- oddychanie torem ustnym, brak umiejętności dmuchania i chuchania,
- *dysfagię* (zaburzenia połykania) oraz brak żucia; dziecko spożywa jedzenie zmiksowane, nie kontroluje połykania śliny,
- zaburzenia percepcji słuchowej,
- zaburzenia priorycepcji (czucie głębokie) oraz zmysłu dotyku,
- zaburzenia percepcji wzrokowej,
- zaburzenia praksjii (zdolność wykonywania złożonych ruchów celowych) w zakresie motoryki dużej, małej i oralnej,
- zaburzenia koordynacji funkcji percepcyjno-motorycznych,
- zaburzenia uwagi i koncentracji,
- trudności w nawiązywaniu i utrzymywaniu relacji społecznych.

Nikodem z uwagi na całościowe zaburzenia rozwoju, charakteryzujące się poważnymi trudnościami w komunikacji i kontaktach społecznych, nietypowym zachowaniem i słabością fizyczną, wymagał intensywnej i systematycznej terapii neurologopedycznej.

Terapia logopedyczna

Terapia logopedyczna dziecka z niepełnosprawnością sprzężoną, z zaburzeniem mowy i komunikacji wymaga holistycznego podejścia, aby możliwe było wdrożenie go do pełnej stymulacji sensomotorycznej. Zwykle jest bardzo żmudna i długotrwała. Staje się wyzwaniem dla logopedy, dziecka i jego opiekunów. Wymaga kreatywności w poszukiwaniu skutecznych metod i form pracy oraz bacznej obserwacji nawet minimalnych postępów małego pacjenta.

Autorka artykułu swój warsztat pracy opiera na teorii neurobiologicznej, która zakłada neuroplastyczność w każdym wieku człowieka i daje ogromny wachlarz rozwiązań terapeutycznych zgodnych z jej zasadami (CIESZYŃSKA, KORENDO, 2007; TOMASELLO, 2002).

Zastosowane określone metody terapeutyczne, a w nich techniki i narzędzia, w pierwszej kolejności mają służyć jak najszybszemu oponowrywaniu zaburzonych lub niewykształconych prymarnych funkcji, a docelowo wspomagać rozwój komunikacji pozawerbalnej i werbalnej chłopca. Różnorodność oddziaływań daje szansę na progres we wszystkich sferach rozwoju psychomotorycznego dziecka, a jednocześnie uwzględnia jego indywidualne potrzeby i możliwości.

Z uwagi na szczególny charakter zaburzeń rozwoju Nikodema przed przystąpieniem do terapii postanowiono zaoferować intensywny blok instruktażowy jego mamie i wolontariuszce, która wspomaga rodziców w sprawowaniu opieki nad chłopcem. Wolontariuszka jest absolwentką studiów pedagogicznych, a zatem osobą, której bliskie są zagadnienia z zakresu oligofrenopedagogiki⁹. Podczas pierwszych spotkań wyjaśniono opiekunom dziecka założenia terapeutyczne metod pracy stosowanych w różnych ośrodkach w Polsce i za granicą, których elementy logopeda postanowił włączyć do programu terapeutycznego Nikodema, oraz sens ich łączenia z zachowaniem reguł planowania terapii neurobiologicznej (CIESZYŃSKA, 2010). Ustalono rodzaj sygnałów informujących dziecko o prawidłowym wykonaniu ćwiczenia oraz zestaw wzmocnień pozytywnych celem zwiększenia motywacji chłopca do podejmowania kolejnych zadań. Logopeda podkreślił, że przeprowadzając ćwiczenia w domu, nie można doprowadzić do sytuacji znużenia bądź przeforsowania dziecka w terapii, nawet jeżeli na pozór bardzo dobrze bawi się ono z nami. Wyjaśniono potrzebę współpracy wielospecjalistycznej i konsekwentnej realizacji wspólnie tworzonego programu terapeutycznego na terenie domu rodzinnego chłopca, przedszkola i gabinetu logopedycznego celem zintensyfikowania oddziaływań terapeutycznych. Określono, że głównym założeniem terapii jest nauczanie Nikodema bycia sprawczym komunikacyjnie, bez względu na formę: werbalną

⁹ Oligofrenopedagogika – dział pedagogiki specjalnej zajmujący się nauczaniem i wychowaniem osób o obniżonej sprawności intelektualnej.

bądź z wykorzystaniem komunikacji wspomagającej i alternatywnej, czyli AAC.

Przebieg terapii logopedycznej

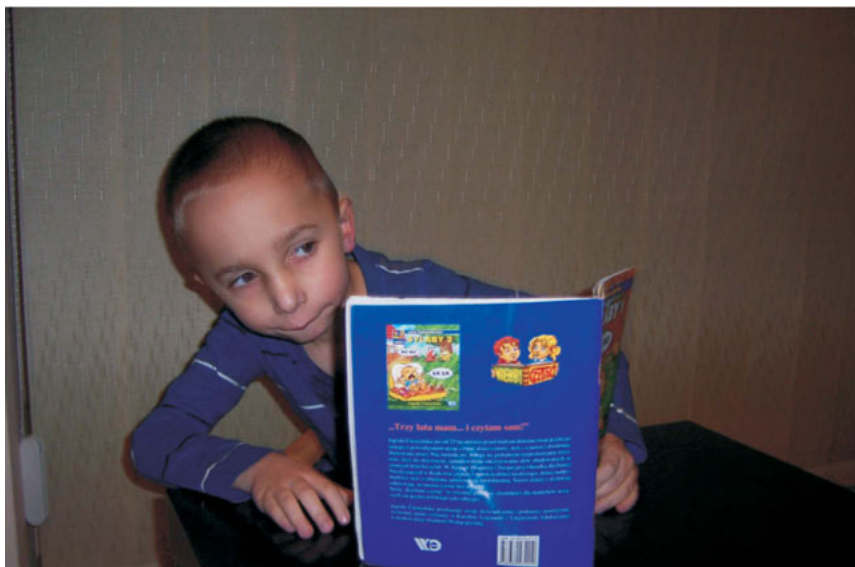
W pierwszej fazie współpracy z Nikodemem logopeda zadbał o nawiązanie z nim dobrych relacji. Osoba terapeuty miała wzbudzać w nim poczucie bezpieczeństwa, a gabinet miał kojarzyć się z miejscem dobrej zabawy. W początkowym etapie terapii wykorzystywano metodę werbotonalną¹⁰. Wybór okazał się bardzo dobry. Nikodem zainteresował się desygnatami metody oraz zaczął właściwie nimi manipulować. Poprawnie reagował na polecenie logopedy: „Daj!”, „Weź!”, „Pokaż!”, „Szukaj!”. Zaczął czynić postępy w zakresie fiksowania wzroku i wodzenia za przedmiotem, który zawsze prezentowano na wysokości twarzy terapeuty. Podczas zabawy „razem” i manipulowania przedmiotami chłopiec pozwolił na zbliżenie się do siebie oraz kierowanie jego aktywnością. Zaczął naśladować logopedę manipulującego desygnatami z metody werbotonalnej. Następnie wprowadzono ćwiczenia z wykorzystaniem: zabawek (zwierzęta) wydających dźwięki i poruszających się; figurek drewnianych zwierząt oraz makiet gospodarstwa rolnego, lasu, łąki; klocków drewnianych o różnych kształtach, wielkościach i kolorach; pacynkę na rękę; desygnatów metody Paula Dennisona¹¹; wykorzystano też lale, misie, piłki i auta w różnych wzorach i wielkościach, aby uczyć dokonywania segregacji, np. „Miś do misia”, „Lala do lali”, „Auto do auta”, „Piłka do piłki”.

¹⁰ Metodę werbotonalną opracował Petar Guberina w trosce o rozwój mowy dzieci niedosłyszących. W Polsce jest stosowana od 2005 r. Patronat objęła Fundacja Orange. Metoda składa się z zabaw fonacyjnych, ruchów ciała i rytmów muzycznych oraz ich graficznego odwzorowania.

¹¹ W terapii wykorzystano drewnianą „leniwą ósemkę” i inne pomoce metody kinestezjologii edukacyjnej, której twórcą jest Paul Dennison. Badacz przekonuje, że stosując odpowiednie ćwiczenia, np. na przekroczenie linii środka ciała, energetyzujące, rozciągające, relaksujące, znacznie poprawiamy umiejętność komunikacji, organizacji i koncentracji, jesteśmy pewniejsi siebie, łatwiej wyrażamy potrzeby, szybciej i skuteczniej uczymy się. Zob. HANNAFORD, 1998, 2003.

Gdy logopeda zaobserwował, że Nikodem bardzo chętnie wykonuje zadania polegające na łączeniu takich samych przedmiotów, takich samych obrazków, wprowadzono ćwiczenia z zakresu praksj motoryki dużej i manualnej. Polegały one na naśladowaniu ruchu kreślenia wzoru rytmogestów samogłosek (MĘYNARSKA, SMEREKA, 2000). Duże ilustracje rytmogestów połączono z powiększonymi do wielkości A4 wzorami liter: samogłosek. W ten oto sposób Nikodem został wprowadzony w świat liter.

W kolejnym etapie postępowania logopedycznego wprowadzono elementy Symultaniczno-Sekwencyjnej Nauki Czytania® Profesor J. Cieszyńskiej (CIESZYŃSKA, 2006), z wykorzystaniem zeszytu pierwszego serii logopedycznej *Kocham czytać* (CIESZYŃSKA, 2006; por. zdj. 1). Kolejnym wyzwaniem, które podjął logopeda, było wdrożenie procedur zgodnie z metodą Manualnego Torowania Głosek® (MTG) (WIANECKA, 2011).



Zdj. 1. Nikodem (ze zbiorów własnych autorki)

Daje ona możliwość torowania ruchu narządów artykulacyjnych chłopca i wywoływania sylab, z których będą w przyszłości budowane słowa. Moment doświadczenia przez dziecko wytworzenia innych dźwięków

niż tylko dotychczasowego „buczenia”, wokalizowania gardłowego, okazał się punktem przełomowym w terapii. Nikodem wręcz domagał się od terapeutki „manipulowania” w obszarze jego aparatu artykulacyjnego, w nadziei na pojawienie się kolejnych samogłosek. I tak też się stało: logopeda układał narządy mowy chłopca, mama Nikodema opowiadała o ilustracjach z serii *Kocham czytać*, a następnie wspólnie podejmowano próby wypowiadania poszczególnych samogłosek.

Wbrew ogólnie przyjętym zasadom postępowania logopedycznego dotyczącego usprawniania narządów mowy, w przypadku terapii Nikodema moment wywołania zróżnicowanych dźwięków w postaci samogłosek stał się preludium do stymulacji wewnątrz- i zewnątrzustnej. Dopiero od tej chwili chłopiec był gotowy zaakceptować masaż, stymulacje zgodnie z metodą Castillo Moralesa¹² oraz metodą holistycznego podejścia do neurorozwoju i efektywności uczenia się „HANDLE” Judith Bluestone¹³.

¹² R. Castillo Morales jest twórcą całościowej neurofizjologicznej koncepcji leczniczej stosowanej przy sensomotorycznych i ustno-twarzowych zaburzeniach u dzieci i dorosłych. Ustno-twarzowy kompleks obejmuje mięśnie mimiczne twarzy, mięśnie żwacze, mięśnie nadgnykowe i podgnykowe, mięśnie języka, mięśnie podniebienia miękkiego, mięśnie gardła, mięśnie szyi, mięśnie obręczy barkowej oraz ich funkcje i unerwienie. Opracowana koncepcja lecznicza składa się z trzech części: (1) neuromotorycznej terapii rozwojowej stosowanej w leczeniu dzieci z opóźnieniem statomotorycznym, przepukliną oponowo-rdzeniową, obwodowym niedowładem, zaburzeniami genetycznymi itp. Jej celem jest ograniczanie wpływu na rozwój dziecka nieprawidłowych doświadczeń sensomotorycznych, aby uniknąć lub ograniczyć rozwój patologicznych lub nieprawidłowych wzorców postawy, ruchu i zachowania w przyszłości; (2) ustno-twarzowej terapii regulacyjnej dla pacjentów z zaburzeniami sensomotorycznymi w obszarze twarzy, jamy ustnej, gardła. W szczególności służy do leczenia dzieci z zaburzonym ssaniem, żuciem, połykaniem i mową; (3) uzupełnieniem jest leczenie ortodontyczne z zastosowaniem płytek podniebiennych i przedsionkowych w połączeniu z ustno-twarzową terapią regulacyjną. Metoda Castillo Moralesa oparta jest na koncepcji integracji sensomotorycznej i komunikacji. Komunikacja dotyczy relacji między rodzicami a dzieckiem, dzieckiem a terapeutą oraz rodzicami – dzieckiem i terapeutą. Zob. KACZAN, REGNER, 2004.

¹³ HANDLE (ang. *Holistic Approach to NeuroDevelopment and Learning Efficiency*) – J. Bluestone to osoba autystyczna, rzecznik osób z autyzmem, nauczyciel, terapeuta i wykładowca, stworzyła i spopularyzowała program „HANDLE”, czyli holistyczne podejście do neurorozwoju i efektywności uczenia się, a następnie założyła w Waszyngtonie Instytut HANDLE (The HANDLE Institute). Zob. BLUESTONE, 2010.

Równolegle do opisanych ćwiczeń prowadzono trening wrażliwości słuchowej. Nikodem lokalizował źródło różnych dźwięków, a następnie zaczął nabywać umiejętności identyfikowania i różnicowania dźwięków z najbliższego otoczenia. Nieocenioną pomocą w tym zakresie okazały się różne zestawy pomocy dydaktycznych stymulujących percepcję słuchową¹⁴. Początkowo chłopiec nie akceptował odsłuchiwanie w słuchawkach, a jedynie z magnetofonu.

Mając na uwadze złożoność zaburzeń rozwojowych dziecka, logopeda podążał za Nikodemem i uwzględniał jego osobnicze uwarunkowania sensoryczne, np. niedowrażliwienie bądź zbyt dużą wrażliwość na określony rodzaj bodźca. I dlatego też terapeuta nie zdecydował się przymuszać dziecka za wszelką cenę do natychmiastowej akceptacji bodźca słuchowego, dotykowego, kinetyczno-kinestetycznego, wzrokowego, zapachowego czy smaku. Wielu cennych wskazówek z tego zakresu udziela wspomniana wcześniej Judith Bluestone, która z jednej strony posiada szeroką wiedzę z zakresu neurofizjologii, neuropsychologii i neurorehabilitacji, a z drugiej strony przez całe życie zmagając się z własnymi trudnościami wynikającymi z bycia osobą autystyczną (BLUESTONE, 2010).

Ogromnym wyzwaniem dla Nikodema okazał się blok ćwiczeń w zakresie treningu jedzenia, praksi oralnej oraz ćwiczeń oddechowo-fonacyjnych i artykulacyjnych. Obecnie chłopiec jeszcze nie opanował funkcji żucia, potrafi na polecenie zamknąć i otworzyć usta, podejmuje próbę ściągnięcia i rozciągnięcia mięśnia okrężnego warg, pionizuje masę języka. Inne próby narządów mowy są na razie poza możliwościami wykonawczymi dziecka z powodu trudności w neuroprogramowaniu oraz mikrognacji. Niemniej, wykorzystując kolejne zeszyty serii *Kocham czytać*, logopeda systematycznie programuje ruchy artykulacyjne do następujących spółgłosek: [p], [m], [b], [l], [f], [w], [t], [d], [k], [g]. Nikodem rozpoznaje ich zapis literowy, ale niestety, oprócz głosek dwuwargowych i [l] predorsalnego, nie potrafi samodzielnie ich wypowiedzieć. Zawsze wymaga pomocy przynajmniej w ich częściowym torowaniu.

¹⁴ Zob. pomoc dydaktyczną *Miś Plum* (Lotto dźwiękowe Plum. Łódź: Nowa Szkoła), *Słucham i mówię* (NAWROCKA, RODAK, 2000), program słuchowy *Słucham i uczę się mówić* (CIESZYŃSKA, 2010; WIANECKA, 2007).

W kolejnym etapie terapii duży nacisk został położony na rozwijanie percepcji wzrokowej. W zajęciach wykorzystywano między innymi program *Wzory i obrazki* (FROSTIG, HORN, 2000), mozaiki drewniane, tangramy oraz pomoce stworzone przez Profesor J. Cieszyńską i zespół jej współpracowników. Wszystkie środki dydaktyczne mają na celu stymulację mechanizmów lewopółkulowych dziecka. Autorzy w literaturze przedmiotu oraz w instrukcjach zalecanych pomocy opisują istotę stosowania ćwiczeń takich jak: układanie sekwencji, szeregów, relacji. Sukces Nikodema w zakresie tych zadań polega tymczasem na umiejętności rozpoznawania wszystkich samogłosek, naśladowania sekwencji nawet czteroelementowej oraz kontynuowania sekwencji dwuelementowej, i jest dużą niespodzianką, jeśli weźmie się pod uwagę ciężar diagnozy psychologicznej chłopca i ogólnie złe rokowania medyczne.

Po osiągnięciu przez Nikodema minimalnych umiejętności w zakresie koordynacji wzrokowo-słuchowo-ruchowej wprowadzony został do terapii *Program wspomagania kompetencji komunikacyjnej dzieci z ciężkimi zaburzeniami porozumiewania się* (GRYCMAN, 2009a, b, c), odpowiednio w kolejności zestaw: *Jedzenie*, *Ciągi czynności*, *gry i zabawy* oraz *Emocje*. Uwzględniając fakt, że chłopiec jest dzieckiem z głębokim zaburzeniem rozwoju psychomotorycznego, jest dzieckiem niewerbalnym, ze zdiagnozowanym już obecnie spektrum zachowań autystycznych, należy dostarczać mu możliwości odkrywania znaczeń wyrazów jako rezultatów własnej aktywności oraz związków między strukturami języka a rzeczywistością. Taką możliwość w ramach aktywnego modelu pracy daje program AAC M. Grycman. Obecnie Nikodem identyfikuje wszystkie obrazki w formie piktogramów zawarte w Programie PCS (ang. PCS – *Picture Communication Symbols*)¹⁵. Potrafi samodzielnie dokonać właściwego wyboru brakującego symbolu PCS oraz stworzyć za ich pomocą proste zdanie według wzoru, np. [Pies je], [Pies je kość].

W wyniku prowadzenia różnorodnych ćwiczeń sensomotorycznych chłopiec dokonał preferencji w zakresie lateralizacji. Wprawdzie zdarza-

¹⁵ PCS (ang. *Picture Communication Symbols*) – jedna z metod komunikacji alternatywnej. System zawiera około 3 000 symboli uporządkowanych w kategorie, takie jak: ludzie, czasowniki, symbole opisowe, czas wolny, rzeczowniki itd.

ją się jeszcze sytuacje oburęczności, ale jednak wskazywanie i kreślenie kredką zostało silnie utrwalone w prawej ręce.

Podsumowanie

Artykuł o charakterze krótkiego studium przypadku nie pozwala na wymienienie wszystkich aktywności i zadań zaplanowanych i przeprowadzonych z dzieckiem w czasie terapii, a następnie utrwalanych w domu. Istotne jednak wydaje się zaakcentowanie, że zaprezentowane studium przypadku opisuje pracę z okresu 2,5 roku terapii obecnie już sześciolatniego Nikodema. Praca z nim to wielkie zawodowe wyzwanie, ale i olbrzymie wyróżnienie dla terapeuty. Z pokorą i z wielką nadzieją oczekiwane są kolejne fascynujące momenty w jego terapii, kiedy to dziecko, nazwane przez lekarzy „zagadką medyczną”, a przez rodzinę małym rycerzem, dzielnie krok po kroku będzie pokonywać swoje trudności.

Bibliografia

- BLUESTONE J., 2010: *Materia autyzmu. Łączenie wątków w spójną materię*. Warszawa: Fundacja „Rozwiązać Autyzm”.
- BŁESZYŃSKI J.J., 2006: *Alternatywne i wspomagające metody komunikacji*. Kraków: Impuls.
- BOGUSŁAWSKI S., 1990: *Mała encyklopedia medycyny*. Warszawa: PWN.
- CIESZYŃSKA J., 2001a: *Nauka czytania krok po kroku. Jak przeciwdziałać dysleksji*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej.
- CIESZYŃSKA J., 2001b: *Od słowa przeczytanego do wypowiedzianego. Droga nabywania systemu językowego przez dzieci niesłyszące w wieku poniemowlęcym i przedszkolnym*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej.
- CIESZYŃSKA J., 2003: *Kocham czytać. Seria logopedyczna*. Kraków: Wydawnictwo Edukacyjne.
- CIESZYŃSKA J., 2006: *Kocham uczyć czytać. Poradnik dla rodziców i nauczycieli*. Kraków: Wydawnictwo Edukacyjne.
- CIESZYŃSKA J., 2010: *Słucham i uczyć się mówić*. Kraków: Arson.
- CIESZYŃSKA J., KORENDO M., 2007: *Wczesna interwencja terapeutyczna. Stymulacja rozwoju dziecka. Od noworodka do 6. roku życia*. Kraków: Wydawnictwo Edukacyjne.

- CLARK M., 2000: *The Worster-Drought Syndrome. A Review for Parents of the Research Carried out by The Institute of Child Health and Great Ormond Street Hospital*. Dostępne w Internecie: www.wdssg.org.uk.
- FROSTIG M., HORN D., 2000: *Wzory i obrazy*. Warszawa: Pracownia Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej.
- GAŁKOWSKI T., 2005: *Zdolności porozumiewania się w autyzmie*. W: GAŁKOWSKI T., SZELĄG E., JASTRZĘBOWSKA G., red.: *Podstawy neurologopedii. Podręcznik akademicki*. Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, s. 736–749.
- GRYCMAN M., 2009a: *Program wspomagania kompetencji komunikacyjnej dzieci z ciężkimi zaburzeniami porozumiewania się. Ciągi czynności, gry i zabawy*. Kwidzyn: Stowarzyszenie Rehabilitacyjne Centrum Rozwoju Porozumiewania.
- GRYCMAN M., 2009b: *Program wspomagania kompetencji komunikacyjnej dzieci z ciężkimi zaburzeniami porozumiewania się. Emocje*. Kwidzyn: Stowarzyszenie Rehabilitacyjne Centrum Rozwoju Porozumiewania.
- GRYCMAN M., 2009c: *Program wspomagania kompetencji komunikacyjnej dzieci z ciężkimi zaburzeniami porozumiewania się. Jedzenie*. Kwidzyn: Stowarzyszenie Rehabilitacyjne Centrum Rozwoju Porozumiewania.
- HANNAFORD C., 1998: *Zmysłne ruchy, które doskonają umysł. Podstawy Kinezylogii Edukacyjnej*. Warszawa: Medyk.
- HANNAFORD C., 2003: *Profil dominujący. Jak rozpoznać twoje dominujące oko, ucho, półkulę mózgową, rękę i nogę*. Błonie: Międzynarodowy Instytut NeuroKinezylogii Rozwoju Ruchowego i Integracji Odruchów.
- JASTRZĘBOWSKA G., 1998: *Podstawy teorii i diagnozy logopedycznej*. Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego.
- KACZAN T., 2007: *Rola neurorozwojowej metody Castillo Moralesa w postępowaniu terapeutycznym i wczesnej stymulacji u dzieci z grupy wysokiego ryzyka*. W: MŁYNARSKA M., SMEREKA T., red.: *Afazja i autyzm. Zaburzenia mowy oraz myślenia*. Wrocław: Podyplomowe Studium Logopedyczne Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocławskie Towarzystwo Naukowe, s. 83–90.
- KACZAN T., REGNER A., 2004: *Teoretyczne i praktyczne podstawy ustno-twarzowej terapii regulacyjnej według koncepcji Rodolfo Castillo Moralesa*. W: SĄDOWSKA L., red.: *Neurofizjologiczne metody usprawniania dzieci z zaburzeniami rozwoju*. Wrocław: AWF, s. 163–200.
- KALOTA-WILCZYŃSKA K., 2010: *Studium przypadku dziecka ze sprzężoną niepełnosprawnością*. W: STECKO E., red.: *Neurologopedyczne studia przypadków*. Warszawa: Kolumb.
- KIELIN J., 2002: *Rozwój daje radość*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- KOWALSKI M.L., 2000: *ABC immunologii*. Warszawa: Pierre Fabre Medicament.
- KUTSCHER M.L., 2007: *Dzieci z zaburzeniami łączonymi*. Warszawa: K.E. Liber.
- MINCZAKIEWICZ E.M., 1997: *Mowa: rozwój – zaburzenia – terapia*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe WSP.

- MINCZAKIEWICZ E.M., 2006: *Zabawa w rozwoju poznawczym i emocjonalno-społecznym dzieci o zróżnicowanych potrzebach i możliwościach*. Kraków: Impuls.
- MŁYNARSKA M., SMEREKA T., 2000: *Psychostymulacyjna metoda kształtowania i rozwoju mowy oraz myślenia*. Warszawa: WSiP.
- MUMENTHALER M., MATTLE H., 2001: *Neurologia*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner.
- NAWROCKA D., RODAK H., 2000: *Słucham i mówię*. Warszawa: Emart.
- ROWLAND L.P., PEDLEY T.A., 2008: *Neurologia Merritta*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner.
- SMYCZEK A., 2003: *Nie mówię, ale posłuchaj mnie – wspomagające sposoby porozumiewania się AAC*. „Światło i Cienie”, z. 3.
- SPITZER M., 2008: *Jak uczy się mózg*. Przeł. M. GUZOWSKA-DĄBROWSKA. Warszawa: PWN.
- SPRINGER S.P., DEUTSCH G., 1998: *Lewy mózg, prawy mózg z perspektywy neurobiologii poznawczej*. Warszawa: Prószyński i S-ka.
- STECKO E., 2001: *Zaburzenia mowy u dzieci – wczesne rozpoznawanie i postępowanie logopedyczne*. Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.
- TOMASELLO M., 2002: *Kulturowe źródła ludzkiego poznawania*. Przeł. J. RĄCZASZEK. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.
- WIANECKA E., 2007: *Słucham i uczyć się mówić*. Kraków: Arson.
- WIANECKA E., 2011: *Manualne Torowanie Głosek® (MTG)*. Kraków: Arson.

Agnieszka Wilk

A case study of a non-verbal boy suffering from a multiple disability

Summary

The paper presents the story of a six-year-old boy suffering from a multiple disability. Despite many sensory-motor disorders, the progress in the boy's cognitive, emotional and social development is still noticeable. The author emphasizes that the planning of a proper speech therapy for a multiple disability child is a difficult and responsible task. It is always necessary to describe the level of the child's psycho-motor development, estimate his/her real abilities and make use of one's therapeutic creativity to achieve the selected aims. The paper also emphasizes the role of the mother and the child's caregivers in the therapy process.

Agnieszka Wilk

Der sechsjährige nonverbale Junge mit konjugierter Behinderung
Die Fallstudie

Zusammenfassung

Im vorliegenden Artikel wird die Geschichte des durch tiefe Behinderung belasteten sechsjährigen Jungen beschrieben. Trotz mehreren, ungünstigen Prognosen für die Entwicklung des Kindes implizierenden sensomotorischen Störungen macht der Junge systematische Fortschritte im kognitiven, emotionellen und sozialen Bereich. Die Verfasserin betont, dass die Entwicklung von einer für ein Kind mit konjugierter Behinderung geeigneten logopädischen Therapie ist eine sehr schwere und verantwortungsvolle Aufgabe. Man muss zwar jedes Mal das psychomotorische Niveau des Kindes und dessen Fähigkeitsgrad einschätzen, aber vor allem bei der Verwirklichung der therapeutischen Ziele kreativ sein. In dem Artikel wird die Rolle der Mutter und anderer Betreuer des Jungen bei der Therapie hervorgehoben.

Na okładce wykorzystano zdjęcie autorstwa Pawła Otto

Redaktor
Agnieszka Plutecka

Projektant okładki
Zenon Dyrszka

Redaktor techniczny
Barbara Arenhövel

Korektor
Aleksandra Gaździcka

Łamanie
Alicja Załęcka

Copyright © 2013 by
Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego
Wszelkie prawa zastrzeżone

ISSN 0208-6336
ISBN 978-83-226-2178-3

Wydawca
Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego
ul. Bankowa 12B, 40-007 Katowice
www.wydawnictwo.us.edu.pl
e-mail: wydawus@us.edu.pl

Wydanie I. Ark. druk. 18,5. Ark. wyd. 18,5. Papier
offset. kl. III, 90 g Cena 38 zł (+ VAT)

Druk i oprawa: PPHU TOTEM s.c.
M. Rejnowski, J. Zamiara
ul. Jacewska 89, 88-100 Inowrocław

Treść wszystkich artykułów jest dla praktyki logopedycznej i terapeutycznej niezwykle ważna. [...] Prezentowany zbiór będzie dla Czytelnika ważnym uzupełnieniem wiedzy logopedycznej i terapeutycznej, pozwoli także inspirować praktyków do poszukiwania nowych rozwiązań metodycznych.

prof. zw. dr hab. Jadwiga Cieszyńska-Rożek

W każdym studium znajdziemy wartościową prezentację indywidualnego zmagania się z zaburzeniami i zakłóceniami rozwoju językowego, z terapeutycznymi zabiegami i próbą wdrażania nowych metod pozwalających przywracać w mniejszym lub większym stopniu tę wielorakość możliwości, jakie daje w miarę sprawne posługiwanie się mową, władanie językiem.

dr hab. prof. UŚ Aldona Skudrzyk

Logopeda spotyka w swojej praktyce osoby z różnorodnymi zaburzeniami w komunikacji językowej. Są to konkretni ludzie, którzy zmagają się na co dzień z problemami w porozumiewaniu się, nie zaś anonimowe przypadki. Specjalista może pomóc, jak najdokładniej diagnozując zaburzenie, programując terapię dostosowaną do konkretnego zaburzenia mowy, ale też do potrzeb konkretnej osoby i jej bliskich. I wreszcie, podejmuje wysiłki zmierzające do wykreowania optymalnej relacji terapeutycznej tak, aby osiągnąć założone cele terapii. Studenci fakultetu logopedycznego śląskiej polonistyki mieli możliwość obserwowania i uczestniczenia w terapii osób borykających się z różnymi problemami logopedycznymi. Mogli uczyć się pod okiem wspaniałych, oddanych swej pracy specjalistów. Owocem tej współpracy było II Naukowe Seminarium Studenckie „W świecie logopedii – studia przypadków”. Zebrane w niniejszym tomie artykuły prezentujące studia przypadków łączą zagadnienia teoretyczne z praktycznymi. Logopedia, ta wyjątkowo interdyscyplinarna dziedzina nauki, skupia w sobie bowiem elementy językoznawstwa, medycyny, psychologii, pedagogiki. Pokazuje, że konieczne jest zawsze indywidualne podejście do osoby poddawanej oddziaływaniom logopedycznym. Wierzymy, że zaprezentowane teksty zafascynowanych logopedią młodych badaczy, wybitnych logopedów praktyków i pracowników naukowych parających się tą dyscypliną będą inspiracją dla innych do poszukiwania jak najlepszych rozwiązań terapeutycznych.

Redaktorki tomu