

# PRZEGLĄD LOGOPEDYCZNO PEDAGOGICZNO PSYCHOLOGICZNY

ISSN 2658-2953

NR 2/2020



*W numerze:*

Ewa Kaptur, Jolanta Sławek

*Rozpad systemu językowego i funkcji poznawczych  
u dziecka z padaczką lekooporną.  
Studium przypadku*

Daria Jodzis

*Metoda Prostych Gestów Progesty  
– możliwości stosowania*

Agata Kwiatkowska

*Wpływ ankyloglossi na postępowanie  
fizjoterapeutyczne*

Redaktor naczelna – dr Joanna Gruba  
Rada redakcyjna  
dr Daria Jodzis  
dr Magdalena Knappek  
dr Piotr Furmankiewicz

Recenzent – dr Anna Skoczek  
Korekta językowa – Patrycja Keller  
Projekt okładki – Krzysztof Stawiarski  
Skład – Iwo Sajdak

Copyright © 2020 by Komlogo

Czasopismo wydawane jest w wersji elektronicznej.  
Publikację można pobrać wyłącznie ze strony [www.komlogo.pl](http://www.komlogo.pl) po zalogowaniu się.  
Wszelkie prawa zastrzeżone.

Wydawnictwo KOMLOGO  
Dział sprzedaży, magazyn  
44-109 Gliwice, ul. Pszenna 2  
tel. 32 233-54-71, tel. kom. 504-245-737  
[www.komlogo.pl](http://www.komlogo.pl), [info@komlogo.pl](mailto:info@komlogo.pl)



Gliwice 2020

## Wprowadzenie

Szanowni Czytelnicy, oddaję do Państwa rąk drugi numer czasopisma „Przegląd LPP”. Numer został opracowany w trudnym dla wszystkich okresie pandemii COVID-19, w czasie, kiedy nauczyciele, pedagodzy, psycholodzy i logopedzi zmagali się z niedogodnościami nauczania zdalnego. Większość ze specjalistów po raz pierwszy zetknęła się z problemem diagnozy i terapii przez internet.

Tym bardziej dziękuję wszystkim Autorom, którzy nadesłali artykuły do czasopisma. W bieżącym numerze „Przeglądu LPP” przedstawiamy artykuły zgromadzone w 2 działach tematycznych: zagadnienia teoretyczne i praktyka logopedyczna. Wśród zagadnień teoretycznych znalazły się artykuły opracowane przez specjalistów różnych dyscyplin naukowych, m.in. przez logopedów, psychologów, pedagogów, językoznawców i fizjoterapeutę.

Mam nadzieję, że kolejny numer czasopisma będzie dla Państwa ciekawą lekturą, która zainspiruje do dzielenia się nie tylko własnymi doświadczeniami, opracowanymi strategiami terapeutycznymi i prowadzonymi badaniami naukowymi, ale także wątpliwościami dotyczącymi pracy z dzieckiem lub dorosłym pacjentem. Zachęcam wszystkich do nadsyłania artykułów do kolejnego numeru czasopisma na adres: [czasopismo@komlogo.pl](mailto:czasopismo@komlogo.pl)

Całemu Zespołowi Redakcyjnemu oraz Recenzentce pragnę złożyć wyrazy podziękowania za trud związany z wydaniem bieżącego numeru.

Redaktor Naczelna  
Joanna Gruba

Program multimedialny

Pro

# SPEKTRUM AUTYZMU

NOWOŚĆ!

eduSensus®

Wsparcie dla nauczycieli  
i terapeutów  
pracujących z dziećmi  
ze spektrum autyzmu



Rozpoznawanie  
emocji



Rozwój kompetencji  
komunikacyjnych



Funkcjonowanie  
społeczne



WYRÓB MEDYCZNY



Tablet  
w zestawie.



Licencja umożliwiająca pracę  
na **2 urządzeniach** w tym samym  
czasie (komputer i tablet)  
w zależności od preferencji dziecka lub  
wypożyczenia placówki

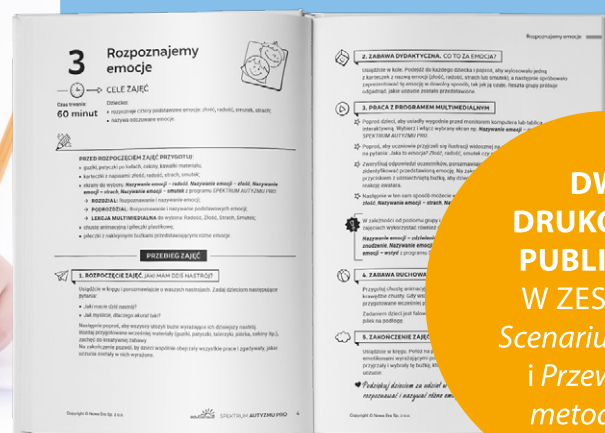


Dostosowanie widoków,  
dźwięków i funkcjonalności  
do potrzeb dziecka



Koncepcja programu zgodna  
z **triadą zaburzeń**, diagnozowaną  
u dzieci ze spektrum autyzmu

300 ćwiczeń  
multimedialnych  
i kart pracy  
do wydruku.



DWIE  
DRUKOWANE  
PUBLIKACJE  
W ZESTAWIE:  
Scenariusze zajęć  
i Przewodnik  
metodyczny.

Skontaktuj się z nami, aby zamówić lub dowiedzieć się więcej:

@ spe@nowaera.pl

Joanna Baranowska-Smolińska, 608 298 686

Anna Widderska, 600 382 423



# Spis treści

## Zagadnienia TEORETYCZNE

Agata Kwiatkowska

**Wpływ ankyloglossi na postępowanie fizjoterapeutyczne** ..... 8

Anita Solak, Dorota Stefańska, Iwona Zalewska

**Elastyczny Terapeutyczny Taping w logopedii – (ETT – HNO) – podejście Esther de Ru** ..... 14

Elżbieta Bogacz, Anna Bogacz-Rybczak

**Holistyczna terapia rozwoju psychoruchowego dziecka** ..... 21

Patrycja Sobótka

**Poradnictwo pedagogiczne na rzecz rodzin niewydolnych wychowawczo** ..... 26

Kamila Urbaniak

**Wpływ zaburzeń słuchu fonemowego na umiejętności komunikacyjne dzieci** ..... 31

Joanna Gruba

**Próba weryfikacji uczelni kształcących logopedów – analiza danych** ..... 39

## Zagadnienia PRAKTYCZNE

Ewa Kaptur, Jolanta Sławek

**Rozpad systemu językowego i funkcji poznawczych u dziecka z padaczką lekooporną. Studium przypadku** ..... 54

Daria Jodzis

**Metoda Prostych Gestów Progesty – możliwości stosowania** ..... 66

Magdalena Knappek, Agnieszka Kozioł-Kozakowska

**Anatomiczne i fizjologiczne uwarunkowania opóźnienia w rozwoju mowy – jedzenie** ..... 76

Urszula Kwaśnica-Zielińska

**Zespół deprywacji, czyli niewytworzenia więzi lub ich zerwania** ..... 87

Karolina Spałek

**Logopedia w dobie pandemii, czyli o zajęciach logopedycznych online** ..... 98

Urszula Sawicka

**Wpływ multimediów na dziecko – kształtowanie postaw** ..... 104

Joanna Wajszczyk-Gniazdowska

**Głoski oraz zbitki spółgłoskowe rzadko zniekształcane – propozycje ćwiczeń** ..... 109





Zagadnienia  
TEORETYCZNE

## Agata Kwiatkowska

fizjoterapeuta, położna, oligofrenopedagog  
antida@o2.pl

# Wpływ ankyloglossi na postępowanie fizjoterapeutyczne

---

## STRESZCZENIE

Prawidłowa ocena pacjenta musi być wielokierunkowa. Holistyczne ujęcie dysfunkcji uwzględnia zarówno zmiany lokalne, jak również wpływ na zaburzenia w obrębie całego ciała oraz ewentualne powikłania w przyszłym rozwoju. Już podstawowa wiedza anatomiczna pozwala nam stwierdzić, że struktury o podobnej budowie i pozostające w kontakcie ze sobą mogą wzajemnie na siebie oddziaływać.

## WSTĘP

Chcąc dobrze zrozumieć zależności między językiem a ogólnym funkcjonowaniem człowieka, należy zwrócić uwagę na jego budowę anatomiczną. Jest to gruby fałd mięśniowy pokryty błoną śluzową. Na powierzchni dolnej jest wyjątkowo cienka, delikatna, o różowatym kolorze. Tkanka podśluzowa łączy ją z błoną mięśniową<sup>1</sup>. Mięśnie położone wewnątrz języka wpływają na jego kształt. Mięśnie połączone z zewnątrz z językiem poruszają nim w całości<sup>2</sup>. W obrębie mięśni wewnętrznych języka głównie znaczenie mają mięsień podłużny górny i dolny, mięsień poprzeczny, mięsień pionowy. W obrębie mięśni zewnętrznych języka bierzemy pod uwagę mięsień bródkowo-językowy, mięsień gnykowo-językowy, mięsień rylcowo-językowy<sup>3</sup>.

W linii pośrodkowej leży fałd błony śluzowej – wędzidełko języka. Jest to struktura przyczepiająca się na dnie jamy ustnej, między dwoma brodawkami podjęzykowymi. Jego głównym zadaniem jest zapobieganie nadmiernemu cofaniu się końca języka<sup>4</sup>. Zdarza się, że wędzidełko podjęzykowe jest za krótkie. Jest to częsta wada anatomiczna występująca rodzinnie. Ankyloglossia ma wiele konsekwencji już w okresie noworodkowym, tj. nieprawidłowy wzorec ssania, połykania i żucia. W późniejszym wieku pojawiają się wady wymowy, choroby przyzębia i wady zgryzu. Leczeniem z wyboru jest stosowanie ćwiczeń i masażu w obrębie jamy ustnej a w ostateczności przecięcie fałdu – frenotomia<sup>5</sup>.

---

1 A. Bochenek, M. Reicher, *Anatomia człowieka*, tom 3, Świat książki, Warszawa 1955, s. 99-120; W. Woźniak, *Anatomia człowieka*, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2003, s. 201-204.

2 P. Abrahams, *Atlas anatomii. Ciało człowieka: budowa i funkcje*, Państwowe Zakłady Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 2014, s. 54-55.

3 A. Bochenek, M. Reicher, dz. cyt. s. 99-12; W. Woźniak, dz. cyt. s. 201-204.

4 A. Bochenek, dz. cyt. s. 99-12; W. Woźniak, dz. cyt. s. 201-204.

5 M. Brona-Teżyk, K. Emerich, *Ankyloglossja – przegląd piśmiennictwa*, „Polska Stomatologia Dziecięca”, 2017, nr 2(3), s. 32-40.



## 1. KONCEPCJA TENSEGRACJI

Z punktu widzenia fizjoterapeuty najistotniejszą kwestię stanowi wpływ nieprawidłowości w obrębie jamy ustnej na postawę ciała, rozwój motoryki małej i globalnych wzorców ruchowych. W praktyce terapeutycznej obserwuje się często obecność bólu lub zaburzeń napięcia w miejscach odległych w stosunku do źródła dolegliwości. Zjawisko to opiera się o teorię tensegracji, czyli analizę struktur, które uzyskują stabilizację poprzez naprężenie. Model tensegracji powstał na potrzeby budownictwa i tworzenia lekkich, ale wytrzymałych struktur. Do jej rozwoju w biologii przyczynił się Donald E. Ingber, który badał wpływ zmian w kształcie komórki na rozkład jej organelli i wykonywanych przez nie funkcji. Dalsze rozważania przenoszone były na struktury bardziej złożone. Zgodnie z jej założeniami kości jako struktury sztywne przenoszą napięcia na sprężyste struktury mięśni, powięzi, więzadeł, które są między nimi rozpięte, a one te oddziaływania przekazują dalej. Wzrost napięcia jednego z elementów układu oddziałuje na pozostałe jego części. Dzięki zrównoważonemu napięciu mięśni możliwa jest praca antygrawitacyjna. Działanie sił równoważnych jest szczególnie widoczne w przypadku kości, na których swój przyczep ma kilka mięśni. W przypadku wzrostu tonusu spoczynkowego jednej struktury pozostałe adaptują się, aby utrzymać kość w stałym położeniu. Zaistniała sytuacja ma również wpływ na układ krążenia, chłonny i nerwy obwodowe, które przebiegają w bezpośrednim sąsiedztwie mięśni. Długotrwałe zaburzenia w danym układzie wpływają na zmianę budowy tkankowej, a nawet układ organelli komórkowych. Biorąc pod uwagę te rozważania, terapię prowadzi się nie tylko w obrębie obszaru ciała dotkniętego niepokojącymi dolegliwościami, ale także w opracowaniu struktur pozostających w pośrednim lub bezpośrednim kontakcie strukturalnym.



Rysunek 1. Tensegracyjny model człowieka.

W ten sposób również, poprzez rozluźnianie daleko położonych struktur, można wpłynąć na zwiększone napięcie również na przykład w obrębie dna jamy ustnej i języka<sup>6</sup>. Potwierdzeniem tej teorii są wyniki badań EMG i MMG mięśni mających kontakt ze strukturami poddanymi odkształceniu. Zgodnie z badaniami zmiany w obrębie jednego mięśnia z danego układu powodują adekwatne zmiany w obrębie napięcia spoczynkowego widoczne w wyżej wspomnianych zapisach<sup>7</sup>. Układy opracowane w masażu tensegracyjnym przez K. Kassolika nie uwzględniają struktur głowy i szyi, natomiast zasada działania jest taka sama jak w przypadku dolegliwości stawów obwodowych i kręgosłupa.

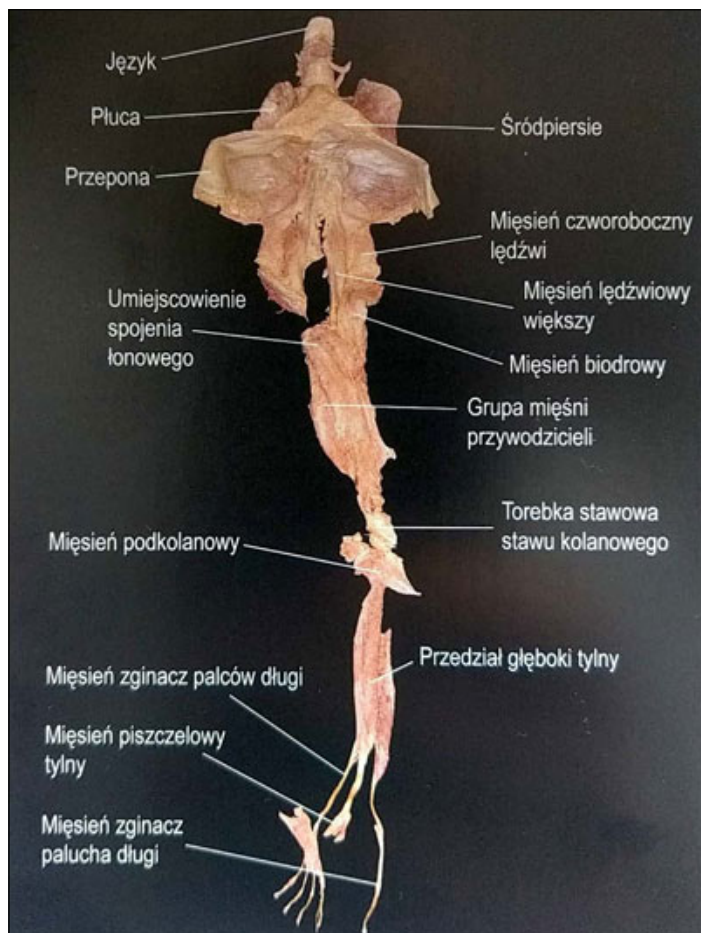
## 2. KONCEPCJA POWIĘZI

Według Callieta powięź, mięśnie, kości czy więzadła to różne rodzaje tkanki łącznej, które różnią się właściwościami mechanicznymi<sup>8</sup>. W obrębie powięzi biegną pasma kolagenowe o różnej falistości i kurczliwości, które są

6 W. Andrzejewski, K. Kassolik, *Masaż tensegracyjny*, MedPharm Polska, Wrocław 2014, s. 9-23.

7 W. Andrzejewski, M. Brzozowski, K. Kassolik, *Możliwości zastosowania prawa tensegracji w fizjoterapii*, „Rehabilitacja w Praktyce” 2009 nr 1, s. 52-54.

8 R. Calliet, *Soft Tissue Pain and Disability*, F A Davis, Philadelphia 1997, s. 5-20.



Rysunek 2. Taśma głęboka przednia.

pracę mięśni zapewnia również maż z kwasem hialuronowym, która zmniejsza tarcie. Dzięki swej budowie z elastycznych włókien jest zdolna do przenoszenia energii mechanicznej poprzez naprężanie i odkształcenia. W związku z obecnością włókien nerwowych i naczyń krwionośnych bierze udział w transporcie substancji między poszczególnymi tkankami oraz odbieraniu i przekazywaniu bodźców (także bólowych)<sup>11</sup>. W czasie całego życia dochodzi do ciągłych zmian w strukturze powięzi w związku z przebudową (wzrostem, zmianami wagi), urazami itp. Na zaistniałą sytuację organizm odpowiada mechanizmami przebudowującymi, naprawczymi lub adaptacją. Wzbudzony w ten sposób ładunek piezoelektryczny wpływa na zmianę struktury tkanki. Przeciężenia statyczne i dynamiczne wpływają na zmianę potencjału nie tylko w obrębie tkanki, której dotyczą, ale również wzdłuż pasm powięziowo-mięśniowych<sup>12</sup>. Układ powięziowy miejscowo lub całkowicie nieelastyczny powoduje nawykowe zaburzenia we wzorcach napięć. Utrudnia to przepływ energii i utratę zakresów ruchu. Aby odczuwać komfort potrzebna jest swoboda przepływów. Uwidacznia się ona w konturze ciała: jego wielkości i proporcji. Prócz indywidualnej zmienności istnieją pewne stałe zmienne, tzw. pasy, które biegną horyzontalnie na różnych poziomach ciała i podtrzymują tkanki miękkie. Przyjmuje

względem siebie w położeniu równoległym. Włókna łączą się z sąsiednimi warstwami lub tkankami często rozgałęziając się w różnych kierunkach<sup>9</sup>. Powięź rozpatrywana schematycznie dzieli się na trzy części. Powięź powierzchowna zbudowana z tkanki tłuszczowej i tkanki łącznej luźnej leżąca pod skórą właściwą. Najwięcej zaburzeń w jej zakresie pojawia się na skutek blizn i zrostów. Powięź głęboka dzieli mięśnie na oddzielne kompleksy strukturalne. Zbudowana jest z pasm włóknistej tkanki łącznej ułożonej warstwowo. Jej składowe w postaci namiętnej, omięsnej i śródmięsnej wchodzi w skład ścięgien i rozciągnięć utrzymujących kontakt z okostną i innymi mięśniami. Powięź trzewna, położona najgłębiej, otacza narządy wewnętrzne<sup>10</sup>. Główne funkcje tego narządu mają wpływ na funkcjonowanie całego organizmu. W zakresie podporowego działania uwzględnia się utrzymanie narządów we właściwym położeniu oraz równowagę napięcia mięśni z jednoczesnym rozluźnieniem antagonistów. Prawidłową

9 A.J. Threlkeld, *The Effects of Manual Therapy on Connective Tissue*, „Physical Therapy” 1992, Vol. 72, s. 893-902.

10 C.J. Manheim, *Rozluźnianie mięśniowo-powięziowe*, Wyższa Szkoła Edukacji i Terapii, Poznań 2011, s. 5-7.

11 L.H. Bannister, M. Dyson, M. Warwick, P.M. Williams, *Grey's Anatomy*, Churchill Livingstone, Edinburgh 1995, s. 413-477.

12 M. Gębska, M. Kocięcki, M. Listewnik, A. Mikołajczyk, A. Zaklukiewicz, *Zastosowanie koncepcji tensegracji strukturalnej w manipulacjach powięziowych według Stecco*, „Annales Academiae Medicae Stetinensis” 2014, nr 60(2), s. 59-64.

się, że istnieje siedem pasm tułowia, wśród których dla naszych rozważań najistotniejszą rolę odgrywa pasmo podbródkowe. Jest to miejsce nagromadzenia włókien zawierających kość gnykową, podstawę żuchwy, przebiegających w okolicach uszu i biegnących do podstawy czaszki. W związku z przebiegiem tego pasma pojawia się uczucie braku zrównoważenia strukturalnego kości czaszki (zarówno położone powierzchownie, jak i wewnętrznie) oraz pnia mózgu, układu limbicznego, przysadki czy szyszynki. Główne funkcje zawierają możliwość sterowania połączeniem potylicy z dwoma pierwszymi kręgami szyjnymi, korelacji ustawienia kości gnykowej względem mostka i żuchwy. Nieprawidłowości w tym zakresie dotyczą stawów skroniowo-żuchwowych oraz stawów szczytowo-potylicznych. W skrajnych przypadkach prowadzi do spłaszczenia potylicy, patologicznego uniesienia barków i ograniczenia mobilności języka, co może skutkować bólami głowy, klatki piersiowej i górnej części kręgosłupa, a nawet chodem na palcach<sup>13</sup>.

### 3. KONCEPCJA V. VOJTY

Wieloletnie eksperymenty rozpoczęte w 1954 roku przez Vaclava Vojtę przyczyniły się do odkrycia globalnych wzorców odruchowej lokomocji. Obserwowane zjawiska wskazywały, że zarówno w obrębie organu osiowego, jak i stawów kulistych, mógł odbywać się ruch przeciwko oporowi, który aktywizuje specyficzną, powtarzalną pracę mięśni nawet w odległych częściach ciała. Powstała w ten sposób reakcja motoryczna ma charakter globalny i recyprokalny. Po zastosowaniu konkretnych bodźców reakcje powtarzają się w taki sam sposób. Wykorzystując określone pozycje: leżenie na brzuchu, na plecach czy na boku, wzmacniano odpowiedzi. Analogię do uzyskanej w ten sposób gry mięśniowej można zauważyć w każdej aktywności ludzkiego ciała, na przykład obrotach, czworakowaniu czy chodzie dwunożnym. Wchodzą one w skład spodziewanego w trakcie terapii ruchu pacjenta. Poszczególne składowe są zapisane w OUN i stanowią bazę dla przyszłych funkcji. Każdy z elementów składowych jest widoczny w trakcie rozwoju osobniczego prowadzącego w uproszczeniu do pionizacji. Stanowi podłoże do uzyskania dwóch niezbędnych w rozwoju elementów: podporu i rotacji<sup>14</sup>.

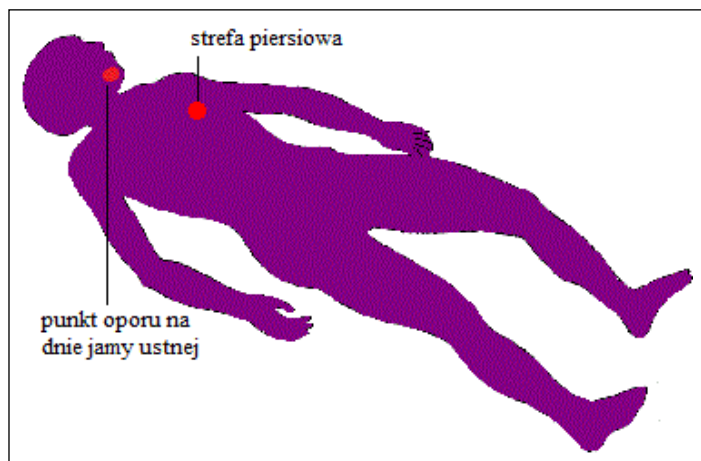
Vojta zakładał, że człowiek ma do dyspozycji trzy typy ruchów: reakcje odruchowe, ruchy rytmiczne i ukierunkowane. Każda z tych kategorii podlega kontroli fazowej i tonicznej dzięki pracy mięśni. Biorąc pod uwagę mnogość wariantów w obszarze funkcji czuciowo-ruchowych, dla uzyskania właściwego feedbacku, konieczne jest wielopoziomowe sterowanie za pomocą układu nerwowego, który zbiera informacje i na drodze selekcji wybiera najwłaściwsze rozwiązania ruchowe<sup>15</sup>. Pod kątem naszych rozważań najistotniejszym elementem terapii jest I faza odruchowego obrotu. Rozpoczyna się on leżeniem na wznak, na plecach. Odpowiedzi w postaci wzorców częściowych uzyskuje się poprzez stymulację strefy piersiowej znajdującej się po stronie twarzowej pacjenta. Wyjściowa pozycja głowy to ustawienie bez pochyleń bocznych, bez pogłębionej reklinacji, ze zwrotem głowy do kąta 30°. Aby doszło do prawidłowego obciążenia ciała, rotacji w tułowiu, ustawienia kończyn w przejściu do II fazy odruchowego obrotu konieczne jest prawidłowe ustawienie głowy<sup>16</sup>. Odpowiednie prowadzenie lub właściwy, celowany opór może zapewnić prawidłowy przebieg planowanego ruchu. Jednym z punktów oporu jest dno jamy ustnej, która wyzwala odpowiedź ruchową prowadzącą do utrzymania napięcia mięśni wentralnych i przygięcia głowy. Prawidłowo przeprowadzona

13 R. Feitis, R.L. Schultz, *Nieskończona sieć. Anatomia powięzi w działaniu*, Wydawnictwo Virgo, Warszawa 2011, s. 38, 61-63, 77-81.

14 A. Peters, V. Vojta, *Metoda Vojty*, Fundacja Promyk Słońca, Warszawa 2006, s. 25-33.

15 H. Orth, *Terapia metodą Vojty*, Urban & Partner, Wrocław 2011, s. 1-10.

16 A. Peters, dz. cyt., s. 159-189.



Rysunek 3. I faza obrotu.

pa, protrakcja barków, płytki oddech, napięciowe bóle głowy. W masażu tensegracyjnym wykorzystane są zasadniczo wszystkie elementy zawarte w masażu klasycznym. W związku z chęcią uzyskania maksymalnego sprężystego odkształcenia tkanek i przenoszenia naszego oddziaływania na struktury leżące w ich bezpośrednim sąsiedztwie, ruchy powinny być pewne i płynne. W ramach technik wymienia się: głaskanie, przemieszczanie, rolowanie, rozcieranie, ugniatanie. W przypadku dużej nadwrażliwości dotykowej i dolegliwości bólowych terapia we wczesnym etapie skupia się na stymulacji punktów diagnostycznych wykorzystywanych w ocenie palpacyjnej poszczególnych układów<sup>18</sup>.

W ostatnim czasie bardzo rozwinęło się podejście do koncepcji terapii powięziowej. Opisywany jest szeroki wachlarz oddziaływań terapeutycznych począwszy od potwierdzonego po spekulacyjny wpływ na tkankę. Manipulacje powięziowe dowodzą strukturalnych powiązań i wzajemnych oddziaływań. Suche nakłuwanie wpływa na układ mięśniowo-powięziowy poprzez terapię punktów spustowych. Bardzo subtelny, aczkolwiek terapeutyczny, wpływ na powięź ma również oddziaływanie ciepła i mikroprądów. W kilku metodach terapeutycznych wykorzystuje się zewnętrzną siłę mechaniczną, na przykład uderzenia lub rytmiczną wibrację. Neuromobilizacje stosowane są ze względu na badania wykazujące, że nerwy obwodowe zawierają duże ilości tkanki łącznej oraz pozostają pod bezpośrednim wpływem otaczających je struktur. Udział powięzi w ogólnej homeostazie organizmu bierze swój początek w osteopatii i integracji strukturalnej. Każda technika łącząca w sobie elementy ucisku, rytmicznych ruchów ma bezpośredni wpływ na właściwości powięzi<sup>19</sup>. Punkty oporu w terapii Vojty, prócz wpływu na prawidłowy obrót głowy, mają za zadanie wzmocnić lub poprawić prace żuchwy, języka i kości gnykowej<sup>20</sup>.

## PODSUMOWANIE

Rehabilitacja ruchowa nie dotyczy bezpośrednio struktur języka. Mimo szerokiej wiedzy z zakresu terapii ten obszar pozostawia się bardziej doświadczonym i biegłym w temacie logopedom i neurologopedom. Praca w tym obszarze jest jednak nadal bardzo istotna. Działaniem na dystalne, połączone z językiem na różnych

terapii aktywizuje funkcje języka takie, jak przeżuwanie i przełykanie<sup>17</sup>.

## 4. WPŁYW NA TERAPIĘ

Postępowanie terapeutyczne jest wielokierunkowe. Podejście w znacznej mierze zależy od miejsca i wielkości dysfunkcji, z jaką boryka się pacjent. Węzidełko podjęzykowe jest albo pierwszym albo ostatnim punktem w terapii, a jego nieprawidłowości tłumaczą takie dolegliwości, jak idiopatyczny chód na palcach, przodopochylenie miednicy, nadmierna kifotyzacja kręgosłupa,

17 H. Orth, dz. cyt., s. 124-130.

18 W. Andrzejewski, dz. cyt., s. 68-69.

19 L. Chaitow, T.W. Findley, P.A. Hujing, R. Schleip, *Powięź. Badanie, profilaktyka i terapia dysfunkcji*, Edra Urban & Partner, Wrocław 2013, s. 343-346.

20 H. Orth, dz. cyt., s. 124-130.



zasadach struktury wpływamy na jego napięcie, ustawienie i funkcjonowanie. Zaburzenia wynikające ze skróconego wędzidełka także dają odwzorowanie w pracy na obwodzie w postaci patologicznych napięć układu mięśniowego a co za tym idzie zmian postawy ciała i wieloletnich konsekwencji przeciążeńowych. W celu osiągnięcia pełnego sukcesu zalecana jest współpraca obu specjalistów niezależnie od tego jakich dodatkowych procedur będzie wymagał pacjent.

## BIBLIOGRAFIA

1. Abrahams P., *Atlas anatomii. Ciało człowieka: budowa i funkcje*, Świat książki, Warszawa 2014.
2. Andrzejewski W., Brzozowski M., Kassolik K., *Możliwości zastosowania prawa tensegracji w fizjoterapii*, „Rehabilitacja w Praktyce” 2009, nr 1, s. 52-54.
3. Andrzejewski W., Kassolik K., *Masaż tensegracyjny*, MedPharm Polska, Wrocław 2014.
4. Bannister L.H., Dyson M., Warwick M., Williams P.M., *Grey's Anatomy*, Churchill Livingstone, Edinburgh 1995.
5. Bochenek A., Reicher M., *Anatomia człowieka* tom 3, Państwowe Zakłady Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1955.
6. Brona-Teżyk M., Emerich K., *Ankyloglosja – przegląd piśmiennictwa*, „Polska Stomatologia Dziecięca” 2017, nr 2(3), s. 32-40.
7. Calliet R., *Soft Tissue Pain and Disability*, F A Davis, Philadelphia 1997.
8. Chaitow L., Findley T.W., Hujing P.A., Schleip R., *Powięź. Badanie, profilaktyka i terapia dysfunkcji*, Edra Urban & Partner, Wrocław 2013.
9. Feitis R., Schultz R.L., *Nieskończona sieć. Anatomia powięzi w działaniu*, Wydawnictwo Virgo, Warszawa 2011.
10. Gębska M., Kocięcki M., Listewnik M., Mikołajczyk A., Zaklukiewicz A., *Zastosowanie koncepcji tensegracji strukturalnej w manipulacjach powięziowych według Stecco*, „Annales Academiae Medicae Stetinnensis” 2014, nr 60(2), s. 59-64.
11. Manheim C.J., *Rozluźnianie mięśniowo-powięziowe*, Wyższa Szkoła Edukacji i Terapii, Poznań 2011.
12. Orth H., *Terapia metodą Vojty*, Urban & Partner, Wrocław 2011.
13. Peters A., Vojta V., *Metoda Vojty*, Fundacja Promyk Słońca, Warszawa 2006.
14. Threlkeld A.J., *The Effects of Manual Therapy on Connective Tissue*, „Physical Therapy” 1992, Vol. 72, s. 893-902.
15. Woźniak W., *Anatomia człowieka*, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2003.

## Notka o autorze

**mgr Agata Kwiatkowska** – fizjoterapeuta, licencjat położnictwa oligofrenopedagog. Absolwentka Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu. Certyfikowany terapeuta NDT Bobath Baby, PNF, SI, KT oraz szkoleń z zakresu terapii manualnej, osteopatii, terapii ręki i wzroku. W trakcie szkolenia metody V. Vojty. Diagnosta metodą MFDR oraz Prechtl'a. Specjalista wczesnej interwencji, terapii neurorozwojowej. Pracownik Ośrodka Rehabilitacji Dzienniej „ATOS” w Zielonej Górze oraz właściciel gabinetu TRUST&CARE Agata Kwiatkowska. Zaangażowana we współpracę interdyscyplinarną oraz postrzeganie pacjenta w ujęciu holistycznym.

## Anita Solak

logopeda, neurologopeda

## Dorota Stefańska

logopeda, neurologopeda

## Iwona Zalewska

logopeda, neurologopeda, surdologopeda

# Elastyczny Terapeutyczny Taping w logopedii – (ETT – HNO) – podejście Esther de Ru

---

## STRESZCZENIE

Zaprezentowany tekst jest podzieleniem się wiedzą i spostrzeżeniami dotyczącymi Tapingu w logopedii jako metody wspomagającej terapię logopedyczną. Inspiracją do stworzenia innowacji w szkole, w której pracujemy, było szkolenie „Elastyczny Terapeutyczny Taping w logopedii – (ETT – HNO) – podejście Esther de Ru”.

## WSTĘP

Metoda plastrowania dynamicznego stosowana jest wspomagająco w terapii logopedycznej jako uzupełnienie prowadzonych technik terapeutycznych. Polega na wykorzystaniu specjalistycznych plastrów, ich właściwego napięcia oraz odpowiednich technik aplikacji (mięśniowa, więzadłowa, korekcyjna, limfatyczna) w celu oddziaływania pośrednio na mięśnie. Może być ona pomocna w wielu aspektach terapii logopedycznej, ponieważ z powodzeniem można stosować ją zarówno w usprawnianiu sfery oralnej, jak i w stymulacji układu oddechowego, fonacyjnego czy w zaburzeniach funkcji prymarnych, tj. oddychania, połykania, ssania i żucia. W przypadku okolic twarzy, taśmy sprawdzają się zarówno w poprawie rozwarcia szczęk, gdyż pomagają rozluźnić szczękoscisk w przypadku schorzeń genetycznych czy urazów twarzoczaszki, jak i w domknięciu jamy ustnej. Stosuje się również aplikacje mające na celu poprawę funkcjonowania zarówno mięśnia okrężnego ust, którego prawidłowa aktywność może pomagać w nadmiernym ślinieniu czy ślinotoku, jak i innych mięśni twarzy odpowiedzialnych między innymi za kontrolę kącików ust oraz prawidłowe przełykanie. Zaletą kinesiotapingu jest jego natychmiastowy efekt terapeutyczny bezpośrednio po nałożeniu plastra. Poza tym pacjent otrzymuje terapię wspomagającą do domu. Aplikacja plastrów sprawia, że terapia nie kończy się w momencie opuszczenia przez pacjenta gabinetu, ale trwa dłużej.

## MOTYWACJA WPROWADZENIA INNOWACJI

Innowacja „Elastyczny Terapeutyczny Taping w logopedii (podejście Esther de Ru)” jest wynikiem refleksji po ukończeniu szkolenia z zakresu Tapingu oraz odpowiedzią na potrzeby uczniów z różnymi dysfunkcjami neurologicznymi oraz dyslaliami. Na podstawie wieloletnich obserwacji oraz diagnoz logopedycznych zauważyliśmy, że dotychczasowe metody pracy wymagają wsparcia nowoczesnymi technikami terapeutycznymi. Dlatego też główną przyczyną opracowania innowacji była potrzeba dodatkowego wspierania uczniów nowatorską metodą. Głównym celem innowacji jest korygowanie istniejących zaburzeń mowy, dysfagii, wzmacnianie mięśnia okrężnego ust oraz wspieranie prowadzonej terapii logopedycznej. Cele szczegółowe stosowania metody to:

- wspomaganie oddechu,
- wzmocnienie głosu w przypadku dysfonii
- usprawnienie motoryki narządów mowy (stabilizacja żuchwy, niska sprawność motoryczna języka, nadmierne ślinienie),
- usprawnienie połykania,
- usprawnienie nieprawidłowego napięcia mięśniowego,
- wspomaganie terapii poprawnej artykulacji.

**Techniki aplikacji** wykorzystywane w kinesjotapingu:

- mięśniowa,
- więzadłowa,
- korekcyjna,
- limfatyczna<sup>1</sup>.

Podczas innowacji stosowaliśmy tylko dwie techniki, tj. mięśniową: najbardziej fizjologiczna – najczęściej stosowana, układana wzdłuż przebiegu mięśnia, technika bez napięcia plastra – kładziemy plaster na skórze lub z lekkim napięciem, wspomaga lub osłabia pracę mięśni oraz technikę więzadłową – pobudza, normalizuje napięcie, stosuje się rozciągliwość plastra w zakresie 25-50%.

**Przeciwwskazania:**

- otwarte rany,
- niezagojone blizny,
- skóra pergaminowa,
- stwierdzona alergia na akryl.

**Ogólne wskazówki:**

- zawsze należy wykonać aplikację testową,
- skóra musi być sucha, nietłusta,
- bazę i końce przyklejamy bez naciągania,
- taśmę należy rozciągać wzdłuż,
- po aplikacji należy przytrzymać taśmę, aby aktywować klej,
- taśmę usuwamy poprzez pociągnięcie równoległe do skóry.

---

<sup>1</sup> Skrypt ze szkolenia Esther de Ru & Helma Kaspers & Martyna Brychcy Elastyczny Terapeutyczny Taping logopedii/neurologopedii, Polska 2018.



## PRZEBIEG INNOWACJI

Na początku października 2018 roku zakwalifikowaliśmy uczniów do innowacji logopedycznej na podstawie własnych diagnoz oraz obserwacji. Po wyłonieniu 13 uczniów z różnymi dysfunkcjami neurologicznymi (siedmiu uczniów z mózgowym porażeniem dziecięcym) oraz z dyslaliami (sześciu uczniów: stygmatyzm międzyzębowy, dyslalia wieloraka) wypełniliśmy arkusz **obserwacji początkowej**, który stworzyliśmy na potrzeby innowacji. Arkusz składał się z pięciu sfer, a mianowicie: oddychanie, połykanie, zaburzenia połykania – dysfagia, stan funkcjonalny mięśni aparatu artykulacyjnego oraz artykulacja. W pierwszej sferze „Oddychanie”, ośmiro uczniów oddychało przez nos, troje przez usta i dwoje oddychało przez nos i usta (mieszanie). W drugiej sferze „Połykanie”, dwoje uczniów połykało językowo-wargowo wewnętrznie, aż ośmiro dzieci infantylnie oraz troje prawidłowo. Trzecia sfera dysfagia, ślinotok występował u siedmiorga uczniów. Następnie oceniliśmy stan funkcjonalny mięśni aparatu artykulacyjnego, a mianowicie:

- a) ściąganie warg – troje uczniów miało trudności z wykonaniem ćwiczenia, zdarzało się, że pojawiało się drżenie warg, dziesięcioro uczniów wykonało je prawidłowo,
- b) rozciąganie warg – troje uczniów miało trudności z wykonaniem ćwiczenia, zdarzało się, że pojawiało się drżenie warg, dziesięcioro uczniów wykonało je prawidłowo,
- c) napięcie warg (normalne, podwyższone, zmniejszone, niestabilne) – u ośmiorga dzieci występowało zmniejszone napięcie warg, a u pięciorga niestabilne,
- d) wypychanie językiem prawego policzka – siedmiorgo uczniów słabo wykonało ćwiczenie ze względu na osłabione napięcie języka, troje nie wykonało ćwiczenia w ogóle i troje prawidłowo,
- e) wypychanie językiem lewego policzka – siedmiorgo uczniów słabo wykonało ćwiczenie ze względu na osłabione napięcie języka, troje nie wykonało ćwiczenia w ogóle i troje prawidłowo,
- f) kierowanie języka do prawego kącika warg – sześciorgo uczniów miało trudności z wykonaniem ćwiczenia, język był słabo napięty opierał się na wardze, troje nie wykonało ćwiczenia, czworo uczniów wykonało je prawidłowo,
- g) kierowanie języka do lewego kącika warg – sześciorgo uczniów miało trudności z wykonaniem ćwiczenia, język był słabo napięty opierał się na wardze, troje nie wykonało ćwiczenia, czworo uczniów wykonało je prawidłowo,
- h) unoszenie czubka języka wewnątrz jamy ustnej (do górnych dziąseł) – pięcioro uczniów miało trudności z wykonaniem ćwiczenia ze względu na słabe napięcie języka i słabą pionizację, troje nie wykonało ćwiczenia a pięcioro wykonało je poprawnie,
- i) unoszenie czubka języka na zewnątrz jamy ustnej – na górną wargę – pięcioro uczniów miało trudności z wykonaniem ćwiczenia ze względu na słabe napięcie języka i słabą pionizację, troje nie wykonało ćwiczenia a pięcioro wykonało je poprawnie,
- j) ruchy mimowolne – występowały u siedmiorga uczniów,
- k) symetria twarzy w spoczynku i przy ruchu – opadnięcie lewostronne – troje uczniów, opadnięcie obu stron – troje uczniów, prawidłowa – siedmiorgo uczniów.

Ostatnią sferą była artykulacja – troje uczniów miało zdiagnozowaną dyslalię wieloraką, troje dyzartrię, troje anartrię, troje stygmatyzm międzyzębowy oraz jedno dziecko parasygmatyzm.

Po dokonaniu analizy „Arkusza obserwacji” przystąpiliśmy do oklejania uczniów. Na początku upewniliśmy się, czy dzieci nie są uczulone na taśmę. Bardzo sceptycznie podchodziły do taśmy, zdarzało się, że musiałyśmy oswajać uczniów z oklejaniem i najpierw dotykały taśmy, przyklejały ją na przykład misiowi, następnie same sobie przyklejałyśmy taśmę; pokazywałyśmy, że to nie boli, że można normalnie rozmawiać czy wykonywać ćwiczenia. Następnie przyklejałyśmy taśmę na ręce dzieci, wykonywałyśmy różne ruchy dłońmi, a następnie delikatnie ją odklejałyśmy. Po tym etapie dzieci pozwoliły przykleić sobie taśmę w odpo-

wiedni sposób. Na początku, na chwilę, tylko do ćwiczeń artykulatorów, później wydłużaliśmy fazę ćwiczeń z taśmą, aż pod koniec innowacji dzieci same prosiły o przyklejenie plasterka. Podczas oklejania wykonywaliśmy wszystkie ćwiczenia zawarte w indywidualnych programach logopedycznych napisanych dla każdego dziecka.

## ANALIZA WYNIKÓW

W maju 2019 roku dokonaliśmy **obserwacji końcowej** w celu oceny skuteczności stosowania kinezytapingu w terapii logopedycznej. Uzyskałyśmy następujące wyniki: w pierwszej sferze „Oddychanie” – dziesięcioro uczniów oddychało przez nos i troje oddychało przez nos i usta (mieszanie). Nastąpiła poprawa oddychania, ponieważ żadne dziecko nie oddychało przez usta. W drugiej sferze „Połykanie” również nastąpiła poprawa, a mianowicie ośmioro dzieci wypracowało prawidłowe połykanie, natomiast pięcioro uczniów nadal połyka infantylnie, co wynika z mózgowego porażenia dziecięcego. Trzecia sfera dysfagia, ślinotok nadal występuje u siedmiorga uczniów, ale u części dzieci ustąpił w znacznym stopniu. Następnie oceniliśmy stan funkcjonalny mięśni aparatu artykulacyjnego, a mianowicie:

- a) ściąganie warg – dwoje uczniów miało trudności z wykonaniem ćwiczenia, ale mimo wszystko widoczna była poprawa, ponieważ ustało drżenie warg oraz ściągnięcie było mocniejsze, jedenaścioro uczniów wykonało je prawidłowo,
- b) rozciąganie warg – dwoje uczniów nadal miało trudności z wykonaniem ćwiczenia, ale poprawa była widoczna, ponieważ ustało drżenie warg oraz rozciągnięcie było mocniejsze; jedenaścioro uczniów wykonało je prawidłowo,
- c) napięcie warg (normalne, podwyższone, zmniejszone, niestabilne) – u ośmiorga dzieci nastąpiła poprawa napięcia warg, troje uczniów wypracowało prawidłowe napięcie, natomiast dwoje dzieci nadal ma niestabilne napięcie, co wynika z mózgowego porażenia dziecięcego,
- d) wypychanie językiem prawego policzka – u siedmiorga uczniów nastąpiła znaczna poprawa wykonywanego ćwiczenia, dwoje nie wykonało ćwiczenia w ogóle i czworo prawidłowo,
- e) wypychanie językiem lewego policzka – u siedmiorga uczniów nastąpiła znaczna poprawa wykonywanego ćwiczenia, dwoje nie wykonało ćwiczenia w ogóle i czworo prawidłowo,
- f) kierowanie języka do prawego kącika warg – u sześciorga uczniów nastąpiła poprawa, ponieważ język rzadziej opierał się na wardze, dwoje nie wykonało ćwiczenia, pięcioro wykonało je prawidłowo,
- g) kierowanie języka do lewego kącika warg – u sześciorga uczniów nastąpiła poprawa, ponieważ język rzadziej opierał się na wardze, dwoje nie wykonało ćwiczenia, pięcioro wykonało je prawidłowo,
- h) unoszenie czubka języka wewnątrz jamy ustnej – do górnych dziąseł – jeden uczeń nadal miał trudności z wykonaniem ćwiczenia ze względu na słabe napięcie i pionizację języka, dziewięcioro wykonało je poprawnie w zakresie napięcia i pionizacji języka oraz dwoje uczniów nadal wymagają ćwiczeń ze względu na mózgowie porażenie dziecięce,
- i) unoszenie czubka języka na zewnątrz jamy ustnej (na górną wargę) – jeden uczeń nadal miał trudności z wykonaniem ćwiczenia ze względu na słabe napięcie i pionizację języka, dziewięcioro wykonało je poprawnie we zakresie napięcia i pionizacji języka oraz dwoje uczniów nadal wymaga ćwiczeń ze względu na mózgowie porażenie dziecięce,
- j) ruchy mimowolne – nastąpiła poprawa u pięciorga uczniów, ponieważ występowały w mniejszym stopniu, natomiast nadal występują u dwójki uczniów ze względu na mózgowie porażenie dziecięce,
- k) symetria twarzy w spoczynku i przy ruchu – nastąpiła znaczna poprawa u pięciorga uczniów.

Ostatnią sferą była artykulacja – jeden uczeń zakończył terapię logopedyczną. Pozostali nadal będą objęci terapią, ale widoczne są postępy w terapii, a mianowicie: uczniowie z dyzartrią i anartrią uzyskali dłuższą

fonację samogłosek, poprawę w wymowie sylab i prostych wyrazów; dzieci, u których występuje dyslalia wieloraka znacznie skorygowały wymowę poszczególnych głosek, choć u niektórych nadal występuje ubezdźwięcznianie głosek, natomiast u uczniów z stygmatyzmem międzyzębowym nastąpiła znaczna poprawa ćwiczonych głosek w mowie kontrolowanej.

## EWALUACJA

### PROBLEMATYKA BADAWCZA

Celem ankiety było zebranie opinii rodziców uczniów Szkoły Podstawowej nr 5 we Włocławku uczestniczących w innowacji pedagogicznej „Elastyczny Terapeutyczny Taping w logopedii (podejście Esther de Ru)” w roku szkolnym 2018/2019, aby móc rozwinąć skuteczność metody w przyszłym roku szkolnym i spełnić ewentualne oczekiwania rodziców i dzieci.

### METODA ZBIERANIA MATERIAŁU BADAWCZEGO

W badaniu posłużono się ankietą składającą się z pięciu pytań. Cztery pytania wymagały jedynie odpowiedzi **TAK**, **NIE** lub **NIE WIEM**. Ostatnie pytanie było otwarte; rodzice mogli swobodnie wypowiedzieć się. W badaniu wzięli udział wszyscy rodzice 13 uczniów z klas I-VII, u których wprowadzony był taping na zajęciach logopedycznych.

### ANALIZA UZYSKANYCH WYNIKÓW

Na **pytanie pierwsze**: Czy Państwo zostali poinformowani przez nauczyciela o celach i treściach programu Elastyczny Terapeutyczny Taping w logopedii (podejście Esther de Ru)?

**Tak** - odpowiedziało **13** osób, co stanowi **100%**.

Na **pytanie drugie**: Czy Państwa dziecko chętnie uczestniczyło w innowacji pedagogicznej Elastyczny Terapeutyczny Taping w logopedii (podejście Esther de Ru)?

**Tak** - odpowiedziało **13** osób, co stanowi **100%**.

Na **pytanie trzecie**: Czy Państwa dziecko opowiadało w domu o swoich odczuciach lub spostrzeżeniach w czasie stosowania tapingu na zajęciach logopedycznych?

**Tak, chętnie** – odpowiedziało **7** osób, co stanowi **54%**.

**Tak, ale niechętnie** – odpowiedziało **0** osób.

**Od czasu do czasu** – odpowiedziało **6** osób, co stanowi **46%**.

Na **pytanie czwarte**: Czy uważa Pan/Pani, że ta innowacja jest słuszną inicjatywą i powinna być kontynuowana w przyszłości?

**Tak** – odpowiedziało **13** osób, co stanowi **100%**.

W **piątym pytaniu** rodzice zostali poproszeni o uwagi i sugestie dotyczące tapingu na zajęciach logopedycznych. Rodzice twierdzili, że:

- dzieciom bardzo podobały się zajęcia z użyciem tapingu,
- stosowanie tapingu korzystnie wpływa na poprawną wymowę.

## WNIOSKI Z PRZEPROWADZONYCH BADAŃ

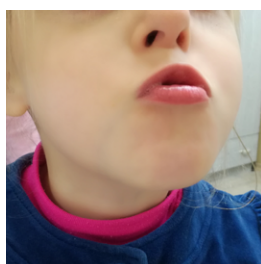
Analiza wyników przeprowadzonych ankiet skłania do wyciągnięcia następujących wniosków:

- wszyscy rodzice (**100%**) zostali poinformowani przez nauczycieli o celach i treściach programu Elastyczny Terapeutyczny Taping w logopedii (podejście Esther de Ru).
- sto procent ankietowanych stwierdziło, że dzieci chętnie uczestniczyły w zajęciach, na których prowadzona była wyżej wymieniona innowacja pedagogiczna.
- z ankiety wynika, że dzieci w większości bardzo chętnie (**54%**) opowiadały w domu o swoich odczuciach i spostrzeżeniach w czasie stosowania tapingu na zajęciach logopedycznych i dzieciom bardzo podobała się ta forma wspomagania terapii.
- rodzice zauważają korzystny wpływ tapingu na przebieg korygowania wad wymowy.

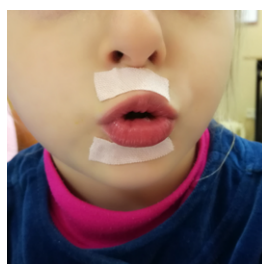
## PODSUMOWANIE

Aplikacja stymulująca mięsień okrężny ust spowodowała lepsze zamykanie szpary ust oraz wysuwanie warg do przodu. Lekki skurcz tego mięśnia spowodował zwarcie warg, a mocniejszy pozwolił stworzyć ryjek. Aplikacja na nadmierne ślinienie stosowana w miejscu ślinianek blokowała wydzielanie śliny w punktach spustowych i działała niemal od razu. Technika ta wpłynęła również na nasadę języka, zapobiegając jego wysuwaniu. Aplikacja taśmy na domknięcie ust dawała uczniom impuls i stymulowała okolice mięśnia bródkowego, który w efekcie unosił brodę, a także dolną wargę. Metoda pozwala zminimalizować asymetrię twarzy, wspomaga uśmiech lub zamknięcie ust, pomaga uniknąć wypływaniu śliny. Główną zaletą metody kinesiologii taping jest możliwość ciągłej stymulacji mięśni dziecka, co pozwala wydłużyć czas ćwiczeń bez zmęczenia. Aplikacje poprzez napięcie taśmy podtrzymują lub pomagają utrzymać powięź i skórę w pożądanej pozycji tworząc szkielet. Dzięki działaniu korekcyjnemu poprawia się samopoczucie uczniów, co ułatwia ich funkcjonowanie w życiu codziennym. Dzieci chętniej angażują się w ćwiczenia związane ze swoją dysfunkcją. Plastry znacznie zmniejszają stopień trudności zadań. Kinesiologia taping jest metodą funkcjonalną wspomagającą pracę uczniów.

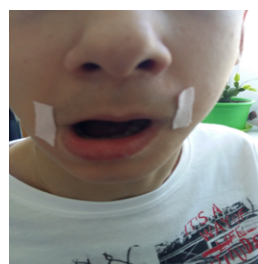
Wyniki obserwacji wyglądają bardzo obiecująco i kontynuujemy realizację innowacji jako metodę wspomagającą prowadzoną przez nas terapię logopedyczną.



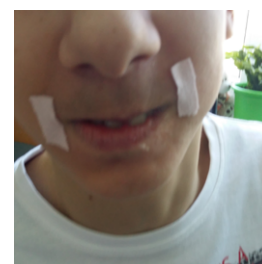
PRZED



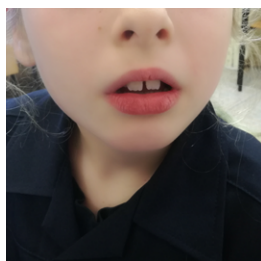
PO



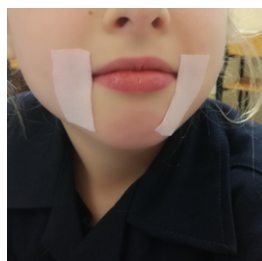
PRZED



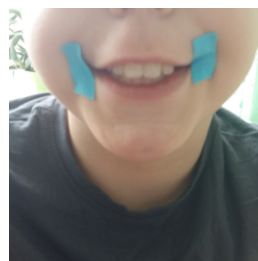
PO



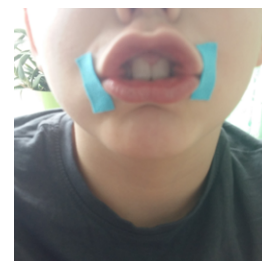
PRZED



PO



PRZED



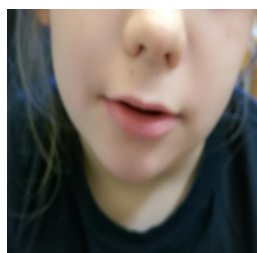
PO



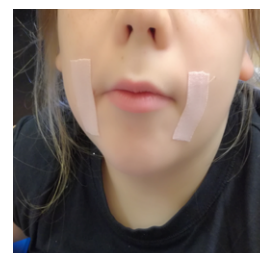
PRZED



PO



PRZED



PO

Wszystkie zdjęcia są prywatne, robione w czasie trwania terapii logopedycznej

## BIBLIOGRAFIA

*Skrypt ze szkolenia Esther de Ru & Helma Kaspers & Martyna Brychcy Elastyczny Terapeutyczny Taping logopedii/neurologopedii*, Polska 2018.

## Notka o autorkach

**mgr Anita Solak** – logopeda, neurologopeda, nauczyciel edukacji wczesnoszkolnej. Od ponad 24 lat pracuje z dziećmi z różnymi dysfunkcjami w wieku przedszkolnym i szkolnym w Szkole Podstawowej nr 5 z oddziałami integracyjnymi we Włocławku oraz od 10 lat z osobami chorymi neurologicznie w Szpitalu Rehabilitacyjnym „Barska” we Włocławku. Przez cały czas swojej pracy zawodowej szkoli się, a głównym przedmiotem jej zainteresowań zawodowych są dzieci z afazją rozwojową. Ma uprawnienia do prowadzenia terapii kinezjotapingu w logopedii/neurologopedii, które zdobyła na szkoleniu z Esther de Ru i Martyny Brychcy (2018). Zdobyła uprawnienia do prowadzenia terapii AWI w logopedii (2019) oraz jest certyfikowanym terapeutą metody A.A Tomatisa (2019).

**mgr Dorota Stefańska** – logopeda, neurologopeda, pedagog, oligofrenopeda. Od ponad 13 lat pracuje z dziećmi z różnymi dysfunkcjami w wieku przedszkolnym oraz szkolnym w szkole podstawowej nr 5 z oddziałami integracyjnymi we Włocławku oraz od ponad sześciu lat w przedszkolu „Happy Kids” we Włocławku, diagnozując i prowadząc terapię logopedyczną. Przez cały czas swojej pracy zawodowej szkoli się i zdobywa kwalifikacje. Uprawnienia do prowadzenia terapii kinezjotapingu w logopedii/neurologopedii zdobyła na szkoleniu z Esther de Ru i Martyny Brychcy (2018). Zdobyła uprawnienia do prowadzenia terapii AWI w logopedii (2019) oraz jest certyfikowanym terapeutą metody A.A Tomatisa (2019).

**mgr Iwona Zalewska** – logopeda, neurologopeda, surdologopeda. Od ponad 14 lat pracuje z dziećmi w wieku przedszkolnym i szkolnym w szkole podstawowej nr 5 z oddziałami integracyjnymi we Włocławku. Zajmuje się diagnozą i terapią dzieci z różnorodnymi zaburzeniami mowy oraz niepełnosprawnościami. Przez cały czas swojej pracy zawodowej szkoli się i zdobywa kwalifikacje. Uprawnienia do prowadzenia terapii kinezjotapingu w logopedii/neurologopedii zdobyła na szkoleniu z Esther de Ru i Martyny Brychcy (2018). Jest certyfikowanym terapeutą ręki (2018) oraz certyfikowanym terapeutą metody A.A. Tomatisa (2019).



## Elżbieta Bogacz

psycholog-neurologopeda  
elbogacz@gmail.com

## Anna Bogacz-Rybczak

psycholog dziecięcy  
anna.b.bogacz@gmail.com

# Holistyczna terapia rozwoju psychoruchowego dziecka

## STRESZCZENIE

Artykuł prezentuje propozycję wykorzystania w postępowaniu terapeutycznym holistycznego programu terapeutycznego *Programy Terapii KORP-PT* opartego na indywidualnej diagnozie funkcjonalnej rozwoju dziecka, wynikającej z diagnozy *Kartami Oceny Rozwoju Psychoruchowego KORP*. Zwraca uwagę na znaczenie funkcjonalnego i holistycznego podejścia we współczesnej diagnozie i terapii psychopedagogicznej.

## WSTĘP

Naturalnym zapytaniem, które pojawia się po dokonaniu oceny rozwojowej oraz stwierdzeniu opóźnień i nieprawidłowości w rozwoju dziecka jest określenie sposobów wsparcia i korekcji jego rozwoju uwzględniających potrzebę oraz możliwości stymulowania funkcji psychomotorycznych i poznawczych<sup>1</sup>. Ocena rozwoju dziecka powinna prowadzić do wyznaczenia celów terapeutycznych dostosowanych do indywidualnych potrzeb badanego dziecka. Takie możliwości stwarza prawidłowo przeprowadzona diagnoza uwzględniająca analizę funkcjonalną umiejętności oraz określenie osiągniętego poziomu rozwojowego.

Skuteczne postępowanie terapeutyczne w stosunku do dziecka z opóźnieniami i zaburzeniami rozwojowymi powinno być poprzedzone analizą funkcjonalną umiejętności, czyli wyodrębnieniem jej elementów składowych oraz następnie w toku terapii pobudzaniem ich w taki sposób, by umiejętność mogła się ujawnić w jak najbardziej prawidłowej formie jako wyraz uzyskanej dojrzałości rozwojowej lub adaptatywnej formy kompensacji. Przyjmując podejście analityczne według koncepcji A.R. Łurii, w mózgu człowieka można wyodrębnić układy funkcjonalne odpowiadające za programowanie wyższych czynności psychicznych wymagających współpracy wielu obszarów mózgu. Dzięki ich połączeniu i współdziałaniu dochodzi do wytworzenia nowej jakości w postaci złożonej umiejętności<sup>2</sup>. Dojrzewający mózg dziecka znajduje się dopiero w okresie kształtowania organizacji procesów psychicznych. Szczególne znaczenie w tym czasie ma zjawisko plastycz-

1 M. Kielar-Turska, *Jak pomagać dziecku w poznawaniu świata*, WSiP, Warszawa 1992.

2 A.R. Łuria, *Podstawy neuropsychologii*, PZWL, Warszawa 1976.



ności mózgu umożliwiające dostosowanie układu nerwowego do warunków i potrzeb organizacji funkcji<sup>3</sup>. Niezwykle ważnym elementem prawidłowo skonstruowanego programu terapeutycznego jest dostosowanie poziomu terapii do aktualnego etapu rozwojowego, tak by wykorzystywać istniejące umiejętności bazowe oraz pobudzać strefę najbliższego rozwoju. Według teorii Lwa Wygotskiego strefa najbliższego rozwoju to zadania, których dziecko nie potrafi jeszcze wykonać samodzielnie, jednak jest w stanie wykonać je przy wsparciu osoby dorosłej. W tej strefie dziecko najlepiej zdobywa wiedzę i umiejętności<sup>4</sup>.

Opracowanie i modelowanie przebiegu terapii powinno wykorzystywać prawidłowości rozwojowe i mechanizmy uczenia<sup>5</sup> oraz pobudzanie występujących u wszystkich dzieci strategii autoterapeutycznych<sup>6</sup>, których istotnymi elementami są:

- powiązania polisensoryczne – poprzez wykorzystywanie wszystkich modalności zmysłowych (funkcji wzrokowych, słuchowych, czucia taktylnego, głębokiego), umożliwiające tworzenie skojarzeń i pojęć;
- powiązania funkcjonalne – pobudzające do eksperymentowania, poznawania cech i funkcji oraz tworzenia pojęć;
- generalizacja umiejętności – poprzez prowadzenie zajęć w sposób różnorodny i atrakcyjny dla dziecka, dla którego podstawową i naturalną aktywnością jest zabawa (spontaniczna oraz ukierunkowana i kierowana) stymulująca do rozwoju i pobudzająca plastyczność mózgu;
- systematyczność i powtarzalność oddziaływań – poprzez uwzględnienie różnych środowisk, w tym środowiska domowego i naturalnego (przyrodniczego) z wykorzystaniem wskazań metody ergoterapii<sup>7</sup>.

## PROGRAMY TERAPII KORP-PT

Propozycją holistycznego programu terapeutycznego opartego na indywidualnej diagnozie funkcjonalnej rozwoju dziecka są Programy Terapii KORP-PT, wynikające z diagnozy Kartami Oceny Rozwoju Psychoruchowego KORP<sup>8</sup>, wydanymi przez Wydawnictwo KOMLOGO<sup>9</sup>.



Rysunek 1. Karty Oceny Rozwoju Psychoruchowego KORP oraz Programy Terapii KORP-PT – logo.

Metoda modelowania terapii KORP-PT została pomyślana jako platforma współpracy wszystkich specjalistów prowadzących stymulację i terapię rozwoju dziecka – pedagogów, psychologów, logopedów, fizjoterapeutów, którzy dążą do całościowego wspomagania rozwoju dziecka. Programy Terapii KORP-PT zostały skonstruowane w taki

3 A.R. Borkowska, Ł. Domańska, *Neuropsychologia kliniczna dziecka, Wybrane zagadnienia*, PWN, Warszawa 2007.

4 L.S. Wygotski, *Myslenie i mowa*, PWN, Warszawa 1989.

5 *Psychologia. Podręcznik akademicki. T. 1. Podstawy psychologii*, red. J. Strelau, GWP, Gdańsk 2003.

6 H. Olechnowicz, *U źródeł rozwoju dziecka. O wspomaganiu rozwoju prawidłowego i zakłóconego*, WSiP, Warszawa 1999.

7 T. Kaczan, L. Sadowska, *Ergoterapia jako forma stymulująca rozwój mowy u dzieci z zespołem Downa i innymi anomaliami rozwojowymi w świetle integracji sensomotorycznej*, „Logopedia”, 1995, tom 22, s. 67-81.

8 E. Bogacz, A. Bogacz-Rybczak, J. Gruba: *KORP. Karty Oceny rozwoju Psychoruchowego. Podręcznik*. Komlogo, Gliwice 2018.

9 [www.komlogo.pl](http://www.komlogo.pl).

sposób, aby umożliwić specjalistom prowadzącym diagnozę za pomocą testu KORP opracowywanie i wdrażanie indywidualnych programów terapii, które są ukierunkowane na szczególne potrzeby badanego dziecka.

Programy terapii zostały przygotowane dla wszystkich przedziałów wiekowych<sup>10</sup> oraz sfer i kategorii rozwoju<sup>11</sup> ocenianych w diagnozie funkcjonalnej KORP. Dla każdego badanego dziecka tworzony jest indywidualny program terapii generowany za pomocą programu komputerowego KomKOD (Komputerowe Karty Oceny Dziecka)<sup>12</sup>. Skonstruowany program dostosowuje poziom i rodzaj ćwiczeń terapeutycznych do zdiagnozowanych opóźnień i deficytów występujących u dziecka, a także pozwala na wykorzystanie w terapii posiadanego potencjału rozwojowego (rozwijanie mocnych stron). Indywidualna karta terapii przedstawiona jest w formie tabeli, która obrazuje postęp terapii i umożliwia dostęp do ćwiczeń.

Lista dokumentów

Dodaj

Puste Karty

Przejdź do portalu  
DIAGNOSTYKA I TERAPIA

Podreczniki

Ustawienia

O programie

Wyloguj

KORP - Bartosz Nowak

KORP-PT - Bartosz Nowak

KORP-PT - Bartosz Nowak (Edycja)

▲

1 / 1

▼

100%

Informacje

Postęp terapii

Zablokuj dokumenty

Idź do badania

Postęp terapii

| POZIOMY WIEK | A. Rozwój ruchowy |                                                |                             |                             |                              | B. Rozwój motoryki precyzyjnej i lateralizacji |       |                                                                      |                                |                              | C. Rozwój spostrzegania wzrokowego i koordynacji wzrokowo-ruchowej |                              |                             |                   |                 | D. Rozwój komunikowania się i mowy |                     |                           |                           |                           | E. Rozwój emocjonalno-społeczny |                           |                           |                           |                           | F. Rozwój sfery behawioralnej |                           |                           |  |  | G. Wiedza i umiejętność uczenia się |  |  |  |  |
|--------------|-------------------|------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|------------------------------------------------|-------|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|-------------------|-----------------|------------------------------------|---------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|-------------------------------|---------------------------|---------------------------|--|--|-------------------------------------|--|--|--|--|
|              | Równowaga i ruch  | Koordynacja i sterowanie przemieszczaniem ręki | Zachwytywanie i manipulacja | Szczegółowa czynność chwytu | Czynności chwytu-manipulacji | Głębokość chwytu                               | Chwyt | Tworzenie szkieletu przez wykreślenie i trzymanie pomocy w kształcie | Oczywiście postrzeganie wzroku | Integracja wzrokowo-słuchowa | Integracja wzrokowo-słuchowa                                       | Integracja wzrokowo-słuchowa | Nagrywanie czynnici i słuch | Opis: opowiadanie | Pamięć słuchowa | Świadomość ciała                   | Integracja słuchowa | Regulowanie się i uczenie | Regulowanie się i uczenie | Regulowanie się i uczenie | Regulowanie się i uczenie       | Regulowanie się i uczenie | Regulowanie się i uczenie | Regulowanie się i uczenie | Regulowanie się i uczenie | Regulowanie się i uczenie     | Regulowanie się i uczenie | Regulowanie się i uczenie |  |  |                                     |  |  |  |  |
| 6 r.z.       |                   |                                                |                             |                             |                              |                                                |       |                                                                      |                                |                              |                                                                    |                              |                             |                   |                 |                                    |                     |                           |                           |                           |                                 |                           |                           |                           |                           |                               |                           |                           |  |  |                                     |  |  |  |  |
| 5 r.z.       | A2                | A3                                             | A5                          | B1                          | B2                           | B4                                             | B5    |                                                                      | C2                             | C3                           | C4                                                                 | C6                           |                             | D3                | D4              | D5                                 | E1                  | F1                        | G1                        | G2                        | G3                              | G4                        | G5                        |                           |                           |                               |                           |                           |  |  |                                     |  |  |  |  |
| 4 r.z.       | A2                |                                                |                             |                             | B2                           |                                                | B5    |                                                                      |                                |                              |                                                                    |                              |                             | D4                | D5              | E1                                 |                     | G1                        | G2                        |                           |                                 |                           |                           |                           |                           |                               |                           |                           |  |  |                                     |  |  |  |  |
| 3 r.z.       |                   |                                                |                             |                             |                              |                                                | B5    |                                                                      |                                |                              |                                                                    |                              |                             |                   |                 |                                    |                     |                           |                           |                           |                                 |                           |                           |                           |                           |                               |                           |                           |  |  |                                     |  |  |  |  |

Legenda:

ćwiczenia dostępne

ćwiczenia w trakcie pracy

ćwiczenia wykonane

ćwiczenia do wykonania

Rysunek 2. Karta postępu terapii.

Dla każdej niewykonanej próby diagnostycznej w KORP opracowano od pięciu do 10 ćwiczeń terapeutycznych. Baza zawiera ponad cztery tysiące ćwiczeń. Ćwiczenia te zostały dokładnie opisane pod względem celów ogólnych i szczegółowych terapii oraz osiągniętych umiejętności. Do dużej części ćwiczeń nagrane zostały filmy prezentujące proces terapii z udziałem dzieci.

10 Zakres od 1. miesiąca do końca 9. roku życia (13 przedziałów wiekowych).

11 Siedem sfer rozwoju – rozwój ruchowy, rozwój motoryki precyzyjnej i lateralizacji, spostrzegania i koordynacji wzrokowo-ruchowej, komunikowania się i mowy, emocji i relacji społecznych, funkcji behawioralnych oraz wiedzy i umiejętności uczenia się.

12 Zapisu i opracowania danych z badania narzędziem KORP oraz generowania programów terapii dokonuje się za pomocą programu komputerowego KomKOD, który jest częścią Komputerowej Platformy Zarządzania Dokumentacją Diagnostyczną i Terapeutyczną, zawierającej różnorodne narzędzia diagnostyczne i terapeutyczne. Informacje na stronie [www.dit.komlogo.pl](http://www.dit.komlogo.pl)

| Cel ogólny                                      | Cel szczegółowy                                 | Osiągana umiejętność                                                                                     | Opis ćwiczenia                                                                                                          |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Rozwijanie motoryki precyzyjnej i lateralizacji | Kształtowanie skoordynowanych czynności obu rąk | Potrafi odbijać ślady dłoni na płaskiej pionowej powierzchni układając na przemian jedną dłoń nad drugą. | Odbijanie śladów dłoni zmoczonych w farbie na płaskiej pionowej powierzchni układając na przemian jedną dłoń nad drugą. |

Rysunek 3. Charakterystyka ćwiczeń terapeutycznych.



Zdjęcie 1. Kadr z filmu prezentującego ćwiczenie terapeutyczne.

|                                                                                                                                                 |                        |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-----|
| <b>Osiągane umiejętności:</b> Potrafi otwierać dłonie ściśniętą w pięść.                                                                        |                        |     |
| <b>Wykonanie:</b> Otwieranie dłoni ściśniętej w pięść, ćwicząc w ten sposób mięśnie przywodzicieli palców.                                      |                        |     |
| <b>Zasoby:</b> Zestaw nr 1-7-1061 ( <a href="https://dit.komlogo.pl/pt/1-7-1061">https://dit.komlogo.pl/pt/1-7-1061</a> )                       | N                      | P W |
| <b>Osiągane umiejętności:</b> Potrafi rozciągać gumkę przy użyciu dwóch palców u ręki.                                                          |                        |     |
| <b>Wykonanie:</b> Rozciąganie gumek recepturek na dwóch palcach – kciuku i wskazującym.                                                         |                        |     |
| <b>Notatki:</b>                                                                                                                                 |                        |     |
| <b>Pomoce:</b> gumki recepturki                                                                                                                 |                        |     |
| <b>Zasoby:</b> Zestaw nr 1-7-1062 ( <a href="https://dit.komlogo.pl/pt/1-7-1062">https://dit.komlogo.pl/pt/1-7-1062</a> )                       | N                      | P W |
| <b>Osiągane umiejętności:</b> Potrafi wykonywać otwory w kartce papieru za pomocą cienkiego patyczka.                                           |                        |     |
| <b>Wykonanie:</b> Robienie otworów w kartce papieru za pomocą cienkiego patyczka lub wykalaczki.                                                |                        |     |
| <b>Notatki:</b>                                                                                                                                 |                        |     |
| <b>Pomoce:</b> kartka papieru, cienki patyczek, wykalaczka                                                                                      |                        |     |
| <b>Zasoby:</b> Zestaw nr 1-7-1063 ( <a href="https://dit.komlogo.pl/pt/1-7-1063">https://dit.komlogo.pl/pt/1-7-1063</a> )                       | N                      | P W |
| <b>Osiągane umiejętności:</b> Potrafi chwycić drobne obiekty za pomocą klamerki (spinaczki) do bielizny.                                        |                        |     |
| <b>Wykonanie:</b> Chwytywanie za pomocą klamerki do bielizny niewielkich przedmiotów.                                                           |                        |     |
| <b>Notatki:</b>                                                                                                                                 |                        |     |
| <b>Pomoce:</b> klamerki do bielizny, małe przedmioty codziennego użytku i zabawki                                                               |                        |     |
| <b>Zasoby:</b> Zestaw nr 1-7-1064 ( <a href="https://dit.komlogo.pl/pt/1-7-1064">https://dit.komlogo.pl/pt/1-7-1064</a> )                       | N                      | P W |
| <b>Osiągane umiejętności:</b> Potrafi chwycić palcami sypką substancję i przekładać ją do drugiego pojemnika.                                   |                        |     |
| <b>Wykonanie:</b> Chwytywanie opuszkami palców sypkiego materiału umieszczonego w pojemniku i przekładanie go do drugiego.                      |                        |     |
| <b>Notatki:</b>                                                                                                                                 |                        |     |
| <b>Pomoce:</b> materiał sypki (sól, drobny cukier), miski                                                                                       |                        |     |
| <b>Zasoby:</b> Zestaw nr 1-7-1065 ( <a href="https://dit.komlogo.pl/pt/1-7-1065">https://dit.komlogo.pl/pt/1-7-1065</a> )                       | N                      | P W |
| <b>Osiągane umiejętności:</b> Potrafi rysować za pomocą kawałka kredy.                                                                          |                        |     |
| <b>Wykonanie:</b> Rysowanie niewielkim kawałkiem kredy, o wielkości mieszczącej się pomiędzy opuszkami palców, różnorodnych kształtów i wzorów. |                        |     |
| <b>Notatki:</b>                                                                                                                                 |                        |     |
| <b>Pomoce:</b> tablica, kartka papieru, kreda                                                                                                   |                        |     |
| <b>Zasoby:</b> Zestaw nr 1-7-1066 ( <a href="https://dit.komlogo.pl/pt/1-7-1066">https://dit.komlogo.pl/pt/1-7-1066</a> )                       | N                      | P W |
| <b>Uwagi:</b>                                                                                                                                   | <b>Zaliczono:</b> 0/10 |     |

Rysunek 4. Przykładowa karta terapii dla sfery motoryki precyzyjnej, ćwiczenia rozwijające umiejętności z kategorii chwytu dla 3 roku życia.

Program umożliwia każdemu z terapeutów wykorzystanie całego zestawu ćwiczeń z poszerzeniem ich o własne kompetencje specjalistyczne (modyfikowanie ćwiczeń istniejących oraz dodawanie własnych).

## PODSUMOWANIE

Holistyczna terapia rozwoju psychoruchowego to dbałość o podstawy rozwoju oraz pobudzanie i korygowanie kierunku wzrostu i kształtowania sfer rozwojowych. Przedstawione w artykule postępowanie terapeutyczne z zastosowaniem Programów Terapii KORP-PT jest ukierunkowane na wykorzystywanie naturalnych prawidłowości rozwoju oraz pobudzanie mechanizmów kompensacyjnych bazujących na plastyczności mózgu. Proponowana strategia terapeutyczna ma także charakter otwarty i elastyczny umożliwiający uwzględnienie obserwowanych postępów dziecka w takcie prowadzenia terapii oraz wykorzystania zasobów indywidualnego warsztatu terapeuty.

Autorki mają nadzieję, że Programy Terapii KORP-PT będą stanowiły praktyczną pomoc i inspirację dla terapeutów z nich korzystających, a także staną się istotnym uzupełnieniem diagnozy funkcjonalnej przeprowadzonej za pomocą testu Karty Oceny Rozwoju Psychoruchowego KORP, ponieważ w odczuciu autorek diagnoza i terapia powinny być ze sobą ściśle powiązane.

## BIBLIOGRAFIA

1. Bogacz E., Bogacz-Rybczak A., Gruba J., *KORP. Karty Oceny rozwoju Psychoruchowego. Podręcznik*, Komlogo, Gliwice 2018.
2. Łuria A., *Podstawy neuropsychologii*, PZWL, Warszawa 1976.
3. Olechnowicz H., *U źródeł rozwoju dziecka. O wspomaganiu rozwoju prawidłowego i zakłóconego*, WSiP, Warszawa 1999.
4. *Psychologia. Podręcznik akademicki*. T. 1. *Podstawy psychologii*, red. J. Strelau, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003.
5. Kielar-Turska M., *Jak pomagać dziecku w poznawaniu świata*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1992.
6. Wygotski L.S., *Myślenie i mowa*, PWN, Warszawa 1989.
7. [www.komlogo.pl](http://www.komlogo.pl).
8. Borkowska A.R., Domańska Ł., *Neuropsychologia kliniczna dziecka, Wybrane zagadnienia*, PWN, Warszawa 2007.
9. Kaczan T., Sadowska L., *Ergoterapia jako forma stymulująca rozwój mowy u dzieci z zespołem Downa i innymi anomaliami rozwojowymi w świetle integracji sensomotorycznej*, „Logopedia”, 1995, tom 22, s. 67-81.

## Notka o autorkach

**mgr Elżbieta Bogacz** – psycholog, neurologopeda. Zajmuje się diagnozą i terapią dzieci z różnorodnymi zaburzeniami rozwoju psychoruchowego i mowy oraz niepełnosprawnościami w wieku od okresu wczesnoniemowlęcego do wieku szkolnego. Pracuje w Gliwickim Ośrodku Adaptacyjno-Rehabilitacyjnym, Regionalnej Placówce Opiekuńczo-Terapeutycznej w Gliwicach oraz w Centrum Diagnozy i Terapii Anytime w Gliwicach.

**mgr Anna Bogacz-Rybczak** – psycholog, specjalista terapii pedagogicznej, rewalidacji i wczesnego wspomaganie rozwoju. Zajmuje się diagnozą i terapią dzieci wieku przedszkolnym i szkolnym z zaburzeniami rozwoju, w tym zaburzeniami zachowania i emocji oraz niepełnosprawnościami. Pracuje w Zespole Szkół Ogólnokształcących nr 5 w Gliwicach oraz w Centrum Diagnozy i Terapii Anytime w Gliwicach.

## Patrycja Sobótka

pedagog, pracownik socjalny  
patryska.sobotka93@gmail.com

# Poradnictwo pedagogiczne na rzecz rodzin niewydolnych wychowawczo

## STRESZCZENIE

Rodzina jest pierwotnym środowiskiem wychowawczym powołanym do wychowywania najmłodszych jej członków i sprawowania opieki nad nimi. Artykuł przedstawia istotę poradnictwa pedagogicznego ukierunkowanego na poprawę, modyfikację bądź też nabycie nowych umiejętności wychowawczych, kompetencji rodzicielskich i predyspozycji niezbędnych do prawidłowego wychowania dzieci w rodzinie. W artykule zostały zawarte informacje dotyczące rodziny, mianowicie skupiono się na przedstawieniu roli rodziny, jaką odgrywa w wychowaniu i rozwoju dziecka. Artykuł prezentuje również cechy rodziny niewydolnej wychowawczo, rodziny która nie radzi sobie z wychowaniem dzieci i zaspokajaniem ich podstawowych potrzeb. Artykuł wskazuje również na niezbędne elementy poradnictwa pedagogicznego, którego głównym celem jest poprawa funkcjonowania w środowisku rodzinnym zarówno rodziców, jak i dzieci.

## WSTĘP

Zaburzone relacje pomiędzy rodzicami a dziećmi, nieprawidłowo wypełniane obowiązki względem najmłodszych członków w rodzinie, czy też niezaspokajanie podstawowych potrzeb dziecka w rodzinie – te czynniki i wiele innych wskazują na niewydolność wychowawczą środowiska rodzinnego. Zakres czynników wskazujących na zaburzone funkcjonowanie środowiska rodzinnego jest szeroki, należy wskazać na konkretne zachowania rodziców względem dzieci, jak również na negatywne zachowania dzieci wobec swych rodziców, które niekiedy obfitują w bunt i agresję. Wiele autorów zajmujących się tematyką rodzinną poszukuje źródeł niewydolności wychowawczej rodziny w nieprawidłowej realizacji poszczególnych funkcji rodziny. Jednak wyżej wskazanych zaburzeń można upatrywać także w nieprawidłowych postawach rodziców względem dzieci oraz problemach i trudnościach, z jakimi rodzina się zмага i które wywierają istotny wpływ nie tylko na relacje rodzinne, ale również na jakość opieki i wychowania w rodzinie.

## 1. RODZINA NIEWYDOLNA WYCHOWAWCZO – ZAŁOŻENIA TERMINOLOGICZNE

Rodzina niewydolną wychowawczo określa się środowisko, w którym rodzice nie umieją bądź nie potrafią sprawować opieki nad dziećmi w prawidłowy sposób. Odnosi się to do funkcji, jakie rodzina pełni względem najmłodszych członków, ale także i reszty środowiska rodzinnego. Analizując rodziny niewydolne wychowawczo ogromne znaczenie ma tutaj sytuacja w jakiej rodzina się znajduje. Wpływ na określoną rzeczywistość mogą mieć wielorakie problemy nie tylko wynikające z nieumiejętności wychowawczych rodziców, ale również z trudnych zachowań dzieci w rodzinie, czy też niekorzystnej sytuacji materialnej, socjalnej bądź też społecznej. Istotne znaczenie dla realizacji wielu funkcji rodziny, a przede wszystkim jej niewydolności mają



takie zjawiska, jak: konflikty rodzinne, alkoholizm rodziców, uzależnienie od substancji psychoaktywnych młodzieży w rodzinie, niski poziom kompetencji pedagogicznych rodziców, obniżony status społeczny rodziny, zaburzona struktura, zanik więzi emocjonalnej w rodzinie, ale również negatywne postawy rodziców wobec dzieci i indywidualne cechy ich osobowości. Wyżej wymienione czynniki są wyznacznikami rodziny niewydolnej wychowawczo<sup>1</sup>.

## 2. ROLA RODZINY W WYCHOWANIU I ROZWOJU DZIECKA

Rodzina jest pierwszym środowiskiem, w którym dziecko zdobywa nowe umiejętności, nabywa wartości, którymi będzie posługiwać się w dorosłym życiu. Rodzina jako środowisko pierwotne, do którego jednostka przynależy od chwili swych narodzin, powołana jest do wychowania dziecka na człowieka wartościowego potrafiącego posługiwać się i żyć zgodnie z zasadami współżycia społecznego<sup>2</sup>. Rodzina jest miejscem, w którym dziecko powinno znaleźć wsparcie i opiekę. Głównym jej zadaniem jest zapewnienie poczucia bezpieczeństwa, równowagi emocjonalnej i miejsca wsparcia pośród najbliższych osób<sup>3</sup>. Istotą środowiska rodzinnego jest wychowanie dziecka na osobę odpowiedzialną i w pełni świadomą swych przekonań i wartości. Wychowanie jest procesem ciągłym, długotrwałym ukierunkowanym na ukształtowanie jednostki pod względem charakteru, ale i także prawidłowych zachowań. Proces wychowawczy według niektórych autorów, jak i rodziców jest procesem zamierzonym, podczas którego rodzice bądź opiekunowie wychowują swoje dzieci według ideału wychowawczego, na który składają się przekonania i wartości przekazane od rodziców<sup>4</sup>.

Istotnym zadaniem środowiska rodzinnego obok funkcji wychowawczej jest zapewnienie optymalnych warunków do rozwoju dziecka, z czym ściśle związane jest zaspokajanie potrzeb nie tylko fizycznych, ale istotne znaczenie mają tutaj potrzeby psychiczne. Niestety w przypadku dysfunkcjonalności rodziny zadanie to często jest niemożliwe do zrealizowania, chociażby ze względu na trudną sytuację ekonomiczną, społeczną czy też socjalną rodziny<sup>5</sup>.

## 3. PRZEJAWY NIEWYDOLNOŚCI WYCHOWAWCZEJ RODZINY

Rodzina niewydolna wychowawczo charakteryzuje się zaburzonymi kontaktami występującymi pomiędzy rodzicami a dziećmi. Zaburzeniu ulega również klimat życia rodzinnego, który charakteryzuje się niestabilnością nie tylko emocjonalną, ale również społeczną i finansową. Potrzeby psychiczne najmłodszych członków w rodzinie – dzieci pozostają niezaspokojone, życie rodzinne ulega wielu modyfikacjom, w trakcie których zaburzony zostaje rozwój dzieci. Ponadto środowisko rodzinne charakteryzujące się niewydolnością wychowawczą nie stawia przed sobą żadnych celów wychowawczych czy rozwojowych dla dzieci. Rodzice zwykle pochłonięci swoimi problemami nie wykazują zainteresowania dorastaniem i rozwojem dziecka. Warto wspomnieć w tym miejscu o metodach wychowawczych, które są jedynie sporadyczne, co w konse-

1 H. Cudak, *Dysfunkcje rodziny i jej zagrożenia opiekuńczo-wychowawcze*, „Pedagogika Rodziny” 2011, nr 1(2), s. 9-10.

2 S. Kawula, J. Brągiel, A. Janke, *Pedagogika rodziny*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2004, s. 51.

3 J.M. Nogowski, *Rodzina – jej funkcje i zagrożenia*, „Studia Elckie” 2015, nr 17, s. 161.

4 L. Zarzecki, *Teoretyczne podstawy wychowania. Teoria i praktyka w zarysie*, Karkonoska Państwowa Szkoła Wyższa, Jelenia Góra 2012, s. 36.

5 E. Sozańska, *Rodzina jako środowisko wychowania w wartościach*, „Łódzkie Studia Teologiczne” 2014, nr 3, s. 41-42.

kwencji prowadzi do niedostosowania dzieci lub młodzieży do zasad, wartości i przekonań obowiązujących w społeczeństwie<sup>6</sup>.

Po głębszej analizie całokształtu funkcjonowania rodzin niewydolnych wychowawczo, należy stwierdzić, iż ich struktura ulega zwykle zaburzeniom pod wpływem negatywnych emocji czy też zaburzonych relacji pomiędzy małżonkami, co skutkuje rozpadem rodziny. Rodzinę niewydolną wychowawczo należy scharakteryzować jako grupę, która nie potrafi prawidłowo wypełniać obowiązków rodzicielskich leżących po stronie opiekunów czy rodziców w rodzinie, co w konsekwencji prowadzi do zaniedbywania obowiązków wynikających z roli rodzica, do których sprowadza się opieka i wychowanie dzieci. Jednak istotną w tym zakresie kwestią jest również nieumiejętność wypełniania należycie swych obowiązków odnoszących się nie tylko do najmłodszych w rodzinie, ale także do pozostałych jej członków. Z zaniedbań w zakresie realizacji swych powinności względem członków w rodzinie wynikają między innymi problemy związane z trudnościami w rozwiązywaniu sytuacji kryzysowych, które mają istotny wpływ na funkcjonowanie całej rodziny<sup>7</sup>.

Niewydolność wychowawcza rodziny może dotyczyć różnych obszarów jej funkcjonowania w związku z czym wyróżnia się niewydolność ekonomiczną, społeczną czy też socjalizacyjną. Powyższe określenia wskazują na trudności, z jakimi rodzina ma do czynienia i które musi przezwyciężyć, często sama, a niekiedy z pomocą specjalistów i instytucji. Zwrócić uwagę należy na fakt, iż dysfunkcja pojedynczego aspektu życia rodzinnego zwykle prowadzi do zaburzeń w obrębie poszczególnych jej działalności i aktywności, które rodzina podejmuje w środowisku społecznym<sup>8</sup>.

#### 4. ZAKRES PORADNICTWA PEDAGOGICZNEGO DLA RODZIN NIEWYDOLNYCH WYCHOWAWCZO

Przedstawiony poniżej zakres poradnictwa pedagogicznego dla rodzin niewydolnych wychowawczo można wykorzystać w pracy ze wszystkimi członkami rodzin bądź poszczególnymi osobami w rodzinie stykającymi się ze ściśle określonym problemem. Poradnictwo z udziałem najmłodszych przybiera najczęściej formę rozmowy lub pracy w oparciu o konkretne zadania, na podstawie których można wywnioskować przyczyny negatywnych zachowań dziecka czy też występujących trudności w nauce, bądź innych zaburzeń w środowisku rodzinnym. Poradnictwo z rodzicami z kolei zwykle polega na rozmowie, w toku której można wywnioskować konkretne problemy wychowawcze czy dysfunkcje występujące w środowisku rodzinnym.

Zakres poradnictwa pedagogicznego obejmuje swym zasięgiem głównie aspekty wychowawcze rodziny, jak również prawidłowości związane z rozwojem dziecka, jego potrzebami i możliwościami na poszczególnych etapach rozwoju. W toku poradnictwa pedagogicznego na rzecz rodzin niewydolnych wychowawczo omawiane są szczegółowo następujące aspekty:

1. Różnice pomiędzy wychowaniem a opieką.
2. Trudności związane z procesem wychowania dzieci w rodzinie, których przejawami są: kłamstwa, agresja werbalna i pozawerbalna wobec rówieśników, rodzeństwa i rodziców, lenistwo, kradzieże, wagary, nieśmiałość, niedostosowanie społeczne młodzieży.

6 H. Cudak, dz. cyt., s. 8.

7 S. Kawula, *Rodzina o skumulowanych czynnikach patogennych* [w:] s. Kawula, J. Brągiel, A.W. Janke, *Pedagogika rodziny*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2006, s. 34-35.

8 H. Cudak, dz. cyt., s. 8-9.

3. Wychowanie dziecka z niepełnosprawnością w rodzinie – potrzeby dzieci z określonymi zaburzeniami, omówienie trudności funkcjonowania społecznego, rówieśniczego i szkolnego.
4. Wychowanie dzieci z zaburzeniami psychicznymi, takimi jak: schizofrenia, dwubiegunowość, fobie i manie społeczne, nerwice, zaburzenia odżywiania czy zaburzenia osobowości.
5. Odpowiedni wybór szkoły dla dziecka odpowiadający jego zainteresowaniom, pasjom i hobby.
6. Postawy rodzicielskie: postawa akceptująca, wymagająca, odrzucająca i nadmiernie chroniąca, konkretne zachowania oraz odczucia dziecka i rodzica w przypadku ich stosowania.
7. Style wychowawcze: styl autokratyczny, liberalny i demokratyczny, zalety i wady każdego z nich.
8. Rozwój dziecka na poszczególnych etapach życia ze wskazaniem potrzeb psychicznych i fizycznych oraz analiza konkretnych sposobów ich zaspokajania.
9. Cechy idealnego wychowawcy ze wskazaniem konkretnych predyspozycji pozwalających osiągnąć satysfakcję z procesu wychowawczego.
10. Zasady stosowania kar i nagród wobec dziecka zarówno w środowisku rodzinnym, jak i społecznym czy rówieśniczym.
11. Rola matki i ojca w rodzinie – ze wskazaniem ich szczególnego znaczenia w procesie wychowawczym.
12. Czynniki utrudniające prawidłowy przebieg procesu wychowania w konkretnym środowisku rodzinnym.
13. Kompetencje komunikacyjne i zasady ich stosowania w rodzinie.
14. Relacje rodzinne – rozpoznanie zaburzeń w relacjach z członkami rodziny, omówienie ich konsekwencji dla poszczególnych członków w rodzinie.
15. Trudności edukacyjne dziecka w środowisku szkolnym.
16. Funkcjonowanie dziecka w relacjach rówieśniczych w środowisku szkolnym – konsekwencje zaburzonych interakcji z rówieśnikami.
17. Role społeczne poszczególnych członków rodziny ze wskazaniem zadań i obowiązków z nich wynikających zarówno względem środowiska rodzinnego, jak i społecznego.
18. Zadania opiekuńczo-wychowawcze rodziców względem wychowujących się dzieci w rodzinie.
19. Autorytet rodzicielski i jego istota w wychowaniu.
20. Problemy wychowawcze i zachowania buntownicze młodzieży.
21. Uwarunkowania procesu wychowawczego, konsekwencje zaburzeń w wychowaniu.
22. Kompetencje społeczne i rodzicielskie z uwzględnieniem rodziców samotnie wychowujących dzieci.

## PODSUMOWANIE

Rodzina niewydolna wychowawczo jest środowiskiem wymagającym wsparcia specjalistów i instytucji świadczących konkretne działania, których celem jest między innymi wsparcie rodziców w wypełnianiu ich roli. Należy wskazać w tym miejscu jak istotne okazują się być wszelkie działania nie tylko wspomagające kompetencje rodziców, ale także umożliwiające prawidłowy rozwój dziecka dzięki wsparciom pedagogów, psychologów czy logopedów, jak i innych specjalistów, których uwaga zwrócona jest na dobro dziecka w rodzinie. W przypadku rodzin niewydolnych wychowawczo należy zwrócić szczególną uwagę, w jakich obszarach życia wymagane jest wsparcie i na tej podstawie dopasować odpowiednie formy pomocy i zakres wsparcia.

## BIBLIOGRAFIA

1. Cudak H., *Dysfunkcje rodziny i jej zagrożenia opiekuńczo-wychowawcze*, „Pedagogika Rodziny”, 2011, nr 1(2), s. 7-14.
2. Kawula s. , *Rodzina o skumulowanych czynnikach patogennych* [w:] s. Kawula, J. Bragiel, A.W. Janke, *Pedagogika rodziny*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2006, s. 30-43.
3. Kawula s. , Bragiel J., Janke A., *Pedagogika rodziny*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2004.
4. Nogowski J.M., *Rodzina – jej funkcje i zagrożenia*, „Studia Ełckie”, 2015, nr 17, s. 159-171.
5. Sozańska E., *Rodzina jako środowisko wychowania w wartościach*, „Łódzkie Studia Teologiczne”, 2014, nr 3, s. 39-51.
6. Zarzecki L., *Teoretyczne podstawy wychowania. Teoria i praktyka w zarysie*, Karkonoska Państwowa Szkoła Wyższa, Jelenia Góra 2012.

## Notka o autorze

**mgr Patrycja Sobótka** – absolwentka Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II w Lublinie na kierunku Pedagogika (2019), specjalność: Asystentura rodziny, piecza zastępcza i wspomaganie rodziny, ukończyła również studia licencjackie na kierunku Pedagogika specjalna (2018) i Praca socjalna (2017) również na KUL. Prowadzi poradnictwo pedagogiczne dla rodzin z problemami wychowawczymi w Miejskim Ośrodku Pomocy Rodzinie w Lublinie. Pracuje w Stowarzyszeniu Synergia jako pedagog i trener, gdzie prowadzi zajęcia dla dzieci i wsparcie dla rodziców.

Kamila Urbaniak

logopeda ogólny i kliniczny

k\_aaam123@tlen.pl

## Wpływ zaburzeń słuchu fonemowego na umiejętności komunikacyjne dzieci

### STRESZCZENIE

Zaburzenia słuchu fonemowego są coraz częściej pojawiającym się zjawiskiem w otaczającym świecie. W związku z tą dysfunkcją, występuje szereg innych nieprawidłowości, począwszy od trudności w różnicowaniu głosek (i późniejszych trudnościach w czytaniu i pisaniu), po rozumienie kontekstu sytuacyjnego i wzięcia w nim czynnego udziału. W związku z tym postanowiono zbadać, jakie nieprawidłowości wynikają z zaburzeń słuchu fonemowego, a także jaki ma to wpływ na rozwój mowy dziecka i jego funkcjonowanie w społeczeństwie. Praca badawcza będzie polegała na zbadaniu dzieci narzędziem – Kartą Oceny Słuchu Fonemowego, wyodrębniając z grupy te, które rzeczywiście mają trudności w tym zakresie, a następnie sprawdzeniu, jakie oddziaływanie powstaje podczas nadawania i rozumienia mowy w konkretnych kontekstach sytuacyjnych.

Celem niniejszego artykułu jest przybliżenie zjawiska, jakim jest słuch fonemowy, jak się rozwija i jaki ma wpływ na funkcjonowanie dziecka w obrębie jego codziennych czynności, a także wskazanie na korelację pomiędzy nim a mową, czytaniem, pisanem i rozumieniem – czyli umiejętnościami komunikacyjnymi. Przegląd literatury polskiej oraz zagranicznej pozwoli dostrzec olbrzymi zasięg słuchu fonemowego i istotę tego problemu. Wybrane badania, które zostaną ukazane w drugiej części artykułu będą polegać na eksploracji zależności wynikających z wcześniej wymienionych aspektów – uszczegóławiając – zaburzenia słuchu fonemowego oraz jego wpływ na rozumienie i mowę dziecka. Do tego celu użyto badania diagnostycznego *KOSF – Kartę Oceny Słuchu Fonemowego*<sup>1</sup>, a także obserwację, jak wygląda mowa i rozumienie u dziecka, u którego wyniki testu będą niskie.

Słuch fonemowy jest jednym z elementów, wchodzących w skład prawidłowego funkcjonowania dziecka. Wpływa on na prawidłowe odbieranie i nadawanie wypowiedzi. Aby taki proces mógł prawidłowo odbywać się, niezbędny jest poprawnie kształtujący się słuch fizyczny. Zanim zostaną opisane wyniki badań, ważne jest przybliżenie rozwoju mowy dziecka i ułożenie w nim rozwoju słuchu, a także inne niezbędne informacje, które pozwolą lepiej zrozumieć istotę wybranego problemu naukowego.

Pierwszorzędnym aspektem, który będzie poruszony, to rozwój mowy dziecka. Można tutaj wyróżnić kryterium ilościowe, które dzieli się na:

- fazę przedjęzykową – przypadającą na 1. rok życia;
- fazę wypowiedzi jednowyrazowych – oscylując między 12.-16. miesiącem życia;

1 J. Gruba, *KOSF – Karta Oceny Słuchu Fonemowego „Komlogo”*, Gliwice 2016.



- fazę wypowiedzi dwuwyrazowych – przypadający od 17. do 27. miesiąca życia;
- fazę wypowiedzi kilkuwyrazowych – które istnieją między 20. a 40. miesiącem życia;
- okres pełnych zdań – graniczący między 26. a 42. miesiącem życia;
- fazę opanowania podstaw języka i komunikacji – będącą wyznacznikiem występującym pomiędzy 4. do 9. roku życia<sup>2</sup>.

Fazy te, posiadają odpowiednio poszczególne sprawności językowe, o których warto w tym momencie wspomnieć:

- nauka dźwięków mowy – wyodrębniając tutaj gaworzenie oraz najprostsze głoski;
- przechowywanie – rozumienie staje na pierwszym miejscu przed mówieniem; dziecko posiada umiejętność gromadzenia różnego rodzaju informacji, by potem je sukcesywnie wykorzystywać w dalszych etapach jego rozwoju;
- analiza i komutacja – występuje na etapach dwu- i kilkuwyrazowym; wypowiedzi stają się bardziej złożone, przejawiają się umiejętności gramatyczne, a także sprawności językowe;
- integracja i elaboracja – wyróżnia się przede wszystkim opanowaniem zasad posługiwania się walorami komunikacyjnymi, w czasie tym przypada także najbardziej intensywny rozwój porozumiewania się, zarówno w aspekcie kompetencji językowej, jak i tej komunikacyjnej<sup>3</sup>.

Istotna wydaje się także periodyzacja rozwoju mowy według czterech podstawowych okresów autorstwa Leona Kaczmarka, dzieląca się na:

1. Okres melodii – urzeczywistniona od urodzenia do 12. miesiąca życia;
2. Okres wyrazu – od 12. miesiąca do 18./24. miesiąca życia;
3. Okres zdania – przypadająca na 18./24. miesiąc życia do 36. miesiąca życia;
4. Okres swoistej mowy dziecięcej – oscylujący między 36. miesiącem życia a 7. rokiem życia<sup>4</sup>.

Uwzględniając połączenie pomiędzy mową a słuchem, istotne wydaje się także przytoczenie rozwoju słuchu, funkcjonującego w życiu dziecka. Okresy te można podzielić:

1. Okres zarodkowy:
  - 19.-21. dzień – płytka słuchowa,
  - 23.-36. dzień – otocysta,
  - 31.-35. dzień – różnicowanie morfologiczne błędnika błoniastego,
  - 37.-42. dzień – kształtowanie się przewodów półkolistych,
  - 44.-48. dzień – rozwijanie zakrętów przewodu ślimakowego,
  - 48.-51. dzień – przewody półkoliste, przewód ślimakowy, kosteczki słuchowe oraz małżowina uszna są już ukształtowane,
  - 56.-60. dzień – rozwija się pierwotny przewód słuchowy zewnętrzny.
2. Okres płodowy:
  - 8.-12. tydzień – rozwijają się grzebienie bańkowe,
  - 10. tydzień – pojawiają się schody bębenka oraz rozwój układu tętniczego błędnika,
  - 11.-12. tydzień – rozwija się narząd Cortiego,
  - 12. tydzień – pojawienie się błony bębenkowej,

2 B. Kamińska, B. Siebert B., *Podstawy rozwoju mowy u dzieci* [w:] *Forum Medycyny Rodzinnej*, tom 6, nr 5, red. J. Siebert, Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk 2012, s. 237-238.

3 Tamże, s. 238.

4 J. Porayski-Pomsta, *O rozwoju mowy dziecka dwa studia*, Dom Wydawniczy Elipsa, Warszawa 2015, s. 113.

- 16. tydzień – w życiu dziecka zaczynają rozwijać się plamki woreczka oraz łagiewki,
- 20.-21. tydzień – w pełni ukształtowany jest już narząd Cortiego,
- 28.-29. tydzień – rozwija się układ pneumatyczny,
- 24.-36. tydzień – kosteczki słuchowe są całkowicie uformowane<sup>5</sup>.

Płód odczuwa bicie serca matki, słyszy je. Reaguje na różnorodne dźwięki – zarówno odgłosy pochodzące z jelit, ludzkie głosy, hałas oraz muzykę. Odczuwa także emocje, zwracając uwagę na nieprzyjemne dźwięki oraz uspokajając się przy łagodnym otoczeniu. Wszelakie dźwięki wpływają na rozwój mowy dziecka, a także na kształtowanie jego mózgu<sup>6</sup>.

Można wywnioskować, iż dziecko swoje możliwości słuchowe rozwija już w okresie prenatalnym. Warto tutaj wspomnieć również o trójmodalnym rozwoju układu systemów lustrzanych, na które składają się receptory wzrokowe, ruchowe oraz słuchowe – aktywując pobudzenie wielozmysłowe<sup>7</sup>.

Wydaje się być także istotne w tym względzie przywołanie, a zarazem przybliżenie aspektu, jakim są funkcje słuchowe. Jak można zauważyć, zarówno słuch, jak i mowa, są wieloczynnikowymi procesami, składającymi się z wielu elementów, rozwijającymi się wraz z życiem człowieka, immanentnie ze sobą współuczestnicząc. Gdy dziecko nie ma trudności w prawidłowym funkcjonowaniu narządu słuchu, umożliwia to oddziaływanie i odbiór bodźców słuchowych, a także percepcji akustycznych. Dziecko rozwija się poprzez doświadczenia związane z występowaniem dźwięków. Za sygnały takie można uznać, między innymi odgłosy wydawane przez różne zwierzęta, głosy ludzkie, dźwięki przyrody, odgłosy maszyn i urządzeń, muzykę oraz dźwięki mowy. W artykule tym skoncentrowano się przede wszystkim na tej ostatniej kategorii. Wyodrębnienie dźwięków mowy oznacza rozpoznawanie co najmniej dwóch wrażeń – zróżnicowanie ich (pod względem fonetycznym i fonologicznym), a przede wszystkim zauważenie, że istnienie ich można określić jako różne<sup>8</sup>.

Słuch fonemowy jest umiejętnością rozróżnienia najmniejszych cząstkowych elementów dźwiękowych wchodzących w skład wyrazów. Jest to także sprawność właściwego identyfikowania dźwięków danego języka<sup>9</sup>. Dziecko dąży do rozróżnienia artykulacyjnego fonemów występujących w opozycjach językowych<sup>10</sup>. Irena Styczek zwraca uwagę na odpowiednie umiejscowienie ośrodka słuchowego w mózgu – nazywa to także „śladami usłyszanych dźwięków mowy”. Definicja ta oznacza pewnego rodzaju stereotypy wzorcowe głosek, które istnieją dzięki impulsom nerwowym, a skondensowanie ich występuje w okolicy skroniowej lewej półkuli u osób praworęcznych (inaczej okolica Wernickiego – tylna część górnego zawoju skroniowego)<sup>11</sup>. Warto też zwrócić uwagę na to, iż prawidłowe opanowanie umiejętności słuchu fonemowego ma swoje przełożenie także na sprawności w obrębie czytania i pisanie. Elementy, które są istotne w tym zakresie, to przede

5 B. Kamińska, B. Siebert, dz. cyt., s. 238.

6 E. Kątska, *Prawidłowe funkcjonowanie narządu słuchu jako podstawa rozwoju mowy dziecka*, „Forum Logopedyczne” 2017, nr 25, s. 69-70.

7 J. Cieszyńska-Rozeł, *Neurobiologiczne podstawy rozwoju poznawczego. Słuch*, Centrum Metody Krakowskiej®, Kraków 2018, s. 12.

8 Z.M. Kurkowski, *Słuch a mowa w aspekcie rozwojowym w normie i patologii* [w:] *Kosmos – problemy nauk biologicznych*, tom 47, nr 3, red. K.J. Skwarło-Sońta, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń, 1998, s. 289.

9 M. Kurowska, *Interpretacja wyników badania kinestezji artykulacyjnej a diagnoza logopedyczna*, „Studia Pragmalingwistyczne” 2018, Rok X, s. 171-172.

10 D. Pluta-Wojciechowska, *Opis zaburzeń mowy jako pierwszy etap postępowania logopedycznego*, „Logopedia Silesiana” 2012, tom 1, s. 38.

11 I. Styczek, *Badanie i kształtowanie słuchu fonematycznego*, Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1982, s. 6.

wszystkim percepcja słuchowa, dyskryminowanie dźwięku, a także analiza i synteza dźwięków mowy. Dziecko na każdym kroku spotyka się z wieloma dźwiękami, łączącymi się w sylaby i dającymi pewną sekwencję wyrazową<sup>12</sup>. Istnieje także korelacja między umiejętnościami fonologicznymi, a czytaniem – dzieci posiadające wiedzę na temat języka, rozwijają kompetencje czytania; natomiast czytając, lepiej rozumieją i stosują zdobytą wiedzę fonologiczną, wyróżniając między innymi używanie wzorców ortograficznych, będących wizualnymi reprezentacjami dźwięków mowy<sup>13</sup>. Warto także zauważyć, iż dziecko traktuje słowa w sposób holistyczny oraz pragmatyczny, pomagający w sytuacjach życia codziennego. Jednakże, aby móc poprawnie używać ich, zarówno w mowie i piśmie (czyli umiejętności czytania i pisania) istotna jest znajomość ogólnych zasad językowych, występujących w tychże procesach<sup>14</sup>. Kolejnym ważnym aspektem są operacje słowotwórcze wykonywane przez dziecko, odbywające się za pomocą realizacyjnych form umiejętności wobec słuchu fonemowego. Jak można zauważyć, bez prawidłowego rozwoju tej sprawności, niemożliwe wydaje się uczestniczenie w takim procesie, jak analiza i synteza fonemowa<sup>15</sup>.

Szczegółowo można omówić elementy słuchu mownego:

- słuch fonemowy – różnicowanie dwóch wypowiedzi, w aspekcie fonologicznym będącym o odmiennej formie,
- słuch fonetyczny – umiejętność odróżniania innych głosek, ale będących w korelacji tej samej klasy głosek (fonemów),
- słuch prozodyczny – dyferencjacja elementów prozodii wypowiedzi, między innymi akcent, melodia oraz rytm,
- analiza i synteza dotycząca głosek i wyrazów – jest to świadome odróżnianie głosek lub sylab, występujących w wypowiedzi, biorąc pod uwagę kolejność ich istnienia, a także scalanie ich w jednobrzmięność<sup>16</sup>,
- słuchowa pamięć werbalna – umiejętność zapamiętywania wzorców słuchowych słów, wyszczególniając tutaj sekwencje dźwiękową,
- kojarzenie wzorców słuchowych słów – scalanie brzmienia ze znaczeniem konkretnego słowa,
- rozumienie związków logiczno-gramatycznych – postrzeganie indywidualnych słów, które występują w wypowiedzi – rozszyfrowywanie poszczególnych znaczeń w całym zdaniu<sup>17</sup>,
- słuch segmentalny – dostrzeganie różnic pomiędzy występującymi głoskami, które jednocześnie są realizacją tego samego fonemu<sup>18</sup>,

12 L. N. Filippovna, *Fonematičeskijj slukh – osnova reči rebenka „Filologičeskoe obrazovanie v period detstva”*, Wydawnictwo Uralskijj Gosudarstvennyj Pedagogičeskijj Universitet, Jekaterinburg 2018, s. 15-17.

13 A. Barton-Hulsey, R.A. Sevcik M.A. Ronski, *The Relationship between Speech, Language, and Phonological Awareness in Pre-school-Age Children with Developmental Disabilities*, „American Journal of Speech- Language Pathology” 2018, Vol. 27(2), s. 616-617.

14 K. Grejj, D. Fergjason, C. Bekhan, K. Danbar, D. Dann, D. Mitchell, *Lingvo-fonetičeskijj podkhode k razvitiju čtenija u detejj*, „MIROVOJJ OPYT” 2010, No. 6, s. 71-72.

15 D.I. Nikolaevna, *Tekhnologija korrekcionnoj raboty po formirovaniju u doškolnikov s patologiej reči fonematičeskogo slukha*, „Nauchno-metodičeskijj ehlektronnyj zhurnal Koncept” 2019, No. 3, ART 196023, s. 1-3.

16 Z.M. Kurkowski, dz. cyt., s. 289.

17 B. Walińska, *Sluch fonematičnyj jako kompetencja warunkująca odbiór i rozumienie mowy*, „Logopedia” 2008, tom 1(6), s. 32-33.

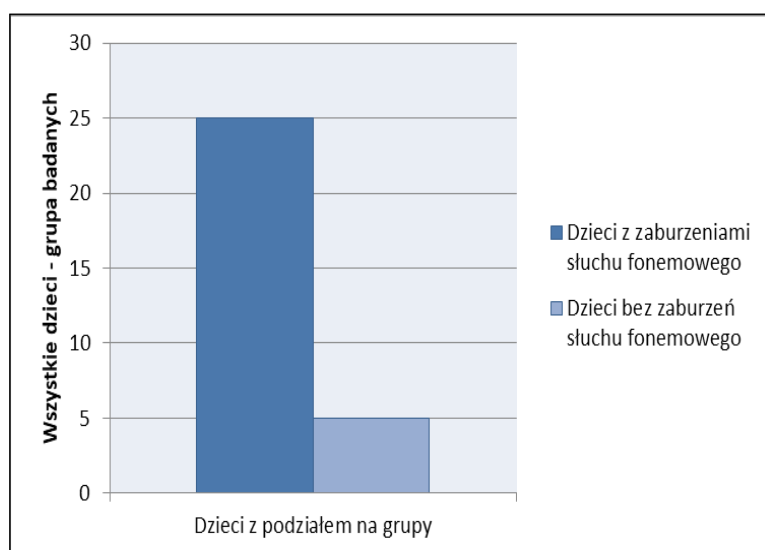
18 J. Sobańska, J. Studzińska-Grzegorzczak, *Sluch fonemowy uczniów I klasy integracyjnej rozpoczynających naukę czytania i pisanie*, „Nowa Audiofonologia” 2019, tom 8, nr 3, s. 51.

- psychofizyczna zdolność do dywersyfikacji dźwięków, które są oparte o cechy fonetyczne języka, a także umiejętność dokonywania prawidłowej oceny bodźców akustycznych dotyczących sprawności językowych<sup>19</sup>,
- w późniejszym etapie dochodzi także do kształtowania się sprawności analizy na elementy śródsylabowe (rymy oraz aliteracje)<sup>20</sup>.

Oprócz wyżej wymienionych periodyzacji, ważne jest także przybliżenie rozwoju słuchu fonemowego. Umiejętność ta kształtuje się podczas aktywności gaworzenia, które przypada na około trzeci trymestr pierwszego roku życia. Około dwunastego miesiąca życia, dziecko posiada sprawność rozumienia kilku słów. Jednakże, już w okresie drugiego roku życia, słuch fonemowy znacząco zmienia swój poziom na bardziej zaawansowany. Jest to też moment najbardziej intensywnego rozwoju tej umiejętności<sup>21</sup>.

W tym miejscu ważne wydaje się także przybliżenie etapów rozwoju słuchu fonemowego:

- przedfonematyczne stadium rozwoju w obrębie mowy,
- różnicowanie fonemów, które są do siebie najmniej podobne,
- różnicowanie dźwięków, a także zauważanie różnic między mową poprawną a realizowaną w sposób nieprawidłowy,
- rozwija się umiejętność percepcji fonemów; natomiast w obrębie mowy – staje się ona poprawna,
- zakończeniem jest całkowite rozwinięcie słuchu fonemowego – dziecko słyszy i mówi w sposób poprawny<sup>22</sup>.



Rysunek 1. Analiza przeprowadzonych badań  
(źródło: opracowanie własne).

Kolejnym etapem artykułu są badania. Zostały one przeprowadzone na grupie 30. dzieci uczęszczających do przedszkola, będących w przedziale wiekowym 4-6 lat. Grupa badanych to dzieci bez orzeczeń, w normie rozwojowej. Do przeprowadzania empirii wykorzystano narzędzie *KOSF – Kartę Oceny Słuchu Fonemowego*<sup>23</sup>. Podczas badania robione były także notatki, jak przedstawia się sytuacja w obrębie nadawania i rozumienia mowy, aby potem dokonać analizy, w przypadku dziecka, u którego wyniki testu wypadłyby jako poziom niski.

19 M. Szpilman, K. Morawski, I. Lewandowska, K. Jerzak, I. Sosnowska-Wieczorek, *Ocena słuchu fonemowego u dzieci jedno- i dwujęzycznych w wieku przedszkolnym*, „Otolaryngologia” 2016, tom 15, nr 3, s. 125.

20 B. Kucharska, *Kształtowanie kompetencji fonologicznych dziecka w edukacji polonistycznej w okresie wczesnoszkolnym*, „Edukacja Elementarna w Teorii i Praktyce” 2012, nr 23/1, s. 58.

21 B. Walińska, dz. cyt., s. 33.

22 J. Gruba, *Ocena słuchu fonemowego u dzieci w wieku przedszkolnym*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2012, s. 16.

23 J. Gruba, *KOSF...*, dz. cyt.

Analizując powyższe wyniki należy stwierdzić, iż spośród 30. przebadanych dzieci – aż 25 z nich ma zaburzenia słuchu fonemowego, czyli w badaniu testowym, po obliczeniu wyników, otrzymali poziom niski, będący w punktacji, odnoszący się do ich wieku rozwojowego. Natomiast 1/6 dzieci nie ma trudności w zakresie słuchu fonemowego.

Przedmiotem badań jest samo występowanie zależności pomiędzy różnicowaniem głosek a umiejętnościami komunikacyjnymi, dlatego też badania te zostały uogólnione tylko do aspektu poziomu występowania zaburzenia (prawidłowe/niskie). Ze względu na ramy czasowe nie uszczegółowiono konkretnych paradygmatów występujących w tym zaburzeniu, przekracza to bowiem wcześniej przyjęte założenia.

Badanie KOSF składa się z badania wstępnego oraz badania właściwego i jest przeznaczony dla dzieci od 3 do 7,5 roku życia. W pierwszym z nich sprawdzamy umiejętność rozumienia przez dziecko wykonania polecenia. Jeśli zostanie ono poprawnie zrobione, przechodzi się do badania drugiego. W części tej znajduje się 16 zdań, które mają zweryfikować poprawność różnicowania głosek opozycyjnych wśród dzieci. Prawidłowy poziom słuchu fonemowego dla wieku 3;0-3;11, to 12-7 odpowiedzi. Adekwatnie – im wyższy wynik, tym wyższy poziom słuchu fonemowego. Dla wieku 4;0-4;11 wynosi 14-10 poprawnie uzyskanych odpowiedzi, dla wieku 5;0-5;11, próg ten oznacza 15-14, a dla 6;0-7;6 jest to 16, czyli 100% poprawnie uzyskanych odpowiedzi.

Jak wcześniej wspomniano, podczas badania zostało także zaobserwowane nadawanie i rozumienie mowy, aby w tym momencie móc stwierdzić korelację występującą pomiędzy występowaniem zaburzeń słuchu fonemowego a umiejętnościami komunikacyjnymi dziecka. W związku z tym można wysnuć poniższe wnioski – przede wszystkim u dzieci, u których słuch fonemowy jest prawidłowy, nie zaobserwowano większych odchyśleń dotyczących nadawania i rozumienia mowy. Dzieci chętnie uczestniczyły w rozmowie, adekwatnie odpowiadały na pytania, ich odpowiedzi miały logiczny sens, więc rozumienie pytań odbywało się na odpowiednim poziomie. Aspekt artykulacji również wykazał, że dzieci nie miały widocznych wad wymowy, a sprawność narządu artykulacyjnego była prawidłowa. Korelacja między wcześniej przyjętymi założeniami została zachowana. Druga grupa dzieci to ta, w której wystąpiły zaburzenia słuchu fonemowego. Tutaj trudności były zauważalne u wszystkich dzieci, u których badanie testem wykazało zaburzenia słuchu fonemowego, współwystępowały także inne nieprawidłowości. Wydaje się istotne wymienienie, na czym trudności te polegały – przede wszystkim dzieci te miały wady wymowy. W zależności od indywidualnego dziecka, przekrój różnił się, u niektórych były to proste dyslalie, w wielu przypadkach dyslalie złożone, w tym różnego rodzaju sygmatyzy (najczęściej spotykana forma to sygmatyzm międzyzębowy lub przyzębowy). U wielu dzieci zauważono również nieprawidłowości w zakresie funkcjonowania narządu artykulacyjnego, przede wszystkim w zakresie budowy jednej ze składowych, na przykład współistniejące wady zgryzu (tyłozgryz, przodozgryz, protruzję zębów górnych), obniżone lub wzmożone napięcie mięśniowe w obrębie twarzy, nieprawidłową pozycję spoczynkową języka lub obniżoną ruchomość narządów mowy (podniebienia, warg, języka). W wielu przypadkach dzieci miały przerost trzeciego migdałka, co w konsekwencji powodowało także oddychanie nieprawidłowym torem oddechowym – przewyższało ustne, z masą języka pojawiającego się na dnie jamy ustnej. Wypowiadane głoski były zniekształcone, zdeformowane. W związku z anatomicznymi nieprawidłowościami, zauważono zwiększone trudności w różnicowaniu głosek opozycyjnych. U wielu dzieci występowały elizje, substytucje, trudności w zakresie segmentalnym i suprasegmenatalnym. Wielokrotnie były to kontaminacje, neologizmy, a także w postaci metatezy. Zazwyczaj dzieci były chętne do współpracy, tworzenia dialogu i naprzemienności, jednakże wypowiadane przez nich słowa lub frazy, w większości przypadków były niezrozumiałe dla odbiorcy. Według cech prozodycznych wypowiadane wyrazy można było wyodrębnić, aczkolwiek było to bardziej na zasadzie domysłów lub intuicji. Ze względu na złożoność wystę-



powania zaburzeń w obrębie nadawania mowy, trudności w obszarze rozumienia mowy także zostały zauważone. Wywnioskować to można było przede wszystkim po nieadekwatności wypowiedzianych słów (nawet po domysłach melodyjnych dziecka), zmniejszonym zasobie słownictwa, występowaniu w wielu przypadkach opóźnionego rozwoju mowy. Dziecko, które według periodyzacji miałoby posługiwać się swoistą mową, jest bowiem na etapie wyrazu. Trudności były także zauważane podczas tworzenia myślenia przyczynowo-skutkowego lub koordynacji wzrokowo-ruchowej, a także pamięci słuchowo-słownej. Zauważono występującą korelację między słuchem fonemowym a umiejętnościami komunikacyjnymi dziecka. Im niższe uzyskane wyniki sprawności dywersyfikacji głosek, tym większe trudności objawiały się podczas tworzenia prawidłowej komunikacji.

## PODSUMOWANIE

Przed przeprowadzeniem badań założono hipotetycznie, iż słuch fonemowy będzie współuczestniczył w korelacji z rozumieniem i nadawaniem mowy. W związku z tym, grupa dzieci, u których wystąpiłyby trudności w obszarze słuchu fonemowego, miałyby także problemy z umiejętnościami komunikacyjnymi. Założoną hipotezę można potwierdzić, badania wykazały bowiem, iż pierwsza grupa dzieci, która nie ma trudności w zakresie sprawności komunikacyjnych, nie wykazuje ich także w obrębie słuchu fonemowego. Natomiast u drugiej grupy, u której widoczne są nieprawidłowości dywersyfikacji głoskowej, zauważa się także wpływ na inne aspekty życia społecznego oraz sprawności językowych i komunikacyjnych. Występuje korelacja pomiędzy rozróżnianiem fonemów, a innymi zaburzeniami, które są niezbędne podczas tworzenia dialogu, a także wyrażaniu swoich emocji oraz opinii. Ważny wniosek, który wynika z badań, jest taki, iż powinno się stymulować i usprawniać percepcję słuchową oraz umiejętność różnicowania głosek, która jest niezbędna do dalszej nauki dziecka, między innymi do analizy i syntezy wyrazowej, istotnej podczas umiejętności czytania i pisanie, wydaje się bowiem, iż w pracy terapeutycznej słuch fonemowy nie jest priorytetowy w wielu przypadkach.

## BIBLIOGRAFIA

1. Barton-Hulsey A., Sevcik R.A., Ronski M.A., *The Relationship between Speech, Language, and Phonological Awareness in Preschool – Age Children with Developmental Disabilities*, "American Journal of Speech-Language Pathology" 2018, Vol. 27(2), s. 616-632.
2. Cieszyńska-Rożek J., *Neurobiologiczne podstawy rozwoju poznawczego. Słuch*, Centrum Metody Krakowskiej®, Kraków 2018.
3. Filippovna L. N., *Fonematičeskijj slukh – osnova rechi rebenka* „Filologičeskoe obrazovanie v period detstva”, Wydawnictwo Uralskijj Gosudarstvennyj Pedagogičeskijj Universitet, Jekaterinburg 2018, s. 15-17.
4. Grejj K., Fergjusun D., Bekhan C., Danbar K., Dann D., Mitchell D., *Lingvo-fonetičeskijj podkhode k razvitiju čtenija u detejj*, "MIROVOJJ OPYT" 2010, No. 6, s. 71-72.
5. Gruba J., *KOSF – Karta Oceny Słuchu Fonemowego*, Komlogo, Gliwice 2016.
6. Gruba J., *Ocena słuchu fonemowego u dzieci w wieku przedszkolnym*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2012.
7. Kamińska B., Siebert B., *Podstawy rozwoju mowy u dzieci* [w:] *Forum Medycyny Rodzinnej*, tom 6, nr 5, red. J. Siebert, Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk 2012.
8. Kątska E., *Prawidłowe funkcjonowanie narządu słuchu jako podstawa rozwoju mowy dziecka* „Forum Logopedyczne” 2017, nr 25, s. 69-70.

9. Kucharska B., *Kształtowanie kompetencji fonologicznych dziecka w edukacji polonistycznej w okresie wczesnoszkolnym*, „Edukacja Elementarna w Teorii i Praktyce” 2012, nr 23/1, s. 55-61.
10. Kurkowski Z.M., *Słuch a mowa w aspekcie rozwojowym w normie i patologii* [w:] *Kosmos – problemy nauk biologicznych*, tom 47, nr 3, red. K.J. Skwarło-Sońta, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń 1998.
11. Kurowska M., *Interpretacja wyników badania kinestezji artykulacyjnej a diagnoza logopedyczna*, „Studia Pragmalingwistyczne” 2018, Rok X, s. 171-172.
12. Nikolaevna D. I., *Tekhnologija korrekcionnoj raboty po formirovaniju u doshkolnikov s patologiej rechi fonematičeskogo slukha*, „Nauchno-metodičeskij ehlektronnyj zhurnal Koncept” 2019, No. 3, ART 196023, s. 1-3.
13. Pluta-Wojciechowska D., *Opis zaburzeń mowy jako pierwszy etap postępowania logopedycznego*, „Logopedia Silesiana” 2012, tom 1, s. 31-46
14. Porayski-Pomsta J., *O rozwoju mowy dziecka dwa studia*, Dom Wydawniczy Elipsa, Warszawa 2015.
15. Sobańska J., Studzińska-Grzegorzczak J., *Słuch fonemowy uczniów I klasy integracyjnej rozpoczynających naukę czytania i pisanie*, „Nowa Audiofonologia” 2019, tom 8, nr 3, s. 49-57.
16. Styczek I., *Badanie i kształtowanie słuchu fonematycznego*, Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1982.
17. Szpilman M., Morawski K., Lewandowska I., Jerzak K., Sosnowska-Wieczorek I., *Ocena słuchu fonemowego u dzieci jedno- i dwujęzycznych w wieku przedszkolnym*, „Otolaryngologia” 2016, tom 15, nr 3, s. 125.
18. Walińska B., *Słuch fonematyczny jako kompetencja warunkująca odbiór i rozumienie mowy*, „Logopedia” 2008, tom 1(6), s. 32-33.

## Notka o autorze

**mgr Kamila Urbaniak** – logopeda ogólny i kliniczny, Instruktor Masażu Shantali Special Care, terapeuta miofunkcjonalny. Absolwentka Wydziału Polonistyki Uniwersytetu Warszawskiego we współpracy z I Wydziałem Lekarskim Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Obecnie w trakcie studiów Neurologopedii i Wczesnego Wspomagania Rozwoju Dziecka na Uczelni Łazarskiego. Autorka monografii „Funkcjonowanie dzieci ze spektrum autyzmu w przedszkolu” oraz artykułów naukowych z dziedziny logopedii. Uczestniczka wielu kursów oraz szkoleń. Jest Trenerem Umiejętności Społecznych, Terapeutą – Providerem Indywidualnej Stymulacji Słuchu metodą Johansena JIAS oraz Terapeutą Ręki. Ma uprawnienia do używania wielu narzędzi niezbędnych w pracy terapeutycznej logopedy – Kart Oceny Logopedycznej Dziecka, Kart Oceny Słuchu Fonemowego, Kart Oceny Rozwoju Psychoruchowego, Kart Oceny Gotowości Szkolnej oraz Kart Oceny Zachowania i Emocji, a także Profilu Psychoedukacyjnego w diagnozie funkcjonalnej dzieci ze spektrum autyzmu PEP-3-PL. Prowadzi diagnozę i terapię dzieci z różnorodnymi dysfunkcjami neurorozwojowymi – ze spektrum autyzmu, z zespołem Aspergera, z zespołem Downa, afazją dziecięcą, mózgowym porażeniem dziecięcym, a także z dziećmi z zaburzeniami oralno – motorycznymi oraz sensorycznymi, wykorzystując metody MNRI® według dr Svetlany Masgutovej, jak również kinesiologia i strategię AWI® dr Lypako. Usprawnia porozumiewanie się dzieci z trudnościami, wykorzystując metody komunikacji alternatywnej i wspomagającej AAC – Makaton i PECS.

Joanna Gruba

pedagog, logopeda

joanna.gruba@komlogo.pl

## Próba weryfikacji uczelni kształcących logopedów – analiza danych

### STRESZCZENIE

Artykuł jest fragmentem opracowanego *Raportu o stanie kształcenia logopedów*<sup>1</sup>. Przedstawiono w nim dane zawarte w I etapie *Raportu*, który związany jest z weryfikacją uczelni prowadzących kształcenie logopedów na poziomie licencjackim, magisterskim i podyplomowym. Ponieważ w polskim systemie szkolnictwa wyższego brakuje ujednoliconych baz, na przykład internetowych, wskazujących, które uczelnie prowadzą studia na kierunku logopedia, dokonano weryfikacji uczelni kształcących studentów do wykonywania zawodu logopedy.

### WSTĘP

O początkach zainteresowań związanych z zaburzeniami mowy w Polsce można zacząć mówić od 1892 roku, kiedy to Władysław Ołtuszewski, polski lekarz laryngolog, logopeda i foniatra, założył Zakład Lecznicy dla osób dotkniętych „zboczeniami mowy”<sup>2</sup>. Systematyczne kształcenie logopedów rozpoczęło się w naszym kraju w 1970 roku, z chwilą otwarcia pierwszych podyplomowych studiów logopedycznych w Lublinie.

Przez 50 lat kształcenia logopedów w Polsce nie ujednolicono systemu kształcenia logopedów (pierwsze standardy kształcenia logopedów zostały opracowane w 2019 roku<sup>3</sup>). Ponadto nie prowadzi się statystyk związanych z zatrudnianiem i zapotrzebowaniem na rynku osób posiadających wykształcenie logopedyczne, brakuje jednolitego spisu specjalistów w tej dziedzinie, podobnie jak wykazu szkół wyższych, w których kształci się logopedów.

W ostatnich latach liczne publiczne i niepubliczne szkoły wyższe, chcąc uatrakcyjnić ofertę swoich uczelni, uruchamiły studia logopedyczne. Natomiast z powodu braku bazy szkół wyższych kształcących logopedów postanowiono zebrać informacje, w których uczelniach prowadzone są studia logopedyczne. Dodatkowo uzyskano informacje dotyczące liczby godzin i praktyk na poszczególnych studiach logopedycznych oraz roku założenia studiów i liczby absolwentów. Informacje o szkołach wyższych kształcących logopedów

1 Raport o stanie kształcenia logopedów zostanie w całości opublikowany w styczniu 2021 roku na stronach internetowych [www.sciencewatch.pl](http://www.sciencewatch.pl) oraz [www.komlogo.pl](http://www.komlogo.pl).

2 [https://pl.wikipedia.org/wiki/W%C5%82adys%C5%82aw\\_O%C5%82tuszewski](https://pl.wikipedia.org/wiki/W%C5%82adys%C5%82aw_O%C5%82tuszewski) [dostęp: 20.12.2020].

3 <https://www.gov.pl/web/nauka/informacja-w-sprawie-standardow-ksztalcenia-przygotowujacego-do-wykonywania-zawodow> [dostęp: 20.12.2020].

uzyskano z dwóch źródeł: danych otrzymanych z Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego (obecnie Ministerstwo Edukacji i Nauki) oraz danych otrzymanych od rektorów szkół wyższych.

## 1. UCZELNIE KSZTAŁCĄCE LOGOPEDÓW – DANE Z MINISTERSTWA NAUKI I SZKOLNICTWA WYŻSZEGO I MINISTERSTWA ZDROWIA

Chcąc ustalić, które szkoły wyższe prowadzą studia logopedyczne, zwrócono się w trybie dostępu do informacji publicznej do Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego oraz do Ministerstwa Zdrowia z prośbą o udostępnienie wykazu uczelni kształcących logopedów na studiach licencjackich, magisterskich i podyplomowych. Odpowiedź z obu Ministerstw obejmowała dane z systemu RADon<sup>4</sup>.

Zgodnie z otrzymanymi danymi, uczelnie, które prowadzą studia logopedyczne na poziomie licencjackim przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Uczelnie kształcące logopedów na poziomie licencjackim zgodnie z systemem RADon.

| Lp. | Instytucja/jednostka                                               | Nazwa kierunku                      | Profil kształcenia          |
|-----|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
| 1.  | Uniwersytet Opolski                                                | Filologia z logopedią nauczycielską | Ogólnoakademicki            |
| 2.  | Uniwersytet Gdański                                                | Logopedia                           | Praktyczny                  |
| 3.  | Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy                      | Logopedia                           | Ogólnoakademicki            |
| 4.  | Uniwersytet Medyczny w Białymstoku                                 | Logopedia z fonoaudiologią          | Praktyczny                  |
| 5.  | Warszawski Uniwersytet Medyczny                                    | Logopedia ogólna i kliniczna        | Ogólnoakademicki            |
| 6.  | Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu                           | Logopedia                           | Ogólnoakademicki            |
| 7.  | Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie | Logopedia                           | Ogólnoakademicki            |
| 8.  | Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie                         | Logopedia                           | Ogólnoakademicki            |
| 9.  | Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach                         | Logopedia ogólna                    | Ogólnoakademicki            |
| 10. | Uniwersytet Warszawski                                             | Logopedia ogólna i kliniczna        | Ogólnoakademicki            |
| 11. | Uniwersytet Łódzki                                                 | Logopedia z audiologią              | Praktyczny Ogólnoakademicki |
| 12. | Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie                    | Logopedia z audiologią              | Praktyczny                  |
| 13. | Uniwersytet Przyrodniczo-Humanistyczny w Siedlcach                 | Logopedia z audiologią              | Praktyczny                  |

<sup>4</sup> <https://radon.nauka.gov.pl/dane/studia-prowadzone-na-okreslonym-kierunku?levels=2&pageNumber=1&name=Logopedia&pageSize=30&fieldName=name&sortOrder=ASC> [dostęp: 14.01.2020].

|     |                     |                                            |                  |
|-----|---------------------|--------------------------------------------|------------------|
| 14. | Uniwersytet Opolski | Logopedia z językiem polskim jako obcym    | Ogólnoakademicki |
| 15. | Uniwersytet Opolski | Logopedia z językiem polskim nauczycielska | Ogólnoakademicki |

Jak wynika z danych otrzymanych z Ministerstw oraz danych zawartych w systemie RADon, w Polsce 15 uczelni publicznych prowadzi kształcenie na kierunku logopedia na pierwszym poziomie kształcenia, w tym 5 uczelni na profilu praktycznym i 11 uczelni na profilu ogólnoakademickim. Na Uniwersytecie Łódzkim prowadzone są studia logopedyczne na profilu ogólnoakademickim i praktycznym.

W tabeli 2 przedstawiono jednostki kształcące logopedów na poziomie magisterskim zgodnie z systemem RADon<sup>5</sup>.

Tabela 2. Uczelnie kształcące logopedów na poziomie magisterskim zgodnie z systemem RADon.

| Lp. | Instytucja/jednostka                                               | Nazwa kierunku               | Profil kształcenia |
|-----|--------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------|
| 1.  | Warszawski Uniwersytet Medyczny                                    | Logopedia ogólna i kliniczna | Ogólnoakademicki   |
| 2.  | Uniwersytet Medyczny w Białymstoku                                 | Logopedia z fonoaudiologią   | Praktyczny         |
| 3.  | Uniwersytet Gdański                                                | Logopedia                    | Praktyczny         |
| 4.  | Uniwersytet Łódzki                                                 | Logopedia                    | Ogólnoakademicki   |
| 5.  | Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie | Logopedia                    | Ogólnoakademicki   |
| 6.  | Uniwersytet Warszawski                                             | Logopedia ogólna i kliniczna | Ogólnoakademicki   |
| 7.  | Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie                    | Logopedia z audiologią       | Praktyczny         |
| 8.  | Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie                         | Logopedia                    | Ogólnoakademicki   |

Jak wynika z danych otrzymanych z Ministerstw oraz danych zawartych w systemie RADon, w Polsce 8 uczelni publicznych prowadzi kształcenie na kierunku logopedia na drugim poziomie kształcenia, w tym 3 uczelnie na profilu praktycznym i 5 uczelni na profilu ogólnoakademickim.

Uprawnienia do wykonywania zawodu logopedy można uzyskać kończąc studia podyplomowe. Niestety w Polsce nie istnieje ogólnodostępna baza weryfikująca, które uczelnie kształcą logopedów na studiach podyplomowych. W internecie brakuje również danych dotyczących kształcenia w trybie niestacjonarnym.

<sup>5</sup> <https://radon.nauka.gov.pl/dane/studia-prowadzone-na-okreslonym-kierunku?levels=2&pageNumber=1&name=Logopedia&pageSize=30&fieldName=name&sortOrder=ASC> [dostęp: 14.01.2020].



## 2. UCZELNIE KSZTAŁCĄCE LOGOPEDÓW – DANE OD REKTORÓW

Ustalając, które uczelnie kształcą logopedów, zwrócono się z prośbą o informację do rektorów publicznych i niepublicznych szkół wyższych. Za pomocą poczty elektronicznej wysłano zapytanie w trybie dostępu do informacji publicznej do 356 uczelni w Polsce, w tym 123 uczelni publicznych (34,55%) i 233 uczelni niepublicznych (65,45%).

Pytania dotyczyły:

- roku założenia studiów logopedycznych: licencjackich, magisterskich i podyplomowych,
- liczby absolwentów w roku akademickim 2018/2019,
- liczby godzin studiów (bez praktyk),
- liczby godzin praktyk.

Na pisma wysłane do 356 uczelni odpowiedzi udzieliło 159 uczelni (44,66%), w tym 85 uczelni publicznych (23,88%) i 74 uczelnie niepubliczne (20,79%). Aż 197 uczelni (55,34%) nie odpowiedziało na pismo, w tym 38 uczelni publicznych (10,67%) i 159 uczelni niepublicznych (44,66%). W tabeli 3 przedstawiono liczbę uczelni, które odpowiedziały na pismo oraz tych, które odpowiedzi nie udzieliły, z podziałem na uczelnie publiczne i niepubliczne.

Tabela 3. Liczba uczelni, które odpowiedziały na pytania w I etapie zbierania danych.

| Odpowiedzi               | Szkoly publiczne |       | Szkoly niepubliczne |       | Ogółem |        |
|--------------------------|------------------|-------|---------------------|-------|--------|--------|
|                          | liczba           | %     | liczba              | %     | liczba | %      |
| Udzielili odpowiedzi     | 85               | 23,88 | 74                  | 20,79 | 159    | 44,66  |
| Nie udzielili odpowiedzi | 38               | 10,67 | 159                 | 44,66 | 197    | 55,34  |
| Razem                    | 123              | 34,55 | 233                 | 65,45 | 356    | 100,00 |

Z informacji uzyskanych od rektorów wynika, że studia logopedyczne prowadzone są w 39 uczelniach, w tym w 17 uczelniach na poziomie licencjackim, w 16 uczelniach na poziomie magisterskim i w 29 uczelniach na poziomie podyplomowym.

Poniżej przedstawiono wykaz uczelni prowadzących studia logopedyczne na różnych poziomach kształcenia: licencjackim, magisterskim i podyplomowym. Dodatkowo w tabelach podano informacje dotyczące roku założenia studiów oraz wykazu godzin studiów i godzin praktyk.

### 2.1. STUDIA LICENCJACKIE

Jak wynika z odpowiedzi otrzymanych od rektorów – studia licencjackie kształcące logopedów prowadzone są aż w publicznych 17 uczelniach w Polsce. Należy zaznaczyć, że na Uniwersytecie Adama Mickiewicza w Poznaniu prowadzone są studia I stopnia kształcące logopedów na dwóch wydziałach: Wydziale Filologii Polskiej i Klasycznej oraz Wydziale Studiów Edukacyjnych (stąd całkowita liczba uczelni w tabeli wynosi 18).

Żadna uczelnia niepubliczna nie zgłosiła prowadzenia studiów licencjackich kształcących logopedów.

Porównanie odpowiedzi rektorów z danymi otrzymanymi z Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego oraz z danymi z systemu RADon<sup>6</sup> nasuwa interesujące spostrzeżenie. Okazuje się, że Ministerstwo dysponuje nazwami 15 uczelni kształcących logopedów na poziomie licencjackim, a sami rektorzy podali aż 22 takie uczelnie. Z tego wynika, że jest aż 7 uczelni, które nie figurują w wykazie na stronie [www.radon.nauka.gov.pl](http://www.radon.nauka.gov.pl), a kształcą one logopedów na poziomie licencjackim. Są to uczelnie zaznaczone w tabeli 4 kolorem szarym.

Ponadto z porównania danych zamieszczonych w systemie RADon z informacjami uzyskanymi od rektorów wynika, że odpowiedzi nie przysłały następujące uczelnie kształcące logopedów na kierunkach logopedycznych:

- Uniwersytet Opolski – Filologia z logopedią nauczycielską,
- Uniwersytet Opolski – Logopedia z językiem polskim jako obcym,
- Uniwersytet Opolski – Logopedia z językiem polskim nauczycielska,
- Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu – Logopedia.

W tabeli 4 przedstawiono zgłoszone przez rektorów uczelnie kształcące logopedów na poziomie licencjackim i informacje dotyczące: roku założenia studiów, liczby absolwentów w roku akademickim 2018/2019 oraz liczby godzin teoretycznych i praktycznych.

*Tabela 4.* Uczelnie kształcące logopedów na studiach licencjackich według danych uzyskanych od rektorów uczelni.

| Lp. | Nazwa i status uczelni<br>(wszystkie uczelnie publiczne)                         | Nazwa studiów<br>i rok założenia                                                                  | Liczba abs.<br>w roku akad.<br>2018/2019 | Liczba godzin studiów<br>(bez praktyk)<br>i liczba godzin praktyk |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| 1.  | Uniwersytet Gdański                                                              | Logopedia<br>rok założenia: 2006                                                                  | 42                                       | liczba godzin studiów: 2110;<br>liczba godzin praktyk: 240        |
| 2.  | Uniwersytet im. Marii-Curie-Skłodowskiej<br>w Lublinie<br>Uczelnia publiczna     | Logopedia z audiologią<br>rok założenia: 2007                                                     | 56                                       | liczba godzin studiów: 2700;<br>liczba godzin praktyk: 720        |
| 3.  | Uniwersytet Medyczny<br>w Białymstoku<br>Uczelnia publiczna                      | Logopedia z fonoaudiologią<br>rok założenia: 2009                                                 | 33                                       | liczba godzin studiów: 2254<br>liczba godzin praktyk: 960         |
| 4.  | Warszawski Uniwersytet<br>Medyczny<br>Uczelnia publiczna                         | Logopedia ogólna i kliniczna<br>rok założenia: 2011                                               | 29                                       | liczba godzin studiów: 1840;<br>liczba godzin praktyk: 225        |
| 5.  | Uniwersytet Warszawski<br>Uczelnia publiczna                                     | Logopedia ogólna i kliniczna<br>rok założenia: 2011                                               | 45                                       | liczba godzin studiów: 2033;<br>liczba godzin praktyk: 240        |
| 6.  | Uniwersytet Łódzki<br>Uczelnia publiczna                                         | Logopedia z audiologią<br>rok założenia: 2012                                                     | 51                                       | liczba godzin studiów: 1715;<br>liczba godzin praktyk: 390        |
| 7.  | Uniwersytet Przyrodniczo-<br>-Humanistyczny<br>w Siedlcach<br>Uczelnia publiczna | Filologia polska,<br>Specjalność/specjalizacja język<br>polski z logopedią<br>rok założenia: 2012 | 6                                        | liczba godzin studiów: 2040;<br>liczba godzin praktyk: 210        |

<sup>6</sup> <https://radon.nauka.gov.pl/dane/studia-prowadzone-na-okreslonym-kierunku?levels=2&pageNumber=1&name=Logopedia&pageSize=30&fieldName=name&sortOrder=ASC> [dostęp: 14.01.2020].

|                          |                                                                                                              |                                                                                                               |     |                                                                                    |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------|
| 8.                       | Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy<br>Uczelnia publiczna                                          | Logopedia<br>rok założenia: 2013                                                                              | 40  | liczba godzin studiów: 2160;<br>liczba godzin praktyk: 150                         |
| 9.                       | Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie<br>Uczelnia publiczna                                             | Logopedia<br>rok założenia: 2014                                                                              | 45  | liczba godzin studiów: 2347;<br>liczba godzin praktyk: 160                         |
| 10.                      | Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie<br>Uczelnia publiczna                     | Logopedia<br>rok założenia: 2016                                                                              | 64  | liczba godzin studiów: 1483;<br>liczba godzin praktyk: 150                         |
| 11.                      | Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach<br>Uczelnia publiczna                                             | Logopedia ogólna<br>rok założenia: 2019                                                                       | 0   | liczba godzin studiów: 2446 (stac.); 1867 (niestac.);<br>liczba godzin praktyk: 90 |
| 12.                      | Uniwersytet Szczeciński<br>Uczelnia publiczna                                                                | Pedagogika specjalna ze specjalnością Logopedia szkolna i pedagogika wczesnej edukacji<br>rok założenia: 2012 | 34  | liczba godzin studiów: 1844;<br>liczba godzin praktyk: 270                         |
| 13.                      | Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu – Wydział Filologii Polskiej i Klasycznej<br>Uczelnia publiczna | Filologia polska specjalność logopedyczna<br>rok założenia: 2013                                              | 10  | liczba godzin studiów: 1995;<br>liczba godzin praktyk: 80                          |
| 14.                      | Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nowym Sączu<br>Uczelnia publiczna                                         | Pedagogika, specjalność Logopedia i terapia pedagogiczna<br>rok założenia: 2014                               | 17  | liczba godzin studiów: 2165<br>liczba godzin praktyk: 480                          |
| 15.                      | Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu – Wydział Studiów Edukacyjnych<br>Uczelnia publiczna            | Pedagogika specjalna specjalność logopedia - profilaktyka i terapia<br>rok założenia: 2015                    | 50  | liczba godzin studiów: 2266;<br>liczba godzin praktyk: 150                         |
| 16.                      | Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Elblągu<br>Uczelnia publiczna                                             | Pedagogika w zakresie logopedii<br>rok założenia: 2015                                                        | 18  | liczba godzin studiów: 2100;<br>liczba godzin praktyk: 270                         |
| 17.                      | Mazowiecka Uczelnia Publiczna w Płocku<br>Uczelnia publiczna                                                 | Pedagogika specjalna, specjalność Logopedia ogólna<br>rok założenia: 2018                                     | 0   | liczba godzin studiów: 1890;<br>liczba godzin praktyk: 360                         |
| 18.                      | Uniwersytet Śląski w Katowicach<br>Uczelnia publiczna                                                        | Logopedia<br>rok założenia: 2019                                                                              | 0   | liczba godzin studiów: 1785;<br>liczba godzin praktyk: 180                         |
| Liczba absolwentów razem |                                                                                                              |                                                                                                               | 371 |                                                                                    |

**Rok założenia.** Jak wynika z danych otrzymanych od rektorów, pierwsze studia logopedyczne kształcące logopedów na poziomie licencjackim powstały w 2006 roku na Uniwersytecie Gdańskim.

Z podanych informacji wynika, że w ostatnich latach nastąpił znaczny wzrost liczby uczelni kształcących logopedów na poziomie licencjackim. Od 2014 do 2019 roku aż 8 uczelni (44,44%) otworzyło specjalność logopedyczną.

**Liczba godzin studiów.** Analizując przesłane przez rektorów dane, można zauważyć, że w uczelniach różnie kształtują się liczby zarówno godzin studiów, jak i godzin praktyk. Największą liczbę godzin studiów odnotowano na Uniwersytecie im. Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie na studiach *Logopedia z audiologią* – 2700 godzin. Prawie o połowę mniej godzin zanotowano na studiach licencjackich na Uniwersytecie Pedagogicznym im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie – 1483 godzin.

**Liczba godzin praktyk.** Różnie przedstawia się również liczba godzin praktyk prowadzonych w uczelniach. Największą liczbę praktyk odnotowano na Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku – 960 godzin, oraz na Uniwersytecie im. Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie – 720 godzin. Najmniej praktyk mają studenci studiujący na Uniwersytecie im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, na Wydziale Filologii Polskiej i Klasycznej – 80 godzin, oraz Uniwersytecie Jana Kochanowskiego w Kielcach – 90 godzin. W pozostałych uczelniach rektorzy zgłosili na poziomie studiów licencjackich od 150 do 480 godzin praktyk.

Jak wynika z odpowiedzi uzyskanych od rektora, na dwóch wydziałach Uniwersytetu Adama Mickiewicza w Poznaniu – Wydziale Filologii Polskiej i Klasycznej oraz Wydziale Studiów Edukacyjnych, pomimo kształcenia w obrębie jednej uczelni, studenci logopedii mają różną liczbę godzin teoretycznych i praktycznych.

Warto zwrócić uwagę, że na Uniwersytecie Jana Kochanowskiego w Kielcach kształcenie logopedów odbywa się zarówno w systemie stacjonarnym, jak i niestacjonarnym. Jest to jedyny uniwersytet kształcący logopedów na poziomie licencjackim w systemie niestacjonarnym w Polsce.

**Liczba absolwentów.** Według danych uzyskanych od rektorów w roku akademickim 2018/2019 logopedyczne studia licencjackie na wszystkich uczelniach w Polsce ukończyło 371 osób.

## 2.2. STUDIA MAGISTERSKIE

Jak wynika z odpowiedzi otrzymanych od rektorów, studia magisterskie kształcące logopedów prowadzone są w 16 uczelniach w Polsce – w 14 uczelniach publicznych i 2 niepublicznych. Na Uniwersytecie Adama Mickiewicza w Poznaniu prowadzone są studia II stopnia, kształcące logopedów na dwóch wydziałach: Wydziale Filologii Polskiej i Klasycznej oraz Wydziale Studiów Edukacyjnych (stąd całkowita liczba uczelni w tabeli wynosi 17).

Porównując odpowiedzi rektorów z wykazem uczelni kształcących logopedów zamieszczonym w bazie RADon<sup>7</sup>, okazuje się, że w bazie zamieszczonych jest jedynie 8 jednostek kształcących logopedów na poziomie magisterskim. Natomiast rektorzy aż 9 uczelni wskazali, że w ich jednostkach występuje kształcenie logopedów na poziomie licencjackim, a uczelnie te nie figurują w wykazie<sup>8</sup> na stronie [www.radon.nauka.gov.pl](http://www.radon.nauka.gov.pl). Są to uczelnie zaznaczone w tabeli 5 kolorem szarym.

W tabeli 5 zamieszczono zgłoszone przez rektorów uczelnie kształcące logopedów na poziomie magisterskim i informacje dotyczące: roku założenia studiów, liczby absolwentów w roku akademickim 2018/2019 oraz liczby godzin teoretycznych i praktycznych.

7 <https://radon.nauka.gov.pl/dane/studia-prowadzone-na-okreslonym-kierunku?levels=2&pageNumber=1&name=Logopedia&pageSize=30&fieldName=name&sortOrder=ASC> [dostęp: 14.01.2020].

Tabela 5. Uczelnie kształcące logopedów na studiach magisterskich według danych uzyskanych od rektorów uczelni.

| Lp. | Nazwa i status uczelni                                                                                       | Nazwa studiów i rok założenia                                                               | Liczba abs. w roku akad. 2018/2019 | Liczba godzin studiów (bez praktyk) i liczba godzin praktyk               |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| 1.  | Uniwersytet Gdański<br>Uczelnia publiczna                                                                    | Logopedia<br>rok założenia: 2006                                                            | 66                                 | liczba godzin studiów: 925;<br>liczba godzin praktyk: 210                 |
| 2.  | Uniwersytet im. Marii-Curie-Skłodowskiej w Lublinie<br>Uczelnia publiczna                                    | Logopedia z audiologią<br>rok założenia: 2010                                               | 48                                 | liczba godzin studiów: 1170<br>liczba godzin praktyk: 315                 |
| 3.  | Uniwersytet Medyczny w Białymstoku<br>Uczelnia publiczna                                                     | Logopedia z fonoaudiologią<br>rok założenia: 2012                                           | 26                                 | liczba godzin studiów: 1148;<br>liczba godzin praktyk: 480                |
| 4.  | Uniwersytet Warszawski<br>Uczelnia publiczna                                                                 | Logopedia ogólna i kliniczna<br>rok założenia: 2014                                         | 37                                 | liczba godzin studiów: 1005;<br>liczba godzin praktyk: 120                |
| 5.  | Warszawski Uniwersytet Medyczny<br>Uczelnia publiczna                                                        | Logopedia ogólna i kliniczna<br>rok założenia: 2015                                         | 28                                 | liczba godzin studiów: 999;<br>liczba godzin praktyk: 120                 |
| 6.  | Uniwersytet Łódzki<br>Uczelnia publiczna                                                                     | Logopedia<br>rok założenia: 2015                                                            | 45                                 | liczba godzin studiów: 645;<br>liczba godzin praktyk: 30                  |
| 7.  | Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie<br>Uczelnia publiczna                     | Logopedia<br>rok założenia: 2016                                                            | 0                                  | liczba godzin studiów: brak danych;<br>liczba godzin praktyk: brak danych |
| 8.  | Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie<br>Uczelnia publiczna                                             | Logopedia<br>rok założenia: 2017                                                            | 17                                 | liczba godzin studiów: 1377;<br>liczba godzin praktyk: 160                |
| 9.  | Uniwersytet Przyrodniczo-Humanistyczny w Siedlcach<br>Uczelnia publiczna                                     | Filologia polska, Specjalność/specjalizacja język polski z logopedią<br>rok założenia: 2012 | 7                                  | liczba godzin studiów: 975;<br>liczba godzin praktyk: 180                 |
| 10. | Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy<br>Uczelnia publiczna                                          | Logopedia<br>rok założenia: 2012                                                            | 19                                 | liczba godzin studiów: 810;<br>liczba godzin praktyk: 0                   |
| 11. | Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu - Wydział Filologii Polskiej i Klasycznej<br>Uczelnia publiczna | Filologia polska specjalność logopedyczna<br>rok założenia: 2016                            | 5                                  | liczba godzin studiów: 810;<br>liczba godzin praktyk: 80                  |
| 12. | Uniwersytet Jagielloński w Krakowie<br>Uczelnia publiczna                                                    | Logopedia,<br>rok założenia: 2017                                                           | 25                                 | liczba godzin studiów: 1080<br>liczba godzin praktyk: 120                 |
| 13. | Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu – Wydział Studiów Edukacyjnych<br>Uczelnia publiczna            | Pedagogika specjalna specjalność logopedia kliniczna<br>rok założenia: 2018                 | 0                                  | liczba godzin studiów: 820;<br>liczba godzin praktyk: 200                 |

|                          |                                                                                      |                                                                                                        |     |                                                            |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------------------------------------------------------------|
| 14.                      | Wyższa Szkoła Pedagogiczna im. Janusza Korczaka w Warszawie<br>Uczelnia niepubliczna | Logopedia<br>rok założenia: 2018                                                                       | 0   | liczba godzin studiów: 628;<br>liczba godzin praktyk: 320  |
| 15.                      | Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego<br>Uczelnia niepubliczna        | Pedagogika przedszkolna i wczesnoszkolna z logopedią<br>(studia niestacjonarne)<br>rok założenia: 2018 | 21  | liczba godzin studiów: 1034;<br>liczba godzin praktyk: 496 |
| 16.                      | Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nowym Sączu<br>Uczelnia publiczna                 | Pedagogika,<br>grupa zajęć specjalizacyjnych z zakresu: logopedia<br>rok założenia: 2019               | 0   | liczba godzin studiów: 1835;<br>liczba godzin praktyk: 210 |
| 17.                      | Mazowiecka Uczelnia Publiczna w Płocku<br>Uczelnia publiczna                         | Pedagogika specjalna, specjalność logopedia<br>(jednolite studia magisterskie)<br>rok założenia: 2019  | 0   | liczba godzin studiów: 3900;<br>liczba godzin praktyk: 420 |
| Liczba absolwentów razem |                                                                                      |                                                                                                        | 344 |                                                            |

**Rok założenia.** Jak wynika z danych otrzymanych od rektorów, pierwsze studia logopedyczne kształcące logopedów na poziomie magisterskim powstały w 2006 roku na Uniwersytecie Gdańskim.

Z podanych informacji wynika, że w ostatnich latach nastąpił znaczny wzrost liczby uczelni kształcących logopedów na poziomie magisterskim. Od 2014 do 2019 roku aż 12 uczelni (70,59%) otworzyło specjalność logopedyczną.

**Liczba godzin studiów.** Analizując dane otrzymane od rektorów, można zauważyć, że w uczelniach różnie kształtują się liczby zarówno godzin studiów, jak i godzin praktyk. Największą liczbę godzin studiów odnotowano na studiach magisterskich w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej w Nowym Sączu – 1835 godzin.

Najmniejszą liczbę godzin studiów podali rektorzy Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu (kierunek – Filologia polska) oraz Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy po 810 godzin.

**Liczba godzin praktyk.** Największą liczbę godzin praktyk podał rektor Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego – 496 godzin. Według informacji z Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy, w uczelni tej nie prowadzi się praktyk na studiach magisterskich logopedycznych. W pozostałych uczelniach rektorzy zgłosili od 30 do 480 godzin praktyk na poziomie studiów magisterskich. Warto zwrócić uwagę na podaną przez rektora Mazowieckiej Uczelni Publicznej w Płocku liczbę 3900 godzin teoretycznych oraz 420 godzin praktyk. Tak duża liczba godzin wynika z faktu podania przez uczelnię liczby godzin na jednolitych studiach magisterskich z logopedii.

Z otrzymanych danych wynika, że jedyną uczelnią w Polsce kształcącą logopedów na poziomie magisterskim w systemie niestacjonarnym jest Krakowska Akademia im. A. Frycza Modrzewskiego.

**Liczba absolwentów.** Według danych uzyskanych od rektorów w roku akademickim 2018/2019 logopedyczne studia magisterskie na wszystkich uczelniach w Polsce ukończyły 344 osoby.



### 2.3. STUDIA PODYPLOMOWE

Jak wynika z odpowiedzi otrzymanych od rektorów, studia podyplomowe z zakresu logopedii prowadzone są w 30 uczelniach: 19 uczelniach publicznych i 11 uczelniach niepublicznych. W tabeli 6 przedstawiono uczelnie kształcące logopedów na poziomie podyplomowym i informacje dotyczące: roku założenia studiów, liczby absolwentów w roku akademickim 2018/2019 oraz liczby godzin teoretycznych i praktycznych.

*Tabela 6.* Uczelnie kształcące logopedów na studiach podyplomowych według danych uzyskanych od rektorów uczelni.

| Lp. | Nazwa i status uczelni                                                                            | Nazwa studiów i rok założenia                                                               | Liczba abs. w roku akad. 2018/2019 | Liczba godzin studiów (bez praktyk) i liczba godzin praktyk |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| 1.  | Uniwersytet im. Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie<br>Uczelnia publiczna                         | Podyplomowe Studia Logopedyczne, Neurologopedia, Surdologopedia<br>rok założenia: 1970      | 23                                 | liczba godzin studiów: 540<br>liczba godzin praktyk: 60     |
| 2.  | Uniwersytet Warszawski<br>Uczelnia publiczna                                                      | Logopedia szkolna i dydaktyka polonistyczna<br>rok założenia: 1973                          | 18                                 | liczba godzin studiów: 600<br>liczba godzin praktyk: 100    |
| 3.  | Uniwersytet Gdański<br>Uczelnia publiczna                                                         | Logopedia<br>rok założenia: 1979                                                            | 26                                 | liczba godzin studiów: 620<br>liczba godzin praktyk: 0      |
| 4.  | Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie<br>Uczelnia publiczna          | Logopedia<br>rok założenia: 1985                                                            | 40                                 | liczba godzin studiów: 512<br>liczba godzin praktyk: 120    |
| 5.  | Uniwersytet w Białymstoku<br>Uczelnia publiczna                                                   | Studia Podyplomowe Logopedyczne<br>rok założenia: 1990                                      | 38                                 | liczba godzin studiów: 526<br>liczba godzin praktyk: 80     |
| 6.  | Uniwersytet Śląski w Katowicach<br>Uczelnia publiczna                                             | Studia Podyplomowe Kwalifikacyjne Logopedii i Medialnej Emisji Głosu<br>rok założenia: 1993 | 48                                 | liczba godzin studiów: 612<br>liczba godzin praktyk: 70     |
| 7.  | Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu – Wydział Studiów Edukacyjnych<br>Uczelnia publiczna | Studia Podyplomowe Logopedia<br>rok założenia: 1993                                         | 40                                 | liczba godzin studiów: 625<br>liczba godzin praktyk: 120    |
| 8.  | Uniwersytet Wrocławski<br>Wydział Filologii Polskiej<br>Uczelnia publiczna                        | Kwalifikacyjne Studia Podyplomowe Logopedyczne<br>rok założenia: 1994                       | 48                                 | liczba godzin studiów: 460<br>liczba godzin praktyk: 220    |
| 9.  | Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie<br>Uczelnia publiczna                      | Podyplomowe Studium Logopedyczne<br>rok założenia: 2001                                     | 21                                 | liczba godzin studiów: 506<br>liczba godzin praktyk: 100    |

|     |                                                                                                           |                                                                                                      |    |                                                          |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------------------------------------------------------|
| 10. | Wyższa Szkoła Humanistyczna<br>Towarzystwa Wiedzy<br>Powszechnej<br>w Szczecinie<br>Uczelnia niepubliczna | Logopedia szkolna – terapia<br>dzieci z zaburzeniami<br>komunikacji językowej<br>rok założenia: 2002 | 12 | liczba godzin studiów: 290<br>liczba godzin praktyk: 60  |
| 11. | Uniwersytet Zielonogórski<br>Uczelnia publiczna                                                           | Logopedia ogólna<br>i kliniczna<br>rok założenia: 2004                                               | bd | liczba godzin studiów: 540<br>liczba godzin praktyk: 60  |
| 12. | Collegium Da Vinci<br>w Poznaniu<br>Uczelnia niepubliczna                                                 | Logopedia<br>rok założenia: 2006                                                                     | 59 | liczba godzin studiów: 610<br>liczba godzin praktyk: 180 |
| 13. | Akademia Ignatianum<br>w Krakowie<br>Uczelnia publiczna                                                   | Logopedia<br>rok założenia: 2007                                                                     | 26 | liczba godzin studiów: 730<br>liczba godzin praktyk: 180 |
| 14. | Państwowa Wyższa Szkoła<br>Zawodowa w Elblągu<br>Uczelnia publiczna                                       | Logopedia<br>rok założenia: 2010                                                                     | 0  | liczba godzin studiów: 500<br>liczba godzin praktyk: 150 |
| 15. | Uniwersytet Medyczny<br>im. Piastów Śląskich<br>Uczelnia publiczna                                        | Logopedia Kliniczna<br>rok założenia: 2010                                                           | 41 | liczba godzin studiów: 650<br>liczba godzin praktyk: 117 |
| 16. | Uniwersytet Łódzki<br>Uczelnia publiczna                                                                  | Logopedia medialna<br>z logopedią ogólną<br>rok założenia: 2010                                      | 25 | liczba godzin studiów: 510<br>liczba godzin praktyk: 120 |
| 17. | Akademia WSB (Dąbrowa<br>Górnicza, Cieszyn, Olkusz,<br>Kraków)<br>Uczelnia niepubliczna                   | Logopedia<br>rok założenia: 2011/2012                                                                | 58 | liczba godzin studiów: 600;<br>liczba godzin praktyk: 80 |
| 18. | Europejska Uczelnia Społeczno-<br>-Techniczna<br>w Radomiu<br>Uczelnia niepubliczna                       | Logopedia<br>rok założenia: 2012                                                                     | 7  | liczba godzin studiów: 600<br>liczba godzin praktyk: 150 |
| 19. | Wyższa Szkoła Biznesu<br>i Przedsiębiorczości<br>w Ostrowcu Świętokrzyskim<br>Uczelnia niepubliczna       | Logopedia<br>rok założenia: 2012                                                                     | 76 | liczba godzin studiów: 570<br>liczba godzin praktyk: 60  |
| 20. | Państwowa Wyższa Szkoła<br>Zawodowa w Głogowie<br>Uczelnia publiczna                                      | Logopedia<br>rok założenia: 2014                                                                     | 0  | liczba godzin studiów: 570<br>liczba godzin praktyk: 100 |
| 21. | Uniwersytet Przyrodniczo-<br>-Humanistyczny w Siedlcach<br>Uczelnia publiczna                             | Podyplomowe Studia<br>Logopedyczne<br>rok założenia: 2014                                            | 11 | liczba godzin studiów: 540<br>liczba godzin praktyk: 120 |
| 22. | Wyższa Szkoła Bankowa<br>w Toruniu<br>Uczelnia niepubliczna                                               | Logopedia<br>rok założenia: 2014                                                                     | 18 | liczba godzin studiów: 560<br>liczba godzin praktyk: 180 |
| 23. | Wyższa Szkoła Zarządzania<br>„Edukacja” we Wrocławiu<br>Uczelnia niepubliczna                             | Logopedia<br>rok założenia: 2016                                                                     | 20 | liczba godzin studiów: 450<br>liczba godzin praktyk: 160 |
| 24. | Wyższa Szkoła Bankowa<br>we Wrocławiu<br>Uczelnia niepubliczna                                            | Studia Podyplomowe<br>Logopedia<br>rok założenia: 2016                                               | 24 | liczba godzin studiów: 480<br>liczba godzin praktyk: 120 |

|                          |                                                                                               |                                                                              |     |                                                          |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-----|----------------------------------------------------------|
| 25.                      | Uniwersytet Humanistyczno-Przyrodniczy im. Jana Długosza w Częstochowie<br>Uczelnia publiczna | Podypłomowe Kwalifikacyjne Studia z Logopedii<br>rok założenia: 2017         | 9   | liczba godzin studiów: 620<br>liczba godzin praktyk: 150 |
| 26.                      | Szkoła Wyższa im. Pawła Włodkowica w Płocku<br>Uczelnia niepubliczna                          | Logopedia<br>rok założenia: 2017                                             | 61  | liczba godzin studiów: 625<br>liczba godzin praktyk: 120 |
| 27.                      | Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach<br>Uczelnia publiczna                              | Logopedia ogólna<br>rok założenia: 2019                                      | 33  | liczba godzin studiów: 541<br>liczba godzin praktyk: 180 |
| 28.                      | Akademia Techniczno-Humanistyczna w Bielsku-Białej<br>Uczelnia publiczna                      | Logopedia z komunikacją alternatywną<br>rok założenia: brak danych           | 19  | liczba godzin studiów: 580<br>liczba godzin praktyk: 80  |
| 29.                      | Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania w Rzeszowie<br>Uczelnia niepubliczna                  | Logopedia Szkolna i Przedszkolna z Logorytmiką<br>rok założenia: brak danych | 27  | liczba godzin studiów: 236<br>liczba godzin praktyk: 60  |
| 30.                      | Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego<br>Uczelnia niepubliczna                 | Logopedia<br>rok założenia: brak danych                                      | 27  | liczba godzin studiów: 587<br>liczba godzin praktyk: 120 |
| Liczba absolwentów razem |                                                                                               |                                                                              | 855 |                                                          |

**Rok założenia.** Jak wynika z danych otrzymanych od rektorów, pierwsze studia logopedyczne kształcące logopedów na poziomie podypłomowym powstały w 1970 roku na Uniwersytecie Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie. Kolejne studia podypłomowe zorganizowano na Uniwersytecie Warszawskim – w 1973 roku i Uniwersytecie Gdańskim – w 1979 roku.

W ciągu ostatnich 5 lat (od 2014 do 2019 roku) 8 uczelni (26,67%) otwarło podypłomowe studia logopedyczne. Jest to znacznie mniej niż w przypadku studiów licencjackich i magisterskich.

**Liczba godzin studiów.** Analizując liczbę godzin w poszczególnych uczelniach można zauważyć, że największa liczba godzin studiów jest w Akademii Ignatianum w Krakowie – 730 godzin. W Wyższej Szkole Informatyki i Zarządzania w Rzeszowie na studiach z Logopedii Szkolnej i Przedszkolnej z Logorytmiką prowadzonych jest zaledwie 236 godzin teoretycznych.

**Liczba godzin praktyk.** Zgodnie z uzyskanymi danymi największą liczbę godzin praktyk odnotowano na Wydziale Filologii Polskiej Uniwersytetu Wrocławskiego – 220 godzin.

Z informacji uzyskanych od rektorów wynika, że aż 4 szkoły wyższe: Wyższa Szkoła Humanistyczna Towarzystwa Wiedzy Powszechnej w Szczecinie, Uniwersytet Zielonogórski, Wyższa Szkoła Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim oraz Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania w Rzeszowie prowadzą tylko po 60 godzin praktyk. Natomiast Uniwersytet Gdański nie wykazał prowadzenia praktyk logopedycznych na studiach podypłomowych.

**Liczba absolwentów.** Według danych uzyskanych od rektorów w roku akademickim 2018/2019 logopedyczne studia podypłomowe na wszystkich uczelniach w Polsce ukończyło 855 osób.

## PODSUMOWANIE

Pierwszy etap zbierania danych do *Raportu* polegał na identyfikacji w Polsce uczelni kształcących logopedów na poziomie licencjackim, magisterskim i podypłomowym. W tym celu skierowano pismo do 356 rek-

torów uczelni publicznych i niepublicznych z pytaniami dotyczącymi prowadzenia studiów logopedycznych w zarządzanych przez nich placówkach. Odpowiedzi udzieliło 159 (44,66%) rektorów, w tym 39 rektorów uczelni, w których prowadzone są studia logopedyczne na różnych poziomach.

Porównanie danych otrzymanych od rektorów z danymi zawartymi w systemie RADon, w których uczelniach prowadzone są studia logopedyczne, wskazuje, że dane o uczelniach w Polsce są niepełne. Rektorzy wskazali o 15 uczelni prowadzących studia licencjackie i magisterskie więcej, niż jest uczelni zamieszczonych w bazie. Ponadto brak jest w Polsce bazy uczelni prowadzących logopedyczne studia podyplomowe.

Pierwszy kierunek kształcący logopedów na poziomie licencjackim i magisterskim został utworzony w 2006 r. na Uniwersytecie Gdańskim. Natomiast pierwsze logopedyczne studia podyplomowe powstały w 1970 r. na Uniwersytecie Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie.

W ostatnich 5 latach można zauważyć znaczny wzrost liczby uczelni kształcących logopedów. Studia na poziomie licencjackim powstały na kolejnych 8 uczelniach (44,44%), na poziomie magisterskim – na 12 uczelniach (70,59%). Natomiast procentowo mniej uczelni otworzyło podyplomowe studia logopedyczne, bo tylko 8 uczelni (26,67%).

Analizując dane otrzymane od rektorów, można zauważyć, że w uczelniach realizowana jest różna liczba godzin teoretycznych. Różnice w zakresie liczby godzin na studiach licencjackich w różnych uczelniach wynoszą ponad 1200 godzin, na studiach magisterskich – ponad 1000 godzin, a na studiach podyplomowych – ponad 490 godzin.

Inne są także liczby godzin praktyk na poszczególnych poziomach studiów w różnych uczelniach. Na studiach licencjackich różnice te dochodzą do 880, na studiach magisterskich wynoszą ponad 460, a na studiach podyplomowych – 160 godzin.

W niektórych uczelniach w ogóle nie ma praktyk studenckich, na przykład na Uniwersytecie Gdańskim (na studiach podyplomowych) i na Uniwersytecie Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy (na studiach magisterskich). Z otrzymanych od rektorów informacji wynika również, że w latach 2018-2019 na wszystkich uczelniach w Polsce kwalifikacje do wykonywania zawodu logopedy otrzymało 1570 osób.

## BIBLIOGRAFIA

1. [https://pl.wikipedia.org/wiki/W%C5%82adys%C5%82aw\\_O%C5%82tuszewski](https://pl.wikipedia.org/wiki/W%C5%82adys%C5%82aw_O%C5%82tuszewski) [dostęp: 20.12.2020].
2. <https://www.gov.pl/web/nauka/informacja-w-sprawie-standardow-ksztalcenia-przygotowujacego-do-wykonywania-zawodow> [dostęp: 20.12.2020].
3. <https://radon.nauka.gov.pl/dane/studia-prowadzone-na-okreslonym-kierunku?levels=2&pageNumber=1&name=Logopedia&pageSize=30&fieldName=name&sortOrder=ASC> [dostęp: 14.01.2020].

## Notka o autorce

**dr Joanna Gruba** – absolwentka pedagogiki na Wydziale Pedagogiki i Psychologii na Uniwersytecie Śląskim, logopedii i terapii pedagogicznej na Uniwersytecie Opolskim oraz informatyki szkolnej na Uniwersytecie Śląskim. Jest autorką i współautorką testów diagnostycznych, między innymi Kart Oceny Logopedycznej Dziecka KOLD oraz licznych książek naukowych i dydaktyczno-naukowych.



Zagadnienia  
PRAKTYCZNE



## Ewa Kaptur

logopeda, językoznawca, specjalista wczesnego wspomagania rozwoju dziecka,  
specjalista terapii funkcjonalnej MFS, nauczyciel emisji głosu  
ekaptur@amu.edu.pl

## Jolanta Sławek

neurologopeda, językoznawca, specjalista terapii funkcjonalnej MFS,  
provider Neuroflow, terapeuta AAC  
j\_slawek@amu.edu.pl

# Rozpad systemu językowego i funkcji poznawczych u dziecka z padaczką lekooporną. Studium przypadku

---

## STRESZCZENIE

Przedmiotem artykułu jest studium przypadku dziewczynki z padaczką lekooporną, u której wystąpiły całościowe zaburzenia rozwoju we wszystkich zakresach funkcjonowania. Nieprawidłowości dotyczą umiejętności komunikowania się, umiejętności społecznych, poznawczych, zachowań, zainteresowań i aktywności. Podjęte działania terapeutyczne miały charakter zachowawczy. Ich nadrzędnym celem było przypomnienie i utrwalenie funkcji, które ulegały rozpadowi po każdym ataku padaczki.

## 1. DEFINICJA I EPIDEMIOLOGIA PADACZKI

Padaczka (epilepsja) uznawana jest za jedną z najdawniej rozpoznanych chorób neurologicznych. Pojawia się w wyniku nadmiernego, nieprawidłowego pobudzenia komórek nerwowych półkul mózgu. Mają one charakter sporadycznych, nagłych, nadmiernych, gwałtownych i zlokalizowanych wyładowań istoty szarej<sup>1</sup>. „Napad padaczkowy jest przerywanym (intermitującym), nagłym, stereotypowym zaburzeniem świadomości, zachowania, emocji, czynności ruchowej, postrzegania lub czucia (które mogą być pojedyncze lub złożone). Obraz kliniczny jest następstwem wyładowań neuronów korowych. Padaczka jest stanem, w którym napady powtarzają się samoistnie”<sup>2</sup>. Uznaje się ją nie za schorzenie mózgowe, lecz za chorobę mózgu, dia-

---

1 E. Appleton, J. Gibbs, *Padaczka u dzieci i młodzieży*, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2000, s. 1; H. Pawłowska-Jaroń, *Padaczka w relacji rodzic – pacjent – terapeuta*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego, Kraków 2014, s. 28. Por. także: J. Jędrzejczak, *Padaczka – stare i nowe wyzwania*, „Postępy Nauk Medycznych” 2012, t. XXI, nr 1, s. 45-50; M. Kozłowska, *Standard postępowania logopedycznego w przypadku dzieci z padaczką* [w:] *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*, red. s. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2015, s. 347-362.

2 E. Appleton, J. Gibbs, dz. cyt., s. 1.

gnozowaną na podstawie przynajmniej dwóch nieprovokowanych napadów, występujących w odstępie mniejszym niż 24 godziny bądź też w wypadku jednego nieprovokowanego napadu przy prawdopodobieństwie wystąpienia napadów w czasie kolejnych 10 lat<sup>3</sup>.

Dane liczbowe wskazują, że padaczka jest obecnie jedną z najczęściej występujących chorób neurologicznych. Wskaźnik rozpowszechnienia padaczki wynosi około 1000 na 100 tysięcy, należy więc przyjąć, że w Polsce choruje na padaczkę około 1% populacji, czyli około 400 tysięcy osób. Wskaźnik zachorowalności waha się zależnie od wieku i uważa się, że wynosi średnio 60 na 100 tysięcy. U osób po 65. r.ż. jest największy i wynosi 2-3%<sup>4</sup>.

## 2. RODZAJE NAPADÓW PADACZKOWYCH

Wśród napadów padaczkowych wyróżnia się napady pierwotnie uogólnione, czyli nagłe wyładowania padaczkowe komórek nerwowych występują jednocześnie w obu półkulach mózgu bez uchwytne ogniskowego początku wyładowania w jednej z półkul mózgu. Ten rodzaj napadów może występować w dwóch postaciach:

- od początku uogólnione drgawki, niekiedy z przygryzieniem języka czy błony śluzowej policzka i (lub) oddaniem mimowolnym moczu (napadowi, który zwykle trwa 1-3 minuty, zawsze towarzyszy wyłączenie świadomości);
- tylko wyłączenie świadomości na kilka czy kilkanaście sekund.

Do drugiej grupy napadów padaczkowych należą tzw. napady częściowe, które charakteryzuje ogniskowy początek – każdy z tych napadów rozpoczyna się w określonej grupie komórek nerwowych tworzących tzw. ognisko padaczkowe. Lokalizacja tego ogniska decyduje o postaci klinicznej napadu.

Wyróżnia się dwa rodzaje napadów częściowych:

4. Częściowe proste – świadomość chorego jest zachowana.
5. Częściowe złożone – świadomość chorego jest zaburzona. Stopień zaburzenia świadomości może być różny zależnie od rozległości wyładowań padaczkowych.

Napad częściowy (ogniskowy) często poprzedzony jest aurą (nie ma tego zjawiska w napadach pierwotnie uogólnionych). Jeżeli wyładowania padaczkowe promieniują na cały mózg, to może dojść do wtórnie uogólnionego napadu, przebiegającego zwykle z fazą toniczną i drgawkami; napadowi może towarzyszyć oddanie moczu i (lub) przygryzienie języka. Z kolei napad wtórnie uogólniony może się rozwijać w ciągu sekundy do kilkudziesięciu sekund. Po tym czasie wtórnie uogólniony napad drgawek ma taki sam przebieg, jak napad pierwotnie uogólniony i kończy się zwykle snem, którego nie należy przerywać<sup>5</sup>.

## 3. ZESPOŁY PADACZKOWE U DZIECI

Rozpoznanie zespołów padaczkowych jest procesem złożonym – konieczne jest uzyskanie informacji dotyczących zarówno wywiadu rodzinnego, jak i osobniczego chorego: wieku ujawnienia się padaczki, typów występujących napadów, obrazu czynności bioelektrycznej mózgu oraz wyników badań strukturalnych

3 J. Panasiuk, *Padaczka w diagnostyce i terapii logopedycznej. Studium przypadku*, „Logopedia Silesiana” 2014, t. 7, s. 107.

4 [www.epileptologia.pl](http://www.epileptologia.pl) [dostęp: 6.05.2020].

5 Tamże.

i czynnościowych mózgu<sup>6</sup>. Jednocześnie zwraca się uwagę na wielość i niejednorodność kryteriów podziałów w obrębie zespołów padaczkowych. Zależnie od lokalizacji i obszaru wyładowań bioelektrycznych ogniska padaczkowego napad może się przejawiać w najrozmaitszy sposób. Na tej podstawie w obrębie napadów padaczkowych wyróżnia się:

1. Napady uogólnione – przebiegają z drgawkami w obrębie całego ciała i z utratą przytomności.
2. Napady częściowe – mogą się ograniczać do drgań ręki, nogi, dłoni, a nawet jednego z palców<sup>7</sup>.

Może być to także incydent polegający jedynie na wykonywaniu szeregu zautomatyzowanych czynności, które dla otoczenia są trudne do oceny jako nieprawidłowe. Napad padaczkowy może również polegać na wyłączeniu bądź ograniczeniu świadomości lub jedynie na zaburzeniu percepcji zmysłowej, na przykład czucia smaku, zapachu, słyszenia dźwięków lub widzenia obrazów – bez realnie istniejącego bodźca w otoczeniu.

W wypadku padaczek dziecięcych proponuje się podział uwzględniający przebieg schorzenia oraz rokowanie. Na podstawie tych kryteriów wyróżnia się cztery grupy zespołów padaczkowych:

1. Padaczki łagodne (w tym padaczka rolandyczna), których remisja występuje w ciągu kilku miesięcy – kilku lat i w których można nie stosować leczenia.
2. Padaczki łatwo poddające się leczeniu (przykładem jest dziecięca padaczka z napadami nieświadomości, w której po kilku latach występuje spontaniczna remisja).
3. Padaczki farmakozależne, w których napady poddają się leczeniu, ale leczenie trwa całe życie, a próby odstawienia leków prowadzą do nawrotu napadów.
4. Padaczki lekooporne, które mają złe rokowanie, a dotyczą ok. 20% dzieci<sup>8</sup>.

W procesie diagnostycznym dzieci i młodzieży, u których istnieje podejrzenie padaczki, należy zweryfikować następujące informacje: czy rzeczywiście mamy do czynienia z napadami padaczkowymi, jaki jest charakter napadów zgodnie z ich Klasyfikacją Międzynarodową, następnie na ustaleniu etiologii padaczki, a w końcu rozważeniu rodzaju zespołu padaczkowego. Należy mieć na uwadze, że ostateczne rozpoznanie zespołu nie zawsze jest możliwe na początku obserwacji chorego, zwłaszcza jeśli napady mają początek w pierwszych latach życia dziecka. Wówczas wymagana jest obserwacja w czasie.

Warto również pamiętać, że przy zastosowaniu w większości przypadków konwencjonalnych i ogólnodostępnych metod diagnostycznych postawienie rozpoznania syndromologicznego jest możliwe u znacznej większości, bo prawie 80% chorych<sup>9</sup>. Z kolei prawidłowo postawiona diagnoza pomaga określić właściwe rokowania i wdrożyć odpowiednie leczenie. Kluczowym elementem postępowania jest również edukacja dziecka i rodziny na temat padaczki: objawów choroby i przebiegu leczenia, a także możliwości wystąpienia określonych komplikacji<sup>10</sup>.

6 Niewłaściwie zebrany wywiad, a także błędna interpretacja zapisu EEG powodują, że aż u 26% dzieci została nieprawidłowo postawiona diagnoza (E. Szczepanik, *Czy należy i czy można klasyfikować zespoły padaczkowe?* „Neurologia Dziecięca” 2006, Vol. 15, nr 30, s. 8). Por. również: P. Major, E. Thiele, *Seizures in Children: Determining the Variation*, „Pediatrics in Review” 2007, Vol. 28, No. 10, s. 363-371; P. Major, E. Thiele, *Padaczka u dzieci: badania diagnostyczne i leczenie*, „Pediatria po Dyplomie” 2009, Vol. 13, nr 1, s. 33-40.

7 Taka klasyfikacja napadów może być jednak niewystarczająca, ponieważ obecność jednego z fundamentalnych dotychczas objawów, jakim jest aura, nie wskazuje jednoznacznie na ogniskowy początek napadu (E. Szczepanik, dz. cyt., s. 9).

8 R. Guerrini, *Epilepsy in Children*, „The Lancet” 2006, s. 499-524; E. Szczepanik, dz. cyt., s. 13.

9 E. Szczepanik, dz. cyt., s. 13.

10 P. Major, E. Thiele, *Padaczka u dzieci...*, dz. cyt., s. 40.

#### 4. WPŁYW PADACZKI NA FUNKCJE POZNAWCZE U DZIECI

Funkcje poznawcze to określone czynności układu nerwowego, które odpowiedzialne są za odbiór, przetwarzanie i przechowywanie informacji, mające złożony, hierarchicznie zorganizowany charakter. Wyodrębnia się wśród nich cztery zasadnicze grupy:

- funkcje recepcyjne,
- pamięć i uczenie się,
- myślenie,
- funkcje wykonawcze<sup>11</sup>.

Encefalopatie padaczkowe stanowią zespoły padaczkowe, w których napady padaczkowe, a także kliniczne wyładowania wpływają na postępujący proces zaburzania pracy mózgu. Odnosi się to zarówno do funkcji poznawczych, jak też sfery emocjonalnej. Według prowadzonych badań najmniejszej deterioracji w wyniku uszkodzeń mózgu podlega inteligencja, która należy do najbardziej złożonych funkcji poznawczych. Z kolei największe deficyty obserwuje się w obszarze pamięci, która stanowi jeden z ważniejszych markerów procesów patofizjologicznych<sup>12</sup>.

Do zaburzeń funkcji poznawczych w wypadku padaczki przyczyniają się<sup>13</sup>:

- funkcjonalne lub strukturalne zmiany w mózgu;
- podłoże genetyczne;
- czynniki psychospołeczne;
- jakość i częstość napadów;
- efekty uboczne leków<sup>14</sup>.

U dzieci na etapie diagnozowania padaczki obserwuje się zarówno zaburzenia funkcji poznawczych (percepcji wzrokowej, motoryki, pamięci, czasu reakcji, uwagi), jak też trudności w zachowaniu<sup>15</sup>.

11 E. Mojs, E. Gajewska, M.D. Głowacka, W. Samborski, *Występowanie zaburzeń poznawczych i emocji w padaczce i ich implikacje dla terapii*, „Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej” 2007, nr 53(3), s. 83.

12 Tamże.

13 Należy zauważyć, że do wystąpienia zaburzeń poznawczych szczególnie predestynowane są osoby w podeszłym wieku oraz dzieci.

14 Por. D. Talarska, B. Steinborn, *Wpływ wybranych leków przeciwpadaczkowych na jakość życia dzieci i młodzieży z padaczką*, „Neurologia Dziecięca” 2009, vol. 18, nr 36, s. 25-30.

15 Ł. Ignatowiczowa, *Problemy psychiatryczne związane z padaczką u dzieci* [w:] *Padaczka i inne stany napadowe u dzieci*, red. R. Michałowicz, PZWL, Warszawa 1992, s. 142-170. Por. także: M. Kosowska, J. Panasiuk, *Narzędzie lingwistyczne do oceny zaburzeń poznawczych u dzieci z padaczką* [w:] *Metody i narzędzia lingwistyczne w logopedii*, red. M. Kurowska, E. Wolańska, Z. Prac Towarzystwa Kultury Języka, t. 12, Elipsa, Warszawa 2015, s. 183-195; R. Michałowicz, *Padaczka we wczesnych okresach rozwoju dziecka*, „Epileptologia” 2005, t. 13, s. 39-50; *Padaczka i inne zaburzenia napadowe u dzieci*, red. D. Dunin-Wąsowicz, Medical Tribune Polska, Warszawa 2013; I. Pieczonka-Ruszkowska, P. Kemnitz, M. Figlerowicz, W. Służewski, *Padaczki częściowe wieku dziecięcego – aspekty kliniczne i terapeutyczne*, Oficjalne Portale Internetowe PTN, s. 5-12, [www.neuroedu.pl](http://www.neuroedu.pl) [dostęp: 7.05.2020]; M. Słowińska, s. Józwiak, *Postępy w rozpoznawaniu i leczeniu padaczki w przeszłości oraz wyzwania współczesnej epileptologii*, „Neurologia Dziecięca” 2017, vol. 26, nr 53, s. 11-17.

Wśród obecnych w literaturze propozycji klasyfikacji zaburzeń psychicznych wyróżnia się między innymi podział uwzględniający następujące kategorie:

- upośledzenia umysłowego,
- dysleksji i dysgrafii,
- zespołu otępiennego,
- zaburzeń zachowania i osobowości<sup>16</sup>.

Pierwsze trzy grupy można określić jako ogólne zaburzenia poznawcze, natomiast ostatnią jako zaburzenie poznawczo-emocjonalne. Zaburzenia poznawcze mogą mieć ponadto charakter globalny (inteligencja) oraz wybiórczy (objawiający się różnymi dysfunkcjami, na przykład dysleksją czy dyskalkulią)<sup>17</sup>.

Osoby chorujące na padaczkę znacznie częściej podatne są na zaburzenia emocjonalne. Należą do nich między innymi: obniżenie nastroju i cechy depresyjne, próby samobójcze, zachowania agresywne oraz obsesyjno-kompulsywne. Część z tych zaburzeń ma charakter pierwotny i jest wynikiem działania tego samego czynnika, który wywołał padaczkę. Inne z kolei należą do zaburzeń emocjonalnych wtórnych, powstałych na skutek nieprawidłowych oddziaływań środowiskowych, przede wszystkim wychowawczych i rówieśniczych<sup>18</sup>.

## 5. WPŁYW PADACZKI NA MOWĘ DZIECI

Zaburzenia językowe w padaczce są powszechne i powstają na skutek takich samych czynników, jak w wypadku deficytów w obrębie funkcji poznawczych i emocji. Obraz zaburzeń uwarunkowany jest przebiegiem choroby, a także okresem rozwoju pacjenta, w którym choroba się ujawniła<sup>19</sup>.

U pacjentów chorujących na padaczkę mogą wystąpić zaburzenia językowe związane z rozpadem komunikacji językowej o podłożu psychicznym – zarówno okresowe, związane z napadami (omamy, halucynacje), jak też stałe (zmiany zachowania i osobowości). W strukturze językowej są to najczęściej problemy związane z niespójnością gramatyczną i semantyczną w narracji oraz w wypowiedziach dialogowych. W wyniku obwodowych uszkodzeń (na przykład nerwów lub mięśni) może dojść do zniekształcenia dźwięków lub braku możliwości ich wytwarzania – zaburzenia mowy mają wówczas charakter dyzartryczny. Napadom padaczkowym mogą towarzyszyć także zaburzenia płynności mówienia. Natomiast w sytuacji, gdy napady padaczkowe mają ciężki przebieg i występują z dużą częstością, zwykle następuje regres zdolności językowych, objawiający się między innymi specyficznymi ograniczeniami w zakresie kompetencji językowych (rozumienia i budowania wypowiedzi słownych) – rozpoznaje się wtedy afazję dziecięcą<sup>20</sup>.

16 Ł. Ignatowiczowa, dz. cyt., s. 142-170.

17 Istnieje większe prawdopodobieństwo spowodowania upośledzenia funkcji poznawczych przez uogólnione napady toniczno-kloniczne niż przez proste lub złożone napady częściowe, zwłaszcza jeżeli podczas tych pierwszych dojdzie do wystąpienia skumulowanych, licznych napadów lub stanu padaczkowego (E. Mojs, E. Gajewska, M.D. Głowacka, W. Samborski, dz. cyt., s. 84).

18 Tamże, s. 85. Wśród czynników zaburzających rozwój poznawczo-emocjonalny wskazać należy również farmakologiczne. Większość leków ma charakter neurotoksyczny – negatywnie wpływają na funkcjonowanie układu nerwowego (J. Panasiuk, dz. cyt., s. 111).

19 Warto mieć na uwadze, że – jak stwierdza J. Panasiuk (dz. cyt., s. 115) – „[...] interpretacja zaburzeń rozwojowych u dzieci, zwłaszcza w przypadku złożonych patomechanizmów i w okresie, gdy funkcjonalnie, a także do pewnego stopnia strukturalnie kształtuje się mózg, jest zadaniem bardzo trudnym”. W wyniku oddziaływania tak różnorodnych i złożonych czynników obraz zaburzeń mowy u dzieci z padaczką przyjmuje postać złożoną i dynamiczną, zmienną w czasie.

20 Tamże, s. 116.

Zaburzenia językowe i komunikacyjne w padaczce są zróżnicowane w zależności od czasu, w którym ujawniła się choroba. Wyróżnia się tutaj:

1. Okres prelingwalny – opóźnienie w nabywaniu kompetencji językowej, a nawet niemożność jej opanowania (alalia prolongata, alalia percepcyjna lub ekspresyjna);
2. Okres perilingwalny – kompetencja językowa może się w pełni nie rozwinąć (niedokształcenie mowy o typie afazji);
3. Okres postlingwalny – dezintegracja kompetencji językowej (afazja, afazja przemijająca, zaburzenia o charakterze dyslektycznym)<sup>21</sup>.

Istnieje również podział ze względu na trwałość zaburzeń mowy i języka w padaczce. Badacze wskazują tutaj na dwie grupy zaburzeń:

1. Okresowe: quasi-afazja, quasi-dyzartria, quasi-jąkanie oraz quasi-dysleksja.
2. Trwałe:
  - spowolnienie lub zatrzymanie rozwoju języka (dyslalia, afazja, dysleksja, oligofazja, autyzm),
  - zaburzenia realizacji (jąkanie, dyzartria, mutyzm akinetyczny),
  - utrata kompetencji (afazja, demencja)<sup>22</sup>.

Zaburzenia okresowe mogą mieć charakter przemijający i pojawiać się w trakcie oraz tuż po napadzie, natomiast zaburzenia trwałe są najczęściej wynikiem długotrwałej choroby o ciężkim przebiegu i często mają charakter nieodwracalny.

## 6. STUDIUM PRZYPADKU

### 6.1. DANE Z WYWIADU

W badaniu longitudinalnym przedstawiamy Annę, dziewczynkę obecnie dziesięcioletnią, która urodziła się w 38. t.c., siłami natury, uzyskując 10 punktów w skali Apgar. Dziewczynka jest drugim dzieckiem w rodzinie, ma starszą o rok siostrę. W wieku niemowlęcym u dziecka rozpoznano chorobę genetyczną – mukowiscydozę wrodzoną, która charakteryzuje triada objawów: przewlekła obturacja oskrzelowo-płucna, niewydolność trzustki oraz podwyższone stężenie elektrolitów w pocie. Ponieważ jest to choroba przewlekła, dotycząca wiele narządów (zwłaszcza obciążony zostaje układ oddechowy i pokarmowy), wymaga intensywnej terapii skojarzonej. Przyjmowane na stałe leki oraz intensywna terapia wziewna nie miały negatywnego wpływu na rozwój funkcji psychomotorycznych dziecka. Z wywiadu przeprowadzonego z rodzicami wynikało, iż Ania zdobywała wszystkie kroki milowe w rozwoju fizycznym o czasie. Także rozwój mowy przebiegał bez zakłóceń – w 3. r. ż. Ania porozumiewała się z otoczeniem pełnymi zdaniami.

Sytuacja uległa zmianie w 2013 roku, kiedy dziewczynka zachorowała na wirusowe zapalenie mózgu. W wyniku choroby uaktywniła się padaczka lekooporna, powodująca całkowity rozpad funkcji poznawczych. Wówczas zdiagnozowano u dziecka niepełnosprawność intelektualną w stopniu umiarkowanym i afazję ruchową. W 2014 roku wydano opinię o wczesnym wspomaganiu rozwoju i orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego na czas wychowania przedszkolnego. Od tego momentu Ania została objęta pomocą psychologiczno-pedagogiczną w PPP oraz opieką specjalistów: neurologa, logopedy, terapeuty SI. Większość zajęć była realizowana w Centrum Uśmiechu Dziecka Montessori – Ania dwa razy w tygodniu uczęszczała

21 H. Pawłowska-Jaroń, dz. cyt., s. 72-74.

22 Por. M. Kozłowska, M. Chrościńska-Krawczyk, *Padaczka. Zaburzenia językowe u dzieci z padaczką* [w:] *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*, red. s. Grabias, Z.M. Kurkowski, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2012, s. 409; J. Panasiuk, dz. cyt., s. 117.



na zajęcia logopedyczne oraz raz w tygodniu brała udział w zajęciach z integracji sensorycznej oraz pedagogiki Montessori.

## 6.2. I ETAP TERAPII LOGOPEDYCZNEJ (2014-2015 ROKU)

W badaniu intraoralnym zaobserwowano pewne nieprawidłowości w budowie i funkcji artykulatorów: zgryz otwarty, nieprawidłową pozycję spoczynkową języka, brak ruchów języka w płaszczyźnie wertykalno-horyzontalnej. Skutkiem tego był zaburzony tor oddechowy, obniżone napięcie mięśniowe, połykanie typu niemowlęcego, nadmierne ślinienie się. Na tym etapie rozwoju dziewczynka była karmiona przez rodziców pokarmami mocno rozdrobnionymi, płyny przyjmowała za pomocą butelki ze smoczkiem. Kontakt z nią był na tyle utrudniony, iż uniemożliwił wykonanie pełnej diagnozy logopedycznej. Ania nie wykazała zainteresowania pomocami znajdującymi się w gabinecie, ani żadnymi zadaniami proponowanymi przez logopedę. Dominującą formą jej aktywności była autostymulacja polegająca na bezwładnym przemieszczaniu się po pokoju, wykonywaniu ruchów rotacyjnych wokół własnej osi, rozbierania się, stymulowania narządów płciowych.

Początkowo Ania reagowała z dużą niechęcią na wszelkie propozycje ćwiczeń logopedycznych, nie skupiała uwagi na zadaniu, nie nawiązywała kontaktu wzrokowego. Proponowane przez terapeutę ćwiczenia były realizowane w postaci mocno okrojonej. Aktywność dziecka często ograniczała się do siedzenia na podłodze i kołysania się. Stopniowo Ania zaczęła budować wspólne pole uwagi z logopedą. Dziewczynka była w stanie pracować już przy stoliku przez kilkanaście minut, wykonując w całości jedno zaproponowane zadanie i podejmując próby wykonania kolejnych. Po kilku spotkaniach coraz chętniej uczestniczyła w zajęciach, poprawił się też kontakt wzrokowy. Wraz z upływem kolejnych tygodni Ania zaczęła naśladować terapeutę i powtarzać za nim ćwiczenia (głównie ćwiczenia oddechowe), które sprawiały jej dużą przyjemność. Poprawiło się rozumienie u dziecka, znacznie wydłużył się czas koncentracji. Ania zaczęła też wydawać dźwięki – wcześniej nie używała głosu do komunikowania się, ograniczając się do mowy niewerbalnej, w postaci mimiki i gestykulacji. Pojawiło się kilka wyrazów i wyrażeń dźwiękonaśladowczych. Były to rzeczowniki składające się ze zreduplikowanych sylab typu *lala, mama, tata*, zaimki *ty, to*, czy dźwięki wydawane przez zwierzęta: *hau hau*.

Po roku intensywnej terapii logopedycznej oraz zajęć z pedagogiki Montessori oraz integracji sensorycznej dziewczynka:

- chętniej nawiązywała kontakt wzrokowy,
- reagowała na imię,
- wydłużył się jej czas koncentracji na zadaniu (dziewczynka wykonywała dwa, trzy zadania),
- potrafiła pracować przy stoliku kilkanaście minut,
- chętniej wykonywała zadania z określonych kategorii (głównie ćwiczenia oddechowe),
- powtarzała za terapeutą wyrażenia dźwiękonaśladowcze,
- rzadziej stymulowała się poprzez ruch (głównie obrotowy) i rozbieranie.

W 2015 roku napady padaczkowe zintensyfikowały się. Kolejne badania EEG wykazały, iż czynność podstawowa EEG nieodróżniona przestrzennie składa się we wszystkich odprowadzeniach z serii szybkiego rytmu eta oraz z serii fal delta 2-3 Hz o amplitudzie do 200 uV. W czasie badania występuje obustronnie narzut niskonapięciowy szybkiego rytmu beta. Na tym tle rejestruje się w sposób ciągły obustronnie zlokalizowane oraz uogólnione wyładowania napadowe w postaci serii wysokonapięciowych zespołów fali ostrej z falą wolną, zespoły iglicy z falą wolną, iglic, fal ostrych oraz fal wolnych delta.

W orzeczeniu pojawiła się informacja: zapis czynności bioelektrycznej mózgu nieprawidłowy ze zmianami obustronnie zlokalizowanymi oraz uogólnionymi występującymi w sposób ciągły, co oznaczało, iż

padaczka u dziewczynki pojawia się nie tylko okresowo, raz na trzy, cztery tygodnie (jak myślano), ale trwa ciągle, a jej przebieg ma zmienny charakter.

Ciężki stan dziecka uniemożliwiał prowadzenie terapii w warunkach gabinetowych, skutkiem czego była przerwa w terapii logopedycznej.

### 6.3. II ETAP TERAPII LOGOPEDYCZNEJ (2016-2018 ROKU)

Po ustabilizowaniu się stanu ogólnego, Ania wróciła na zajęcia do Centrum Uśmiechu Dziecka, ale już w innym wymiarze godzin: zajęcia logopedyczne odbywały się dwa razy w tygodniu, a do pracy został włączony drugi logopeda. Dziewczynka uczęszczała również na zajęcia z integracji sensorycznej. Ze względu na głębokie deficyty w jej funkcjonowaniu rodzice podjęli decyzję o rezygnacji z zajęć z pedagogiki Montessori.

W badaniu logopedycznym stwierdziłyśmy znaczny regres w rozwoju funkcji poznawczych i komunikacji: brak kontaktu wzrokowego, brak reakcji na imię, znaczny ślinotok, brak domknięcia jamy ustnej, brak reakcji na bodźce słuchowe i wzrokowe, brak wokaliz, bardzo słabą motorykę małą i dużą, brak używania lewej ręki. Ponadto zaobserwowałyśmy bardzo duże nieprawidłowości w umiejętnościach społecznych oraz zachowaniu i zainteresowaniach. Dziewczynka utraciła podstawowe umiejętności w zakresie czynności samoobsługowych, musiała być także pieluchowana. W zachowaniu dziewczynki można było zauważyć dużą labilność emocjonalną, nadmierne pobudzenie przejawiające się w bezwładnym poruszaniu się po pomieszczeniu, stymulację poprzez ruch: uderzanie dłońmi w podłogę, rzucanie się na podłogę. Początkowo Ania lepiej pracowała z tym logopedą, którego pamiętała z wcześniejszego okresu terapii, po kilku tygodniach zaczęła współpracować z drugim terapeutą.

Na skutek regresu wszystkich funkcji nie było możliwe kontynuowanie nauki w przedszkolu ogólnym. Dziewczynka na podstawie orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego zaczęła uczęszczać do Ośrodka Rehabilitacyjno-Wychowawczego EMEDEA, w którym została objęta specjalistyczną opieką.

Terapia logopedyczna była prowadzona dwukierunkowo: naszym celem było usprawnienie aparatu artykulacyjnego i wzmocnienie mięśni odpowiedzialnych za przyjmowanie pokarmów oraz wzmocnienie komunikacji.

### 6.4. DZIAŁANIA TERAPEUTYCZNE – KARMIENIE

Po wznowieniu zajęć logopedycznych było widać znaczny regres w sposobie przyjmowania pokarmów i napojów. Dziewczynka utraciła wcześniej wypracowaną umiejętność gryzienia i żucia. Pokarmy były rozdrabniane środkową częścią języka i natychmiastowo połykane (pokarm nie był przetrzymywany w jamie ustnej). Ania nie potrafiła już pić z otwartego kubka, piła przez słomkę. Reakcja na dotyk terapeuty była obojętna.

Terapię zaczęłyśmy od wprowadzenia manualnych masażu rąk, twarzy i jamy ustnej. Do masowania wykorzystywałyśmy wibratory logopedyczne, szczoteczki o różnych fakturach, urządzenia typu Orastim. Stosowałyśmy ćwiczenia bierne mające na celu domknięcie jamy ustnej (wskutek bardzo niskiego napięcia mięśniowego, nieprawidłowej pozycji spoczynkowej języka oraz silnego ślinotoku znacznie pogorszył się układ stomatognatyczny dziecka, a co za tym idzie – funkcje prymarne, takie jak oddychanie czy umiejętność jedzenia). Wprowadziłyśmy na stałe gryzaki logopedyczne i tubki zuchwowe, które zaspokoiliły potrzebę autostymulacji oralnej.

Jedzenie było jedyną czynnością, która w widoczny sposób sprawiała dziewczynce przyjemność. Niestety, po każdorazowej serii silnych napadów padaczki (miały one miejsce raz w miesiącu i przeciętnie trwały trzy-, cztery dni), Ania traciła te umiejętności, które udało się wcześniej wypracować. Musiała być karmiona sondą, a potem na nowo uczona połykania.

## 6.5. DZIAŁANIA TERAPEUTYCZNE – KOMUNIKACJA

Po powrocie na zajęcia logopedyczne Ania nie potrafiła komunikować się werbalnie – dźwięki, które wypowiadała, służyły przede wszystkim autostymulacji i miały charakter mniej lub bardziej utrwalonych wokaliz. Były one wyraźnie zróżnicowane w zależności od emocji dziewczynki. W okresach lepszego funkcjonowania (kiedy przerwa pomiędzy seriami napadów była dłuższa) niektóre dźwięki przypominały swym brzmieniem słowa „mama” oraz „nie”. Warto zaznaczyć, że były one artykułowane adekwatnie do kontekstu i sytuacji. Jednocześnie trzeba podkreślić, że często po serii napadów dziewczynka traciła na kilka dni głos i wówczas nie wydawała żadnych dźwięków – stawała się zupełnie niema.

We wrześniu 2016 roku została wprowadzona komunikacja alternatywna z wykorzystaniem prostych, podstawowych gestów Makatonu i symboli PCS, takich jak: „jeść”, „pić”, „bawić się”, „tańczyć”, „spać”, „toaleta”, „jeszcze”, „koniec”. Symbolom graficznym zwiększono format z uwagi na zaburzenia widzenia dziewczynki (problemy z koordynacją wzrokowo-ruchową i polem widzenia, ograniczonym do prawej strony – tzw. widzenie połowiczne). W przedszkolu dodatkowo zastosowano symbole trójwymiarowe, ponieważ za pomocą dotyku Ania odbierała wiele bodźców ze świata zewnętrznego.

Podstawowym problemem, jaki pojawił się w zakresie usprawniania komunikacji Ani, było wzbudzenie intencji. Bodźcem, który najbardziej motywował dziewczynkę do podjęcia prób komunikowania, było jedzenie. Na tym etapie terapii Ania dobrze reagowała na symbole „jeść” i „pić”, potrafiła też (w odniesieniu do jedzenia) posłużyć się gestem „jeszcze”, chwytając rodzica/terapeutę za rękę. Rozumiała także znaczenie gestu „koniec” – sygnalizowała go przez odwrócenie głowy, czasem dodawała też wokalizację, przypominającą brzmieniem słowo „nie”. W niektórych, lepszych okresach potrafiła też wybierać wzrokiem spośród dwóch symboli graficznych lub przedmiotów rzeczywistych, umieszczonych w zasięgu jej pola widzenia. Zwykle wybór dotyczył jedzenia („chcesz jeść czy pić?”, „chcesz ciastko czy banana?”), rzadziej innych aktywności („chcesz jeść czy tańczyć?”).

Najtrudniejsze były okresy po serii ciężkich napadów – wówczas Ania przestawała reagować na bodźce zewnętrzne nie tylko dźwiękowo, znacznemu obniżeniu uległa również percepcja wzrokowa i słuchowa. Wszelkie nabyte wcześniej umiejętności, także te komunikacyjne, cofały się, następował głęboki regres w rozwoju dziewczynki, również w zakresie czynności prymarnych, jak spożywanie pokarmów i płynów.

## 6.6. DZIAŁANIA TERAPEUTYCZNE – STYMULACJA SŁUCHOWA

Uszkodzenie okolic kory słuchowej (występujące między innymi w padaczkę skroniowej) może wpływać na odbiór bodźców wzrokowych i prowadzić do zmian na przykład w zakresie słyszenia na określonych częstotliwościach. W wyniku tych zmian u pacjenta może dojść między innymi do nietolerancji określonych dźwięków lub kłopotów z ich lokalizacją, trudności w rozumieniu mowy werbalnej oraz problemów z pamięcią werbalną. Uszkodzenia kory słuchowej mogą również powodować zaburzenia w obrębie zmysłu węchu i smaku.

W zakresie zmysłu słuchu (powiązanie anatomiczne – wspólna droga neuronalna układu przedsionkowego i słuchowego) u Ani można było zaobserwować problemy z zaburzeniami dyskryminacji słuchowej. Zaburzenie prawidłowego funkcjonowania słuchu może mieć swoje podłoże w niewłaściwie przetwarzanych wrażeniach przedsionkowych oraz zaburzeniach koncentracji. Ania miała duże trudności ze skupieniem uwagi. Jeśli polecenie słowne było złożone, wymagała, aby kilkakrotnie je powtórzyć.

W toku działań terapeutycznych zauważono u dziewczynki wysoki poziom wrażliwości na muzykę oraz dźwięki instrumentów muzycznych, także o wysokich tonach (na przykład trójkąt czy dzwonki). Wyraźnie reagowała na nie, odwracając głowę w kierunku bodźca słuchowego i skupiając uwagę na tym, co słyszy. Jednocześnie pokazywała swoje preferencje w tym zakresie – podczas słuchania ulubionych piosenek uśmie-

chała się, wstawiała i podskakiwała, próbując „tańczyć”. Z kolei gdy jakieś dźwięki były dla niej nieprzyjemne (na przykład niektóre odgłosy zwierząt), wyrażała sprzeciw, głośno wokalizując oraz odchodząc w inne miejsce.

Działania terapeutyczne w zakresie stymulacji słuchowej są bardzo ważne z punktu widzenia usprawniania nie tylko samej percepcji słuchowej, lokalizacji dźwięku, wydłużania czasu koncentracji, ale również na poziomie komunikacji (rozumienia mowy).

## 6.7. DZIAŁANIA TERAPEUTYCZNE – STYMULACJA WZROKOWA

Napady padaczkowe mogą przyczynić się do uszkodzenia tych ośrodków w mózgu, które są odpowiedzialne za widzenie i odbieranie bodźców wzrokowych. W wyniku takich uszkodzeń (objawów patologicznych w obrębie płatów potylicznych) ograniczeniu może ulec pole widzenia oraz ostrość widzenia. Utrata widzenia może mieć charakter: przemijający (prawidłowe widzenie powraca), ostry (rozwija się natychmiast lub w ciągu kilku sekund lub minut), podostry (powstaje w ciągu kilku dni lub tygodni) bądź przewlekły (rozwija się w ciągu kilku miesięcy lub lat).

W wyniku zapalenia mózgu oraz ciągłych, regularnie powtarzających się napadów padaczki spostrzeganie bodźców wzrokowych zostało u Ani uszkodzone – dziewczynka ma ograniczone pole widzenia, przejawiające się trudnościami w kierowaniu wzroku w górę i w dół oraz w linii poziomej, szczególnie w lewą stronę. Jej reakcje wzrokowe są typowe dla uszkodzenia korowego – dziewczynka reagowała na określone bodźce prezentowane w linii centralnej w odległości do 15 cm. Były to tylko krótkotrwałe fiksacje na obiekty.

Oddziaływania terapeutyczne polegały tu na ciągłym poszukiwaniu przedmiotów lub aktywności atrakcyjnych dla dziewczynki, pobudzających zmysł wzroku do pracy. Ania reagowała na ostre i kolorowe światła, a także czarno-białe obrazki. Gdy przedmiot znajdował się w ruchu, potrafiła wodzić za nim wzrokiem, ale jak już wspomniano, z wyraźnymi ograniczeniami w polu widzenia.

Oddziaływania terapeutyczne miały na celu ciągłe pobudzanie nerwu wzrokowego, stymulowanie jego pracy, które przyczyniają się do poprawienia poziomu koncentracji dziewczynki, a także usprawniania kompetencji komunikacyjnych w zakresie percepcji – odczytywanie znaczeń symboli graficznych i manualnych, oraz ekspresji – wskazywanie symboli/przedmiotów wzrokiem.

## 6.8. DZIAŁANIA TERAPEUTYCZNA – MOTORYKA MAŁA

U Ani widoczne były zaburzenia w obrębie motoryki małej. Dziewczynka nie chciała brać przedmiotów do ręki (wyjątek stanowiło jedzenie), nie jadła samodzielnie, używając do tego celu sztućców. Zakres precyzji ruchów był mocno ograniczony, podobnie jak koordynacja ruchów palców, dłoni i przedramion. Czas reakcji na bodziec i szybkość ruchów nie była dostosowana do wykonywanego zadania. W aktywnościach ruchowych, ograniczających się prawie wyłącznie do autostymulacji, lewa ręka była pomijana.

Proponowana przez nas terapia logopedyczna w zakresie motoryki małej dotyczyła przede wszystkim pobudzenia aktywności lewej ręki i wzmocnienia prawej. W tym celu wykorzystywałyśmy początkowo tylko ćwiczenia bierne, ograniczające się do masażu przedramion, dłoni i palców. Pracowałyśmy różnymi fakturami, teksturami, temperaturą, zróżnicowaną siłą nacisku. Potem stopniowo wprowadzałyśmy ćwiczenia czynne, typu zanurzanie dłoni w piasku kinetycznym, płynnych i gęstych konsystencjach. Potem przeszłyśmy do nauki chwytania przedmiotów: gładkich i kolczastych piłek, klocków, kólek. Po pewnym czasie przy wyborze obrazka PCS Ania nie tylko wzrokiem wskazywała daną rzecz (częściej) czy czynność (rzadziej), ale chwyciła obrazek i przytrzymała go w ręce.

## PODSUMOWANIE

U Ani obserwujemy całościowe zaburzenia rozwoju we wszystkich zakresach funkcjonowania: nieprawidłowości dotyczą umiejętności komunikowania się, społecznych, poznawczych, zachowań, zainteresowań i aktywności. Podjęte działania terapeutyczne miały charakter zachowawczy – ich celem było przypomnienie funkcji, które uległy rozpadowi po każdym ataku padaczki. Trudno mówić o większej poprawie. Trudno też było rokować co do dalszych działań terapeutycznych, ponieważ nie było wiadomo, jak rozwinie się choroba Ani.

W tej chwili lekarze stosują wobec dziewczynki wyłącznie leczenie farmakologiczne, operacja – ze względu na wieloogniskowość i rozległość napadów – została wykluczona. Każdorazowe próby odbudowania utraconych w wyniku napadów umiejętności poznawczych i komunikacyjnych kończą się niepowodzeniem wraz z nadejściem kolejnej serii napadów.

Zajęcia z Anią zakończyłyśmy w 2018 roku w wyniku kolejnego, znacznego pogorszenia się jej stanu na skutek intensyfikacji napadów padaczki.

## BIBLIOGRAFIA

1. Appleton E., Gibbs J., *Padaczka u dzieci i młodzieży*, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2000.
2. Guerrini R., *Epilepsy in Children*, „The Lancet” 2006, s. 499-524.
3. Ignatowiczowa Ł., *Problemy psychiatryczne związane z padaczką u dzieci* [w:] *Padaczka i inne stany napadowe u dzieci*, red. R. Michałowicz, PZWL, Warszawa 1992, s. 142-170.
4. Jędrzejczak J., *Padaczka – stare i nowe wyzwania*, „Postępy Nauk Medycznych” 2012, t. XXI, nr 1, s. 45-50.
5. Kozłowska M., *Standard postępowania logopedycznego w przypadku dzieci z padaczką* [w:] *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*, red. s. Grabias, J. Panasiu, T. Woźniak, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2015, s. 347-362.
6. Kozłowska M., Chrościńska-Krawczyk M., *Padaczka. Zaburzenia językowe u dzieci z padaczką* [w:] *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*, red. s. Grabias, Z.M. Kurkowski, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2012, s. 397-411.
7. Kosowska M., Panasiuk J., *Narzędzie lingwistyczne do oceny zaburzeń poznawczych u dzieci z padaczką* [w:] *Metody i narzędzia lingwistyczne w logopedii*, red. M. Kurowska, E. Wolańska, Z Prac Towarzystwa Kultury Języka, t. 12, Elipsa, Warszawa 2015, s. 183-195.
8. Major P., Thiele E., *Padaczka u dzieci: badania diagnostyczne i leczenie*, „Pediatria po Dyplomie” 2009, vol. 13, nr 1, s. 33-40.
9. Major P., Thiele E., *Seizures in Children: Determining the Variation*, „Pediatrics in Review” 2007, Vol. 28, No. 10, s. 363-371.
10. Michałowicz R., *Padaczka we wczesnych okresach rozwoju dziecka*, „Epileptologia” 2005, t. 13, s. 39-50.
11. Mojs E., Gajewska E., Głowacka M.D., Samborski W., *Występowanie zaburzeń poznawczych i emocji w padaczce i ich implikacje dla terapii*, „Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej” 2007, nr 53(3), s. 82-87.
12. *Padaczka i inne zaburzenia napadowe u dzieci*, red. D. Dunin-Wąsowicz, Medical Tribune Polska, Warszawa 2013.
13. Panasiuk, J., *Padaczka w diagnozie i terapii logopedycznej. Studium przypadku*, „Logopedia Silesiana” 2014, t. 7, s. 105-138.
14. Pawłowska-Jaroń H., *Padaczka w relacji rodzic – pacjent – terapeuta*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego, Kraków 2014.



15. Pieczonka-Ruszkowska I., Kemnitz P., Figlerowicz M., Służewski W., *Padaczki częściowe wieku dziecięcego – aspekty kliniczne i terapeutyczne*, Oficjalne Portale Internetowe PTN, [www.neuroedu.pl](http://www.neuroedu.pl) [dostęp: 7.05.2020].
16. Słowińska M., Józwiak s. , *Postępy w rozpoznawaniu i leczeniu padaczki w przeszłości oraz wyzwania współczesnej epileptologii*, „Neurologia Dziecięca” 2017, vol. 26, nr 53, s. 11-17.
17. Szczepanik E., *Czy należy i czy można klasyfikować zespoły padaczkowe?* „Neurologia Dziecięca” 2006, vol. 15, nr 30, s. 7-14.
18. Talarska D., Steinborn B., *Wpływ wybranych leków przeciwpadaczkowych na jakość życia dzieci i młodzieży z padaczką*, „Neurologia Dziecięca” 2009, vol. 18, nr 36, s. 25-30.
19. [www.epileptologia.pl](http://www.epileptologia.pl) [dostęp: 6.05.2020].

## Notka o autorkach

**dr hab. Ewa Kaptur, prof. UAM** – wykładowca na Wydziale Filologii Polskiej i Klasycznej na Uniwersytecie im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, językoznawca, dyplomowany nauczyciel emisji głosu, logopeda, specjalista wczesnego wspomagania rozwoju dziecka. Zajmuje się przede wszystkim wczesną interwencją logopedyczną, diagnozą i terapią logopedyczną dzieci z zespołami wad genetycznych, a także emisją głosu dzieci, młodzieży i dorosłych. Współtwórczyni specjalności logopedycznej w Instytucie Filologii Polskiej UAM.

**dr hab. Jolanta Sławek, prof. UAM** – wykładowca na Wydziale Filologii Polskiej i Klasycznej na Uniwersytecie im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, językoznawca, neurologopeda, specjalista terapii funkcjonalnej MFS, provider Neuroflow®, terapeuta AAC. W pracy logopedy zajmuje się diagnozą i terapią wad wymowy u dzieci oraz wspomaganiem rozwoju mowy u dzieci z deficytami o podłożu neurologicznym (na przykład z zespołem Aspergera, autyzmem, dysleksją, SLI) oraz związanymi z zespołami wad genetycznych. Współtwórczyni specjalności logopedycznej w Instytucie Filologii Polskiej UAM.



## Daria Jodzis

neurologopeda, terapeuta SI

dariajodzis@wp.pl

# Metoda Prostych Gestów Progesty – możliwości stosowania

## STRESZCZENIE

Artykuł przedstawia studia przypadków odnoszące się do stosowania Metody Prostych Gestów Progesty. Tekst zawiera praktyczne wskazówki dla terapeutów, którzy ukończyli szkolenie i stosują Progesty. Autorka opisuje zarówno sukcesy, jak i trudności mogące wynikać ze specyfiki zaburzeń towarzyszących opóźnionemu rozwojowi mowy, a także elementy metodyki wprowadzania Progestów.

## WSTĘP

Metoda Prostych Gestów Progesty jest metodą wspomagającą proces rozwijania mowy u osób z opóźnieniami w tym obszarze<sup>1</sup>. W zależności od rodzaju i stopnia nasilenia zaburzeń mowy, Progesty mogą pełnić między innymi funkcję uświadamiającą istnienie dźwięków mowy, funkcję pozwalającą na ich różnicowanie, a także ich wywołanie. Poniższy tekst przybliży praktyczny aspekt metody, ukazując konkretne studia przypadków. Każdy opis zawiera charakterystykę dziecka, ogólny poziom jego sprawności językowej określony na podstawie Kart Oceny Logopedycznej Dziecka KOLD<sup>2</sup>, krótki opis poziomu rozwoju psychoruchowego oraz możliwości dostosowania i prowadzenia terapii Metodą Progestów.

## 1. ANIA

Ania ma 16 miesięcy i dyskretnie opóźnienia rozwoju psychoruchowego wynikające z zaniedbań rodzinnych, wychowawczych. Sytuacja rodzinno-prawna dziewczynki jest zagmatwana i nieustalona. Ania przebywa po kilka dni lub tygodni na zmianę pod opieką niewydolnej wychowawczo mamy oraz pogotowia rodzinnego. Złożoność problemów opieki zastępczej często towarzyszy terapeutom w placówkach nie tylko opiekuńczych, lecz także służby zdrowia, z których usług dzieci korzystają cyklicznie<sup>3</sup>. Dziewczynka jest początkowo nieufna, nie podejmuje proponowanej zabawy. Na następnych zajęciach już nieco chętniej się uśmiecha, cały czas jednak siedząc na kolanach mamy lub opiekunki. Z wywiadu wynika, że dziewczynka jest raczej milcząca, mało gaworzy, przede wszystkim obserwuje.

1 D. Jodzis, *Progesty – metoda prostych gestów*, Wydawnictwo Komlogo, Gliwice 2019.

2 J. Gruba, *Karty Oceny Logopedycznej Dziecka KOLD*, Wydawnictwo Komlogo, Gliwice 2017.

3 D. Wosik-Kawala, *Dziecko wychowywane w rodzinie zastępczej*, „Wychowanie w Rodzinie” 2015, nr 1, s. 271-288, [http://www.repozytorium.uni.wroc.pl/Content/76556/Dziecko\\_wychowywane\\_w\\_rodzinie\\_zastepczej.pdf](http://www.repozytorium.uni.wroc.pl/Content/76556/Dziecko_wychowywane_w_rodzinie_zastepczej.pdf) [dostęp: 6.04.2020].

Kolejne zajęcia przynoszą przełom. Dziewczynka pozwala się dotknąć, poprowadzić ręce do klaskania, turla piłkę w moim kierunku, głośno śmieje się. Następne zajęcia przynoszą jeszcze większą pozytywną zmianę. Ania buduje ze mną z klocków, a przy wrzucaniu ich do pudła powtarza za mną sylabę *ba*, jednocześnie naśladując przedstawiony przeze mnie Progest. Dziewczynka bardzo pozytywnie reaguje na pochwały i brawa. Jest oczywiste, że ma ogromny potencjał do rozwijania mowy. Ania chłonie kolejne zabawy z wplecionymi Progestami. Wydaje się, że docenia to, że ktoś poświęca czas wyłącznie jej, ktoś się z nią po prostu bawi.

Największa trudność polega na tym, że dziewczynka przychodzi na zajęcia dwa razy w miesiącu i nie ma szans, aby mama czy opiekunowie kontynuowali terapię na podstawie moich wskazówek. Obecnie pracujemy nad onomatopejami z użyciem Progestów oraz wykorzystaniem pomocy dźwiękowych, obrazkowych, zabawkowych. Ania pięknie zaczyna powtarzać: *mu, ko ko, hau, me, be, pipi*, zaskakująco ładnie naśladując Progesty.

W przypadku Ani zdobycie jej zaufania odbyło się wręcz spektakularnie, ale mam świadomość, że nie wszystkie dzieci w podobnej sytuacji zachowują się tak jak ona.

## 2. IGA

Iga ma 2 lata i diagnozę Trisomii 21. Dziewczynka jest dość zmienna, jeżeli chodzi o nastrój. Na jednych zajęciach potrafi być pogodna, kontaktowa, a na kolejnych staje się nieśmiała, zamknięta, odmawiająca współpracy. Takie zachowania mogą być wpisane w rozwój każdego dziecka, więc cierpliwie korzystamy z „lepszych dni” dziecka. Poziom sprawności językowej Igi oscyluje wokół 1. roku życia. Dziewczynka naśladuje proste czynności, bawi się w „a kuku” i tym podobne zabawy, charakterystyczne dla rocznych dzieci. Dziewczynka często wokalizuje i niekiedy gaworzy szeptem.

Iga bardzo lubi rysować, w związku z tym często bawimy się w „słuchanie kredek”. Siedząc wspólnie przy specjalnym stoliku, rysujemy, bazgrzemy, np. koła. Rysując jednocześnie w przesadnym geście przykładam ucho do kredki. Zwracam uwagę Igi na dźwięk, jaki słychać podczas rysowania. Kiedy przestaję rysować wypowiadam przeciągle *śśś...* z Progestem. Iga rysuje, przygląda się, a ja powtarzam powyższe czynności. Iga nadal obserwuje, ale nie naśladuje Progestu i dźwięku.

Lekko stukam w jej dłoń, sygnalizując, że powinna nią poruszać. Wówczas Iga powoli podnosi rękę wysoko do góry i opuszcza. Niekiedy robi to oburącz. Na jej etapie rozwojowym oraz ze specyficznym napięciem mięśniowym trudno jest oczekiwać, aby wykonała precyzyjny ruch. Łatwiej jest jej wykonać ruch całej ręki góra-dół z barku, z przeprostem w łokciu, niż ruch ręki przód-tył ze zgięciem łokcia. W tym samym czasie Iga nie wydaje dźwięku *śśś...*, natomiast celowo, kilkakrotnie otwiera i zamyka buzię, jakby imitowała bezgłośnie mówienie.

Na tym etapie rozwojowym nieprawidłowy ruch ręki oraz brak oczekiwanego dźwięku nie mają znaczenia. Należy docenić intencję wykonania ruchu zarówno ręką, jak i w obszarze aparatu artykulacyjnego. Z czasem, w ciągu kilku miesięcy, Iga zaczyna powtarzać Progesty z adekwatną głoską, często wykonując to oburącz. Wspólnie sylabizujemy pierwsze onomatopeje i słowa.

## 3. ANTONINKA

Antoninka ma 3,5 roku, poziom jej rozwoju psychoruchowego jest prawidłowy. Dziewczynka ma wadę wymowy<sup>4</sup>. Nie wypowiada głosek *f*, *w*, tylko zamienia je na głoski *t*, *d*. Dla logopedów forma terapii w tej

4 S. Glej, *Praktyczny poradnik terapii wad wymowy u dzieci w wieku przedszkolnym i młodszym szkolnym*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2018.

sytuacji jest bardzo prosta. Wywołanie odpowiednich głosek i ich utrwalanie. Tak też stało się tym razem. Progest towarzyszący głoskom *f*, *w* jest równocześnie elementem tradycyjnej formy wywołania głoski i bardzo dobrze wpisuje się w uświadomienie dziecku układu aparatu artykulacyjnego.

Wywołanie *f*, *w* w izolacji nie sprawia żadnego problemu. Trudności pojawiają się przy próbach wywoływania sylab, gdzie dziewczynka zamiast *fa*, *fe*, *fó*, *fú*, *fy* wypowiada *fta*, *fte*, *fto*, *ftu*, *fty*. Staram się pokazać Antonince różnicę pomiędzy Progestami i jednocześnie cechami głosek *f* i *t*. Wspólnie powtarzamy w izolacji wielokrotnie na zmianę *f*, *t*, *f*, *t*... z Progestem, podkreślając trwałość głoski *f* i nietrwałość głoski *t*.

Dziewczynka jest bardzo cierpliwa, natomiast starając się nie nadużyć tego, wprowadzam elementy zabawy i stosujemy wyżej wymienione Progesty, bawiąc się jednocześnie klockami lub układając patyczaki. Na kolejnych zajęciach włączamy zagadki, gdzie Antoninka ma powiedzieć, jaka to głoska na podstawie mojego gestu: *f* czy *t*?

Po kilku zajęciach dziewczynka czyni znaczne postępy w artykulacji, a także znacząco wzrasta jej świadomość na temat cech i różnic pomiędzy ćwiczonymi głoskami. Kontynuując terapię nadal wykorzystujemy Progesty w sylabach, słowach i zdaniach.

#### 4. ZOSIA

Zosia ma 2,5 roku i diagnozę mózgowego porażenia dziecięcego, postać czterokończynowa. Dziewczynka jest bardzo kontaktowa, chce się komunikować, krzyczy, piszczy, wokalizuje, raczej nie używa spółgłosek. Poziom rozumienia mowy kształtuje się nieco poniżej 2. roku życia. Z racji porażenia znacznie ograniczona jest możliwość, a być może i sens wprowadzania Progestów. Jednym z nielicznych argumentów przemawiających „za” jest ogromny zapał Zosi do zabawy i naśladowania gestów, bez względu na ich jakość.

Zosia nie może ustawić palca wskazującego w geście. Chcąc coś wskazać, używa całej dłoni z szeroko rozstawionymi, napiętymi palcami. Każdy ruch ręki odruchowo mobilizuje pozostałe kończyny do zbędnego napięcia i współruchu. Jest to częste zjawisko towarzyszące mózgowemu porażeniu dziecięcemu<sup>5</sup>. Zosia wymaga stabilnej, siedzącej pozycji w specjalnie profilowanym krześle. Takie odpowiednie usadowienie częściowo eliminuje dodatkowe napięcie, stabilizuje tułów, co pozwala na utrzymanie równowagi i nieco płynniejszy ruch ręki. W tej sytuacji nie można spodziewać się precyzyjnego naśladowania Progestów, ale próby ćwiczeń są jak najbardziej wskazane, ponieważ dziewczynka bardzo chętnie gestykuje. Uwidacznia się mobilizujące działanie Progestów, które są bardzo nieprecyzyjne, a jednocześnie prowokują wywołanie dźwięków.

Wspólnie wykonujemy manualne ćwiczenia, wrzucamy klocki, wciskamy guziczki, wpychamy kulki do otworków, równocześnie powtarzając sylaby i gesty, które nie wymagają precyzyjnego ruchu palców, a całej otwartej dłoni: *m*, *b*, *p*, *k*, *g*, lub dłoni zamkniętej: *ń*, *ś*, *ź*, *ć*, *dź*. Dziewczynce tego rodzaju aktywności sprawiają radość, między innymi dlatego, że prowokują ruch, którego na co dzień jej brakuje. Oczywiście równocześnie Zosia jest poddawana intensywnej stymulacji obszaru ustno-twarzowego oraz ćwiczeniom z zakresu czynnej praktyki aparatu artykulacyjnego. Progesty stanowią tu dodatek mogący stanowić dyskretne wsparcie, gdzie istotne będzie wprowadzanie gestów o najszerszym zakresie ruchu całej ręki, bez precyzyjnych ruchów palców. Większe znaczenie w tej sytuacji miało samo zaangażowanie Zosi w ruch i zabawę, niż jakość ruchu.

5 J. Nowotny, *Podstawy fizjoterapii*. Część 1, Wydawnictwo Kasper, Kraków 2004.



Rysunek 1. Przykładowy gest z Metody Progestów.

## 5. NATAN

Natan ma 3 lata i jest w pełni sprawny ruchowo, cechuje go bardzo wzmożona aktywność, rozpraszalność uwagi, skłonność do nadmiernego manipulowania przedmiotami. Chłopiec potrafi nawiązywać prawidłowe relacje społeczne, ale ewidentnie bardziej jest zainteresowany przedmiotami niż drugim człowiekiem. Świat przedmiotów go fascynuje i zarazem pobudza.

Poziom jego rozumienia mowy oraz poziomu słownictwa biernego jest normie.

Chłopiec ma opóźniony rozwój mowy

czynnej, mieszcząc się w przedziale wiekowym poniżej 18. miesiąca życia. Natan posługuje się swoistą mową dziecięcą, przy czym dane dźwięki nie mają przypisanych sobie desygnatów.

W tym przypadku wprowadzanie Progestów jest niezwykle trudne. Natan nie unika kontaktu wzrokowego, natomiast nie ma czasu, aby na mnie spojrzeć i naśladować cokolwiek, a jeśli nawet już, to naśladuje niedbale, jednorazowo, tylko po to, aby wrócić jak najszybciej do swojej zabawy. Trudno jest ustalić z nim wspólne pole uwagi. Chłopiec nie chce współpracować na moich warunkach i jednocześnie nie zaprasza mnie do swojej zabawy. Ewidentnie świetnie bawi się sam, zachowując infantylny styl dwulatka w połączeniu z chaosem i nadaktywnością.

Należy wobec tego wrócić do podstaw, czyli prób utrzymywania wspólnego pola uwagi, budowania relacji i wydłużania czasu utrzymywania kontaktu wzrokowego, tworzenia schematu zajęć, uczenia zasady „teraz ja – teraz ty”. Rodzice otrzymują zalecenia do domu, ponieważ (jak się okazało z pogłębionego wywiadu) zasady wychowawcze nie są zbyt respektowane. Rodzice chłopca deklarują sumienną pracę, co w ciągu kilku tygodni przynosi zaskakujące efekty. Natan jest coraz bardziej zainteresowany kontaktami z innymi, prowadzeniem dialogu w swoistej mowie dziecięcej, dojrzewa do przyswajania języka i dostrzega jego aspekt komunikacyjny. Najtrudniejszy etap za nami, aczkolwiek mam świadomość, że często zdarzają się na terapii dzieci, które wymagają intensywniejszej pracy dla osiągnięcia prawidłowej koncentracji i panowania nad własnym zachowaniem<sup>6</sup>.

Terapia logopedyczna z użyciem Progestów zaczyna zajmować pierwszoplanowe miejsce podczas zajęć. Natan nie ma problemu z naśladowaniem i powtarzaniem. Wykorzystujemy słowa składające się z sylab otwartych, które jednocześnie tematycznie budzą zainteresowanie chłopca, na przykład zabawa klockami i autami w budowę z podkreślaniami słów: *budowa, buduję, domy, dachy, ulica, jedzie*. Natan bardzo lubi dźwigi. Słowo *dźwig* jest trudne artykulacyjnie, zawiera zbitkę spółgłoskową, nie ma sylaby otwartej. Wobec tego stosujemy tylko jeden Progest odnoszący się do nagłosu, czyli *dź*. W przypadku Natana określenie dźwigu samym dźwiękiem *dź* lub uproszczeniem *dzik* już jest sukcesem. W takich sytuacjach dziecko zmusza terapeutę do elastyczności i szukania innych dróg. Pracujemy dalej.

6 R. Wiącek, *Dzieci nadpobudliwe psychoruchowo w wieku przedszkolnym*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2009.

## 6. JULA

Jula ma 3 lata i diagnozę Trisomii 21. Poziom jej sprawności językowej we wszystkich obszarach kształtuje się w przedziale wiekowym do 18. miesiąca życia. Dziewczynka dużo gaworzy, wypowiada niektóre onomatopeje, stosuje bardzo zróżnicowaną intonację. Ze względu na towarzyszący zespół genetyczny ma obniżone napięcie mięśniowe także w obszarze ustno-twarzowym, co wymaga dodatkowej terapii i stymulacji.

Stosując Progesty próbujemy wspólnie powtarzać pierwsze słowa złożone z sylab otwartych. Początkowo są to nazwy osób z najbliższego otoczenia. Wskazujemy je na specjalnie przygotowanych zdjęciach, stosując jednocześnie Progesty – *ma-ma, ta-ta, ba-ba, dzia-dzia*. Praca ze zdjęciami osób bliskich znacznie ułatwia uświadomienie dziecku istnienia nazwy, która ma swój desygnat i jednocześnie cechy fonetyczne. Dziecko zauważa, że słowo *tata* określa właśnie tego tatę, a jednocześnie to słowo składa się z dźwięków, które można podzielić, usłyszeć, zobaczyć w postaci gestów i w podobny sposób naśladować.

Ponieważ Jula bardzo lubi zdjęcia, staramy się wykorzystać fotografie innych osób z jej otoczenia, stosując drobne zmiany w nazwach. Trudne artykulacyjnie imiona upraszczamy tak, aby przybrały postać słów z sylabami otwartymi, w które włączamy Progesty, na przykład siostra *Elwira* otrzymuje przydomek *Eli*, pies *Toczka* – *Tocia*. Tego rodzaju uproszczenia nie zmieniają znacząco rzeczywistości, a jednocześnie bardzo ułatwiają terapię i rozwijanie mowy dziecka.

Jula, naśladowując Progesty, często jeszcze myli kierunek ruchu lub wykonuje go nieprecyzyjnie, używa niewłaściwych palców. Tego rodzaju trudności są wypadkową napięcia mięśniowego, postrzegania kierunku w przestrzeni oraz praksi<sup>7</sup>. Dziewczynka zniechęca się, kiedy jest zbyt często poprawiana, więc staram się na razie unikać takich sytuacji. Na tym etapie nie jest to tak istotne. Najważniejszy jest fakt, że Progesty ułatwiają dziewczynce stopniowe przechodzenie z etapu gaworzenia do pierwszych słów. Na korektę gestu i artykulacji przyjdzie jeszcze czas.

## 7. DAWID

Dawid ma 3 lata i rozwija się prawidłowo. Chłopiec jest grzeczny, współpracujący, bardzo chętny do zabawy i ćwiczeń, ma prawidłowo ukształtowany poziom umiejętności społecznych. Poziom rozwoju mowy w obszarach rozumienia oraz zakresu słownictwa biernego jest w normie, podobnie jak warunki anatomiczne i motoryczne aparatu artykulacyjnego.

Znaczne deficyty widoczne są w obszarze mowy czynnej. Dawid stworzył własny, dość skomplikowany system językowy, przecząc standardowym normom rozwoju mowy<sup>8</sup>. Chłopiec posługuje się: kilkoma słowami (*mama, tata*), holofrazami (czyli wyrażeniami z użyciem gestu, mimiki i dźwięku) oraz swoistą mową dziecięcą, opartą na wokalizach samogłoskowych oraz nielicznych spółgłoskach – *m, n, d, t*. Powtarzanie spółgłosek w jego wykonaniu jest uproszczone aż do tego stopnia, że każdą z nich zamienia na samogłoskę, dyftong – czyli dwugłoskę<sup>9</sup> (Ostaszewska, Tambor, 2000) lub dźwięk nieistniejący w systemie języka polskiego, na przykład mruknięcie, mlaśnięcie, chrząknięcie.

Ciekawy przykład z języka Dawida stanowią nazwy cyfr. 1 – *ei*, 2 – *a*, 3 – *u*, 4 – *łała*, 5 – *te*, 6 – *o*, 7 – *y*, 8 – *yhm*, 9 – *ada*. Chłopiec, stosując dokładnie te dźwięki, tworzy nazwy liczb, w tym: 10 – *eiyhm*, 25 – *ate*,

7 D. Jodzis, *Własne obserwacje dotyczące dysfunkcji SI wśród dzieci z głębszymi deficytami rozwojowymi*, „Integracja Sensoryczna. Kwartalnik PSTIS” 2016, nr 1, s. 26-29.

8 B. Kamińska, B. Siebert, *Podstawy rozwoju mowy u dzieci*, „Forum Medycyny Rodzinnej” 2012, tom 6, nr 5, s. 236-243, [https://journals.viamedica.pl/forum\\_medycyny\\_rodzinnej/article/viewFile/20264/15919](https://journals.viamedica.pl/forum_medycyny_rodzinnej/article/viewFile/20264/15919) (dostęp: 4.04.2020).

9 D. Ostaszewska, J. Tambor, *Fonetyka i fonologia współczesnego języka polskiego*, PWN, Warszawa 2000.



34 – *ułała* itd. Odpowiadając na pytanie: *Gdzie jest tata?* – wypowiada słowo *tata* i podaje w swoim systemie językowym numer rejestracji samochodu, co oznacza, że tata pojechał autem. Dawid podobnie stworzył także własne nazwy dla określeń osób, rzeczy i zjawisk, gdzie na przykład: *ii* oznacza siostrę Wiki, *iiij* – pojazd na sygnale. Można powiedzieć, że chłopiec został mistrzem dyftongów, zrozumiałych wyłącznie przez jego najbliższą rodzinę. Biorąc pod uwagę fakt, że Dawid nie przejawia żadnych cech osoby ze spektrum autyzmu (co zapewne nasuwa się teraz wielu czytelnikom), przypuszczam, że należy do grupy osób z opóźnionym rozwojem mowy czynnej, gdzie wysoki poziom inteligencji pozwolił mu na kompensacyjne stworzenie dość zaawansowanego systemu językowego. Przypomina to trochę dziecięce esperanto<sup>10</sup>.

Ponieważ Dawid jest bystry i bardzo chętny do współpracy, rozpoczynamy od razu od całego systemu Progestów. Wspólnie czytamy książeczki do nauki alfabetu, gdzie każda strona przedstawia konkretną literę oraz rysunek, którego nazwa rozpoczyna się właśnie od niej, na przykład litera *s* z rysunkiem sera itp. Przy każdej literze wspólnie wykonujemy odpowiednie Progesty. Celem jest pokazanie chłopcu całej „palety” fonemów, uświadomienie mu ich istnienia, wyglądu w geście i literze oraz podkreślenie ich różnorodności. Czytanie liter bez gestów nie sprawdza się. Chłopiec, powtarzając za mną głoski bez dodatkowych gestów, znacznie je zniekształca, sprowadzając je do dyftongów. Powtarzając z Progestami, artykułuje głoski poprawnie i nie wymaga dodatkowych zabiegów związanych z wywołaniem głosek. Progesty ewidentnie uświadamiają mu różnice między dźwiękami, budzą zainteresowanie i prowokują do poprawnej artykulacji spółgłosek.

Sytuacja Dawida jest jednym z nielicznych wyjątków, gdzie jego rodzice zostali poinstruowani i nauczeni wszystkich Progestów już na początku terapii. Tu istotne jest jak najszybsze uświadomienie chłopcu, że jego własny system językowy nie jest tożsamy z systemem językowym osób z otoczenia. Celem jest pokazanie różnorodności dźwięków występujących w języku polskim, z których potem będziemy budowali słowa, zdania, całe wypowiedzi. Polegając na wysokiej inteligencji chłopca pokazujemy mu najpierw zestaw głosek i gestów (niczym pudło różnorodnych klocków), a następnie tworzymy proste słowa i wypowiedzi – *to auto*, *auto jedzie* itp. (niczym budowle z klocków).

Chłopiec robi postępy, natomiast z czasem rodziców zaczyna niepokoić fakt, że co prawda ich syn mówi coraz więcej „po polsku”, ale tylko wtedy, gdy stosuje Progesty. Czyżby nastąpiła tak silna akwizycja systemu Progestów? Ciekawe jest to, że chłopiec jest podatny na różne systemy, tylko nie na język polski. Nadal pracujemy, mowa chłopca jest coraz bardziej zrozumiała dla innych osób, a to już jest dla niego informacja zwrotna, że jest to dobry kierunek komunikacji. Stopniowo w ciągu kilku miesięcy uwidacznia się automatyzacja niektórych wypowiedzi, w których Dawid nie wspiera się już Progestami, na przykład przy nazwach osób bliskich, zwrotach grzecznościowych czy krótkich, codziennych poleceniach.

## 8. MATEUSZ

Mateusz ma 4 lata. Stwierdzono u niego opóźniony rozwój psychoruchowy na tle zespołu Klinefeltera<sup>11</sup>. Chłopiec jest sprawny ruchowo, a jednocześnie nieco niezdarny, wykazujący objawy dyspraksji, czyli zaburzeń w planowaniu ruchu<sup>12</sup>. Mowa chłopca ma cechy dysfazji mieszanej, przy zachowanych prawidłowych warunkach anatomicznych aparatu artykulacyjnego. Spontanicznie dużo wokalizuje, posługuje się

10 M.J. Komarnicka, *Fenomen języka esperanto*, „Przegląd Uniwersytecki” 2012, R. 23, nr 2(217), s. 32, [https://issuu.com/universityofwroclaw/docs/pu\\_2017\\_02](https://issuu.com/universityofwroclaw/docs/pu_2017_02) (dostęp: 5.04.2020).

11 M. Szalecki, *Co nowego o zespole Klinefeltera?* „Endokrynologia Pediatria” 2006, nr 3(16), s. 55-59, <http://www.endokrynologiapediatria.pl/?doi=10.18544/EP-01.05.03.0065> (dostęp: 6.04.2020).

12 E. Grzybowska, *O dyspraksji – czyli wiem co, ale nie wiem jak*, „Integracja Sensoryczna. Biuletyn PSTIS” 2008, nr 2, s. 5-8.



holofrazami. Nie wypowiada słów, poza kilkoma wyjątkami, np. *mama*, *ta (tak)*, *ne (nie)*, *tu*, *tam*, *ho (hop)*. Poziom rozumienia mowy jest na poziomie pomiędzy 2.-3. rokiem życia, natomiast mowa czynna poniżej 18. miesiąca życia.

Ze względów organizacyjnych placówki Mateusz uczęszcza na terapię logopedyczną do innego specjalisty, natomiast ze mną ma terapię integracji sensorycznej. Pracujemy nad równowagą i planowaniem ruchu. Z racji zawodu siłą rzeczy przemycam elementy terapii logopedycznej podczas innych zajęć. Na sali do SI naturalnie pojawiają się onomatopeje typu: *ba (bam)* – rzucanie, *ho (hop)* opa – skakanie, *buju* – huśtanie, *kulu* – turlanie piłki. Podczas tych zabaw zachęcam Mateusza do naśladowania Progestów i powtarzania dźwięków.

Integracja sensoryczna to ruch, a więc czasowniki. Tu istotne jest zachowanie sylab otwartych, dlatego staram się zadawać pytania tak, aby odpowiedź Mateusza z użyciem Progestów była w tej formie, na przykład: *Co robi piłka?* – *kula*, *Co robi huśtawka?* – *buja*, *Co robi papierowy samolot?* – *lata*, *Co robi deskorolka?* – *jedzie*. Ponadto wykonujemy czynności wspólnie, a więc *Co robimy na huśtawce?* – *bujamy*, *Co robimy na deskorolce* – *jedziemy* itp. Chłopiec chętnie powtarza Progesty, przy czym robi to niedbale, co może świadczyć o pewnych cechach dyspraksji, która uwidacznia się także w motoryce dużej. Staram się je korygować, szlifując coraz bardziej precyzyjny ruch. Mateusz pozwala na takie korekty, nie zniechęca się nimi, stopniowo wykonuje Progesty coraz dokładniej.

W powyższych sytuacjach zakres ćwiczonych dźwięków, sylab czy słów jest dość ograniczony, ale systematycznie utrwalany przynosi efekty. Mateusz coraz częściej samodzielnie odpowiada na powyższe pytania, stosując Progesty. Niekiedy nawet widoczne jest wyprzedzanie dźwięku gestem, co sugeruje znaczącą rolę ruchu ręki w inicjowaniu artykulacji.

## 9. WIKTOR

Wiktor ma 4 lata, jest pogodnym przedszkolakiem, trafił na terapię ze względu na wady wymowy. Poza artykulacją poziom jego sprawności językowej w pozostałych sferach jest w normie, chłopiec jest bardzo komunikatywny, rozmowny, zadaje ciekawe pytania.

W zakresie artykulacji u chłopca występują zamiany głosek *k*, *g* na głoski *t*, *d* oraz głosek *l*, *r* na głoskę *j*. Przeprowadzamy wspólnie proces wywołania głoski *k* w tradycyjny sposób, z wykorzystaniem szpatułki i cofnięciem masy języka. Wywołanie następuje już na drugich zajęciach. Nasuwa się pytanie, czy można wywoływać głoski wyłącznie z wykorzystaniem Progestów, bez użycia technik typowo logopedycznych. Otóż można, ale nie zawsze. Są głoski i Progesty, które idealnie wpasowują się w proces wywoływania, na przykład *m*, *p*, *b*, *f*, *w*, *t*, *j*, *h*, niekiedy *l*, ponieważ korelują one z dobrą widocznością ułożenia narządów artykulacyjnych. Pozostałe głoski niekiedy wymagają tradycyjnego wywołania, natomiast Progesty odgrywają znaczącą rolę w ich utrwalaniu i budowaniu świadomości słuchowo-artykulacyjnej dziecka.

Taka sytuacja miała miejsce właśnie tym razem. Po tradycyjnym, dość szybkim i efektywnym wywołaniu głosek *k*, *g* okazuje się, że ich różnicowanie z głoskami *t*, *d* oraz utrwalanie sprawia chłopcu znacznie większe trudności. Progesty się świetnym narzędziem pomocniczym w tymże procesie, począwszy od różnicowania w sylabach, a potem w słowach. Co ciekawe, chłopiec, wykonując zadania różnicowania dźwięków, często najpierw wykonuje prawidłowy gest, a następnie mówi. Ewidentnie wzrasta jego świadomość w zakresie słuchowego i wzrokowego różnicowania dźwięków mowy.

Kolejnym etapem jest holistyczne podejście do wywołania głoski *l*. Zdarza się, że niektóre dzieci, opierając się wyłącznie na wzorcu Progestu głoski *l*, od razu prawidłowo ją powtarzają. Niestety w przypadku Wiktora to nie ma miejsca. Prawidłowo wykonany gest i brak pionizacji języka świadczą o tym, że ta druga czynność nie została prawidłowo wykształcona na wcześniejszych etapach rozwoju. Podejmujemy więc intensywne ćwiczenia pionizacji języka, zarówno bierne, jak i czynne. Pokazują jednocześnie za każdym razem

Progest charakteryzujący głoskę *l*, aby budzić w dziecku świadomość ruchu języka przy tej głosce. Jednocześnie jeszcze nie wymagam powtarzania go, ponieważ chłopiec powinien skupić się wyłącznie na dokładnym miejscu artykulacji. Równocześnie podczas kilku zajęć pracujemy nad eliminowaniem infantylnego sposobu połykania z przejściem do formy dojrzałego połykania<sup>13</sup>.

W momencie, kiedy chłopiec już pewnie kieruje czubek języka i stabilnie zatrzymuje pośrodku górnego wąłka dziąsłowego, zachęcam go do równoczesnego naśladowania Progestu z artykulacją głoski *l*. Dzięki temu, że wcześniej często prezentowałam go chłopcu podczas ćwiczeń pionizacji, zostało zbudowane skojarzenie pomiędzy Progestem a ćwiczoną układem języka. Tak przygotowany grunt znacznie przyspiesza proces utrwalania głoski *l* w słowach i zdaniach. Chłopiec niemal natychmiast zaczyna dokonywać autokorekty własnej wypowiedzi opierając się na mojej poprawce, przedstawionej wyłącznie Progestem. Następny etap to utrwalanie słów i zdań zawierających szczególnie dużą ilość głosek *k*, *g*, *t*, *d*, *l* z zastosowaniem Progestów.

## 10. ADAM

Adam ma 5 lat, jest dotknięty niedosłuchem w stopniu głębokim, obustronnym; ponadto jest implantowany na ucho lewe, aparatuwany na ucho prawe. Sprawność językowa chłopca w zakresie rozumienia mowy i budowania wypowiedzi kształtuje się na poziomie 4. roku życia, natomiast znacznie zniekształcona jest artykulacja. Niedosłuch jest problemem niezwykle złożonym, stąd liczne są zarówno dodatkowe objawy, jak i trudności towarzyszące terapii<sup>14</sup>.

Chłopiec jest pogodnym przedszkolakiem, bardzo ruchliwym, aktywnym. Ma pewne trudności w koncentracji uwagi. Dość intensywnie poszukuje bodźców przedsionkowo-propryoceptywnych, lubi biegać, skakać. Podczas zajęć przy stoliku często buja się na krześle, lekko uderza kolaniem w kolano, wkłada dłonie pod uda, mocno je dociskając. Adam celowo robi wokół siebie sporo hałasu, chcąc lepiej usłyszeć dźwięki, które dla osób prawidłowo słyszających są naturalne, na przykład rzuca kostką do gry z większej wysokości, tak aby jej dźwięk był donośniejszy, uderza dobitniej pionkiem w planszę itp. Adam ma świadomość istnienia własnej nadruchliwości i stara się ją powstrzymywać. Reaguje na dyskretnie upomnienia, typu *Popatrz tu, spróbuj powtórzyć, postaraj się dokładniej* itp. Chłopiec ma prawidłowo wykształcone umiejętności społeczne i mimo trudności, z jakimi się boryka, próbuje jak najlepiej dostosować się do zasad podczas zajęć.

Adam buduje dłuższe wypowiedzi, chętnie odpowiada na pytania i je często zadaje. Mówi z dużą ekspresją, bardzo donośnie, barwa jego głosu jest nieco chrypiąca i jednocześnie lekko nosowa. Sprawność artykulacyjna chłopca pozostawia wiele do życzenia. Występują liczne zniekształcenia, uproszczenia, zamiany i pominięcia głosek, przy czym pojawiają się już niekiedy w spontanicznej mowie głoski trudne z szeregu szumiącego oraz *r*. Ogromną trudność sprawia chłopcu dostrzeżenie różnic pomiędzy głoskami trwałymi (które można wypowiadać na całej długości wydechu) oraz pozostałymi, nietrwałymi<sup>15</sup>.

Każde zajęcia prowadzimy według ustalonego schematu. Pierwsza część obejmuje ćwiczenia, wprawki artykulacyjne przed lustrem z zastosowaniem Progestów. Ćwiczymy głoski w izolacji, w sylabach i ciągach sylab. Adam bardzo chętnie naśladuje gesty, wykonuje dość zamaszyste i dobitne ruchy, starając się jednak zachować indywidualny charakter każdego z nich. Pracujemy nad ich precyzją, równocześnie dbając o precyzję ruchu artykulatorów. Szczególnie zwracamy uwagę na różnicowanie głosek trwałych i nietrwałych. Druga

13 C. Morales, *Ustno-twarzowa terapia regulacyjna*, Fundacja „Promyk Słońca”, Wrocław 2009.

14 B. Warchocka, *Dziecko z wadą słuchu – Jak pracować z uczniem słabosłyszącym?* „Pedagogika Specjalna – Portal dla nauczycieli” 17 marca 2019, <http://www.pedagogika-specjalna.edu.pl/surdopedagogika/dziecko-z-wada-sluchu/> (dostęp: 5.04.2020).

15 D. Ostaszewska, J. Tambor, *Fonetyka i fonologia...*, dz. cyt.

część każdego zajęcia, to gry i zabawy z wykorzystaniem słów zawierających sylaby otwarte (puzzle, memory, gry planszowe, wyklejanki) z jednoczesnym, intensywnym użyciem Progestów.

W przypadku Adama Progesty wydają się być niezbędne w terapii. Stanowią istotne wsparcie przy deficytach słuchu. Uświadamiają miejsce artykulacji, a w szczególności imitują czas trwania głósłki, co stanowi istotny problem w omawianym przypadku. Progesty znacznie wspomagają rozwój świadomości fonetycznej chłopca oraz jego umiejętności artykulacyjne.

## PODSUMOWANIE

Powyższy artykuł stanowi uzupełnienie wiedzy na temat Metody Progestów. Może być szczególnie przydatny osobom, które ukończyły szkolenie z tego zakresu. Ukazuje praktyczny wymiar możliwości prowadzenia terapii. Różnorodność opisanych przypadków przedstawia zarówno problemy, z jakimi zmagają się terapeuta, jak i perspektywy sukcesów terapeutycznych. Świadomie stosowane Progesty mogą być ciekawym narzędziem w rękach przeszkolonego i jednocześnie improwizującego praktyka.

## BIBLIOGRAFIA

1. Glej s., *Praktyczny poradnik terapii wad wymowy u dzieci w wieku przedszkolnym i młodszym szkolnym*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2018.
2. Gruba J., *Karty Oceny Logopedycznej Dziecka KOLD*, Wydawnictwo Komlogo, Gliwice 2017.
3. Grzybowska E., *O dyspraksji – czyli wiem co, ale nie wiem jak*, „Integracja Sensoryczna. Biuletyn PSTIS” 2008, nr 2, s. 5-8.
4. Jodzis D., *Progesty – metoda prostych gestów*, Wydawnictwo Komlogo, Gliwice 2019.
5. Jodzis D., *Własne obserwacje dotyczące dysfunkcji SI wśród dzieci z głębszymi deficytami rozwojowymi*, „Integracja Sensoryczna. Kwartalnik PSTIS” 2016, nr 1, s. 26-29.
6. Kamińska B., Siebert B., *Podstawy rozwoju mowy u dzieci*, „Forum Medycyny Rodzinnej” 2012, tom 6, nr 5, s. 236-243, [https://journals.viamedica.pl/forum\\_medycyny\\_rodzinnej/article/viewFile/20264/15919](https://journals.viamedica.pl/forum_medycyny_rodzinnej/article/viewFile/20264/15919) [dostęp: 4.04.2020].
7. Komarnicka M.J., *Fenomen języka esperanto*, „Przegląd Uniwersytecki” 2012, R. 23, nr 2 (217), [https://issuu.com/universityofwroclaw/docs/pu\\_2017\\_02](https://issuu.com/universityofwroclaw/docs/pu_2017_02) (dostęp: 5.04.2020).
8. Morales C., *Ustno-twarzowa terapia regulacyjna*, Fundacja „Promyk Słońca”, Wrocław 2009.
9. Nowotny J., *Podstawy fizjoterapii Część 1*, Wydawnictwo Kasper, Kraków 2004.
10. Ostaszewska D., Tambor J., *Fonetyka i fonologia współczesnego języka polskiego*, PWN, Warszawa 2000.
11. Szalecki M., *Co nowego o zespole Klinefeltera?*, „Endokrynologia Pediatryczna” 2006, nr 3(16), s. 55-59, <http://www.endokrynologiapediatryczna.pl/?doi=10.18544/EP-01.05.03.0065> [dostęp: 6.04.2020].
12. Warchocka B., *Dziecko z wadą słuchu – Jak pracować z uczniem słabosłyszącym?*, „Pedagogika Specjalna – Portal dla nauczycieli”, 17 marca 2019, <http://www.pedagogika-specjalna.edu.pl/surdopedagogika/dziecko-z-wada-sluchu/> [dostęp: 5.04.2020].
13. Wiącek R., *Dzieci nadpobudliwe psychoruchowo w wieku przedszkolnym*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2009.
14. Wosik-Kawala D., *Dziecko wychowywane w rodzinie zastępczej*, „Wychowanie w Rodzinie” 2015, nr 1, s. 271-288, [http://www.repozytorium.uni.wroc.pl/Content/76556/Dziecko\\_wychowywane\\_w\\_rodzinie\\_zastepczej.pdf](http://www.repozytorium.uni.wroc.pl/Content/76556/Dziecko_wychowywane_w_rodzinie_zastepczej.pdf) [dostęp: 6.04.2020].

## Notka o autorze

**dr n. hum. Daria Jodzis** – neurologopeda, dyplomowany specjalista wczesnej interwencji logopedycznej, certyfikowany międzynarodowy terapeuta Konceptji C.R. Moralesa oraz certyfikowany terapeuta SI, autorka Metody PROGESTY. Przede wszystkim praktyk. Od 1999 roku prowadzi terapię w ośrodkach rehabilitacji, w ramach placówek służby zdrowia. Obecnie współpracuje z najlepszymi specjalistami z zakresu terapii i rehabilitacji w Zielonej Górze. Wykładowca akademicki. Zainteresowania zawodowe: wczesna interwencja, terapia neurologopedyczna i stymulacja sensoryczna niemowląt z tzw. grupy ryzyka oraz dzieci w wieku poniemowlęcym, przedszkolnym i wczesnoszkolnym z obciążeniami rozwojowymi.

## Magdalena Knappek

logopeda

magdalena.knappek@uj.edu.pl

## Agnieszka Koziół-Kozakowska

dietetyk

agnieszka.koziol-kozakowska@uj.edu.pl

# Anatomiczne i fizjologiczne uwarunkowania opóźnienia w rozwoju mowy – jedzenie

## STRESZCZENIE

Niniejszy tekst został poświęcony tematyce zależności opóźnienia w rozwoju mowy a anatomicznymi i fizjologicznymi uwarunkowaniami funkcji pokarmowych. Składa się on z trzech części. W pierwszej przedstawione zostały definicje i podziały ORM w kontekście innych jednostek chorobowych lub zaburzeń zaklasyfikowanych w IDC-10. W kolejnej zaprezentowano korelację między ORM a trudnościami w jedzeniu i picciu. Na końcu opisano studium przypadku chłopca z ORM oraz wybiórczością pokarmową.

## WSTĘP

Rozważając zagadnienie opóźnienia rozwoju należy obecnie zwrócić uwagę na dwa aspekty. Po pierwsze, istnieje konieczność łączenia opóźnienia rozwoju mowy na płaszczyźnie językowej z trudnościami w zakresie funkcjonowania różnych obszarów anatomicznych człowieka – układu oddechowego, fonacyjnego i pokarmowego. W związku z powyższym w rozumieniu terapeutycznym nie jest wystarczające stymulowanie jedynie funkcji poznawczych. Po drugie, złożoność zjawiska opóźnionego rozwoju mowy wymaga zaangażowania zespołu wielospecjalistycznego do prowadzenia szeroko rozumianej terapii, w tym mioterapii.

## 1. OPÓŹNIENIE/OPÓŹNIENIA ROZWOJU MOWY – DEFINICJA I PODZIAŁ

Na potrzeby niniejszego artykułu przytaczam jedynie pojęcie „opóźnienia w rozwoju mowy”, które szerzej omówiłam w tekście oddanym do publikacji, pt. *Anatomiczne i fizjologiczne uwarunkowania opóźnienia w rozwoju mowy – oddychanie i fonacja*. Ukaże się on w następnym numerze „Forum Logopedy”.

Opóźnienie rozwoju mowy to istotnie niższa sprawność językowa, którą obserwuje się na wszystkich płaszczyznach języka (fonetyczno-fonologicznej, morfologicznej, semantycznej, syntaktycznej i pragmatycznej). Opóźnienie może obejmować jedną, dwie lub więcej płaszczyzn językowych na raz (bardzo często wszystkie). Zauważa się także różne nasilenie symptomów w aspekcie mowy czynnej i biernej. Opóźnienie rozwoju mowy objawia się w wieloraki sposób, a jego etiologii upatruje się w licznych, nie do końca nawet opisanych czynnikach, toteż zasadne wydaje się stanowisko badaczy mówiące o konieczności podziału opóźnionego rozwoju mowy, a także używania terminu opóźnienia rozwoju mowy, wskazującego na liczbę

mnogą w tym zakresie<sup>1</sup>. Powszechnie uznaje się zasadność stosowania terminu *opóźnienie rozwoju mowy* u dzieci do 3. roku, u których nie można jednoznacznie stwierdzić przyczyny nieprawidłowego rozwoju mowy<sup>2</sup>. Po 3. roku życia konieczne jest postawienie konkretnej diagnozy, z której będzie wynikać, czy mamy do czynienia z:

- samoistnym opóźnionym rozwojem mowy,
- niesamoistnym opóźnionym rozwojem mowy,
- SLI/DLD/Alalią (*Specific Language Impairment*)<sup>3</sup>.

Jeżeli opóźnienie obserwujemy u dzieci starszych lub znamy jego przyczynę „opóźnienie rozwoju mowy” traktujemy jako objaw.

Zgodnie z ICD-10 (Międzynarodową klasyfikacją chorób i problemów zdrowotnych z 2008 r.) opóźnienie rozwoju mowy, które stwierdza się bez dodatkowych/nadrzędnych zaburzeń, przypisać można do numerów:

**F80.0** Specyficzne zaburzenia rozwoju mowy i języka

**F80.8** Inne zaburzenia rozwoju mowy i języka

**F80.9** Zaburzenia rozwoju mowy i języka, nieokreślone.

W przypadku innych zaburzeń nadrzędnych, w których opóźnienie rozwoju mowy jest objawem, konieczne jest podanie numeru głównego zaburzenia bądź choroby, na przykład:

**F84.0** całościowe zaburzenia rozwoju.

Do każdej diagnozy opóźnienia rozwoju mowy samoistnego, niesamoistnego oraz SLI<sup>4</sup> można dodia-  
gnozować/dopisać również inne jednostki chorobowe i zaburzenia z klasyfikacji z IDC-10, oczywiście o ile występują. Dotyczy to między innymi zaburzeń oddychania, fonacji i jedzenia. Kolejno mamy zatem:

1. W zakresie oddychania:

**R06.0** Dusznosc

**R06.1** Stridor

**R06.2** Sapanie

**R06.4** Hiperwentylacja

**R06.5** Oddychanie przez usta, chrapanie

**R06.8** Inne i nieokreślone zaburzenia oddychania; bezdech; zatrzymanie oddechu dowolne (ataki); uczucie dławienia; wzdychanie

**P28.4** Bezdech u noworodków.

2. W zakresie fonacji:

**R49.0** Dysfonia

**R49.1** Afonia

**R49.2** Wysoki i niski nosowy dźwięk mowy

**R49.8** Inne i nieokreślone zaburzenia mowy

1 S. Grabias, *Mowa i jej zaburzenia*, „Audiofonologia” 1997, t. 10, s. 69-83; G. Jastrzębowska, *Opóźnienie rozwoju mowy* [w:] *Podstawy neurologopedii. Podręcznik akademicki*, red. T. Gałkowski, E. Szela, G. Jastrzębowska, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole 2005, s. 360-378.

2 S.B. Robertson, s. E. Weismer, *Effects of Treatment on Linguistic and Social Skills in Toddlers with Delayed Language Development*, „Journal of Speech, Language and Hearing Research” 1999, Vol. 42, s. 1234-1248.

3 M. Knapke, A. Chlanda *Opóźniony rozwój mowy – etiologia, diagnoza, terapia*, „Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis. Studia Logopaedica” 2017, nr 6, s. 141-164.

4 L.B. Leonard, *SLI – Specyficzne zaburzenia rozwoju językowego*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2006.



**J38.0** Porażenie strun głosowych i krtani – niedowład krtani, porażenie głośni

**J38.1** Polip struny głosowej lub krtani

**J38.2** Guzki strun głosowych

**J38.3** Inne choroby strun głosowych

**J38.4** Obrzęk krtani

**J38.5** Skurcz krtani

**J38.6** Zwężenie krtani

**J38.7** Inne choroby krtani – ropień; zapalenie rozlane (cellulitis); choroba BNO; martwica krtani; modelowatość; zapalenie oskrzeli.

3. W zakresie połykania i jedzenia:

**R13** Dysfagia – utrudnienie połykania

**F50.8** Inne zaburzenia odżywiania się

**F50.9** Zaburzenia odżywiania się, nie określone

**F98.2** Zaburzenie odżywiania w niemowlęctwie i dzieciństwie

**F98.3** Zaburzenia picia w niemowlęctwie lub dzieciństwie.

Do podanego wykazu należy się jednak komentarz. Większość przytoczonych chorób i zaburzeń nie można uznawać za nadrzędne do opóźnienia rozwoju mowy. Inaczej jest jednak w przypadku: R06.5 Oddychania przez usta; R06.8 Innych i nieokreślonych zaburzeń oddychania; bezdechu; zatrzymania oddechu; uczucia dławienia; R49.0 Dysfonii; R49.1 Afonii; J38.0 Porażenia strun głosowych i krtani – niedowładu krtani, porażenia głośni; R13 Dysfagii – utrudnienia połykania; F98.2 Zaburzeń odżywiania w niemowlęctwie i dzieciństwie. Wszystkie one, jako czynności prymarne – oddychanie<sup>5</sup>, fonacja, jedzenie i połykanie<sup>6</sup>, mogą zostać uznane za kluczowe w procesie diagnozy i terapii opóźnienia rozwoju mowy. Bez prawidłowo funkcjonującego układu oddechowego, fonacyjnego i pokarmowego, szczególnie w części wspólnej z aparatem artykulacyjnym, nie da się mówić o możliwości prawidłowego rozwoju mowy w aspekcie poszczególnych płaszczyzn językowych.

## 2. ETIOLOGIA OPÓŹNIENIA ROZWOJU MOWY

W związku z dużą liczbą czynników warunkujących opóźnienie rozwoju mowy można podzielić je na egzogenne i endogenne<sup>7</sup>. Temat ten został szczegółowo omówiony przeze mnie w kolejnym artykule<sup>8</sup>. Na potrzeby niniejszego tekstu szczególnie zasadne wydaje się skupienie na czynnikach endogennych<sup>9</sup>, do których zalicza się: czynniki genetyczne, płeć, nieprawidłowości prenatalne, perinatalne i postnatalne<sup>10</sup>, zaburzenia słuchu, nieprawidłowości w budowie i funkcjonowaniu twarzoczaszki. Warto dołączyć do nich

5 P. McKeown, *Materiały z kursu instruktorskiego Metody Butejki*, 2020.

6 M. Knapik, P. Wójcik-Topór, *Diagnoza, terapia zaburzeń połykania i głosu u dzieci w świetle badań neurologopedycznych*, „Sielsiana”, w druku.

7 T. Sunderajan, s. V. Kanhere, *Speech and Language Delay in Children: Prevalence and Risk Factors*, “Journal of Family Medicine and Primary Care” 2019, Vol. 8, No. 5, s. 1642-1646.

8 Tamże.

9 M. McLaughlin, *Speech and Language Delay in Children*, “American Family Physician” 2011, Vol. 83, No. 10, s. 1183.

10 P. Belgin, B. Abraham, s. Baburaj, M.K. Mohandas, *Environmental and Biological Risk Factors Associated with the Prevalence of Language Delay in Children up to 6 Years of Age from Rural South India*, “Journal of Clinical and Diagnostic Research” 2017, Vol. 11, No. 12, s. 11-14.

również opóźnienia, mielinizację *włókien nerwowych*; uszkodzenia układu nerwowego – ośrodkowe i obwodowe; niepełnosprawność intelektualną; uszkodzenia mięśniowe; zaburzenia budowy i pracy układu oddechowego i fonacyjnego; zaburzenia budowy i funkcjonowania układu pokarmowego w obrębie jamy ustnej i gardła.

### 3. OD NERWÓW CZASZKOWYCH DO JEDZENIA, OD JEDZENIA DO MÓWIENIA

Jedzenie, picie, w tym połykanie pokarmu, to czynności mocno zależne od koordynacji pracy układu oddechowego, fonacyjnego i pokarmowego. Oddychanie, pobieranie oraz opracowywanie pokarmu, a następnie połykanie muszą być sekwencyjne, w przeciwnym razie jedzenie i picie doustne są utrudnione, a czasami wręcz niemożliwe<sup>11</sup>. Praca tych samych co przy jedzeniu aparatów i układów ciała jest potrzebna do prawidłowego rozwoju mowy. I w tym przypadku nie można mówić o zaburzeniach poszczególnych funkcji bez wpływu na rozwój umiejętności językowych<sup>12</sup>.

W celu całościowego spojrzenia na proces przyjmowania pokarmu należy uwzględnić funkcje układu nerwowego, w tym mózgu i nerwów czaszkowych, reakcje odruchowe i ich formy ewolucyjne, a także pracę odpowiednich mięśni. Działania organizacyjne mózgu polegają przede wszystkim na planowaniu ruchów składających się na jedzenie i picie. Mózg odbiera i przetwarza także różne bodźce z organizmu, które świadczą na przykład o uczuciu głodu, jak i chęci zjedzenia czegoś, co ładnie pachnie lub pysznie wygląda<sup>13</sup>. Funkcja układu nerwowego jest szczególnie ważna ze względu na działanie 12 par nerwów czaszkowych, które rozpoczynają się już w obszarze mózgowia. Przebiegają one w obrębie głowy unerwiając ruchowo i czuciowo poszczególne części ciała, ale przede wszystkim obszar twarzoczaszki. Nerwy czaszkowe odpowiadają za wrażenia zmysłowe, pracę niektórych mięśni i gruczołów oraz przebieg określonych funkcji i reakcji fizjologicznych organizmu.

Wyróżnia się nerwy zmysłowe: I, II i VII; gałki ocznej i języka – III, IV, VI i XII; łuków skrzelowych: V, VII, IX, X, XI. Opis poszczególnych par przedstawia się w następujący sposób<sup>14</sup>:

**I** – nerw węchowy

**II** – nerw wzrokowy

**III** – nerw okołoruchowy

**IV** – nerw błotkowy

**V** – nerw trójdzielny

**VI** – nerw odwodzący

**VII** – nerw twarzowy

**VIII** – nerw przedsionkowo-ślimakowy

**IX** – nerw językowo-gardłowy

**X** – nerw błędny

11 E. Boksa, *Dysfagia z perspektywy zaburzeń komunikacji językowej u dzieci i młodzieży z niepełnosprawnościami sprzężonymi*, Wydawnictwo Libron, Kraków 2016.

12 K.A. Burklow, A.N. Phelps, J.R. Schuktz, K. McConnell, C. Rudolph, *Classifying Complex Pediatric Feeding Disorders*, "Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition" 1998, Vol. 27, No. 2, s. 143-147.

13 Procesy zachodzące w mózgu, które wpływają na poszczególne funkcje organizmu oraz rozwój kompetencji językowej, komunikacyjne i kulturowej nie są przedmiotem niniejszego artykułu.

14 M. Schunke, E. Schulte, U. Schumacher, *Atlas anatomii człowieka. Głowa, szyja i neuroanatomia*, t. III, Medpharm Polska, Wrocław 2012; F. Netter, *Atlas anatomii człowieka*, Edra Urban & Partner, Wrocław 2017; R. Podemski, *Kompendium neurologii*, Via Medica, Gdańsk 2011.

**XI** – nerw dodatkowy

**XII** – nerw podjęzykowe.

Szczególne ważne dla funkcji jedzenia i picia oraz mówienia są następujące nerwy:

1. Nerw V – trójdzielny, który odpowiada za żucie, unerwia czuciowo twarz, zatoki, zęby i jamę ustną.
2. Nerw VII – twarzowy, który unerwia jamę nosową, przewodzi 2/3 bodźców smakowych języka, zapatruje on mięśnie mimiczne i szyjne, unerwia mięsień strzemiączkowy, tylny brzusiec, dwubrzuscowy, rylcowo-gnykowy, potyliczny.
3. Nerw IX – językowo-gardłowy przewodzi 1/3 bodźców smakowych języka, unerwia migdałek, gardło, ucho środkowe, mięsień rylcowo-gardłowy i wydzielniczo śliniankę przyuszną.
4. Nerw X – błędny, przechodzi przez całe ciało, odpowiada za funkcje narządów klatki piersiowej i jamy brzusznej, unerwia ruchowo i czuciowo serce, płuca, podniebienie, gardło, krtani, tchawicę, oskrzela, przewód pokarmowy oraz ucho zewnętrzne. Spełnia dużą rolę w pracy jamy ustnej, gardła, przepony, a końcowo bierze udział w procesie oddawania moczu i stolca. Praktycy logopedii odnajdują dużą korelację między odpamersowaniem dziecka a rozwojem mowy. Można dostrzegać zależność w zmianie pracy nerwu względem poszczególnych artykulatorów, szczególnie podniebienia miękkiego, gardła oraz strun głosowych. Nerw błędny bierze również udział w uruchamianiu mięśni przepony oraz odruchu wymiotnym, w którym to szczególną rolę odgrywa przepona jako jeden z największych mięśni w organizmie człowieka. Nerw błędny odgrywa kluczową rolę w uruchamianiu przepony do oddychania, połykania, wymiotowania, pomocy w drenażu limfatycznym, a końcowo również mówieniu. Przepona bierze udział w każdej chorobie ogólnoustrojowej i staje się miejscem, które negatywnie wpływa na powstawanie różnego rodzaju objawów. Skąd też konieczność wspomagania jej pracy, która finalnie poprawi funkcjonowanie umysłowe człowieka.
5. Nerw XI – dodatkowy, unerwia mięśnie gardła i krtani, a także mostkowo-sutkowo-obojęzyczny oraz czworoboczny.
6. Nerw XII – podjęzykowy, unerwia język i mięśnie podgnykowe.

Omówione powyżej nerwy w zakresie swoich funkcji są kluczowe w procesie jedzenia i picia, a potem również mówienia. Ich nieprawidłowa praca objawia się najpierw na poziomie somatycznym, natomiast kolejną płaszczyzną, która nie działa poprawnie jest płaszczyzna językowa.

#### 4. OD REAKCJI ODRUCHOWYCH DO JEDZENIA, OD JEDZENIA DO MÓWIENIA

Kolejną kluczową rolę w procesie karmienia odgrywają początkowe odruchowe reakcje oralne, które z czasem przechodzą ewolucję i pozwalają na rozwój funkcji pokarmowych, prymarnych dla rozwoju mowy. „Determinantami dojrzałości karmienia jako najistotniejszej funkcji fizjologicznej, służącej do utrzymania się przy życiu są – oprócz oddychania – prawidłowo przebiegające odruchowe reakcje oralne: ssania i połykania, szukania, kłaniania, wymiotna, otwierania ust, wysuwania języka, wargowa, zuchwowa oraz u niemowlęcia – funkcje oralne: ssania i picia, a następnie odgryzania, gryzienia i żucia”<sup>15</sup>. Odruchy dzielą się na torujące umiejętności pokarmowe oraz odruchy obronne. Do pierwszych zalicza się: ssanie i połykanie, odruchy wargowe, odruch zuchwowy, odruch szukania, odruch lateralny. W skład odruchów obronnych wchodzi odruch kłaniania, wymiotny i wypychania<sup>16</sup>.

15 M. Rządźka, *Odruchy oralne w noworodków i niemowląt. Diagnoza i stymulacja*, Impuls, Kraków 2018, s. 17.

16 M. Rządźka, *Diagnostyka i mioterapeutyczna stymulacja zaburzeń oralnych u niemowląt – nowe podejście*, Materiały szkoleniowe, szkolenie odbyło się w lutym 2020 r. w Krakowie.

Dojrzewanie ośrodkowego układu nerwowego powoduje rozwój i integrację odruchowych reakcji oralnych. Skutkuje to rozwinieniem się funkcji pokarmowych, a następnie rozwojem mowy.

Odruch ssania wygasza się między 6. a 7. miesiącem życia, co pozwala na wykształcenie się nowych możliwości pobierania pokarmu (z łyżeczki lub kubka). Odruch szukania powinien wygasnąć między 3. a 6. miesiącem życia, aby pozwolić na rozwój wyższych umiejętności oralnych. Jeżeli nie następuje wygaszenie dochodzi do zaburzenia procesu ewolucji w przyjmowaniu pokarmu. Odruchowa reakcja kłusania między 4. a 7. miesiącem życia przekształca się w funkcję żucia, a przetrwanie tej reakcji może powodować odmowę jedzenia. Odruchowa reakcja otwierania, wysuwania i zwierania ust zanika około 4 miesiąca życia, co pozwala na świadome przyjmowanie pokarmu. Odruchowa reakcja wymiotna po 6. miesiącu staje się słabsza, co pozwala na zmianę formy żywienia. Pozostaje aktywna do końca życia, jako odruch obronny. Odruchowa reakcja wypychania rozwija się wraz z wiekiem, przy zaburzeniu może doprowadzić do problemów w efektywnym karmieniu. Odruchowa reakcja żuchwowa zmniejsza się z wiekiem, końcowo pozwalając na właściwą pozycję żuchwy oraz prawidłowy rozwój mięśni odpowiedzialnych za gryzienie i żucie. Odruchowa reakcja lizania/wysuwania wzmacnia się z wiekiem, umożliwiając rozpoznawanie, na przykład smaku czy faktur pokarmów. Odruchowa reakcja lateralna szczególnie staje się funkcjonalna po 5. miesiącu życia, co stanowi podstawę ruchów pokarmowych, takich jak przekładanie i dzielenie kęsa<sup>17</sup>.

Poszczególne odruchowe reakcje oralne pozwalają na ukształtowanie się funkcji odpowiedzialnych za przyjmowanie pokarmu. Ssanie, którego szczytowa faza przypada na 3-4 miesiąc życia, powinno być wycofywane od 12. do 18. miesiąca życia. Wygaszanie odruchu ssania pozwala na rozpoczęcie w 6. miesiącu życia, czyli po fazie szczytowej odruchowej reakcji ssania, na przyjmowanie pokarmu z łyżeczki od struktury papkowej do płynnej. Odgryzanie pojawia się między 8. a 10. miesiącem, co wiąże się bezpośrednio z wyrastaniem zębów siekaczy. Po karmieniu łyżeczką w 9. miesiącu życia pojawia się umiejętność picia z kubeczka. Wraz z pojawieniem się kolejnych zębów mlecznych dochodzi do kształtowania się funkcji gryzienia. Po treningu czynności gryzienia i po wzroście zębów trzonowych rozpoczyna się doskonalenie funkcji żucia<sup>18</sup>.

Szczególnie ważne przy kształtowaniu funkcji pokarmowych jest połykanie. Połykanie to ruch będący częścią skoordynowanych czynności oddychania i połykania, który przebiega w zakresie sekwencyjnych czynności kompleksu ustno-twarzowego. Stanowi zbiór czynności odbywających się sekwencyjnie i tym samym początkujących następne czynności. Ten proces składa się z pięciu faz: preoralnej, oralnej przygotowawczej, oralnej, faryngealnej i ezofagealnej. Jako normatywny pozwala na prawidłową pionizację języka w czasie połykania, pozycji spoczynkowej języka oraz przygotowania do realizacji głosek<sup>19</sup>.

Patrząc na rozwój funkcji pokarmowych wyraźnie widać prymarność czynności jedzenia względem mowy oraz zaburzeń jedzenia względem opóźnień w rozwoju mowy.

## 5. STUDIUM PRZYPADKU

Tomek (2;7) został przyjęty do gabinetu logopedycznego z powodu trudności w mówieniu i jedzeniu. Mama w wywiadzie zgłosiła także problemy z treningiem czystości. Chłopiec urodził się w 36. tygodniu ciąży, co zalicza go do ostatniej grupy wcześniaków (najpóźniejszy wcześniak między 33. a 37. tygodniem ciąży). Nie przejawiał jednak żadnych problemów z jedzeniem, oddychaniem czy krążeniem. Przeprowadzone

17 Tamże, s. 17-24.

18 D. Pluta-Wojciechowska, *Zaburzenia czynności prymarnych i artykulacji. Podstawy postępowania logopedycznego*, Wydawnictwo Ergo-Sum, Bytom 2015, s. 64-72.

19 M. Rządзка, *Odruchy oralne...*, dz. cyt., s. 17.

wtedy badanie słuchu nie wykazało nieprawidłowości. Z wywiadu wiadomo, że mama w czasie ciąży miała hipoglikemię, a w 8. miesiącu ciąży zażywała sterydy z powodu reakcji alergicznych. Można przypuszczać, że następstwem okresu późnego wcześniactwa u dziecka są dwie rzeczy – zaburzenia odżywiania oraz nadwrażliwość dotykowa w obrębie ciała i obszaru jamy ustnej.

Badanie logopedyczne za pomocą testu KOLD (Kart Oceny Logopedycznej Dziecka) wykazało rozwój mowy na poziomie 20 miesiąca, czyli opóźnienie o 11 miesięcy w stosunku do wieku rozwojowego. Tomek komunikuje się za pomocą gestów, krzyków, wyrażen dźwiękonaśladowczych, pojedynczych słów oraz niezrozumiałych ciągów sylabowych. Jeżeli udaje się mu coś powtórzyć lub samodzielnie wyprodukować, są to pierwsze sylaby wybranych wyrazów.

Budowa anatomiczna narządów mowy chłopca w zakresie podniebienia, zgryzu i warg została oceniona jako prawidłowa. Lekka asymetria uwidacznia się w budowie języka i może wynikać z nieznacznie skróconego wędzidełka językowego (wędzidełko charakterystyczne dla rodzaju wędzidełek tylnych, wpływających na funkcjonowanie języka).

Sprawność fizjologiczna narządów mowy Tomka nie jest prawidłowa w aspekcie pozycji języka i żuchwy w czasie połykania (dominuje połykanie infantylne, dziecko w czasie jedzenia wysuwa język poza obszar jamy ustnej). Praca podniebienia miękkiego prezentuje się poprawnie. Obserwuje się obniżone napięcie mięśniowe języka, a także warg.

W zakresie praksi oralnej chłopiec prezentuje ograniczenie motoryki języka, który w czasie mowy oraz pozycji spoczynkowej wysuwa się między zęby. Dodatkowo asymetrycznie układa język, a przy próbach ustawienia go na dnie jamy ustnej, język zbacza w prawo.

Pobieranie pokarmu u dziecka prezentuje się prawidłowo. Problem polega jednak na tym, że chłopiec nie toleruje konsystencji papkowatych. Odmawia spożywania tego rodzaju pokarmu lub też próbuje i od razu wypłuu. To samo dzieje się w przypadku wszystkich pokarmów, które zawierają chociażby minimalną ilość nabiątu.

Artikulacja Tomka jest nieprawidłowa – jeżeli pojawiają się u niego głoski zębowe, to są realizowane międzyzębowo.

Programowanie terapii chłopca jest dwuaspektowe. Z jednej strony konieczne wydaje się wspomaganie rozwoju mowy, która jest opóźniona. Do tego w pierwszym etapie niezbędne są ćwiczenia: nazywania, percepcji słuchowej, percepcji wzrokowej, kategoryzacji oraz pamięci. Równocześnie jednak terapia logopedyczna powinna się zajmować zaburzeniami jedzenia, które to w aspekcie funkcjonalności i fizjologii jest prymarne względem mowy<sup>20</sup>. W zakresie mioterapii i terapii jedzenia bezwzględnie muszą znaleźć się ćwiczenia połykania i lepszego odprowadzania śliny, wzmacnianie obniżonego napięcia języka i warg, uwrażliwienia motoryczno-sensoryczne obszaru jamy ustnej oraz rozszerzenie diety.

W związku z wieloaspektowym spektrum problemów Tomka, po diagnozie logopedycznej został on skierowany na konsultację psychologiczną i dietetyczną.

Po konsultacji psychologicznej stwierdzono u niego ryzyko zaburzeń SI (nadwrażliwość przedsionkową i dotykową). Tomek źle znosi zmiany, ma rozbudowane rytuały, które mają wspomóc jego poczucie bezpieczeństwa. Problemy w komunikacji potęgują napięcie emocjonalne chłopca, co niekorzystnie wpływa na jego rozwój. Dodatkowo Tomek ma problem z treningiem czystości, odczuwa strach przed nocnikiem i toaletą, a po wypróżnieniu nie sygnalizuje tego – bez interwencji opiekunów mógłby godzinami chodzić w pełnym pampersie. Do chwili obecnej każda próba przebijania chłopca w czystą pieluchę kończy się opo-

20 L.L. Overland, R. Merkel-Walsh, *A Sensory Motor Approach to Feeding*, TalkTools, Charleston 2013.



rem – krzykiem i ruchowym protestem. W związku z powyższym zalecono przeprowadzanie skutecznego treningu czystości i omówiono z mamą jego poszczególne etapy.

W czasie wizyty u dietetyka Tomek został zmierzony i zważony. Jego masa ciała wynosiła w dniu badania 11,500 g, co stanowi 3 centyl na siatce rozwojowej (OLA i OLAF), wzrost natomiast 90 cm, co również stanowi 3 centyl. W rozpoznaniu chłopiec z trudnościami w karmieniu, stan odżywienia na podstawie danych antropometrycznych prawidłowy (masa ciała odpowiednia do wzrostu), jednak wzrost niski, nie można wykluczyć, że w efekcie niedoborów składników pokarmowych (Stunting). Dziecko, z zahamowanym wzrostem, często wydaje się mieć normalne proporcje, ale w rzeczywistości jest niższe w stosunku do swojego wieku. Zahamowanie wzrostu może się rozpocząć przed urodzeniem i jest spowodowane złym odżywianiem matek, niewłaściwymi praktykami żywieniowymi, niską jakością żywności, a także częstymi infekcjami, które mogą spowolnić wzrost<sup>21</sup>. Brak badań diagnostycznych, brak chorób współistniejących.

Po karmieniu piersią dziecko nie zaakceptowało mleka modyfikowanego ani żadnych innych produktów mlecznych, których nadal nie jada (czyli od ponad roku). Dieta od tego czasu kształtuje się monotennie, obserwuje się wybiórczość pokarmową. Tomek jada tylko akceptowane produkty i konsystencje (chrupkie), nie chce próbować nowych dań i produktów. Czas spożywania posiłków przez chłopca jest wydłużony do 1 godziny, dziecko je przy bajce, nie toleruje wysokiego krzesła do jedzenia, jest karmiony zupą (tylko rosół), drugie danie (jedynie ryż, kaszę, drobny makaron) je samodzielnie widelcem, nie bierze pokarmów do rąk. Z opisu matki chłopiec woli produkty chrupiące, nie akceptuje produktów o konsystencji papki. Nie prowokuje wymiotów, odmawia jedzenia.

Tomek jest przepajany sokami owocowymi w ciągu dnia. Matka, w sytuacji gdy dziecko nie zje zaoferowanego akceptowanego produktu/posiłku, proponuje inny akceptowany, często są to ulubione owoce lub pomidor. Była podjęta próba wzbudzenia głodu, nie dostawał jedzenia przez kilka godzin, ostatecznie jednak otrzymał ulubione danie. Na dietę chłopca składa się/składają się: zupa – rosół z ulubionym makaronem, chlebek wasa, przypieczony chleb, suchary, płatki kukurydziane i słodkie, ryż, kasza, makaron na sypko bez żadnych dodatków. Tomek nie akceptuje mięsa, z wyjątkiem kabanosa i parówki, jajek i produktów mlecznych. Jada chętnie ulubione owoce i warzywa. Pije herbatę, soki owocowe, wodę z sokiem. Ze słodyczy sięga po lizaki, lody, ale tylko sorbety. Aktualna dieta została uznana przez dietetyka za dietę niskokaloryczną, białko plasuje się w niej w dolnej granicy normy, co sumarycznie stwarza realne ryzyko niedoborów składników odżywczych w zakresie wapnia, witaminy D3, żelaza. Zdaniem dietetyk należy pogłębić ocenę stanu odżywienia o badania: ferrytyna (kiedy dziecko jest zdrowe), albumina, poziom 25(OH)D. Konieczne jest również rozpoczęcie suplementacji diety w witamin D3, wapń, cynk oraz kwasy omega 3.

W opinii specjalisty żywienia niezbędna jest terapia logopedyczna i psychologiczna celem zwiększenia akceptacji nowych produktów/potrav, co ważne jest zarówno w związku z pracą artykulatorów, jak rozszerzaniem diety. Zasadne jest pozytywne kształtowanie zachowań, okazywanie skupienia uwagi, gdy dziecko postępuje zgodnie z oczekiwaniami oraz ignorowanie zachowań niewłaściwych. Skupianie uwagi na posiłku nie powinno być nadmierne, można dziecko zaangażować w przygotowanie potraw, nakrywanie do stołu. Pochwały za jedzenie są ważne, ale mogą być stresujące, jeżeli rodzice/opiekunowie nadmiernie naciskają dziecko do spożywania posiłku (na przykład ciągle powtarzając „jedz”). W przypadku dzieci z trudnościami w jedzeniu należy zachować dużą ostrożność, aby nieświadomie nie pogłębiać problemów żywieniowych. W czasie spożywania posiłku należy jeść wspólnie z dzieckiem, pokazując mu tym samym, że jedzenie to

21 J.L. Walson, J.A. Berkley, *The Impact of Malnutrition on Childhood Infection*, “Current Opinion in Infectious Diseases” 2018, Vol. 31(3), s. 231-235.



przyjemność. To stwarza okazję to śmielszego spróbowania przez dziecko czegoś nowego. Nie powinno się natomiast jeść przy telewizji czy komputerze, ponieważ dziecko nie jest wtedy w stanie regulować poczucia sytości. Podczas spożywania potraw nie można dziecka absorbować pytaniami, rozmową czy innymi aktywnościami. Jego uwaga musi być skupiona na posiłku. W przeciwnym razie brak kontroli nad ilością zjedzonego pokarmu może skończyć wymiotami, a w przyszłości nawet zaburzeniami jedzenia o charakterze objadania się lub głodzenia.

Jeśli dziecko odmawia jedzenia, nie należy zwracać na nie uwagi. Nie powinno się mówić o tym, w przeciwnym razie takie zachowanie może tylko wzmocnić opór dziecka. Uwaga rodzica powinna być nagrodą, natomiast jej brak – przykrą konsekwencją. Nie można przymilać się do dziecka w takiej sytuacji, prosić go, krzyczeć czy szantażować. Wywieranie wpływu emocjonalnego czy siłowego nasili jedynie opór, nie wpłynie pozytywnie na rozszerzanie diety. Okazanie ignorowania dziecka w sytuacji odmawiania pokarmu może uspokoić nerwową atmosferę. Polegać ono może na odwróceniu się, odwróceniu wzroku i rozmowie z inną osobą, patrzeniu na swój talerz. Nawet małe dzieci są w stanie zauważyć zależność między przyczyną a skutkiem. Jeżeli na przykład obiecamy dziecku, że robi jeszcze gryz i posiłek zostanie zakończony, to musimy bezwzględnie przestrzegać ustalonych zasad. W przeciwnym razie dziecko straci do nas zaufanie i w kolejnych sytuacjach jedzenia nie będzie chciało podjąć próby przyjmowania pokarmu. Bardzo skuteczną opcją jest pozwolenie dziecku na decydowanie, co chce zjeść, dając mu do wyboru dwa posiłki. Pytanie dziecka o to, co zje, najczęściej kończy się odpowiedzią, że „nic”. Rozszerzanie diety dziecka z wybiórczością pokarmową nie jest proste i wymaga od rodziców samodyscypliny i konsekwencji. Konieczne jest ustalenie schematu 4-5 posiłków, między którymi dziecko nie będzie dostawać przekąsek ani napoi. Ma to posłużyć wywołaniu uczucia głodu. Dziecku trzeba pozwolić zjeść tyle, ile chce, nawet jeśli zje bardzo mało, następny posiłek powinien być przygotowany zgodnie z przyjętym planem, a nie wcześniej. Na zjedzenie odrobiny ulubionego produktu można dziecku pozwolić pod warunkiem zjedzenia części dania nielubianego, na przykład ulubiony owoc po zjedzeniu mięsa, jajka. Nie można natomiast po odmowie zjedzenia posiłku mniej lubianego zastąpić go lubianym (w imię konieczności zjedzenia czegośkolwiek). Takie zachowanie utwierdzi dziecko w możliwości dowolnej manipulacji rodzicami i dowolnego odmawiania poszczególnych posiłków. Powoduje niejednokrotnie również ujemny bilans energetyczny, zwłaszcza w sytuacji, kiedy oferowane są lubiane, ale niskokaloryczne produkty, co miało miejsce w omawianym przypadku. Nie przyniesie to również oczekiwanego rozszerzenia diety. Dzieci z trudnościami w jedzeniu powinny pić tylko wodę / niesłodzoną herbatę, nie powinno się ich dopajać słodkimi napojami. Czasami przy rozszerzaniu diety sprawdza się łączenie produktów lubianych z nieakceptowanymi, na przykład naleśnik z ulubionym owocem.

Ważne jest ustalenie celów oraz kolejności ich realizacji, u dzieci z niedowagą czy niedożywionych pierwszym etapem będzie optymalizacja diety pod względem białkowo-kalorycznym celem normalizacji masy ciała oraz parametrów klinicznych. Co można osiągnąć poprzez ustalenie racji pokarmowej na bazie aktualnie spożywanych produktów, czasami również przy zastosowaniu diet przemysłowych. Bezcelowe jest tworzenie strategii nastawionej na kilka celów jednocześnie, tj. zwiększenia kaloryczności diety, wzrost masy ciała oraz wprowadzanie do diety nowych produktów/potraw. Terapia powinna być rozpoczęta w sytuacji, kiedy dziecko nie jest nieodżywione lub nie jest w grupie ryzyka, ponieważ prawie zawsze w trakcie terapii dzieci zmniejszają masę ciała. Celem interwencji dietetycznej Tomka jest stworzenie na bazie aktualnej listy spożywanych produktów schematu diety uwzględniającego pory posiłków, ilości produktów, które powinny być spożyte na porcję oraz edukacja rodziców w zakresie wymienników produktów, tak aby zabezpieczyć kaloryczność diety. Kolejnym celem jest rozszerzenie diety o produkty, których brakuje, najistotniejsze z punktu widzenia ryzyka niedoborów, tj. o ser żółty, masło, jajka, produkty mączne (zawierające mleko, jajko),

suszoną morelę (źródło wapnia). W następnych etapach należy dokładać nowe produkty i konsystencje, co jest ważne z punktu widzenia rozwoju mowy.

Ogólnym celem terapii chłopca jest rozwinięcie mowy, którego podstawą będzie mioterapia skoncentrowana wokół funkcji jedzenia. Dzięki zmianie diety chłopiec ma przybrać na wadze, ale również nieświadomie zmienić pracę aparatu artykulacyjnego. Kolejnym celem terapii jest wsparcie rozwoju emocjonalnego dziecka oraz zakończenie treningu czystości.

## PODSUMOWANIE

Terapia opóźnienia rozwoju mowy coraz częściej staje się terapią wieloaspektową. Z jednej strony wieloaspektowość polega na angażowaniu coraz większej liczby specjalistów: logopedy (czasami nie tylko ogólnego, ale bardziej wyspecjalizowanego), psychologa, pedagoga, terapeutę SI, fizjoterapeutę, osteopatę, dietetyka, audiologa, foniatrę, pediatrę, laryngologa, psychiatrę, neurologa, jeszcze innych lekarzy chirurgów o różnych specjalizacjach. Z drugiej strony wieloaspektowość wiąże się z koniecznością posiadania przez logopedę szerokiej wiedzy i szerokiego doświadczenia z zakresu anatomii i fizjologii rozwoju człowieka, rozwoju funkcji poznawczych oraz społeczno-emocjonalnych. Bez nich nie jest możliwe prowadzenie efektywnej terapii dzieci z opóźnieniami w rozwoju mowy, która w tym przypadku powinna być nazwana mioterapią i terapią poznawczą opóźnienia w rozwoju mowy.

## BIBLIOGRAFIA

1. Belgin P., Abraham B., Baburaj s. , Mohandas M.K., *Environmental and Biological Risk Factors Associated with the Prevalence of Language Delay in Children up to 6 Years of Age from Rural South India*, "Journal of Clinical and Diagnostic Research" 2017, Vol. 11, No. 12, s. 11-14.
2. Boksa E., *Dysfagia z perspektywy zaburzeń komunikacji językowej u dzieci i młodzieży z niepełno sprawnościami sprzężonymi*, Wydawnictwo Libron, Kraków 2016.
3. Burklow K.A., Phelps A.N., Schuktz J .R., McConnell K., Rudolph C., *Classifying Complex Pediatric Feeding Disorders*, "Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition" 1998, Vol. 27, No. 2, s. 143-147.
4. Grabias s. , *Mowa i jej zaburzenia*, „Audiofonologia” 1997, t. 10, s. 69-83.
5. Hansen J.J., *Anatomia Nettera do kolorowania*, Edra Urban & Partner, Wrocław 2018.
6. Jastrzębowska G., *Opóźnienie rozwoju mowy [w:] Podstawy neurologopedii. Podręcznik akademicki*, red. T. Gałkowski, E. Szelać, G. Jastrzębowska, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole 2005, s. 360-378.
7. Knappek M., Chlanda A., *Opóźniony rozwój mowy – etiologia, diagnoza, terapia*, „Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis. Studia Logopaedica” 2017, nr 6, s. 141-164.
8. Knappek M., Wójcik-Topór P., *Diagnoza, terapia zaburzeń połykania i głosu u dzieci w świetle badań neurologopedycznych*, „Silesiana”, w druku.
9. Leonard L.B., *SLI – Specyficzne zaburzenia rozwoju językowego*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2006.
10. McKeown P., *Materiały z kursu instruktorskiego Metody Butejki*, 2020.
11. McLaughlin M., *Speech and Language Delay in Children*, "American Family Physician" 2011, Vol. 83, No. 10, s. 1183-1188.
12. Netter F., *Atlas anatomii człowieka*, Edra Urban & Partner, Wrocław 2017.
13. Overland L.L., Merkel-Walsh R., *A Sensory Motor Approach to Feeding*, TalkTools, Charleston 2013.
14. Podemski R., *Kompendium neurologii*, Via Medica, Gdańsk 2011.

15. Pluta-Wojciechowska D., *Zaburzenia czynności prymarnych i artykulacji. Podstawy postępowania logopedycznego*, Wydawnictwo Ergo-Sum, Bytom 2015.
16. Pruszeicz A., *Opóźniony rozwój mowy* [w] *Foniatrya kliniczna*, red. A. Pruszeicz, Państwowe Zakłady Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1992.
17. Robertson s. B., Weismer s. E., *Effects of Treatment on Linguistic and Social Skills in Toddlers with Delayed Language Development*, "Journal of Speech, Language and Hearing Research" 1999, Vol. 42, s. 1234-1248.
18. Rządźka M., *Odruchy oralne w noworodków i niemowląt. Diagnostyka i stymulacja*, Impuls, Kraków 2018.
19. Rządźka M., *Diagnostyka i mioterapeutyczna stymulacja zaburzeń oralnych u niemowląt – nowe podejście*, Materiały szkoleniowe, szkolenie odbyło się w lutym 2020 r. w Krakowie.
20. Schunke M., Schulte E., Schumacher U., *Atlas anatomii człowieka. Głowa, szyja i neuroanatomia*, t. III, Medpharm Polska, Wrocław 2012.
21. Sunderajan T., Kanhere s. V., *Speech and Language Delay in Children: Prevalence and Risk Factors*, "Journal of Family Medicine and Primary Care" 2019, Vol. 8, No. 5, s. 1642-1646.
22. Walson J.L., Berkley J.A., *The Impact of Malnutrition on Childhood Infection*, "Current Opinion in Infectious Diseases" 2018, Vol. 31(3), s. 231-235.

## Notka o autorkach

**dr Magdalena Knapiek** – logopeda i adiunkt w Katedrze Języka Polskiego jako Obcego UJ. Specjalizuje się w diagnostyce i terapii zaburzeń rozwoju mowy dzieci wieku niemowlęcym i przedszkolnym, ze szczególnym uwzględnieniem budowania kompetencji językowej i komunikacyjnej dzieci z opóźnionym rozwojem mowy, autyzmem, zespołem Aspergera, afazją oraz niedosłuchem. Jej zainteresowania naukowe skoncentrowane są na logopedii w aspekcie lingwistyki humanistycznej. Zajmują się rozwojem języka w życiu prenatalnym, zaburzeniami mowy u dzieci z poważnymi deficytami rozwojowymi, badaniem zależności między opóźnieniem w rozwoju mowy a problemami laryngologicznymi.

**Agnieszka Koziół-Kozakowska** – dietetyk i adiunkt w Klinice Pediatrii Gastroenterologii i Żywnienia, Kierownik Pracowni Dietetyki Pediatrycznej UJ CM, absolwentka Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum oraz studiów doktoranckich na Wydziale Lekarskim CM UJ. Specjalizuje się w szczególności w leczeniu dietetycznym dzieci i dorosłych w zakresie chorób, takich jak: choroby układu pokarmowego, zaburzenia endokrynologiczne, otyłość.

## Urszula Kwaśnica-Zielińska

pedagog specjalny, specjalistka wczesnego wspomagania rozwoju dziecka,  
terapeutka Integracji Sensorycznej  
ulakwasnica@op.pl

# Zespół deprywacji, czyli niewytworzenia więzi lub ich zerwania

## STRESZCZENIE

Tematem niniejszego artykułu jest zagadnienie więzi łączącej matkę z jej nowo narodzonym dzieckiem, a także problem zakłócenia tej więzi oraz skutki emocjonalne, fizyczne i mentalne, jakie niewytworzenie więzi lub jej zerwanie może spowodować. W dalszej części pracy pragnę przyjrzeć się problemowi zakłócenia więzi rodzicielskiej w stosunku do dziecka niepełnosprawnego w szczególnej sytuacji rodziny wielorako dysfunkcyjnej.

## WSTĘP

Fenomen miłości macierzyńskiej u człowieka obejmuje zarówno zachowania animalistyczno-instynktowe, jak również wyłącznie człowiekowi właściwe siły etyczne i moralne. Człowiek bowiem jako jedność psycho-fizyczno-duchowa jest istotą wolną, zdolną do ponoszenia odpowiedzialności, ale także skłonny do refleksji i świadomą procesów zachodzących we wszystkich sferach jego osobowości. Aby podkreślić tę wyjątkowość osobniczą człowieka pragnę krótko zaprezentować holistyczną koncepcję człowieka Viktora Emanuela Frankla<sup>1</sup>.

## 1. HOLISTYCZNA KONCEPCJA CZŁOWIEKA V.E. FRANKLA

Logoteoretyczna koncepcja człowieka Frankla jest protestem przeciw biologistycznemu i redukcjonistycznemu ujmowaniu istoty ludzkiej, jest dążeniem ku odkryciu wymiaru ludzkiej egzystencji, czyli tego, co konstytuuje człowieczeństwo. Tym zaś, zdaniem Frankla, są wartości związane z duchowym wymiarem ludzkiej egzystencji: „Psychosoma człowieka stanowi wprawdzie pewną jedność, ale to nie znaczy, by w niej wyczerpywała się całkowitość człowieka. Do całkowitości człowieka należy jego duchowość i właśnie duchowy składnik osobowości w ogóle sprawia, że człowiek jest jednością”<sup>2</sup>. Ujmuje on człowieka w trzech wymiarach: fizycznym, psychicznym i duchowym. Atrybutem człowieczeństwa jest jednak duchowość, która jest gwarantem odrębności gatunkowej człowieka.

Teoria Frankla ukazuje dialektykę toku egzystencji między biologicznym uwarunkowaniem a noetyczną wolnością, tym samym ukazuje ontyczną jedność człowieka mimo ontologicznej różnorodności cielesnej,

1 V.E. Frankl, *Homo patiens*, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1984.

2 Tamże, s. 163.

psychicznej i duchowej. „Człowiek – głosi Frankl – to jedność mimo różnorodności”<sup>3</sup>. Jego obraz zaś szkicuje, operując geometrycznymi analogiami według dwóch praw „antropologii przestrzennej”:

1. Prawo pierwsze: „Jedna i ta sama rzecz rzutowana ze swego wymiaru na inny – niższy niż własny wymiar odbija się w ten sposób, że jej odbicia wzajemnie sobie przeczą...”<sup>4</sup>. W odniesieniu do człowieka prawo to pozwala zrozumieć, iż byt ludzki, zredukowany o specyficzny dlań wymiar rzutowany na płaszczyznę biologii i psychologii, tworzy swe odbicie w ten sposób, iż są one wzajemnie sprzeczne. Sprzeczność ta jednak nie zaprzecza jedności człowieka, tak jak sprzeczność między prostokątem i kołem nie stoi w sprzeczności z faktem, iż są rzutami jednego i tego samego przedmiotu – walca. Bowiem jedności ludzkiego istnienia na próżno szukać na płaszczyznach, na jakie rzutujemy człowieka. Jedność tę odnajdujemy w wymiarze tego, co specyficznie ludzkie, w wymiarze duchowym. Wymiar ten Frankl zowie wyższym, co rozumieć należy jako rozleglejszy, zawierający w sobie wymiary niższe.
2. Drugie prawo brzmi: „Nie jedna i ta sama rzecz, lecz różne rzeczy rzutowane ze swoich wymiarów na jeden i ten sam wymiar, niższy niż ich własny, odbija się w taki sposób, że ich obrazy nie są między sobą sprzeczne, lecz wieloznaczne”<sup>5</sup>. Prawo to Frankl wykorzystał do obserwacji nad człowiekiem w klinice nerwic. Tak jak koło jako rzut wielu różnych przedmiotów na tę samą płaszczyznę nie pozwala wnioskować czego jest rzutem, tak gdy ograniczymy się do jednej płaszczyzny badań, na przykład psychiatrii, trudno rozstrzygnąć, co leży u źródeł danego procesu chorobowego – egzystencja jest bogatsza niż dające się obserwować symptomy.

Koncepcja Frankla przekonuje o wolności i odpowiedzialności człowieka. Nadaje ona egzystencji ludzkiej cechy intencjonalności i kreatywności. Człowiek jest istotą otwartą na świat, nie tkwi w swoim zamkniętym środowisku, ale przenika z niego do swego świata, a nawet próbuje przez ten świat się przebijać ku światu transcendentalnemu.

Odnosząc te założenia do problematyki miłości macierzyńskiej należałoby się spodziewać, iż istota ludzka wzniesie się ponad to, co jest w niej zwierzęce, instynktowne i dostrzeże ponad instynktami szeroką perspektywę wartości etycznych. Jaka jest waga naturalnych instynktów przekonujemy się, gdy psychiczna motywacja człowieka jest krucha, niestała i za słaba, ażeby wytrzymać wieloletnie obciążenia, trudy i wyrzeczenia w procesie opieki i wychowania dziecka<sup>6</sup>. Dlatego nie wolno nam nie dostrzegać tych pierwotnych, acz drzemiących w nas instynktów.

## 2. POWSTAWANIE I EWOLUCJA WIĘZI EMOCJONALNEJ MIĘDZY MATKĄ I DZIECKIEM

Jak pisze Droscher: „Kluczem do świata wypełnionego miłością jest miłość matki do swojego dziecka. Jeżeli poskąpi młodemu stworzeniu swej miłości, to nie doświadczy ono szczęścia płynącego z tego, że się jest kochanym, nie użyczy go innym, a kiedy w przyszłości samo stanie się ojcem lub matką, nie potrafi przekazać go własnym dzieciom”<sup>7</sup>. Wiąż między matką a dzieckiem ma charakter dynamiczny i prowadzi od związku symbiotycznego do rozwoju jednostki w pełni autonomicznej. To, co dzieje się w godzinie narodzin – ścisły, fizyczny kontakt między matką a niemowlęciem, ma decydujący wpływ na wytworzenie psychicznej więzi między obojgiem. U obu dochodzą do głosu nieuchwytnie, na pozór mało znaczące siły wyzwajające, które

3 Tamże.

4 Tamże, s. 146.

5 Tamże.

6 V.B. Droscher, *Rodzinne gniazdo*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1988.

7 Tamże, s. 9.



„[...] działając w podświadomości, wytwarzają ciepło matczyne serca i ustawiają zwrotnice losu na całe życie. A jeżeli popęd został raz obudzony, to trwa niezłomnie przez długi czas dla dobra dziecka”<sup>8</sup>. Jakież to siły wyzwalają macierzyńską miłość?

Człowiek może z całego serca pragnąć dziecka i wtedy kocha je do końca. Ale może również nie chcieć dziecka, a mimo to przyjdzie ono pewnego dnia na świat i wtedy do głosu powinna dojść popędowa komponenta miłości macierzyńskiej, gdyż podstawy przywiązania tkwią w naszym wyposażeniu genetycznym, modyfikowane jedynie wpływami środowiska<sup>9</sup>.

Wydaje się, że ludy pierwotne więcej wiedzą o budzeniu się miłości matczynej w chwili narodzin niż ludzie żyjący w cywilizacji. V.B. Droscher przytacza przykład plemion z Papui – Nowej Gwinei, które w sposób niehumanitarny kontrolują liczbę urodzeń. Jeżeli kobieta ma już troje dzieci, to każde następne dziecko musi być bezpośrednio po urodzeniu uśmiercone. Na rozkaz znachora kobieta rodzi zupełnie sama, w samotnej odległej od wsi chacie. Po przecięciu pępowiny siada i odwraca wzrok od nowo narodzonego dziecka, którego nie wolno jej nawet dotknąć. Uszy zatyka uprzednio woskiem, aby nie słyszeć krzyku dziecka. Po chwili bierze jedną z przygotowanych wcześniej gałęzi i rzuca je na dziecko, czyni to dopóki dziecko nie zniknie zupełnie pod nimi. Twarz matki wyraża wielkie przygnębienie, ale nie widać śladu chęci zmiany losu dziecka, gdyż takie reguły rządzą tym społeczeństwem. Po paru godzinach kobieta wstaje i wraca do trójki swoich dzieci, a po kilku dniach zachowuje się już normalnie. Kobieta ta wydała wprawdzie na świat dziecko, ale nie nawiązała z nim kontaktu społecznego i tylko dzięki temu zdolna była przeboleć stratę. Droscher zwraca uwagę, iż problem braku więzi może dotyczyć dzieci przedwcześnie urodzonych, jeśli nie umożliwimy matce kontaktu z nimi wkrótce po urodzeniu<sup>10</sup>.

Dziecko do chwili narodzin trwa w symbiotycznym związku ze swoją matką – to matka oddycha za dziecko, odżywia je, jej organizm jest gwarantem stałości temperatury, ogranicza i filtruje nadmiar bodźców z zewnątrz. Moment narodzin jest więc doświadczeniem trudnym dla dziecka – oczywiście natura wyposażała je w mechanizmy, które pozwalają mu przetrwać tę radykalną zmianę warunków życia, jednak okazuje się, iż bliski kontakt z matką już w pierwszych chwilach po urodzeniu nie tylko w ogromnym stopniu niweluje te zmiany, ale jest gwarantem dobrego rozwoju emocjonalnego i wytworzenia silnej więzi z matką<sup>11</sup>. Ta bliskość matki i dziecka tuż po porodzie ma również ogromne znaczenie dla kobiety, której organizm wykazuje w tym momencie gotowość hormonalną i potrzebę bliskości ze swoim nowonarodzonym dzieckiem – co jest warunkiem rozbudzenia miłości macierzyńskiej<sup>12</sup>.

D.Ch. Maurer<sup>13</sup> wykazuje, że noworodek cechuje się zdolnością do fiksowania wzroku na ludzkiej twarzy pochylającej się nad nim z określonej odległości w większym stopniu niż na innych obiektach. Także bliskość matki, jej dotyk, zapach, rytm bicia jej serca, działają na dziecko kojąco i nie dają się niczym zastąpić. Zjawiska te należy odczytać jako gotowość nowo narodzonej istoty ludzkiej do kontaktu z drugim człowiekiem.

Funkcja behawioralna przywiązania ze strony rodziców polega na opiece i ochronie dziecka przed różnego typu zagrożeniami, a ze strony dziecka na szukaniu i utrzymywaniu bliskości z rodzicem lub innym

8 Tamże.

9 Tamże.

10 Tamże.

11 F. Leboyer, *Narodziny bez przemocy*, Wydawnictwo Radunia, Wrocław 1983.

12 D.Ch. Maurer, *Świat noworodka*, PWN, Warszawa 1994.

13 Tamże.



stałym opiekunem. Matka musi być fizycznie dostępna, gdyż jej obecność jest podstawową determinantą rozwoju więzi osobowej<sup>14</sup>.

Przez pierwsze pół roku życia dziecko nie wyodrębnia siebie ze świata zewnętrznego, trwa w pełni symbiotycznym związku ze swoją matką. Matka nieobecna to matka, która na czas swojej nieobecności „przestaje istnieć”. Dopiero później, prawidłowo rozwijające się dziecko, zdolne jest do tzw. separacji, w toku której staje się zdolne do różnicowania siebie jako odrębnej jednostki – kontakt fizyczny (głaskanie, przytulanie) z czasem zastępowany jest kontaktem psychicznym („pieszczota słowna”, piosenka, wspólna zabawa, rozmowa)<sup>15</sup>. Zauważenie granic pomiędzy sobą a światem zewnętrznym porządkuje relacje z otoczeniem i pozwala uzmysłowić stałość przedmiotów i osób, co z kolei jest warunkiem prawidłowego rozwoju procesów poznawczych<sup>16</sup>.

Świadomość tego, że postrzegane przedmioty i osoby istnieją niezależnie od dziecka oraz jego aktywności jest warunkiem rozwoju tożsamości indywidualnej dziecka, a w dalszej konsekwencji wytworzenia wewnętrznego obrazu matki, który pozwala dziecku pozostawać bez niej przez coraz dłuższy czas bez negatywnych konsekwencji dla rozwoju emocjonalnego dziecka. Obraz matki zachowuje dziecko w pamięci i traktuje jako „źródło bezpieczeństwa i punkt orientacyjny w pierwszych samodzielnych próbach poznawania świata”<sup>17</sup>.

Z czasem pierwotna symbiotyczna więź przekształca się w więź opartą na miłości. Dziecko jednoroczne potrafi wyobrażać sobie matkę, myśleć o niej, tęsknić – przeżywać tzw. lęk separacyjny, czyli lęk przed rozstaniem z osobą ważną i kochaną<sup>18</sup>.

Niezwykle istotna jest opieka tej samej kochającej osoby, dająca podstawy do porozumiewania się przed-słownego i wzajemnej czytelnej wymiany sygnałów. Matka stale przebywająca z dzieckiem bezbłędnie odczytuje komunikaty przez nie wysyłane, reaguje na nie natychmiast, zawsze w podobny sposób, jej obecność daje ciągłość przeżyć tak istotną dla powstawania i rozwoju myślenia przyczynowo-skutkowego, załączników poczucia czasu, umiejętności przewidywania<sup>19</sup>.

Równie istotna dla rozwoju więzi i powstawania przywiązania jest aktywna opieka matki (lub innego stałego opiekuna) – pochylanie się nad dzieckiem, głaskanie, przytulanie, huśtanie, zawsze szybka reakcja na zachowanie dziecka. Matka instynktownie i trafnie odczytuje pragnienia dziecka, karmi, gdy jest głodne, przytula, kołysze i usypia senne, odpowiada uśmiechem na jego uśmiech, naśladuje dźwięki przez nie wydawane.

W wielu opracowaniach używa się o terminu diada dla określenia matki i dziecka – porównując ją do naczyń połączonych: każda zmiana w jednym naczyniu natychmiast wywołuje zmianę w drugim<sup>20</sup>. Oczywiście takie przedstawienie problemu stanowi obraz bardzo wyidealizowany, w rzeczywistości diada matka

14 T. Hellbrügge, *Dlaczego rehabilitacja rozwojowa musi być prowadzona w okresie niemowlęcym* [w:], *Materiały z Międzynarodowej Konferencji, pt. Wczesna interwencja u dzieci z dysfunkcjami rozwojowymi*. Wrocław, Polska, Fundacja Promyk Słońca, Wrocław. 2003.

15 Tamże.

16 J. Piaget, *Studia z psychologii dziecka*, PWN, Warszawa 1966.

17 T. Hellbrügge, dz. cyt.

18 T. Hellbrügge *Dlaczego rehabilitacja rozwojowa musi być prowadzona w okresie niemowlęcym* [w:], *Materiały z Międzynarodowej Konferencji, pt. Wczesna interwencja u dzieci z dysfunkcjami rozwojowymi*. Wrocław, Polska, Fundacja Promyk Słońca, Wrocław. 2003

19 I. Bielicka, H. Olechnowicz, *O chorobie sierocę małego dziecka* [w:] *Materiały do nauczania psychologii*, red. L. Wołoszynowa, PWN, Warszawa 1966.

20 *U źródeł rozwoju dziecka*, red. H. Olechnowicz, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1999.

– dziecko stale uczy się wzajemnego zrozumienia, co również ma znaczenie dla wzrastania i rozwoju dziecka, zmuszając je do aktywności i plastyczności. Na szczególne problemy narażone są diady, w których jeden z partnerów ma trudności z nawiązywaniem kontaktów społecznych. Takie problemy mogą pojawić się w przypadku niedojrzałości społecznej (z różnych powodów) rodziców, ale także ze strony dziecka – wcześniactwo, długa hospitalizacja, niepełnosprawność intelektualna, autyzm.

Dla dziecka jednak nie jest potrzebna matka idealna, tylko „wystarczająco dobra” – w naturalny sposób dostarczająca dziecku sytuacji frustracyjnych, dostosowanych do jego wieku. Zaspokojenie potrzeb symbiotycznych w pierwszych miesiącach życia dziecka jest warunkiem autonomizacji postępowania, jednak w kolejnych okresach jego rozwoju istotne staje się zachowanie właściwych proporcji pomiędzy symbiozą z matką a tendencjami do autonomii. Wygórowane potrzeby symbiotyczne mogą pojawiać się okresowo, na przykład w czasie choroby, charakterystyczne są także dla niektórych jednostek chorobowych (MPDz, trisomia 21 chromosomu, zaburzenia integracji sensorycznej, zespół nadpobudliwości psychomotorycznej, z deficytem uwagi). Nieadekwatne reakcje matki na potrzeby symbiotyczne dziecka mogą stać się źródłem wtórnych zaburzeń osobowości<sup>21</sup>.

Reasumując, wychowywanie się dziecka w warunkach stałego, bliskiego kontaktu ze swoją matką lub innym stałym opiekunem przez cały okres niemowlęstwa i wczesnego dzieciństwa (0-3 lat) jest nie tylko podstawą kształtowania się charakteru, ale wręcz warunkiem zdrowia psychicznego jednostki. Trwałe przywiązanie chroni przed lękiem, daje poczucie bezpieczeństwa, miłości i przynależności uczuciowej – jest podstawą „ufności podstawowej”, która z kolei umożliwia tworzenie więzi uczuciowych z innymi ludźmi. Stosunek małego dziecka do matki jest prototypem późniejszych zachowań społecznych oraz bliskich związków z innymi osobami<sup>22</sup>.

### 3. DEPRYWACJA I ZERWANIE WIEZI UCZUCIOWEJ ORAZ JEJ SKUTKI

Niewytworzenie lub zerwanie już istniejącej więzi emocjonalnej pomiędzy dzieckiem a opiekującą się nim osobą nazywane jest w literaturze psychologicznej zespołem deprywacji (*mental deprivation*) lub chorobą sierocą. Deprywacja więzi uczuciowej jest zawsze przyczyną poważnego kryzysu rozwojowego, który zależnie od wieku dziecka powoduje różne skutki – łącznie z trwałą dezorganizacją osobowości. Charakteryzuje się zahamowaniem rozwoju psychicznego oraz somatycznego, włącznie ze skrajnym wyniszczeniem organizmu dziecka<sup>23</sup>.

Specjalistka od psychologii dziecięcej, Christa Meves, przytacza szereg późnych psychopatologicznych objawów określonych ogólnie jako deprywacja macierzyńska:

1. Ogólne odrzucenie istniejącego stanu rzeczy w stopniu daleko wychodzącym poza zwykły konflikt pokoleń i sięgającym od protestów do otwartej agresji.
2. Wygórowane, a całkowicie iluzoryczne pretensje połączone z poczuciem niepowodzenia, a przez to wzmożona skłonność do przestępstw dotyczących własności, zanik sumienia.
3. W zakresie działania zupełna bierność i brak wytrwałości.
4. Uczucia rozczarowania i rezygnacji, paraliżujące motywację do działania, a zagłuszane alkoholem i narkotykami.

21 I. Bielicka, H. Olechnowicz, dz. cyt.

22 Tamże.

23 T. Hellbrügge, H. von Wimpffen, *Pierwsze 365 dni życia dziecka*, Fundacja Promyk Słońca, Warszawa 1995.

5. Niemożność przywiązania się i kochania pojedynczych osób i zastępowanie tych uczuć przez przywiązanie się do organizacji lub doktryn<sup>24</sup>.

W przypadku zerwania już istniejącej więzi z matką, zespół deprywacji ma przebieg trójfazowy: I faza, nazywana fazą protestu, charakteryzuje się tym, że dziecko sprzeciwia się rozstaniu z matką krzykiem i płaczem. U starszych dzieci protest może przybierać formę agresji słownej i fizycznej (agresja na zewnątrz i autoagresja). W II fazie dziecko nadal odczuwa lęk i zagrożenie, ale ponieważ uznało, iż protest jest daremny, zastąpiło go rozpaczą. Dziecko takie jest smutne, często płacze, po pewnym czasie staje się obojętne. Faza III wyobcowania (zobojętnienia) rozpoznawana jest głównie ze względu na dalsze obojętnienie dziecka, które pozornie jest pogodzone z losem i przystosowane. Jego aktywność ulega dalszemu zahamowaniu, pojawiają się zachowania stereotypowe, a także objawy zahamowania wzrostu, rozwoju umysłowego i emocjonalnego<sup>25</sup>.

Najwyraźniejszym objawem patologicznym w przebiegu choroby sieroczej jest nasilająca się trwoga (lęk przed rozstaniem – *separation anxiety*).

W I i II fazie choroby poziom lęku jest tak wysoki, że góruje nad instynktem samozachowawczym. Mogą występować wówczas zaburzenia rytmów biologicznych, głównie snu i łaknienia, wymioty, a co za tym idzie nieprawidłowe uwalnianie się hormonu wzrostu, zaburzenia odporności aż do skrajnego wyniszczenia. W III fazie lęk wygasa, ale wraz z nim dziecko traci zdolność do przywiązania się<sup>26</sup>.

Cały przebieg choroby sieroczej jest stanem permanentnego stresu, który wpływa za pośrednictwem układu endokrynnego na neurony, prowadząc do przekształceń morfologicznych synaps, a z czasem do neurodegeneracji w centralnym układzie nerwowym. Okazuje się, że powtarzający się stres, wysokie poziomy glikokortykosteroidów powodują atrofię neuronów piramidalnych w hipokampie, zatrzymanie neurogenezy w zakręcie zębatym i ostateczne zmiany zanikowe hipokampa. Stąd u dzieci dotkniętych sieroctwem pojawiają się zaburzenia koncentracji uwagi, zmniejszona aktywność, zaburzenia myślenia abstrakcyjnego zaburzające proces uczenia się<sup>27</sup>.

I. Wagner podaje następujące objawy zespołu zerwania więzi emocjonalnej z matką: apatia, trudności w nawiązywaniu kontaktu („pusty wzrok”), zwolnione tempo rozwoju fizycznego i umysłowego, obniżone lub wzmożone napięcie mięśniowe, obniżona odporność na infekcje, niechęć do jedzenia, zaburzenia żołądkowo-jelitowe, wymioty, płacz, krzyk, protesty, regresja, zachowania stereotypowe (kiwanie się, kręcenie głową, bezmyślne stukanie zabawkami, rzucanie przedmiotami), „lepkość uczuciowa”, przewlekłe stany apatyczno-depresyjne<sup>28</sup>.

Objawy zespołu deprywacji mogą być całkowicie lub częściowo odwracalne oczywiście po przeniesieniu dziecka z negatywnych warunków środowiska do otoczenia zapewniającego dziecku zaspokojenie podstawowych potrzeb emocjonalnych i pozwalającego odbudować nadszarpnięte zaufanie do ludzi. Możliwość remisji zależna jest od fazy choroby, wieku dziecka oraz od tego, jak bardzo utrwaliły się mechanizmy obronne osobowości. Droscher przytacza badania amerykańskiego kryminologa Sheldona Gluecka, według których,

24 V.B. Droscher, dz. cyt.

25 <http://www.naszbocian.pl/modules.php> [dostęp: 10.02.2006].

26 L. Sadowska, A. Gruna-Ożarowska, M. Skórczyńska, *Rozwój więzi między matką i dzieckiem od poczęcia* [w:] *Rola więzi w rozwoju dzieci i młodzieży niepełnosprawnej*, red. J. Patkiewicz, PTWK, Wrocław 2007, s. 59-73.

27 A. Olszewski, *Hipokamp sieroty*, <http://www.misjanadzieci.org.pl/artykuly/index.html> [dostęp: 10.02.2006].

28 I. Wagner, *Sieroctwo społeczne – przyczyny, następstwa, formy kompensacji. Studium teoretyczno-badawcze*, Wyższa Szkoła Pedagogiczna w Częstochowie, Częstochowa 1997, s. 103-117.

zaburzenia emocjonalne wywołane nie wytworzeniem, zerwaniem lub patologią więzi z matką u dzieci sześciolletnich w przytłaczającej wielkości determinują kryminalną przyszłość badanych dzieci<sup>29</sup>. Wartość tych wstrząsających wyników jest niezaprzeczalna, szkoda jednak, że nie mają one przełożenia na przepisy prawa karnego i rodzinnego, a także na zmianę światopoglądu społeczeństw.

Należy pamiętać, iż zaburzenia rozwoju osobowości dziecka mogą mieć źródło nie tylko w fizycznym braku opieki rodzicielskiej, ale także w przypadku wielu patologii rodzinnych (alkoholizm, narkomania, prostytutka, psychopatia). Szczególnym przypadkiem patologii rodziny jest macierzyństwo i ojcostwo osób niepełnosprawnych intelektualnie.

## 4. OPIS PRZYPADKU

### 4.1. ZAKŁÓCENIE POWSTAWANIA WIĘZI RODZICIELSKIEJ W STOSUNKU DO DZIECKA Z TRISOMIĄ 21 CHROMOSOMU W PRZYPADKU RODZINNY DYSFUNKCYJNEJ

W tej części pracy pragnę przedstawić historię życia 10-letniego chłopca z trisomią 21 chromosomu, wychowywanego przez rodziców niepełnosprawnych intelektualnie, alkoholików – jako przykład (na pewno skrajny) zaburzeń rozwoju dziecka na skutek niewytworzenia więzi emocjonalnej z matką.

Romek<sup>30</sup> urodził się jako piąte dziecko w rodzinie. Matka chłopca jest osobą niepełnosprawną intelektualnie w stopniu umiarkowanym, ojciec w stopniu lekkim i oboje nadużywają alkoholu. U dziecka w okresie noworodkowym stwierdzono sinicę centralną, trisomię 21 chromosomu. W pierwszych miesiącach życia chłopiec przeszedł ostrą posocznicę. Do 3. roku życia dziecko było wielokrotnie hospitalizowane z powodów: wyniszczenia organizmu wskutek refluksu żołądkowo-jelitowego, zakażeń górnych i dolnych dróg oddechowych, zakażeń bakteryjnych skóry, zakażenia świerzbowcem.

W okresie tym rodzice chłopca nie otrzymali żadnej pomocy w sensie specjalistycznego poradnictwa z zakresu pielęgnacji i opieki nad dzieckiem z utrudnieniami w rozwoju, także personel miejscowego szpitala ograniczał się do niezbędnych zabiegów medycznych i bezrefleksyjnie oddawał dziecko do domu rodzinnego.

Takie 2,5 roczne dziecko zostało wreszcie skierowane do nowo powstałego Ośrodka Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych w niewielkiej miejscowości. Romek ważył wtedy około 7 kilogramów, siedział samodzielnie, aktywność jego ograniczała się do stereotypowego kiwania się w łóżeczku i autoagresywnych ruchów dłoni, które uderzały w skronie aż do powstawania siniaków i ran. Dziecko karmione było pokarmami płynnymi, podawanymi przez smoczek, przy czym często dławiło się i bezpośrednio po posiłku obficie wymiotowało. Romek nie prezentował najmniejszego zainteresowania otoczeniem, wydawał się nie rozpoznawać najbliższych, nie reagował na to, że jest przewożony z domu do ośrodka i z powrotem, nie płakał, jednostajnie jęczał w rytm stereotypowych ruchów ciała.

Dziecko zostało objęte rehabilitacją i opieką w systemie pięciodniowym w godzinach od 8.00-14.00, pozostały czas spędzało w domu rodzinnym. Pracownicy ośrodka wielokrotnie instruowali rodziców, jak pielęgnować dziecko, jak stymulować rozwój. Niestety możliwości intelektualne matki dziecka wykluczały zapewnienie dziecku godziwych warunków życia. Staraniem pracowników Ośrodka Pomocy Społecznej ro-

29 Za: V.B. Droscher, dz. cyt.

30 Imię dziecka zostało zmienione.

dzice dziecka otrzymali nadzór kuratora sądowego, który niestety nie spełnił pokładanych w nim nadziei, uświadził jedynie czujność personelu na co dzień przebywającego z dzieckiem.

Chłopczyk przyjeżdżał do placówki brudny, niejednokrotnie głodny, przemarznięty, w tych samych pieluchach i ubraniu, w których został odwieziony do domu. W przypadkach konieczności konsultacji lekarskiej obowiązki rodzicielskie przejmowali pracownicy ośrodka. Niestety rodzice nie wywiązywali się nawet z obowiązku podawania dziecku leków i wykonywania prostych, acz niezbędnych zabiegów pielęgnacyjnych.

Dziecko często trafiało do szpitala z tych samych powodów co uprzednio – głównie wynikających z rażących zaniedbań pielęgnacyjnych i nieleczzonego refluksu żołądkowo-jelitowego.

Stan chłopca, mimo upływu czasu, nie ulegał poprawie, dziecko nie przybierało na wadze, nie rosło, nie rozwijało się. Dopiero w wieku 5 lat skierowany został na konsultację na oddział gastroenterologiczny celem diagnostyki refluksu. Dziecko zostało zakwalifikowane do operacji. Okres rekonwalescencji zakłócano było zaniedbaniami ze strony rodziców (uszkodzenia cewnika gastrostomii). Po usunięciu cewnika i wprowadzeniu karmienia naturalnego stan dziecka nieznacznie się poprawił, zaczął przybierać na wadze, poczynił postępy w rozwoju motorycznym – zaczął chodzić prowadzony za rękę. Jednak w sferze rozwoju społecznego nie zmieniło się nic, nadal pozostawał obojętny, nie nawiązywał kontaktu, nie reagował uśmiechem na widok matki – wręcz przeciwnie, wydawał się „rozkwitać” w placówce, w szpitalu. Reakcję ożywienia wywoływał u Romka widok posiłku, z czasem nauczył się niezdarne przemieszczać w kierunku stołu z przygotowanym dla niego śniadaniem.

Stan taki trwał do 8. roku życia chłopca, wówczas w okresie niskich spadków temperatur dziecko przez kilka kolejnych dni przywożone było do placówki z odmrożonymi kończynami i twarzą – mimo intensywnego alarmowania lokalnych struktur odpowiedzialnych za opiekę społeczną i pomoc rodzinie, nie udzielono Romkowi pomocy. Wówczas jako osoba w pełni postronna, obserwująca cierpienie tego dziecka, poprosiłam o pomoc wojewódzki oddział Towarzystwa Obrony Praw Dziecka i przy pomocy pracującego tam prawnika złożyłam pozew o pozbawienie rodziców dziecka praw rodzicielskich i umieszczenie go w całodobowej placówce opiekuńczej. Romek miał wtedy 8 lat, ważył 11 kilo, wyglądał na roczne dziecko.

Udało się, po 2 miesiącach nieprzyjemnych formalności chłopczyk trafił do Domu Pomocy Społecznej prowadzonego przez siostry zakonne. Od samego początku stał się „maskotką” tego domu – siostry opowiadały mi, że pierwszy raz mają takie dziecko, które nie przechorowało pierwszego okresu po rozłące z rodziną – on rozkwitał z dnia na dzień, wreszcie miał ciepłe łóżeczko, posiłki o tych samych porach, a wokół siebie osoby, które wiedziały, co jest mu potrzebne, mimo że on im tego nigdy nie powie.

Romek miał zawsze wielką wolę życia tylko dlatego przetrwał to wszystko, miał chyba także spory potencjał rozwojowy – w DPS-ie nauczył się samodzielnie chodzić, a nawet wspinać na krzesła, łóżka, trochę wyrósł i wcale nie choruje. Chłopiec nie mówi, nie bawi się, nie okazuje przywiązania, nie rozpoznaje swoich rodziców, ale żyje w godziwych warunkach – to niewiele, jednak czy zaległości z pierwszych lat życia da się jeszcze nadrobić?

Już w momencie urodzenia był dzieckiem o wygórowanych potrzebach symbiotycznych, niestety sygnały wysyłane przez niego nie znajdowały odzwierciedlenia w reakcjach matki: „A bo ja wiem, co to takie chce, ani się nie odezwie, gdy głodne, nie wiadomo, czy go brzuch boli, czy siku zrobił. To jak się takim zajmować?”

Wielokrotne hospitalizacje, ciężki stan dziecka, pogarszał jeszcze sytuację, Dziecko przebywało całe tygodnie w szpitalu w tym czasie rodzice zapominali o jego istnieniu. Kiedy wracał do domu spędzał całe dni w brudnym łóżeczku, nakarmiony od przypadku do przypadku, byle jak i byle czym, do Romka się nie mówiło – bo przecież on nie rozumie.

Kiedy go poznałam miał 3 lata, nie reagował na nikogo i na nic – z całą pewnością znajdował się w III fazie zespołu deprivacji z mocno utrwalonymi stereotypami zachowań, bierny, apatyczny, nie wykonywał



żadnych celowych ruchów. Także w ośrodku rehabilitacyjnym przez jedyne 5 godzin na dobę nie można było zniwelować wielomiesięcznych zaniedbań, a przede wszystkim zbudować z dzieckiem więzi znaczących dla jego rozwoju.

Tak ogromnych zakłóceń w rozwoju nie można tłumaczyć tym, że dziecko urodziło się z trisomią – tak jednak interpretowało stan dziecka wiele osób – fachowców (lekarzy, pracowników socjalnych).

W świetle teoretycznych założeń przedstawionych w tej pracy można domniemywać, że ogromne opóźnienie rozwoju fizycznego dziecka wynikało z zachwiania rytmów biologicznych (snu, łaknienia, uporczywych wymiotów zakłócających prawidłowe uwalnianie hormonu wzrostu) w przebiegu I i II fazy zespołu deprywacji, na które nałożył się jeszcze nieleczoney refluks żołądkowo-jelitowy. Aktywność dziecka zablokowały stereotypie ruchowe, które upośledzeni rodzice odczytywali jako formę „ćwiczeń rehabilitacyjnych”. Permanentny lęk i stres, z jakim zmagало się to biedne dziecko, na pewno doprowadziły do procesów neurodegeneracyjnych w centralnym układzie nerwowym. Umieszczenie dziecka w całodobowej placówce opiekuńczej pozwala być spokojnym o jego egzystencję biologiczną, nie daje jednak szans stworzenie silnych emocjonalnych więzi z zawsze tą samą kochającą osobą.

#### 4.2. MOŻLIWOŚCI TERAPII ZESPOŁU DEPRYWACJI

W tej części pracy pragnę przyjrzeć się doniesieniom na temat możliwości terapii dzieci dotkniętych zespołem deprywacji. Jak wspomniano wyżej, są one uzależnione od wieku dziecka, czasu, jaki upłynął od momentu zerwania więzi, fazy choroby, a także indywidualnych możliwości dziecka

Obcowanie z zaburzonym przez trudne doświadczenia dzieckiem nie jest łatwe. Stanisław Kozak w książce *Sieroctwo społeczne* pisze, że u dzieci sierocych przebywających w placówkach występuje tzw. kompleks Kopciuszka, tj. zahamowania wewnętrzne, spaczne postawy, które są wynikiem utrudnień napotykanym w normalnym zaspokajaniu potrzeb kontaktu emocjonalnego. „Kompleks Kopciuszka” stanowi jedną z odmian kompleksu różnicy. Dziecko wie, że jest w gorszej sytuacji, ale jest przekonane, że pewnego dnia wszystko się zmieni<sup>31</sup>. Ten kompleks zauważają rodziny, wychowując razem dzieci biologiczne i przyjęte. Te przyjęte prawie zawsze niedowierzają, czują się mniej wartościowe, mniej kochane. Testują rodziców i kontrolują. Taki stan, powołując się na K. Obuchowskiego, można nazwać asyntonicznością. Poznanie ludzi jest procesem intelektualnym, jednak nie może się ono odbywać bez współdziałania czynnika pozaintelektualnego, którym jest „syntonia”, czyli współdzwignienie ze stanem uczuciowym drugiego człowieka. Owa „syntonia” jest podstawową cechą kontaktu emocjonalnego. Dziecko asyntoniczne nie liczy się z uczuciami ludzi, nie pragnie przebywać w ich towarzystwie, nie tęskni, nie jest serdeczne, obce jest mu współczucie, współprzeżywanie. Nie potrafi przeżywać wspólnej radości czy wspólnego smutku. Często jego zachowaniem kierują pozory i powierzchowność, brak wewnętrznego zaangażowania emocjonalnego<sup>32</sup>. Możemy powiedzieć, że dzieci asyntoniczne żyją „obok ludzi”, ale nie „z ludźmi”. Dziecko nie nauczy się współbrzmieć z innymi, jeżeli nie odczuje tego, że inni ludzie z nim współdzwigną, a doświadczenie owej syntonii w warunkach instytucji, gdzie w grę wchodzi układy i silna rywalizacja, jest prawie niemożliwe.

Pani Anna Błasiak w artykule *Gdy zabraknie rodziny* pisze, że w opinii społecznej – „Zdecydowanie przeważa postawa kliwio-sentymentalna, mająca swoje źródło w naturalnym odruchu współczucia wobec ludzi skrzywdzonych. Przejawia się ona w idealizowaniu wychowanków Domu Dziecka, postrzeganiu ich

31 S. Kozak, *Sieroctwo społeczne. Psychologiczna analiza zaburzeń w zachowaniu się wychowanków domów dziecka*, PWN, Warszawa 1986.

32 K. Obuchowski, *Psychologia dążeń ludzkich*, PWN, Warszawa 1983.



w sposób powierzchowny i jednostronny jako skrzywdzone, biedne, kochane, grzeczne dzieci. Postawa ta nie uwzględnia ich skomplikowanej, pogmatwanej psychiki oraz doświadczeń, a często też i dość znacznej demoralizacji. Alternatywną postawą jest niechęć. Postawa niechęci, chłodu i rezerwy wobec sierot społecznych występuje najczęściej u osób, które spotykają się z tymi dziećmi na co dzień. Do osób tych należy część rodziców dzieci, które uczęszczają do szkoły razem z wychowankami Domów Dziecka. Lękają się oni, często nie bez powodu, by ich dziecko nie nauczyło się czegoś niewłaściwego. Postawę niechęci, co jest smutne i tragiczne, przejawiają również niektórzy nauczyciele, którym nie udało się sprostać problemom wychowawczym, jakie niosą ze sobą dzieci z Domów Dziecka. Natomiast pomiędzy ckliwością a niechęcią jest obszar, gdzie należy poszukiwać właściwych i pożądaných postaw wobec osieroconych wychowanków. W kontaktach z nimi należy kierować się z jednej strony miłością, a z drugiej rozumą. Wydaje się to bardzo oczywiste, lecz jakże trudne do zrealizowania w praktyce<sup>33</sup>.

Rodzice adopcyjni na łamach artykułu *Co warto wiedzieć o chorobie sieroczej* podają, że terapia dziecka przebiega w trzech etapach. Pierwszy z nich to tzw. stadium osławiania, które polega na życzliwej i pełnej miłości obecności matki, bez narzucania się dziecku, bez przekraczania bariery przez nie ustanowionej. Matka po prostu jest z dzieckiem i pozornie zachowuje bierność, musi ona zaakceptować dziecko takim, jakie ono jest na tym etapie terapii. W drugim etapie zaczyna się nawiązywać porozumienie emocjonalne między matką i dzieckiem. W tym okresie reakcje dziecka są nienormalne, a mianowicie dziecko dotychczas grzeczne zaczyna objawiać niepokój, a często agresję w stosunku do matki. Jest to zatem najtrudniejszy moment dla matki adopcyjnej, która zwraca ku dziecku całą swoją miłość, a w odpowiedzi spotyka się z wrogością. W tym okresie osobą akceptowaną przez dziecko jest ojciec. W dotychczasowym swoim życiu, w zakładzie opiekuńczym, dziecko było otoczone w większości przypadków przez kobiety. Tak więc dziecko w tym etapie terapii choroby sieroczej traktuje matkę adopcyjną czy zastępczą jako jeszcze jedną opiekunkę z domu dziecka. Ta faza terapii nacechowana jest aktywizacją przeżytych w przeszłości stanów frustracyjnych i wyrzuceniu ich na zewnątrz, dziecko zaczyna czuć – więc wraca do normalności. Po dojściu do równowagi emocjonalnej dziecko przywiązuje się zarówno do matki, jak i ojca<sup>34</sup>.

## PODSUMOWANIE

A co dalej z Romkiem? Czy można obudzić w tym 10-letnim, niepełnosprawnym dziecku emocje, których nikt nigdy mu nie okazał? Czy znajdzie się kiedyś ktoś, komu wystarczy sił, aby kochać to dziecko ze świadomością, że najprawdopodobniej ono nigdy nie odwzajemni tego uczucia?

Romek potrzebuje ponadto kompleksowego usprawniania. Idealnym rozwiązaniem byłoby poddanie go całościowej diagnostyce i terapii. Aby było to możliwe, konieczne jest uregulowanie sytuacji prawnej dziecka (w praktyce pozbawienie rodziców władzy rodzicielskiej), a następnie intensywne poszukiwanie rodziców adopcyjnych, świadomych trudów wynikających z opieki nad głęboko niepełnosprawnym dzieckiem, zdeteminowanych i pełnych wiary w możliwość obudzenia w Romku radości istnienia, cierpliwie czekających na uśmiech, wyciągnięte w ich kierunku ramiona.

33 A. Błasiak, *Gdy zabraknie rodziny*, <http://www.sluzbazdrowia.com.pl/html> [dostęp: 20.11.2005].

34 *Co warto wiedzieć o chorobie sieroczej*, <http://www.misjanadziei.org.pl/artykuly/chorobasieroca/html> [dostęp: 10.02.2006].

## BIBLIOGRAFIA

1. Bielicka I., Olechnowicz H., *O chorobie sieroczej małego dziecka* [w:] *Materiały do nauczania psychologii*, red. L. Wołoszynowa, PWN, Warszawa 1966.
2. Błasiak A., *Gdy zabraknie rodziny*, <http://www.sluzbazdrowia.com.pl/html> [dostęp: 20.11.2005].
3. *Co warto wiedzieć o chorobie sieroczej*, <http://www.misjanadziei.org.pl/artykuly/chorobasieroca/html> [dostęp: 10.02.2006].
4. Droscher V.B., *Rodzinne gniazdo*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1988.
5. Frankl V.E., *Homo patiens*, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1984.
6. Hellbrügge T., *Dlaczego rehabilitacja rozwojowa musi być prowadzona w okresie niemowlęcym* [w:] *Materiały z Międzynarodowej Konferencji pt. Wczesna interwencja u dzieci z dysfunkcjami rozwojowymi*, Wrocław, Polska, Fundacja Promyk Słońca, Wrocław 2003.
7. Hellbrügge T., Wimpffen H. von, *Pierwsze 365 dni życia dziecka*, Fundacja Promyk Słońca, Warszawa 1995.
8. <http://www.naszbocian.pl/modules.php> [dostęp: 10.02.2006].
9. Kozak s. , *Sieroctwo społeczne. Psychologiczna analiza zaburzeń w zachowaniu się wychowanków domów dziecka*, PWN, Warszawa 1986.
10. Leboyer F., *Narodziny bez przemocy*, Wydawnictwo Radunia, Wrocław 1983.
11. Maurer D.Ch., *Świat noworodka*, PWN, Warszawa 1994.
12. Obuchowski K., *Psychologia dążeń ludzkich*, PWN, Warszawa 1983.
13. Olszewski A., *Hipokamp sieroty*, <http://www.misjanadziei.org.pl/artykuly/index.html> [dostęp: 10.02.2006].
14. Piaget J., *Studia z psychologii dziecka*, PWN, Warszawa 1966.
15. Sadowska L., Gruna-Ożarowska A., Skórczyńska M., *Rozwój więzi między matką i dzieckiem od poczęcia* [w:] *Rola więzi w rozwoju dzieci i młodzieży niepełnosprawnej*, red. J. Patkiewicz, PTWK, Wrocław 200, s. 59-73.
16. *U źródeł rozwoju dziecka*, red. H. Olechnowicz, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne Warszawa 1999.
17. Wagner I., *Sieroctwo społeczne – przyczyny, następstwa, formy kompensacji. Studium teoretyczno-badawcze*, Wyższa Szkoła Pedagogiczna w Częstochowie, Częstochowa 1997.

## Notka o autorce

**mgr Urszula Kwaśnica-Zielińska** – absolwentka Uniwersytetu Wrocławskiego. Pedagog specjalny, specjalista wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka, certyfikowany terapeuta integracji sensorycznej. Od 1997 roku pracuje z dziećmi z wyzwaniami rozwojowymi. Zainteresowania zawodowe: fizjologiczne i psychiczne uwarunkowania rozwoju dziecka, diagnoza i terapia dzieci z całościowymi zaburzeniami rozwoju.

## Karolina Spałek

neurologopeda

karolina.spalek@gmail.com

# Logopedia w dobie pandemii, czyli o zajęciach logopedycznych online

## STRESZCZENIE

W artykule znajdziesz informacje i osobiste spostrzeżenia autorki na temat prowadzenia terapii logopedycznej online. Zaprezentowany zostanie techniczny aspekt prowadzenia zajęć online, możliwości wykorzystania konkretnych narzędzi oraz przykłady wspomagania logopedycznego przez Internet.

## WSTĘP

Koronawirus wyrzucił nasze życie do góry nogami. W trakcie pisania tego tekstu uświadomiłam sobie, jak marzec i kwiecień 2020 roku były niewiarygodne. Aż trudno w to uwierzyć! Przypominam sobie ten czas i wydaje mi się, że grałam rolę w jakimś dziwnym filmie, który był (jest?) rzeczywistością.

Dla wielu logopedów był to czas niewiadomej, czas stagnacji; później gwałtownego szukania rozwiązań, przeważnie wymuszonego przez placówki oświatowe oraz właścicieli gabinetów logopedycznych. Była jednak grupa logopedów, która płynnie dostosowała się do możliwości, jakie daje XXI wiek i możliwości digitalizacji. Sięgając po nowoczesne technologie przenieśli, oni swoje gabinety w przestrzeń Internetu. Poniżej różne rozwiązania, które mam nadzieję, pomogą w przyszłości logopedom, gdyby (o zgrozo!) znowu nas zamknięto w domach z powodu epidemii.

## 1. CZY BOIMY SIĘ NOWOCZESNYCH TECHNOLOGII?

### O WYMAGANIACH TECHNICZNYCH

Warunkiem podstawowym jest stabilne połączenie z Internetem (nie trzeba decydować się na najwyższe pakiety oferowane przez firmy się w tym specjalizujące, standardowa prędkość 100Mb/s będzie wystarczająca) oraz komputer lub alternatywnie inne urządzenie (tablet, smartfon). Konieczne będą również słuchawki z mikrofonem (na początek wystarczy zestaw słuchawkowy), których użycie jest niezbędne w celu wyeliminowania dźwięku płynącego z otoczenia do odbiorcy, zapobiegnie też tworzeniu się pogłosu. Dodatkowym elementem, którego brak będzie wpływał na jakość terapii, jest kamera internetowa – jej jakość po stronie logopedy powinna być bardzo dobra w celu utrzymania uwagi ucznia. Standardem powinna być kamera o rozdzielczości 720p 30Hz, a najlepiej 1080p 60Hz, co zapewni płynność ruchów (koszt takiej kamery to ok. 350-500zł). Na początek oczywiście można użyć kamery wbudowanej w laptop, lecz jakość tych urządzeń często pozostawia wiele do życzenia. Kamera i słuchawki z mikrofonem to zestaw zarówno dla logopedy, jak i pacjenta/ucznia po drugiej stronie ekranu w celu wzajemnej, efektywnej współpracy; i o ile druga strona może użyć tego, co dostępne, to logopeda nie powinien na tym oszczędzać. Dostępne są różne aplikacje,

które można wykorzystać do poprowadzenia terapii, a najpopularniejsze z nich to: Zoom, Skype, Microsoft Teams, Messenger oraz WhatsApp. Narzędzie, które również można rozważyć, to platformy szkoleniowe, jak na przykład ClickMeeting, MyOwnConference. Należy zwrócić uwagę na fakt, że powyższe programy są często darmowe do użytku domowego (jak Skype), lecz płatne w użytku komercyjnym – zarobkowym (między innymi Skype for business). Ceny za licencje komercyjne nie są wygórowane i zaczynają się od około 60 zł (Zoom – 14,99\$) za miesiąc podstawowego i wystarczającego pakietu.

Wybierając oprogramowanie, w którym będzie prowadzona terapia, warto zwrócić uwagę na funkcję udostępniania pulpitu. To rozwiązanie pozwala pokazać uczniowi to, co włączymy na swoim ekranie, na przykład arkusze z zadaniami, karty pracy i gry logopedyczne. Dodatkową zaletą będzie tablica, po której można pisać i rysować, z kolejną możliwością, jaką jest umożliwienie do niej dostępu, co zapewni kooperację ucznia i terapeuty. Zawsze można podsyłać materiały i filmy instruktażowe, które można samodzielnie nagrać swoim telefonem, więc warto sprawdzić, jakie możliwości w przesyłaniu plików daje aplikacja. Ważną opcją, którą mają nieliczne platformy, jest obsługa bez potrzeby instalacji oprogramowania na komputerze i zakładania kont, co sprawdza się w przypadku osób, które nie są obeznane z nowocześniejszymi technologiami. Połączenie następuje po wysłaniu linka i uruchomieniu oprogramowania w przeglądarce.

Podsumowując, dobre narzędzie do terapii online powinno charakteryzować się:

- łatwym i stabilnym połączeniem audiowizualnym pomiędzy terapeutą a pacjentem,
- możliwością udostępniania pulpitu,
- funkcją tablicy, którą wspólnie można użytkować.

## 2. CO, JAK I PO CO? PROWADZENIE TERAPII

Jedną z technik pracy logopedy prowadzonej w standardowych warunkach jest wzajemna obserwacja. W czasach epidemii, logopedzi zastanawiają się, czy pracować w maseczce, przyłbicy lub poszukują zupełnie innych rozwiązań, ale wizja terapii prowadzonej w maseczce jest absurdem. Ważne więc, aby podczas kontaktu przez Internet mieć wyraźnie widoczną twarz. Terapia oparta na ćwiczeniach artykulatorów, wymowy czy ćwiczeniach słuchowych będzie wymagała pracy z kamerą internetową. Za jej pośrednictwem można skutecznie wykonywać z dzieckiem ćwiczenia narządów artykulacyjnych, ćwiczenia oddechowe, ćwiczenia fonacyjne; wywoływać (tak!), usprawniać i utrwalać artykulację; różnicować głoski podobne do siebie, ćwiczyć słuch fonemowy i pamięć słuchową. Aby ograniczyć możliwość występowania pogłosu, polecam od samego początku korzystać również ze słuchawek z mikrofonem; dzięki nim, logopeda z doświadczeniem usłyszy deformacje głosek, szmer niewłaściwie przepływającego powietrza w czasie wad wymowy. Swobodnie można prowadzić z dzieckiem dialog, wplatając w niego ćwiczenia rozumienia, rozwijając zasób słownictwa, opowiadając i tworząc definicje. Przy okazji można rozwijać nowe kompetencje – interakcje za pośrednictwem ekranu, w którym czekanie na swoją kolej w mówieniu jest bardzo istotne. Wcześniej ekran/monitor nie wymagał interakcji, bo nie był przecież partnerem komunikacyjnym – dziecko oglądało w nim bajki, teledyski. Teraz ekran nabiera „nowej jakości”, spotkania z drugim, żywym człowiekiem, z którym trzeba pozostawać w kontakcie. Niezbędny jest tu rodzic – musi on włączyć sprzęt i ustawić go. Idealnie, jeśli towarzyszy w terapii logopedycznej, mogąc uczyć się tego, co będzie kontynuowane w domu. Nie zawsze jest taka możliwość – rodzice korzystają z okazji, że dziecko ma zajęcie i oddają się domowym obowiązkom. Wtedy rodzic musi być w pobliżu w przypadku (zdarzających się) usterek, takich jak: brak połączenia z Internetem, rozładowana bateria w urządzeniu lub zdominowanie urządzenia przez inną aplikację (może się zdarzyć podczas użytkowania telefonu).

### 3. ZAJĘCIA LOGOPEDYCZNE BEZ GABINETU? NOWA RZECZYWISTOŚĆ

Wykorzystywanie tradycyjnych pomocy logopedycznych musi zostać przeorganizowane. Używanie ich zgodnie z przeznaczeniem może okazać się mało atrakcyjne, więc logopeda powinien wykazać się kreatywnością, jeśli chce je wykorzystać. Można niektóre z nich pokazywać przed kamerą, co dotyczy obrazków, elementów historyjek obrazkowych, elementów układanek, przedmiotów. To rozwiązanie ma jednak swoje minusy. Po pierwsze, drżąca ręka, która powoduje utratę jakości; po drugie, lustrzane odbicie w kamerze, które może wprowadzić dziecko w błąd (warto przed użyciem przetestować wybraną aplikację i sprawdzić, czy pokazuje ona terapeutę w takiej perspektywie); po trzecie, trudność w rozmowie o obrazku, które widzi dziecko, a nie logopeda (przy kamerze umieszczonej nad ekranem fizycznie, ustawiając obrazek do kamery, zasłania się ekran komputera). Tu z pomocą przychodzi opcja udostępniania pulpitu lub strony aplikacji (dostępna w Skype, Zoom, ClickMeeting). Dzięki niej można uruchomić na swoim komputerze interaktywną grę (na przykład Multimedialny pakiet logopedyczny, Zoominki, Logoobrazki wydawnictwa Kom-logo) i zmotywować dziecko do pracy z jej wykorzystaniem. Taka forma nie wymaga od dziecka sterowania (dziecko nie przejmuje dostępu), ale informuje głosowo logopedę, jakie ruchy ten ma wykonać – co zaznaczyć, jaki obrazek wybrać, co nacisnąć. Oprócz programów multimedialnych można wykorzystać inne aplikacje (mimowa.pl) lub pliki dostępne na komputerze logopedy. O tym, jak konkretnie wykorzystuję materiały, będzie opisane dalej.

### 4. PRACA W DOMU Z RODZICEM

Niektórzy logopedzi wysyłają materiały dzieciom mailem, aby rodzic mógł je wydrukować, poćwiczyć z dzieckiem i przygotować się do zajęć. Inni wysyłają zakres ćwiczeń do wykonania w domu tuż po zakończeniu zajęć, aby dziecko utrzymywało ćwiczone wcześniej materiał. Bez względu na to, jaki system obiera logopeda, rodzic – podobnie jak w czasach przed pandemią, jest zobowiązany do ćwiczenia z dzieckiem w domu. To chyba jedyny obszar, w którym nic się nie zmieniło: zaleca się, aby rodzic uczestniczył w terapii, obserwując działania logopedy, a następnie kontynuował pracę w domu według zaleceń.

### 5. TROSKA O DOBRĄ INTELKTUALNE, CZYLI JAK (NIEŚWIADOMIE?) ŁAMANE SĄ PRAWA AUTORSKIE W SIECI

Pozostając w temacie pomocy logopedycznych, chciałabym zwrócić uwagę na wzmożone zjawisko, jakim jest łamanie praw autorskich. Obserwowałam zalewającą Internet falę, zarówno bezpłatnych, jak i płatnych materiałów logopedycznych różnej jakości, tworzonych w czasie kwarantanny. Notoryczne jest wykorzystywanie ilustracji objętych licencją, na przykład obrazków przedstawiających postaci znanych kreskówek, adaptowanych jako grafika logopedyczna, a następnie sprzedawanych (aspekt komercyjny). Obserwowałam także zjawisko łamania praw autorskich w formie skanowania i rozpowszechniania zeszytów i ćwiczeń logopedycznych, pobierania materiałów bezpłatnych i umieszczania ich na stronach firm i placówek oświatowych (sic!) bez podawania źródła lub z podpisywaniem ich własnym imieniem i nazwiskiem (to już kradzież!). Obserwowałam również proces kopiowania znanych na rynku pozycji, a następnie, po delikatnej ich zmianie, na przykład dodaniu podpisów do obrazków lub zamiany kolejności, sprzedawane w sieci.

Być może logopedzi w Polsce nie mają wiedzy z obszaru praw autorskich, licencji oraz warunków kopiowania, wykorzystywania i udostępniania obrazków, artykułów, pomocy (nawet tych bezpłatnych), wreszcie kradzieży dóbr intelektualnych. Uważam, że należy o tym przypominać, aby uchronić nasze środowisko przed przykrymi konsekwencjami. Wszystkie informacje o prawach autorskich zawarte są w Ustawie z dnia 4 lutego 1994 roku o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz.U. 1994 nr 24 poz. 83).



W ustawie tej można przeczytać, że w przypadku cytowania zawsze należy podać źródło (tytuł, autora), w przypadku działalności instytucji oświatowych udostępnianie jest dozwolone wyłącznie w kręgu osób uczących się. Na uwagę zasługuje również artykuł 115 oraz 116, które zacytuję:

„Art. 115. 1. Kto przywłaszcza sobie autorstwo albo wprowadza w błąd co do autorstwa całości lub części cudzego utworu albo artystycznego wykonania, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 3. 2. Tej samej karze podlega, kto rozpowszechnia bez podania nazwiska lub pseudonimu twórcy cudzy utwór w wersji oryginalnej albo w postaci opracowania, artystyczne wykonanie albo publicznie zniekształca taki utwór, artystyczne wykonanie, fonogram, wideogram lub nadanie [...].

Art. 116. 1. Kto bez uprawnienia albo wbrew jego warunkom rozpowszechnia cudzy utwór w wersji oryginalnej albo w postaci opracowania, artystyczne wykonanie, fonogram, wideogram lub nadanie, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2”.

Nie jest więc karalne zeskanowanie jednej lub kilku stron z zeszytu ćwiczeń, który jest wykorzystywany podczas pracy w gabinecie, i opracowywanie go podczas zajęć online z konkretnym uczniem. Karalne jest zeskanowanie całego zeszytu lub jego części i udostępnianie go w miejscach dostępnych (takimi są popularne fora dla logopedów!), lub sprzedawanie takiej formy czy podpisywanie się pod taką publikacją i czerpanie zysków z rozpowszechniania.

## 6. „NIE KAŻDY SIĘ NADAJE” – PRZEKONANIA LOGOPEDÓW

W czasie epidemii najbardziej pozbawione pomocy zostały te dzieci, które nie są w stanie pracować w trybie online: dzieci z MPD, autyzmem czy Zespołem Downa. Z dnia na dzień zostały bez terapii, opieki, codziennych rytuałów. Ich rodzice zostali z nimi – dosłownie – zamknięci w czterech ścianach. Rzeczywiście, terapia logopedyczna nie będzie tu prowadzona w sposób bezpośredni, ale można wykorzystać Internet w inny sposób. Można skontaktować się z rodzicem, zapytać, jak sobie radzą (empatia!), opisać proste ćwiczenia, które rodzic może sam wykonywać z dzieckiem. Poprosić o film z takich ćwiczeń, skomentować, wesprzeć rodzica w jego trudzie. Być może takie działania będą zapobiegały utracie wypracowanych wcześniej kompetencji.

Drugą grupę stanowią dzieci, których „nie da się” zdiagnozować. Pełnej diagnozy logopedycznej być może nie uda się przeprowadzić, ale takie dziecko można przecież skonsultować. Zrobić wywiad z rodzicem, nawet jeśli nigdy wcześniej nie był u logopedy. Przykładem jest mama trzyletniego chłopca z zaburzeniami ze spektrum autyzmu, która pod koniec marca zgłosiła się do mnie przez Internet. Gdyby czekała do końca kwarantanny, wiązałoby się to z kolejnymi straconymi miesiącami, które już wtedy można było wykorzystać na zmianę zachowań, wprowadzenia nowych zasad działania czy elementów terapii. Zdeterminowany rodzic, odpowiednio instruowany przez terapeutę, może osiągnąć sukces.

## 7. PRZYKŁADY PROWADZONYCH ZAJĘĆ

### 7.1. LENA, 7, DYSLALIA

Lena zgłosiła się na terapię na początku kwietnia. Mama podczas konsultacji telefonicznej informowała, że jej córka była objęta terapią w zerówce, natomiast ostatnie kilka tygodni w domu spowodowały pogorszenie artykulacji, co zauważył nauczyciel prowadzący zdalne zajęcia. Pierwsze spotkanie było diagnostyczne, opierało się na swobodnej rozmowie oraz weryfikacji umiejętności dziewczynki. Problemem było różnicowanie głosek szeregu syczącego i szumiącego w mowie spontanicznej. Mama zdecydowała się na terapię dwa razy w tygodniu po 30 minut. Zajęcia miały stały plan: rozpoczynaliśmy od różnicowania w mowie sylab syczących i szumiących, korzystając z kamery, obserwując ruchy warg, zębów, języka. Następnie wykorzysty-



wałyśmy materiał obrazkowo-wyrazowy w formie zagadek, listy wyrazów (stworzony wcześniej plik z szumkami), następnie różnicowałyśmy głoski syczące i szumiące w mowie spontanicznej podczas odpowiadania na pytania do wysłuchanego tekstu lub z wykorzystaniem gry multimedialnej (Logoobrazki). Na początku czerwca dziewczynka już nie powtarzała słów, a samodzielnie opowiadała przebieg historyjek obrazkowych, korygując się w spontanicznych wypowiedziach.

## 7.2. MATEUSZ, 5, MOWA BEZDŹWIĘCZNA

Mateusz jest dzieckiem, z którym przed epidemią pracowałam regularnie, raz w tygodniu w gabinecie, znałam więc jego problemy. Przeniesienie zajęć w tryb online było więc kontynuacją zajęć, tylko w innej formie. Z uwagi na trudności w różnicowaniu głosek dźwięcznych i bezdźwięcznych zintensyfikowałam ćwiczenia słuchowe. Ponieważ Mateusz potrafi już czytać, wykorzystywałam białą tablicę, na której zapisywałam słowa pozbawione głosek, a Mateusz uzupełniał luki w słowach. Do tego korzystałam z Logoobrazków wydawnictwa Komlogo (cz. VII – słuch fonemowy) oraz kart pracy, które wcześniej przygotowywałam. Wspólnie z mamą Mateusza zdecydowałyśmy się na pracę z chłopcem dwa razy w tygodniu po 30 minut. Po wspólnych zajęciach wysyłałam maila z informacją, co konkretnie mogą ćwiczyć w domu. Z perspektywy czasu widzę, że krótsze, ale częstsze zajęcia wpływały na tego chłopca znacznie korzystniej i szybciej osiągał zamierzone cele.

## 7.3. ANTONI, 4, AUTYZM WYSOKOFUNKCJONUJĄCY

Antka poznałam podczas zajęć diagnostycznych na początku marca w gabinecie. Kolejne spotkania uniemożliwiła pandemia. Zalecenia do terapii obejmowały terapię funkcji: pracę nad pozycją spoczynkową języka oraz ćwiczenia prawidłowego toru oddechowego; terapię artykulacji: seplenienie międzyzębowe; wspomaganie mowy: rozwijanie opowiadania, wspieranie języka polskiego (chłopiec często używał angielskich wyrazów), doskonalenie praktycznego użycia reguł fleksyjnych i gramatycznych. Zajęcia trwały 30 minut dwa razy w tygodniu, a po każdym zajęciach mama chłopca, która była obok za każdym razem, otrzymywała instrukcje do pracy w domu. Systematyczna praca w domu była widoczna! Zaledwie sześć spotkań w trybie online wystarczyło, aby pozycja spoczynkowa języka utrwaliła się, co właściwie od razu przeniosło się na sposób realizacji głosek syczących i szumiących. Antoś polubił nasze spotkania i czekał na nie z niecierpliwością. Współpracował, utrzymywał kontakt i chętnie uczestniczył w każdym z proponowanych zadań.

## PODSUMOWANIE

Przejsie w tryb online jest wyzwaniem. Logopedzi są nauczeni pracy z żywym pacjentem, którego można dotknąć. Wielu terapeutów wzbrania się przed takim trybem pracy, jako argumenty przywołując szkodliwy wpływ nowoczesnych technologii, problemy z koncentracją, brak bezpośredniego wpływu na pacjenta; zwracają uwagę na problemy techniczne, brak wpływu na sprzęt po „drugiej stronie”; wreszcie – do czego przyznają się na końcu – osobistego lęku przed wykorzystywaniem technologii w codziennym życiu.

Moje doświadczenia i obserwacje są zaskakujące. Okazuje się, że dzieci są w stanie skoncentrować się przed ekranem i aktywnie pracować. Uważnie słuchają, są zaangażowane. Dla wielu z nich monitor, w którym widać terapeutę, jest dodatkowym motywatorem, atrakcją, urozmaicheniem. Trudności technicznych jesteśmy w stanie uniknąć, o ile prawidłowo przygotujemy swoje zaplecze oraz poinstruujemy rodzica o tym, czego wymagamy, aby terapia miała sens, a co za tym idzie – była skuteczna.

Rzeczywiście jest grono pacjentów, dla których terapia w trybie online nie jest dobrym rozwiązaniem. Gdy jednak przypomnimy sobie sytuację z marca i kwietnia 2020 roku, wydaje się, że wsparcie specjalisty – nawet przez Internet czy telefon – jest bardzo ważnym aspektem dla rodzica oraz dziecka, które potrzebuje

stałej terapii. W chwili, kiedy nie ma dostępu do żadnej z koniecznych form pomocy, lepsza taka forma wsparcia niż jej zupełny brak.

Uważam, że pandemia jest etapem przełomowym, który zmienił podejście do naszej pracy – terapii logopedycznej. Myślę, że będziemy oddzielać czas „przed pandemią” oraz czas „po pandemii”. Ten drugi będzie charakteryzowany olbrzymią ostrożnością w pracy z dziećmi, większym dystansem w terapii bezpośredniej, obowiązkowym dystansem społecznym oraz zapasem środków do dezynfekcji. Równocześnie uważam jednak, że będziemy obserwować stały wzrost używania nowoczesnych technologii w regularnej terapii logopedycznej. Ocenianie, czy to zjawisko jest dobre, czy złe – nie ma sensu, ponieważ to się dzieje i nie mamy na to wpływu. Tak, jak zmienia się świat edukacji, szkoleń, zarządzania, medycyny (artykuł powstawał w czerwcu 2020, a wizyty z internistą nadal odbywają się przez telefon!), tak zmienia się również polska logopedia.

## Notka o autorce

**mgr Karolina Spałek** – neurologopeda, filolog, redaktor portalu [www.Logotorpeda.com](http://www.Logotorpeda.com), właściciel czterech gabinetów terapeutycznych w Tarnowskich Górach ([www.logopedyczna.slask.pl](http://www.logopedyczna.slask.pl)). Współpracuje z wydawnictwem Komlogo, prowadząc szkolenia z zakresu słuchu fonemowego i diagnozy testem Karty Oceny Słuchu Fonemowego – KOSF. Interesuje się rozwojem, uczestniczy w najnowszych szkoleniach z zakresu logopedii oraz rozwiązuje problemy, wykorzystując nowoczesne technologie w swojej codziennej pracy.

## Urszula Sawicka

nauczyciel w Zespole Szkół Ogólnokształcących Specjalnych nr 7 w Gliwicach  
terapeuta w Niepublicznej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej *Integrare*  
usawicka@zso7-gliwice.pl

# Wpływ multimediiów na dziecko – kształtowanie postaw

---

## STRESZCZENIE

Poniższy artykuł jest skierowany do terapeutów pracujących z dziećmi. Ma on pobudzić do działań zmierzających ku kształtowaniu samokontroli w dzieciach nad ilością czasu spędzanego przed monitorami multimediiów. W pierwszej części autorka zawarła rozważania teoretyczne na temat kształtowania się układu nerwowego małego dziecka, dominacji półkulowej mózgu. W drugiej części – opisała krótką historię chłopca, który doświadcza dziwnego zdarzenia. Opowieść napisana językiem dla dzieci kilkuletnich (4-6-letnich) ma w skrócie wyjaśnić dzieciom, dlaczego nie mogą spędzać zbyt dużo czasu przed ekranami multimediiów.

## WSTĘP

Pracując z małymi dziećmi, zaobserwowałam, iż spędzają one dużo czasu przed tabletem, komputerem. Nie pozostaje to, zdaniem coraz większej liczby specjalistów, bez wpływu na układ nerwowy małego dziecka i jego procesy poznawcze.

## WPŁYW MULTIMEDIÓW NA DZIECKO ROZWAŻANIA TEORETYCZNE

W chwili narodzin dziecko ma nie do końca ukształtowany układ nerwowy. Kształtuje go poprzez doświadczenia na poziomie poznania zmysłowego. Poprzez zmysły uczy się mówić, chodzić, bawić, zdobywać wiedzę, poznawać reguły. Kształtuje się jego obraz świata. W skrócie rzecz ujmując: rodząc się, dziecko ma bardzo dużo połączeń nerwowych (synaps), a mózg jest bardzo plastyczny. Profesor Vetulani pisze: „Bardzo wysoka plastyczność neuronalna w okresie wczesnego dzieciństwa, później gwałtownie spada i jeżeli we właściwym czasie neurony nie nauczą się odpowiednio pracować, nie nauczą się tego już nigdy”<sup>1</sup>. Decydujące dla rozwoju małego dziecka są więc pierwsze lata życia: głównie pierwsze 3 lata życia decydują o tym, kim kiedyś będziemy. Profesor Vetulani podaje jeszcze wiek krytyczny pomiędzy 8. a 15. rokiem życia – kiedy to „[...] redukcja liczby neuronów jest naturalnym i ważnym procesem kształtowania się mózgu”<sup>2</sup>. Profesor Jagoda Cieszyńska-Rożek w licznych swych opracowaniach opisuje dominację półkulową mózgu<sup>3</sup>. W prawej półkuli

---

1 J. Vetulani, *Mózg: fascynacje, problemy, tajemnice*, Homini, Kraków 2014, s. 90.

2 Tamże, s. 89.

3 Por. J. Cieszyńska, M. Korendo, *Wczesna interwencja terapeutyczna. Od noworodka do 6 roku życia*, Wydawnictwo Edukacyjne, Kraków 2015.

analizowane są informacje odbierające świat w sposób całościowy, emocjonalny, natomiast w lewej – przetwarzane są informacje sekwencyjnie, analitycznie. W lewej półkuli mózgu znajdują się też ośrodki mowy i jest „przetwarzany język”<sup>4</sup>. Dostarczając bodźców dziecku tylko na przykład obrazem, dźwiękiem, emocją, stymulujemy prawą półkulę mózgu, powodując „stan nieustannego częściowego rozproszenia uwagi”<sup>5</sup>.

Oczywiście półkule mózgu są ze sobą połączone spoidłem wielkim zwanym także ciałem modelowym i współpracują ze sobą. Jednak umiejscowienie pewnych ośrodków znajduje się w różnych półkulach. Manfred Spitzer w rozważaniach na temat *Jak uczy się mózg* opisuje rodzinę sów. Do gniazda sów rodzice wstawiają komputer. „Młode sowy bardzo szybko uczą się posługiwać myszą [...], słuchają muzyki, oglądają kolorowy obraz”<sup>6</sup>. Wydawać by się mogło, iż jest to ciekawe doświadczenie. „Czego można się spodziewać? Młode sowy z opóźnieniem uczą się latać, gdyż ich kości i mięśnie nie będą tak dobrze rozwinięte, jak u innych sówich dzieci. Siedzenie przed komputerem nie jest właściwą stymulacją dla aparatu ruchowego”<sup>7</sup>. Gdy sowy uczą się już latać mogą mieć problem z orientacją. „Wzrok kalibruje słuch. Umożliwia to zwierzętom nocny tryb życia, lokalizowanie zdobyczy za pomocą słuchu. Rzeczywistość przedstawiana przez komputer okazuje się teraz niesamowicie uboga. [...] Monitor był kolorowy, a z głośników dobiegały różne dźwięki [...] jednak bodźce te nie korelowały ze sobą tak jak rzeczywiste obrazy i dźwięki. Kiedy w prawdziwym świecie coś porusza się z przodu po lewej, to chrobotanie także dobiega z przodu z lewej. Mózg nie może wobec tego postąpić inaczej, jak tylko ustrukturalizować swoje systemy percepcyjne na podstawie takich regularnych zależności”<sup>8</sup>. Dziecko na początkowym etapie swego życia poznając świat percepcyjnie powinno mieć rzeczywiste doświadczenia, gdyż wzrok, słuch, smak, zapach, dotyk dostarczają informacji o faktycznym stanie rzeczy. Doświadczenia uczą jak: mamy postępować, gdzie jest zagrożenie, nawiązywać kontakty interpersonalne, wyrażać emocje, myśli. Im więcej doświadczeń w naturalnym środowisku, tym układ nerwowy jest lepiej wyspecjalizowany, dostosowany, skalibrowany. „Dzięki temu, że dotknę wody, mogę się nauczyć, co to znaczy, że woda jest mokra”<sup>9</sup>. „[...] Obrazy i dźwięki z komputera przedstawiają niemowlęciu czy dziecku świat zubożały, ponieważ sygnały słabo ze sobą korelują. Papka obrazków i papka dźwięków nie pomogą dziecku w uczeniu się rozumienia świata”<sup>10</sup>.

## PODSUMOWANIE

Ze względu na zmysłowe doświadczanie, poznawanie świata – dzieci do 3. roku życia nie powinny mieć kontaktu z monitorami tabletu, telefonu, telewizora. Jednak żyjemy w czasach, gdzie technologia jest obecna w naszym życiu, a wręcz decydująca w wielu dziedzinach. I to my, dorośli, musimy nauczyć dzieci korzystania z dobrodziejstw technicznych w sposób rozsądny. Rozmowa o wpływie multimediów na dziecko toczy się na poziomie osób dorosłych. I dobrze. Nie zapominajmy jednak w tej dyskusji o dziecku. Dzieci chcą by traktować je poważnie i by rozmawiać z nimi na różne tematy, by tłumaczyć dlaczego nie mogą na przykład długo oglądać bajek, grać na komputerze. „Przecież to jest takie fajne”. Jeśli będziemy docierać do

4 J. Cieszyńska-Rożek, *Neurobiologiczne podstawy rozwoju poznawczego. Wzrok*, Centrum Metody Krakowskiej, Kraków 2019, s. 50.

5 Tamże, s. 50.

6 M. Spitzer, *Jak uczy się mózg*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008, s. 163.

7 Tamże, s. 163.

8 Tamże, s. 163.

9 M. Spitzer, *Jak uczy się mózg*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008, s. 163.

10 M. Spitzer, *Jak uczy się mózg*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008, s. 165.

dzieci różnymi drogami, mówić ich językiem – będziemy tłumaczyć, dlaczego coś się dzieje, to uzyskamy zamierzone cele. W tym wypadku celem jest regulacja spędzonego czasu przed ekranem komputera, tabletu, telefonu u dzieci kilkuletnich. Stąd propozycja krótkiej autorskiej opowieści: *Gucio i niezwykła przygoda*. Zachęcam więc do zabawy z dziećmi: do czytania opowiadania, rozmowy, rysowania głównego bohatera; scen z opowieści. Może stanie się ona inspiracją czegoś nowego, jakiegoś ciekawego pomysłu. Dla nieco starszych dzieci, chcących dowiedzieć się więcej na temat działania ludzkiego mózgu, proponuję świetną książkę *Sen Alicji czyli jak działa mózg*, której autorzy, Jerzy Vetulani, Maria Mazurek i Marcin Wierzchowski, w sposób niezwykle ciekawo wyjaśniają działanie układu nerwowego, procesów poznawczych<sup>11</sup>.

## BIBLIOGRAFIA

1. Cieszyńska J., Korendo M., *Wczesna interwencja terapeutyczna. Od noworodka do 6 roku życia*, Wydawnictwo Edukacyjne, Kraków 2015.
2. Cieszyńska-Rożek J., *Neurobiologiczne podstawy rozwoju poznawczego. Wzrok*, Centrum Metody Krakowskiej, Kraków 2019.
3. Spitzer M., *Jak uczy się mózg*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008.
4. Vetulani J., *Mózg: fascynacje, problemy, tajemnice*, Homini, Kraków 2014.
5. Vetulani J., Mazurek M., Wierzchowski M., *Sen Alicji, czyli jak działa mózg*, Mando, Kraków 2020.

## OPOWIEŚĆ

### GUCIO I NIEZWYKŁA PRZYGODA

#### Rzecz o neurobiologii dla dzieci

Był piękny letni dzień. Za oknem świeciło słońce, wiatr kołysał liście drzew. Przez otwarte okno do pokoju wpadał zapach lipy, która rosła nieopodal domu. Guccio właśnie otwierał komputer i zamierzał przetestować nową grę. Mama zabroniła mu grać pod jej nieobecność – ale co tam. Nikt nie zauważy. Poza tym – to świetna gra. Nie rozumiem dlaczego mama nie pozwala mi grać, pomyślał Guccio. Gra powoli się włączała, a Guccio wpadł na pomysł wyciągnięcia żelaznego zapasu słodczy. Wszedł na krzesło i spod słomkowego kapelusza na szafce (bo to była jego tajna skrytka) wyjął 3 batoniki. Postanowił dwa zostawić na „w razie czego”. Tak przygotowany rozsiadł się wygodnie i założył słuchawki. Musiał działać dyskretnie, bo Kasia, jego mała siostra – a raczej detektyw od donoszenia mamie różnych spraw – mogłaby usłyszeć dźwięki gry. No – a jak Kasia wytropi, tym swoim nosem detektywa, że coś robię bez wiedzy mamy, to pewne, że mam zakaz na wszelkie przyjemności, na zawsze. Wow. Jaka grafika. Super! Teraz, teraz przyłóż mu! – myślał Guccio. Wtem poczuł na ramieniu uścisk. To... to mama!!!?

– Gucciu, dotknij ten guzik – powiedziała mama.

– Ale mamo. Ja... Ja...

– Dotknij, synku. – Głos mamy brzmiał łagodnie.

Guccio dotknął guzika. I usłyszał metaliczny dźwięk.

– Teleportacja rozpoczęta. Za pięć minut będziesz w ...

Guccio nie usłyszał, gdzie będzie, bo były okropne trzaski i szumy. Metaliczny głos zaczął odliczanie.

– 1, 2, 3, 4, 5 – START!

11 Por. J. Vetulani, M. Mazurek, M. Wierzchowski, *Sen Alicji, czyli jak działa mózg*, Mando, Kraków 2020.

Gucio znalazł się w dziwnym miejscu. W miejscu pełnym niteczek, rond. Po tych niteczkach przemieszczały się – tak szybko – jakieś małe dziwne pojazdy. Prawie niewidoczne. Co to jest? – pomyślał Guccio.

- Hm, hm, hm!!! – Usłyszał.
- Ooo! Kim ty jesteś? Wyglądasz jak orzech włoski. Jesteś pomarszczony.
- Słuchaj! – odrzekł stwór wyglądający jak orzech. I ciągnął dalej. – Jestem mózgiem. Twoim mózgiem.
- Co?! – prychnął Guccio. – To niemożliwe.
- A jednak – odparł mózg i dodał: – Steruję wszystkim, co się w twoim organizmie dzieje. Nie masz nawet pojęcia ile mamy tu pracy – cały czas. Nawet gdy śpisz. Ja i moi towarzysze odbieramy informacje ze środowiska zewnętrznego i wewnętrznego. Przekształcamy na odpowiednie impulsy i rozsyłamy tam, gdzie trzeba.
- Jak odbieracie te informacje z zewnątrz? Przecież ty jesteś tu. W środku – zapytał chłopiec.
- Guciu masz zmysły: wzrok, słuch, smak, węch, dotyk. To są nasi specjaliści agenci, którzy wychwytyują informacje.
- Jak moja siostra – prychnął Guccio.
- Jak widzisz, przypominam orzech. Jestem podzielony na prawą i lewą półkulę. Każda odpowiada za coś innego. Na przykład matematyki uczysz się dzięki pracy lewej półkuli. Dzięki niej też mówisz. Natomiast informację o muzyce, obrazach, uczuciach przekształcamy w prawej półkuli. Półkule te mam połączone spoidłem, takim sznurem – ciągnął dalej swą opowieść mózg.
- Oooo! – zawołał Guccio. – A te nici, to co? To takie drogi?
- Te nici to komórki nerwowe. Inaczej neurony. Posiadają takie specjalne wypustki: aksony i dendryty. Takie ręce. One łączą się między sobą gruszkowymi poduszczkami – synapsami. Ważne jest byś miał dużo tych synaps. Wtedy możemy przenosić szybko i dużo informacji.
- Te neurony to takie kabelki? – zapytał chłopiec.
- Tak jakby – odpowiedział mózg.

Nagle w jednej części mózgu zrobiło się jakieś zamieszanie. Wszystko zaczęło się dziać w takim tempie, że Guccio pomyślał o tym, iż biedne są te neurony. Muszą tak szybko pracować przez cały czas. Ale – dlaczego tylko w tej jednej półkuli mózgu. W prawej? A co z lewą półkulą mózgu? Przecież też chciałbym, by pracowała dobrze. Rozmyślenia chłopca przerwał jego własny głos.

- Ojej!!! Co się dzieje?! – zawołał.
- Mózg na to odparł:
- Teraz właśnie grasz w gry. Gdy grasz w gry, oglądasz telewizję, słuchasz muzyki, to więcej synaps tworzy się po prawej stronie mózgu. Widzisz, wszystko tu działa na przyspieszonych obrotach. Jest nerwowo. Ty jesteś niespokojny.
- Ale ja też chcę, by było ich więcej – tych synaps – po lewej stronie mózgu. No bo, tak sobie myślę, że im więcej synaps w różnych częściach mózgu, to lepiej. Kiedyś chcę prowadzić firmę i muszę nauczyć się dobrze liczyć. Potrzebne są mi połączenia po lewej stronie mózgu. Co mogę zrobić? – zapytał Guccio.
- Dbaj o nas – odrzekł mózg. – Minimum godzinę spędzaj na grach. Chodź na spacer, ruszaj się. Jedz owoce, warzywa. Pij wodę. Wysypiaj się. Maluj, rysuj, czytaj książki, rozwiązuj zagadki, graj w gry planszowe.
- SZSZ.. WRRR....

Dźwięki stawały się coraz głośniejsze. Guccio chciał jeszcze tyle zobaczyć i tyle się dowiedzieć. Jednak usłyszał znajomy metaliczny głos.

- Teleportacja rozpoczęta.
- Mózgu, mózgu! – wołał Guccio. – Obiecuję, że będę dbał o was!



Głos rozpoczął odliczanie od tyłu:

- 5, 4, 3, 2, 1 – Start!
- Guciu, Guciu – słyszał miękki głos mamy.
- Mamo, to ty? Kochana mamo! Coś się stało!
- Synku, co się stało? Jesteś taki niespokojny. Znowu grałeś. Prosiłam cię, byś nie grał, gdy zostajecie z babcią w domu.

Gucio poczuł ciepły dotyk mamy, jej zapach. Zapach mamy. – Ten dotyk, ten zapach i te słowa – zawsze uspokajały Gucia. Pokazywały, że jest ważny, kochany i nic innego się nie liczy. Że nie ma nic ważniejszego niż bycie razem. Odczuwanie rzeczywistych emocji, rzeczywistego dotyku, zapachu, smaku. Właśnie poczuł zapach ciasta babci. Kaśka zawołała z dołu:

- Mamo, Gutek chodźcie! Babcia daje ciasto. Bo wezmę wasze kawałki.

Ach ta Kaśka! Jak ona mnie denerwuje. Jednak to moja siostra. Byłoby smutno, gdyby jej nie było, pomyślał Gutek.

Poszedł z mamą na dół i postanowił, że potem pójdzie na rower. Przecież obiecał mózgowi dbać o niego. Co to była za dziwna przygoda, chyba mi się przyśniła, pomyślał.

## Notka o autorze

**mgr Urszula Sawicka** – nauczyciel dyplomowany, pedagog specjalny: oligofrenopedagog, surdopedagog, terapeuta zajęciowy. Pracuje z dziećmi w ramach zajęć wczesnej interwencji, jak i z nieco starszymi. Kończyła liczne szkolenia i warsztaty, których bazą była wiedza neurobiologiczna. Lubi pracę z dziećmi, a szczególnie pobudzać dzieci do działania, tworzenia, rozmowy w każdy dostępny im sposób

Joanna Wajszczyk-Gniazdowska

logopeda

asiawajszczyk@onet.eu

## Głoski oraz zbitki spółgłoskowe rzadko zniekształcane – propozycje ćwiczeń

---

### STRESZCZENIE

W artykule przedstawiam zbiór moich własnych pomysłów na ćwiczenia głosek rzadko zniekształcanych. Rzadko zniekształcanych, a co za tym idzie jest mało propozycji pomocy terapii tych głosek. Prowadząc w szkole terapię logopedyczną szybko okazało się, że aby zajęcia były kompletne i dokładnie odpowiadały potrzebom moich pacjentów, nieraz dopisywałam do zeszytów logopedycznych dzieci przychodzących do mnie na terapię oraz do swojego osobistego notesu własne ćwiczenia i zabawy w celu ich uzupełnienia. W ten sposób powstał zasób ćwiczeń, którymi chcę się podzielić.

Ćwiczeniem oznaczony jest nowy etap nauki, zaś zabawa, to dodatkowa forma pracy z dzieckiem na tym etapie.

### 1. ZAMIANA W OBRĘBIE GRUPY SPÓŁGŁOSKOWEJ [TR - KR] ORAZ [DR - GR]

Pierwszą czynnością, którą robimy, jest sprawdzenie, czy dziecko nie ma zaburzonego słuchu fonematycznego w obrębie głosek *k, t, d, g*. Do tego służą między innymi karty do oceny słuchu fonematycznego G. Demel – II.10 oraz test E. Szelaż i A. Szymaszek<sup>1</sup>. Jeżeli stwierdzamy obniżenie słuchu fonematycznego, wykonujemy szereg ćwiczeń kształtujących ten słuch. Jeżeli słuch jest ukształtowany prawidłowo, przechodzimy do różnicowania grup spółgłoskowych. W przypadku, gdy dziecko ma olbrzymie trudności w różnicowaniu grup spółgłoskowych mimo prawidłowego słuchu fonematycznego, należy każdą zbitkę głosek *tr, kr, dr, gr* utrwalić oddzielnie i dopiero później zróżnicować.

### ĆWICZENIE I

Wykonujemy ćwiczenia aparatu artykulacyjnego:

Wargi:

- rozciągamy i szeroko otwieramy – na przemian,
- naśladujemy dźwięk karetki, policji itp.: *i – o, i – o, i – o*,
- pokazujemy zęby w uśmiechu – chowamy zęby.

---

<sup>1</sup> G. Demel, *Minimum logopedyczne nauczyciela przedszkola*, Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1978, s. 56; E. Szelaż, A. Szymaszek, *Test do badania słuchu fonematycznego u dzieci i dorosłych*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2006, s. 161, 164.

Język:

- wysuwamy język na górną wargę i na dolną wargę – na przemian,
- przesuwamy czubek języka po górnych zębach, a następnie po dolnych,
- ustawiamy czubek języka na wałku dziąsłowym, a za chwilę za dolnymi zębami,
- przesuwamy czubek języka od wałka dziąsłowego po podniebieniu do gardła „Krasnoludek zagląda do gardła”, a teraz ustawiamy język na dole za zębami i robimy koci grzbiet – unosząc tył języka do podniebienia.

## ĆWICZENIE II

Różnicowanie sylab grup spółgłoskowych *tr* – *kr*

Tłumaczymy dziecku ułożenie warg, języka przy wymowie głosek *tr*, *kr*. Gdy zachodzi potrzeba, pomagamy ułożyć odpowiednio aparat artykulacyjny za pomocą szpatułki lub słonego paluszka, który to dziecko zje w nagrodę za dobrze wykonane zadanie. Różnicujemy w sylabach *tr* – *kr*:

|           |             |
|-----------|-------------|
| tra – kra | atra – akra |
| tro – kro | otro – okro |
| tre – kre | etre – ekre |
| tru – kru | utru – ukru |
| try – kry | ytry – ykry |

Zabawa:

Dziecko wystukuje jedną ręką sylabę ze zbitką *tr*, drugą ręką sylabę ze zbitką *kr* – naprzemiennie.

Zabawa:

Układamy kartoniki z wcześniej przygotowanymi sylabami, na przykład *tre* – *kre*, *utru* – *ukru*.

Zabawa: (zadanie dla dzieci czytających)

Dziecko skacze na macie po usłyszanych sylabach, na przykład *tra* – *kra*, *tre* – *kre*.

## ĆWICZENIE III

Różnicowanie grup spółgłoskowych *tr* – *kr* w nagłosie wyrazów:

tracić – kra  
 trafić – krab  
 tragedia – kraina  
 trampki – kraj  
 tramwaj – Krak  
 tran – Kraków  
 trapez – krakowiak  
 trasa – krakowianka  
 traszka – kram  
 tratwa – kran  
 tron – krem

Zabawa:

Który wyraz nie pasuje? Uzasadnij swój wybór. Czytamy dziecku trzy wyrazy (napisane jeden pod drugim), prosimy o powtórzenie i odrzucenie jednego, niepasującego do pozostałych.

|             |       |         |           |
|-------------|-------|---------|-----------|
| tramwaj     | tron  | kranik  | kręty     |
| trolejbus   | trasa | trapez  | kontrabas |
| <b>kran</b> | król  | trójkąt | trąbka    |

Zabawa:

Zamień wytłuszczoną literę na *tr* lub *kr*

|                |       |               |       |
|----------------|-------|---------------|-------|
| <b>g</b> ąbka  | ..... | <b>n</b> udny | ..... |
| <b>ł</b> awa   | ..... | <b>d</b> eska | ..... |
| <b>M</b> onika | ..... | <b>m</b> owa  | ..... |
| <b>m</b> ata   | ..... | <b>k</b> awka | ..... |

#### ĆWICZENIE IV

Utrwalanie grup spółgłoskowych *tr* – *kr* w śródgłosie wyrazów

atrament – dwukropek

cytryna – ekran

futro – mikrobus

getry – mikrofon

instrument – mikroskop

jutro – nakrętka

otręby – okręt

Patryk – okrąg

pietruszka – pokrywka

utrata – zakręt

wiatrak – wkręt

Zabawa:

Uporządkuj liczby rosnąco i odczytaj hasło, które powstanie z liter umieszczonych pod nimi

|   |    |    |   |    |    |   |    |    |   |
|---|----|----|---|----|----|---|----|----|---|
| 2 | 20 | 16 | 4 | 12 | 18 | 6 | 10 | 14 | 8 |
| T | A  | I  | R | O  | N  | A | P  | L  | M |

Hasło

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

|    |    |    |    |    |   |    |    |   |
|----|----|----|----|----|---|----|----|---|
| 18 | 30 | 13 | 10 | 25 | 4 | 20 | 15 | 7 |
| O  | K  | K  | U  | E  | D | P  | R  | W |

Hasło

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Zabawa:

Pomóż Krysi powiedzieć zdołbiałe następujące wyrazy

|                |                |
|----------------|----------------|
| ekran .....    | futryna .....  |
| nakrętka ..... | mikrofon ..... |
| cytryna .....  | Piotrek .....  |
| wiatrak .....  | pokrywka ..... |

## ĆWICZENIE V

Utrwalanie grup spółgłoskowych *tr* – *kr* w wyrażeniach

|                    |                     |
|--------------------|---------------------|
| tragedia Krystyny  | kręty trawnik       |
| trucizna na kreta  | kroki Patrycji      |
| krępy trębacz      | sekret trębacza     |
| trójkątna kreda    | krupnik na trawniku |
| utrata mikrofonu   | chytry krewny       |
| wiatrak w Krakowie | trójkątny krawężnik |

Zabawa:

Podajemy dziecku kartoniki z obrazkami do wylosowania (trąbka, krawat, kreda, wiatrak, mikrofon, trawnik, kret i inne obrazki, na których jest grupa spółgłoskowa *tr*, *kr*) Dziecko losuje wybrany obrazek i musi go nazwać dopowiadając, że to jest Krystyny. Na przykład trąbka Krystyny, krawat Krystyny itp.

Zabawa:

Rymowanki. Połącz wyrazy które się rymują

|            |           |
|------------|-----------|
| cytryna    | kruk      |
| mruk       | kruszyzna |
| jutro      | herbatka  |
| mikroskop  | mrowisko  |
| kratka     | futro     |
| kretowisko | żyroskop  |

## ĆWICZENIE VI

Utrwalanie grup spółgłoskowych *tr*, *kr* w zdaniach.

- Trochę kręci mi się w głowie.
- Przy drodze jest trójkątny krawężnik.
- W Krakowie widziałem wiatrak.
- Krępy trębacz trochę fałszuje.
- Jutro przyjeżdża chytry krewny.
- Patrycja ma trzy kroki do szkoły.
- Krystyna przeżyła tragedię.
- Utrata mikrofonu drogo kosztowała krewnego.
- Pani pisze po tablicy trójkątną kredą.
- Krystian użył trucizny na kreta.

Zabawa:

Popraw zdania tak, aby były prawdziwe.

- Trochę chodzę/kręci mi się w głowie.
- Przy drodze jest trójkątny krawężnik/rower.
- W stodole/Krakowie widziałem wiatrak.
- Krępy kret/trębacz trochę fałszuje.
- Wczoraj/jutro przyjeżdża chytry krewny.
- Patrycja ma trzy kroki/skoki do szkoły.
- Krystyna przeżyła drut/tragedię.
- Utrata mikrofonu drogo kosztowała krewnego/rannego.
- Pani pisze po tablicy trójkątną rakietką/kredą.
- Krystian użył zaproszenia/trucizny na kreta.

Zabawa:

Ułóż z rozsypanych wyrazów zdania.

|          |           |            |           |          |           |
|----------|-----------|------------|-----------|----------|-----------|
| Patrycja | kroki     | szkoły.    | ma        | do       | trzy      |
| Na       | użył      | kreta.     | Krystian  | trucizny |           |
| Krakowie | wiatrak.  | W          | widziałem |          |           |
| krewny.  | Jutro     | przyjeżdża | chytry    |          |           |
| W        | się       | Trochę     | głowie.   | kręci    | mi        |
| kredą.   | tablicy   | Pani       | po        | piszę    | trójkątną |
| przeżyła | tragedię. | Krystyna   |           |          |           |

## GŁOSKI *dr – gr*

Powtarzamy ćwiczenia aparatu artykulacyjnego pomagające utrwalić ułożenie narządów mowy do głosek *tr – kr* oraz *dr – gr*. Tłumaczymy dziecku metodą wzrokową i dotyku na czym polega różnica w wymowie głosek *tr – kr* a *dr – gr*.

## ĆWICZENIE I

Różnicujemy grupy spółgłoskowe *dr – gr* w sylabach

|           |             |
|-----------|-------------|
| dra – gra | adra - agra |
| dro – gro | odro - ogro |
| dre – gre | edre - egre |
| dru – gru | udru - ugru |
| dry – gry | ydry – ygry |

Zabawa:

Dziecko pokazuje w umówiony sposób na klockach (po lewej stronie dwa kocki czerwone, po prawej stronie jeden klocek żółty drugi czerwony), czy usłyszane dźwięki są takie same, czy inne, na przykład *dra – dra*, *dru – gru*, *odro – ogro*, *edre – edre*.



Zabawa:

Wykreśl sylaby inne niż ta, po lewej stronie. Czytaj głośno wykreślone sylaby.

|      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Dra  | dra  | dry  | gry  | edre | ugru | dra  | dra  | edre | ygry |
| Gro  | edre | gro  | egre | gro  | udru | ugru | gro  | ogro | dre  |
| Edre | agra | gre  | edre | dre  | edre | ugru | edre | ygry | gru  |
| Ydry | dry  | edre | gro  | dry  | ydry | edre | ydry | ygry | ydry |
| Gru  | gre  | edre | gru  | gre  | gry  | dra  | gra  | gru  | dre  |

## ĆWICZENIE II

Różnicowanie grup spółgłoskowych dr-gr w nagłosie wyrazów:

drabina – gra  
 dracena – grabie  
 dragon – gracz  
 drama – grać  
 dramat – grad  
 drapieżnik – gradobicie  
 drażnić- grajek  
 drag – gram  
 dreszcz – groch  
 drożdże – Grażyna  
 drobny – grot

Zabawa:

Połącz sylabę z odpowiednim wyrazem.

**dra** druty  
 gru gryzoń  
 dru **drabina**  
 gry grudzień  
 dry dryfować

Zabawa:

Pomóż Grzesiowi uporządkować wyrazy w tabelce.

drozd, Grażyna, drut, drewno, grabie, drabina, drop, grizli, Drogomir, Gracjan, drogowskaz

| zwierzęta | imiona | rzeczy |
|-----------|--------|--------|
|           |        |        |

### ĆWICZENIE III

Utrwalenie grup spółgłoskowych *dr*, *gr* w śródgłosie wyrazów.

adres – agrałka  
 adresat – agresja  
 biedronka – agrest  
 biodro – emigracja  
 hydrant – fotografia  
 udręka – ogromny  
 wędrować – ogród  
 wiadro – ogryzek  
 odra – pogrózki  
 podróż – tygrys  
 udręka – wygrać

Zabawa:

Ułóż wyrazy w porządku alfabetycznym.

gromada, Węgry, biedronka, wiadro, adres, ogrom, agrałka, mądrość

Zabawa:

Z podanych kolorowych sylab układamy wyrazy

|      |    |      |     |        |       |     |        |     |      |
|------|----|------|-----|--------|-------|-----|--------|-----|------|
| foto | hy | ogry | bio | wia    | drant | zek | grafia | dro | dro  |
| e    | po | u    | mi  | grózki | wy    | gra | dręka  | cja | graf |

### ĆWICZENIE IV

Utrwalanie grup spółgłoskowych *dr*, *gr* w wyrażeniach.

|                   |                |
|-------------------|----------------|
| drabina Grażyny   | groźne wydry   |
| gruszki na drodze | druga gruszka  |
| groźny dryblas    | gruby druk     |
| drobny gracz      | drut ogrodnika |
| drugie grabie     | ogromne dropsy |
| wygrać podróż     | grad na drodze |

Zabawa:

Podane wyżej wyrażenia przyporządkuj odpowiednio do tabelki

| Liczba pojedyncza | Liczba mnoga |
|-------------------|--------------|
|                   |              |

Zabawa:

Dopasuj tak wyrazy, aby tworzyły sensowne stwierdzenia.

|         |          |
|---------|----------|
| podróż  | ← druga  |
| wydry   | ← grabie |
| druk    | ← wygrać |
| drugie  | ← groźne |
| gruszka | ← gruby  |

### ĆWICZENIE V

Utrwalanie grup spółgłoskowych *dr*, *gr* w zdaniach.

- Przy drodze leży drabina Grażyny.
- Chętnie zjem gruszkę.
- Obok dróżki rośnie gruszka.
- W trawie ukrył się groźny dryblas.
- Drobnny gracz rozdaje karty do gry.
- Mam już drugie grabie do siana.
- Wczoraj wygrałem podróż marzeń.
- Na rzece płynie groźna wydra.
- Druga gruszka była lepsza.
- Potrzebuję grubego drutu.
- Ogrodnik wiąże drutem ogrodzenie.
- Widzę ogromnego dropsa.

Zabawa:

Popraw zdania tak, aby były prawdziwe.

- Przy drodze leży noga/drabina.
- Chętnie zjem dróżkę/gruszkę.
- Obok dróżki rośnie kamień/gruszka.
- W trawie/stole ukrył się groźny dryblas.
- Drobnny drag/gracz rozdaje karty do gry.
- Mam już drugie nogi/grabie do siana.
- Wczoraj wygrałem drag/podróż marzeń.
- Na rzece płynie groźna wydra/wiadro.
- Druga nóżka/gruszka była lepsza.
- Potrzebuje grabi/grubego drutu.
- Ogrodnik wiąże trawą/drutem ogrodzenie.
- Widzę ogromnego dropsa/grubasa.

Zabawa:

Uzupełnij tekst wyrazami z listy.

### Mój kolega Gracjan

Mój kolega ..... jest prymusem. Uczy się w ..... klasie w Szkole Podstawowej w Andrzejewie. Gracjan jest miły, ..... i uczynny. Często pomaga koleżankom i kolegom w odrabianiu pracy domowej zwłaszcza z ..... W wolnej chwili fotografuje wrony i olbrzymie .....

|             |
|-------------|
| drugiej     |
| geografii   |
| drapieżniki |
| troskliwy   |
| Gracjan     |

## 2. UTRWALENIE GRUPY SPÓŁGŁOSKOWEJ *tr, kr, dr, gr*

### ĆWICZENIE I

Automatyzacja grupy spółgłoskowej *tr, kr, dr, gr* w wyrazach, wyrażeniach, zdaniach oraz dłuższych wypowiedziach.

- Piotrek stoi na drabinie.
- Adam przeczytał stronę zapisaną drobnym drukiem.
- Mama schowała na strychu drogi krem.
- Siostra kupiła truskawki i krakersy.
- Nad strumykiem zbudowano drewniany wiatrak.
- Grażyna grabi mokre siano.
- Gracjan mieszka w Krośnie.
- Krawcowa uszyła Grażynie drogocenną suknię.

Zabawa:

Naucz się jednego z wierszy.

### Trening

Krótki trening ma drużyna.

Trochę trudu nie zaszkodzi.

Drogich trampek nie żałuje.

Gromkich braw zwycięstwa czują.

*J. Wajszczyk-Gniazdowska*

### Podróż

Piotrek wybrał się do Krosna

po sok z gruszki wielką moc.

A że Krosna dobrze nie zna,

szukał gruszek całą noc.

*J. Wajszczyk-Gniazdowska*

Zabawa:

Odpowiedź pełnymi zdaniami na pytania do przedstawionej ilustracji<sup>2</sup>.

### 3. ĆWICZENIA GŁOSKI *n*

Głoska *n* często jest wymawiana międzyzębowo wraz z głoskami *t*, *d*, ale zdarza się, że występują również zamiany w obrębie tej głoski, na przykład *n d*, *t*. Pierwszą czynnością, jaką należy zrobić, to sprawdzić, czy dziecko ma prawidłowe połykanie. Jeżeli okaże się, że nie, przed wywołaniem głoski *n* trzeba przeprowadzić szereg ćwiczeń prawidłowego połykania (Załącznik 1). Gdy połykanie jest prawidłowe, przystępujemy do wywołania głoski.

#### ĆWICZENIE I

Wykonujemy ćwiczenia aparatu artykulacyjnego.

Język:

- zlizywanie czubkiem języka z górnych dziąseł kawałka rozmiękczonej czekolady,
- dotykanie czubkiem języka kolejno górnych zębów po stronie wewnętrznej,
- przytrzymywanie języka na górnych dziąsłach przy szeroko otwartych ustach przez kilka sekund,
- opieranie czubka języka za górnymi zębami, a następnie energiczne opuszczanie go w dół,
- śpiewanie znanych melodii na *la*, *la*, *la*.

#### ĆWICZENIE II

Wywołanie prawidłowo brzmiącej głoski *n*.

Stosujemy metodę wzrokową, dotykową. Jeżeli dziecko wymawiało głoskę *n* międzyzębowo w pierwszym etapie, dopuszczamy wymawianie głoski przy zaciśniętych zębach<sup>3</sup>. Pomagamy dziecku ułożyć prawidłowo język przy pomocy szpatułki.

Zabawa:

Na zmianę z dzieckiem rzucamy kostką kostką, ile wypadnie oczek, tyle razy powtarzasz głoskę *n* w izolacji, na przykład: 5 – *n*, *n*, *n*, *n*, *n*.

Zabawa:

Dziecko zamienia się rolą z nauczycielem. Ma za zadanie wysłuchać prawidłowo brzmiącej głoski *n* i sprawdzać, czy logopeda wymawia ją prawidłowo. Logopeda czasami wymawia głoskę nieprawidłowo (międzyzębowo lub niestarannie), dziecko wyłapuje ten moment i powtarza prawidłowy dźwięk.

<sup>2</sup> Ilustracja z książki A. Chrzanowskiej, K. Szoplík, *Zabawy i ćwiczenia logopedyczne*, Wydawnictwo Akademickie, Białystok 2003 (Obrazek sytuacyjny – Na wiejskim podwórku).

<sup>3</sup> I. Michałak-Widera, *Mile uszom dźwięki*, Wydawnictwo Unikat 2, Katowice 2007, s. 46.

### ĆWICZENIE III

Utrwalanie głoski n w sylabach

na, no, ne, nu, ny

ana, ono, ene, unu, yny

an, on, en, un, yn

Zabawa:

Każdy kotek ma ulubioną miseczkę z taką samą sylabą. Połącz kotki ze swoimi miseczkami (łączenie sylab).



na



ono



ene

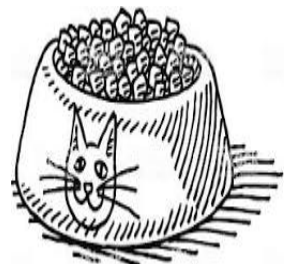


on

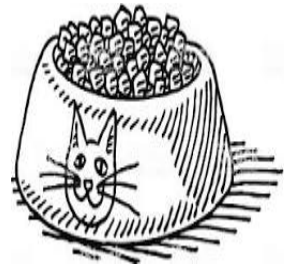


yn

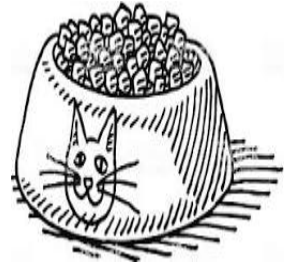
ono



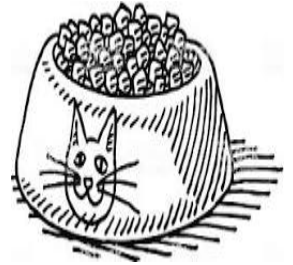
on



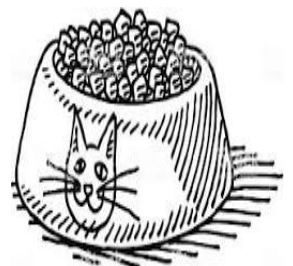
na



yn



ene





Zabawa:

Przeczytaj lub powtórz jeszcze raz sylaby parami w rzędach

|           |           |         |
|-----------|-----------|---------|
| na – na   | ene – ene | yn – yn |
| on – on   | unu – unu | en – en |
| no – no   | ono – ono | ne – ne |
| ana – ana | yny – yny | nu – nu |

#### ĆWICZENIE IV

Utrwalanie głoski *n* w wyrazach: nagłos, śródgłos, wygłos.

narty, noga, namiot, nalot, netto, nuta, nalepka, naklejka, nosze, nerka, natura, nadruk, nurek, nos, nota, notes, nylon, norma, natręt, naczepa, nauka, nauczyciel, narcyz, Natalia, napis

brudny, melony, czarny, czerwony, zielony, telefony, analfabeta, Antoni, kontuzja, bakłażany, anonim, Entliczek-Pentliczek, altanka, Aneta, Anka, bank, Kinga, kino, Inga, trudny, dokument, drastyczny, zdatny

telefon, melon, młyn, komin, kupon, akwen, balkon, ogon, wagon, baton, beton, ten  
nominał, nawlezione, nawylewane, banany, mandolina, namalowany, antena, anakonda,  
nadęty, naderwany, nadtony, nadpalony, nudna

Zabawa:

Do rozsypanki wyrazowej dopisz różnymi używanymi w tym zadaniu czcionkami dodatkowe wyrazy:

**narty, namiot, nalot, nuta**

|                |               |                |               |
|----------------|---------------|----------------|---------------|
| <b>NOGA</b>    | <b>nerka</b>  | <b>nominał</b> |               |
| <b>nominał</b> | <b>NOGA</b>   | <b>natura</b>  | <b>narcyz</b> |
| <b>nerka</b>   | <b>norma</b>  | <b>narcyz</b>  |               |
| <b>norma</b>   | <b>natura</b> |                |               |

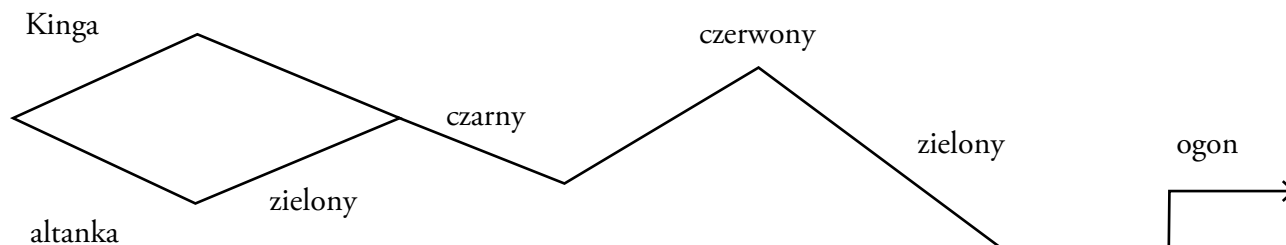
Zabawa:

Przeczytaj, co jest napisane od czubka w dół piramidy.

|  |         |            |         |
|--|---------|------------|---------|
|  | n       | n          | n       |
|  | na      | na         | na      |
|  | nal     | nau        | nak     |
|  | nale    | naucz      | nakl    |
|  | nalep   | nauczy     | nakle   |
|  | nalepk  | nauczyci   | naklej  |
|  | nalepka | nauczycie  | naklejk |
|  |         | nauczyciel | naklejk |

Zabawa:

Wesoły latawiec. Przeczytaj lub powtórz każdy wyraz. Narysuj na nim kokardki zgodnie z podpowiedziami.



Zabawa:

Narysuj anakondę, telefon, antenę. Nazwij obrazki

Zabawa:

Dziewczynki i chłopcy z czwartej klasy lubią zdrobnienia swoich imion. Powiedz, jak będą brzmiały wtedy ich imiona.

|               |               |
|---------------|---------------|
| Janka .....   | Aneta .....   |
| Wanda .....   | Anka .....    |
| Janek .....   | Kinga .....   |
| Natalia ..... | Inga .....    |
| Antoni .....  | Norbert ..... |

Zabawa:

Utwórz liczbę mnogą do podanych wyrazów według wzoru.

|               |          |             |
|---------------|----------|-------------|
| telefon ..... | telefony | baton ..... |
| komin .....   |          | wagon ..... |
| akwen .....   |          | beton ..... |
| balkon .....  |          | kupon ..... |
| ogon .....    |          | melon ..... |

Zabawa:

Z rozsypanki literowej ułóż wyraz, napisz obok i przeczytaj.

|           |                     |       |
|-----------|---------------------|-------|
| zawód     | l y u a c z c e n i | ..... |
| imię      | i l t a a N a       | ..... |
| kolor     | y n r o w e c z     | ..... |
| zwierzę   | k d a a o n n a     | ..... |
| przedmiot | f o n e t e l       | ..... |
| kwiat     | y r a c n z         | ..... |
| budynek   | a k a t n l a       | ..... |

## ĆWICZENIA V

Utrwalanie głoski *n* w wyrażeniach.

|                    |                     |                     |
|--------------------|---------------------|---------------------|
| mandarynka Natalii | ten komin           | drastyczny dokument |
| nowe nuty          | kupon Antka         |                     |
| brudne narty       | naklejka na betonie |                     |
| namalowane andruty | ogon anakondy       |                     |
| mundurek Norberta  | nowy telefon        |                     |
| notatki Anki       | nowa naczepa        |                     |

Zabawa:

Połącz obrazek z nazwą koloru (wyrażenia z głoską *n*).

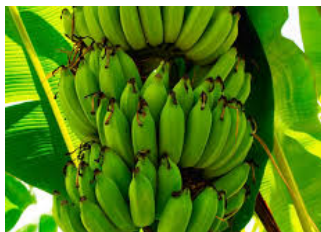
czzerwona, czerwone, czerwony



czarna, czarne, czarny



zielone, zielony, zielona



Zabawa:

Dziecko losuje kolorowe kartoniki z obrazkami: narty, nosze, nuta, antena, bank, kino, telefon, kupon, baton. Zabawa polega na dopowiadaniu do obrazka imienia Norbert, na przykład: narty czyje? Norberta; telefon czyj? Norberta itp.

## ĆWICZENIA VI

Utrwalanie głoski *n* w zdaniach.

- Natalia kupiła dużo mandarynek.
- Na nogach mam brudne narty.
- Naturalnie należy mi się nagroda.
- Namalowałem najładniejszy namiot.
- Nowe narty nawet lubię.
- Nasze najlepsze nowoczesne nagrody leżą pod nogami.
- Norbert poszedł do szkoły w nowym mundurku.

- Malarz namalował andruty w mandarynkowej polewie.
- Anka pisała w notesie całą noc.

Zabawa:

Na podstawie zdań z ćwiczenia VI odpowiedź na pytania:

- Co kupiła Natalia?
- Jakie narty mam na nogach?
- Co mi się należy?
- Jaki namiot namalowałem?
- Gdzie leżą najlepsze nagrody?
- W czym poszedł Norbert do szkoły?
- Co namalował malarz?
- Kiedy pisała Anka w notesie?

Naucz się wierszyka na pamięć.

### **Biedronka**

Spotkała się Kinga z biedronką  
obie wyszły do altanki na słonko.

Patrzy Kinga, kręci noskiem.

Obie mają sukieneczki  
czerwone w czarne kropeczki.

*J. Wajszczyk-Gniazdowska*

## **ĆWICZENIE VII**

Automatyzacja głoski *n*.

- Na ganku jest gaśnica.
- Papuga ma kolorowy ogon.
- W garażu stoi nowy jaguar.
- W ogródku jest zagon ogórków.
- Na straganie stoi ogromna waga.
- Gawrony mają gniazda nad garażem.

Zabawa:

Wykreśl niewłaściwy wyraz i przeczytaj zdania.

- Indyk lubi źródlaną wodę/modę.
- Pies Norek ma małą nudę/budę.
- Norbert i Antek lubią nylon/ domino.

## TEKST

**Narty Danusi**

Danusia mieszka na ulicy Nawłockiej w Nałęczowie. Obok domu jej rodziców rosną najpiękniejsze narcyzy i nawłocie. Z najstarszego dębu dziadek Danusi, pan Norbert, zrobił jej narty. Danusia pomalowała narty na czarno i zielono. Teraz zjeżdża z najbliższej górki nawet wybiera się na zawody narciarskie. Pan Norbert jest dumny z wnuczki.

**4. ĆWICZENIA GŁOSKI ł**

W mojej praktyce spotkałam się z pacjentami, którzy wymieniali głoskę ł na j, i było im bardzo trudno nauczyć się jej prawidłowej wymowy. Dlatego postanowiłam dodać własne ćwiczenia.

**ĆWICZENIE I**

Wykonujemy ćwiczenia aparatu artykulacyjnego:

Wargi:

- rozciąganie warg do uśmiechu i powrót do pozycji pierwotnej,
- wymawianie głosek u – a, u – o,
- naśladowanie odgłosu ryczącej krowy,
- wysuwanie ust do przodu, a następnie delikatne rozsuwanie i ściąganie warg – pyszczek rybki.

Język:

- dotykanie czubkiem języka dolnych zębów po stronie wewnętrznej – liczenie zębów,
- zlizywanie z dolnych dziąseł dzemu lub rozmiękczonej czekolady.

**ĆWICZENIA II**

Wywołanie prawidłowo brzmiącej głoski ł.

Stosujemy metodę wzrokową i słuchową. Jeżeli nadal będą problemy z artykulacją głoski ł w izolacji, przeciągamy brzmienie głoski u z jednoczesnym przytrzymaniem wysuniętych ust dziecka.

Zabawa:

Rozsypanka literowa. Odszukaj ł i prawidłowo przeczytaj.

|   |   |   |   |   |  |   |   |   |  |   |   |
|---|---|---|---|---|--|---|---|---|--|---|---|
| a |   | ł |   | o |  | p |   | ł |  | b | s |
|   | ł | y |   | h |  | ł |   | k |  | j | ł |
|   | j |   | g |   |  | j | ł |   |  | f |   |

**ĆWICZENIE III**

Utrwalanie głoski ł w sylabach.

ła, ło, łe, łu, ły

ała, oło, ełe, ułu, yły

ał, oł, eł, uł, ył

Zabawa:

Idzie kominiarz po drabinie (drabiny sylabowe z głoską *ł*). Przeczytaj sylaby na drabinach zaczynając od pierwszego szczebelka. Następnie przeczytaj sylaby na pierwszych szczebelkach drabiny, potem na drugich, na trzecich itd.

|     |  |     |  |     |
|-----|--|-----|--|-----|
| łół |  | ało |  | oła |
| łał |  | ałe |  | eła |
| ły  |  | yły |  | ył  |
| łu  |  | ułu |  | uł  |
| łe  |  | ełe |  | eł  |
| ło  |  | oło |  | oł  |
| ła  |  | ała |  | ał  |
|     |  |     |  |     |

Zabawa:

Statki poruszają się po zaszyfrowanych kwadratach. Zaznacz drogę statku i odczytaj sylaby.

|   | 1   | 2   | 3   | 4   |
|---|-----|-----|-----|-----|
| A | ałe | ało | ału | ały |
| B | eła | eło | ełu | eły |
| C | oła | ołe | ła  | ły  |
| D | ał  | eł  | uł  | ył  |
| E | uła | uło | ułe | uły |
| F | iła | iło | iłu | ał  |



, D3, C3, B4, A3, B2, C1, D1, D2, E3, E4

## ĆWICZENIE IV

Utrwalanie głoski *ł* w wyrazach: nagłos, śródgłos, wygłos.

- łapa, łabędź, ład, ładunek, ładny, ładować, łamać, łania, łańcuch, łapać, łatka, łątać, ława, łazienka, łaźnia, łeb, łopata, łosoś, łóś, łyknąć, łydka, łupina, łuska, łubin, łuk, łuna, łąta
- mały, młotek, meła, załoga, naładuj, nałóg, Małkinia, połowa, południe, południk, połamany, północ, półmetek, półka, półfinał, półkole, półzywy, pyłek, pułk, Puławy, pułap
- pół, kocioł, czuł, popiół, muł, robił, zaciął, pogrzebał, migdał, ideał, Rafał, Michał, chciał, miał, ciął



Zabawa:

Jakie to wyrazy? Do części wyrazów dołącz sylabę *ła*. Przeczytaj lub powtórz, jakie powstały wyrazy.

|    |       |       |       |       |       |       |
|----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| ła | pa    | będz  | d     | dunek | dny   | dować |
|    | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| łu | pina  | ska   | bin   | k     | na    | czywo |
|    | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |

Zabawa:

Schodki. Przeczytaj, zaczynając od najwyższego schodka co jest napisane na kolejnych.

|         |        |        |         |
|---------|--------|--------|---------|
| ł       | ł      | ł      | ł       |
| ła      | ło     | ły     | ła      |
| łań     | łop    | łyk    | ład     |
| łańc    | łopa   | łykn   | łado    |
| łańcu   | łopat  | łykną  | ładow   |
| łańcuch | łopata | łyknąć | ładowa  |
|         |        |        | ładować |

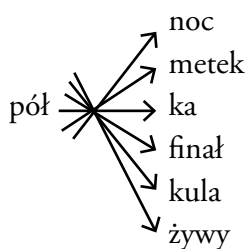
Zabawa:

Połącz ulubionymi kolorami wyrazy o takim samym znaczeniu.

|               |                |                |                 |
|---------------|----------------|----------------|-----------------|
| <b>MALY</b>   | <b>młotek</b>  | <b>załoga</b>  | <b>mały</b>     |
| <b>półka</b>  | <b>naładuj</b> | <b>MŁOTEK</b>  | <b>południk</b> |
| <b>załoga</b> | <b>półka</b>   | <b>naładuj</b> | <b>południk</b> |

Zabawa:

Przeczytaj lub powtórz utworzone wyrazy.



Zabawa:

Dopisz liczbę mnogą.

|              |              |
|--------------|--------------|
| popiół ..... | Rafał .....  |
| muł .....    | Michał ..... |
| migdał ..... | kocioł ..... |
| ideał .....  | miał .....   |

Zabawa:

Utwórz zdrobnienia.

|               |              |
|---------------|--------------|
| łapa .....    | młotek ..... |
| ława .....    | pył .....    |
| ładunek ..... | Rafał .....  |
| łata .....    | migdał ..... |

Zabawa:

Narysuj 3 rzeczy z głoską ł.

## ĆWICZENIE V

Utrwalanie głoski ł w wyrażeniach.

|                  |                 |
|------------------|-----------------|
| łapa na ławie    | pół pudełka     |
| ładna łodyga     | półmetek Rafała |
| błękitna podłoga | pełen ładunek   |
| mały łuk         | łopata popiołu  |
| młody łubin      | łeb muła        |
| białe łabędzie   | nałóg Rafała    |

Zadanie:

Wpisz brakujące litery.

|                     |                   |
|---------------------|-------------------|
| ...adna łod...ga    | pe...en ...adunek |
| bł...kitna podł...a | m...ody ...ubin   |
| bia...e ...abędzie  | na...óg Rafa...a  |
| ...opata popio...u  | pó... pude...ka   |

Zadanie:

Połącz pasujące do siebie wyrazy.

|          |         |        |          |
|----------|---------|--------|----------|
| błękitna | łodyga  | Rafała | łabędzie |
| ładna    | podłoga | młody  | łuk      |
| łopata   | białe   | mały   | łubin    |

## ĆWICZENIE VI

Utrwalenie głoski ł w zdaniach.

- Łucja ubiła białko do sernika.
- Łukasz dostał łuk od łucznika.
- Pan kupił błękitną podłogę do łazienki.
- Babcia posadziła młodą sałatę i posiała łubin.
- Chłopiec płynął łódką, oglądał białe łabędzie.
- Młody Łukasz chciał łopatę Rafała.
- Michał kupił migdały w łupinach.
- W południe chciałbym pojechać do Michała.

Zadanie:

Z podanych wyrazów ułóż zdania.

białko do ubiła Łucja sernika.

.....

od łuk Łukasz łucznika. dostał

.....

młoda i łubin. Babcia posadziła sałatę

.....

kupił w łupinach. Michał migdały

.....

Michała. W południe pojechać do chciałbym

.....

Zadanie:

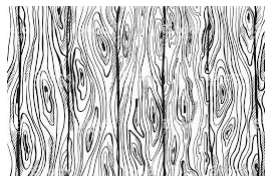
Nazwij to, co przedstawiają obrazki (głoska ł).

Uzupełnij zdania nazwą obrazka we właściwej formie.

Łukasz dostał .....od łucznika.



Pan kupił błękitną.....do łazienki.



Chłopiec płynął łódką, oglądał białe .....



Michał kupił .....w łupinach.



Grześ wpadł do .....



## ĆWICZENIE VII

Automatyzacja głoski ł.

- Głowa do góry, jutro będzie ładna pogoda.
- Muszę zjeść jabłko, bo będę bardzo głodny.
- Głód to najlepszy kucharz.
- Długo nie mogłem wybrać ładnych kwiatów.
- Młody łabędź słabo pływa.
- Łodyga łubinu przygięła się do dołu.
- Drzewo ma połamane gałęzie.
- Mały zając zjadł złamaną gałązkę.

Zadanie:

Naucz się wiersza na pamięć.

### Motyl

Mały motyl mimo mgły  
ciągle miotał się, bo był zły.  
Mogło to zaszkodzić bardzo  
Jego ładnym, złotym barwom.

*J. Wajszczyk-Gniazdowska*

## 5. RÓŻNICOWANIE GŁOSEK ł–j

Już przy wywoływaniu głoski ł należy sprawdzić, czy dziecko zamieniające tę głoskę na głoskę j nie ma zaburzonego słuchu fonematycznego. Gdyby okazało się, że jest zaburzony słuch fonematyczny, należy przeprowadzić szereg ćwiczeń usprawniających. Jeżeli słuch fonematyczny jest ukształtowany przechodzimy do różnicowania głosek ł–j w sylabach, wyrazach, wyrażeniach i zdaniach.

### ĆWICZENIE I

Usprawnianie aparatu artykulacyjnego

wysuwamy usta w ryjek, a następnie rozciągamy w uśmiechu,  
wykonujemy płynne ruchy ustami: zaokrąglamy usta a następnie uśmiechamy się,  
dotykamy językiem dolnych zębów a następnie cofamy język w głąb jamy ustnej

### ĆWICZENIE II

Różnicowanie głosek ł–j w sylabach:

|         |           |         |
|---------|-----------|---------|
| ła – ja | ała – aja | ał – aj |
| ło – jo | oło – ojo | oł – oj |
| łe – je | ełe – eje | eł – ej |
| łu – ju | ułu – uju | uł – uj |
| ły – ji | ył – yj   |         |

Zabawa:

Dziecko wystukuje jedną ręką sylaby z głoską ł, drugą ręką sylaby z głoską j, wymawiając je naprzemiennie.

Zabawa:

Układamy kartoniki z wcześniej usłyszanyymi sylabami na przykład: ła – ja, ała – aja, ał – aj.

### ĆWICZENIE III

Różnicowanie głosek *ł* – *j* w wyrazach:

|                  |                   |                |
|------------------|-------------------|----------------|
| łapa – Janek     | koło – majówka    | miał – bój     |
| łoś – jeleni     | kołek – kajuta    | pół – maj      |
| łokieć – Jola    | ciało – majeranek | dół – gaj      |
| łodyga – jagoda  | posiłek – majątek | nabiał – raj   |
| łopata – jagnię  | szkoła – miasto   | kocioł – lej   |
| łubin – jaśmin   | pałka – Maja      | muł – hej      |
| łaka – Jacek     | kałuża – miecz    | siał – gaj     |
| ładunek – jechać | młotek – kojec    | stół – nalej   |
| łuk – juki       | pułapka – pajak   | popiół – klej  |
| łupina – jeden   | małpa – myje się  | chciał – maluj |
| łydka – jama     | mały – maluje     |                |

kłuje, popiół, nabiał, miał

Zabawa:

Otocz czerwoną pętlą rysunki, w których nazwie pojawiła się głoska *ł*, a zieloną – te, w których nazwie występuje *j*.



Zadanie:

Segregowanie. Z **Jankiem** połącz wszystkie napisy, w których nazwie występuje głoska *j*, natomiast z **Łucją** te wyrazy, w których nazwie zawierają się głoski *ł*.

**MAJERANEK**

**Jola**

**Maja**

**łuk**

**jagoda**

*łopata*

**gaj**

*młotek*

*najechał*

**kłuje**



#### ĆWICZENIE IV

Różnicowanie głosek *ł*–*j* w wyrażeniach

|                    |                  |
|--------------------|------------------|
| ładna Jola         | łopata Jana      |
| bułka Jasia        | jedne koło       |
| dół stojaka        | kocioł popiołu   |
| kocioł miodu       | głodny Jacek     |
| jeleń i łoś        | ładna foka       |
| majowa łąka        | mały Fiat        |
| łokieć Felka       | młody jeleń      |
| słup koło fontanny | małpa na jabłoni |

Zadanie:

Rozsypanka wyrazowa. Utwórz wyrażenia.

.....

.....

.....

.....

ŁADNA

MAJOWA

FIAT

MAŁY

FOKA

JACEK

ŁĄKA

GŁODNY



Zadanie:

Łączenie i wskazywanie (różnicowanie głosek *ł* i *j*). Połącz wyrazy z odpowiednimi obrazkami, a następnie wymów wyraźnie powstałe wyrażenia.

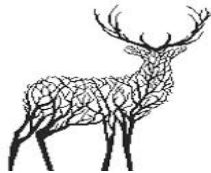
MAJOWA



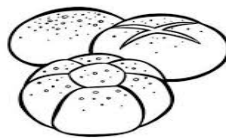
ŁOPATA



MŁODY



JASIA



## ĆWICZENIE V

Różnicowanie głosek *ł* – *j* w zdaniach.

- Młody jelenź biega po łące.
- Mama kupiła Joasi bułkę.
- Mała foka odbija piłkę.
- Głodny łoś zjada łodygę.
- Łąka w maju jest piękna.
- Jeleń zjadł jabłko.
- Łucja ubiła białko na sernik.
- Mama myje kocioł.
- W lesie łoś łapie jelenia.
- Pan kopie dół.
- Pani ubija białko.
- Kasia je bułkę.
- Basia maluje na płótnie.

Zadanie:

Utwórz zdania.

Łucja    białko    Młody    jest    sernik.    biega  
           piłką    na    jelen    łąka    bawi się  
           maju    po    ubiła    łące.  
           w    foka    piękna.    Młoda

Zadanie:

Na podstawie ćwiczenia V odpowiedz na poniższe pytania:

- Co robi mody jelen?
- Komu mama kupiła bułkę?
- Co zjada głodny łoś?
- Jaka foka odbija piłkę?
- Kiedy łąka jest piękna?
- Na jakie ciasto Łucja ubiła białko?

## ĆWICZENIE VI

Automatyzacja głosek ł – j w tekstach.

### Mateusz

Mateusz mieszka na ulicy Łąkowej w Jaworznie. Dom Mateusza pokryty jest ładną, jasną dachówką. Wi-  
 dać ją z daleka. Obok domu stoi buda psa Łatka. Z drugiej strony domu rośnie młody jesion. Teraz zgubił  
 liście, a niektóre gałęzki są połamane. Mateusz zadba o niego, poobcina te złamane gałęzie, a jesion wypuści  
 nowe.

Chłopiec swój wolny czas najchętniej spędza z Łatkiem. Gdy idzie z nim na spacer pies biega po łące  
 pełnej kwiatów. Razem z tatą Mateusza, panem Łukaszem, idą łowić jesiotry. Później mają wspa-  
 niałą kolację, którą przygotowuje mama Jola.

## 6. ĆWICZENIA GŁOSKI *ń*

Korekcję głoski *ń* prowadzimy podobnie jak innych głosek ciszących. Zazwyczaj szybko udaje się wywo-  
 łać prawidłowe brzmienie tej głoski.

### ĆWICZENIE I

Usprawnianie aparatu artykulacyjnego do wywołania prawidłowo brzmiącej głoski *ń*.

Wargi:

- ustawianie ust, jak podczas wybrzmiewania [u], a następnie, jak przy głosce [i],
- lekki uśmiech, a następnie powrót warg do pozycji neutralnej,
- ściąganie kącików warg.

Język:

- zabawa „Koci grzbiet”,
- oblizywanie językiem wewnętrznej powierzchni dolnych zębów,
- naśladowanie śmiechu,
- wymawianie szeptem, a następnie głośno iii, jjj, hi podczas szerokiego rozciągania kącików warg.

## ĆWICZENIE II

Utrwalanie głoski *ń* w sylabach:

nia, nio, nie, niu, ni

ania, onio, enie, uniu, yni

ań, oń eń, uń yń

Zabawa:

Rzuć kostką. Tyle ile wypadnie oczek musisz powtórzyć sylabę, na przykład: nia, nio.

## ĆWICZENIE III

Utrwalanie głoski *ń* w wyrazach.

niebo, nie, Nikola, Nikodem, Nil, nie ma, niemy, nieletni, niemowlak, nietykalny, nitro, nieunikniony, nitka, nikiel, nienaturalny

Maniek, Monika, maniery, niania, sanie, konie, kamienie, słonie, kuchnia, konik,, malowanie, ulanie, kichanie, unikat, uniewinniony

koń, toń, goń, dłoń, dogoń, leń, jelen, jesień, cień, gamoń

Zabawa:

Do woreczka włożone są przedmioty, figurki: konik, sanie, jelen, niemowlak, nitka, kamień. Dziecko ma za zadanie rozpoznać dotykając przedmiot w woreczku.

Zabawa:

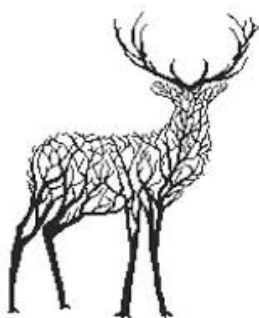
Gdzie to jest? Układamy przed dzieckiem obrazki. W zależności od wieku dziecka dla młodszego 4-6 obrazków, dla starszego 6-8. Dziecko ma za zadanie zapamiętać kolejność ułożonych kartoników. Prowadzący chowa jeden kartonik lub zmienia kolejność ułożenia.

Zabawa:

Uporządkuj wyrazy alfabetycznie: niebo, kuchnia, anioł, unikat, koń, leń, cień.

Zabawa:

Nazwij obrazki z głoską *ń*.



## ĆWICZENIE IV

Utrwalanie głoski *ń* w wyrażeniach.

- młoda niania
- mam silnik
- pilnik Lilki
- anioł na niebie
- piekarnia Anieli
- drugie śniadanie

Zadanie:

Jakie to wyrażenia?

|           |           |
|-----------|-----------|
| drugie    | Anieli    |
| anioł     | niania    |
| piekarnia | śniadanie |
| młoda     | na niebie |

## ĆWICZENIE V

Utrwalanie głoski *ń* w zdaniach.

- Maniek to niski kolega.
- Na niebie nie ma chmur.
- Letnia kuchnia ładnie pachnie.
- Konik goni jelenia.
- Niania Nikoli niesie lody.
- Monika nie lubi jesieni.
- Sierpień to letni miesiąc.

Zadanie:

Uzupełnij prawidłowo zdania:

- Na niebie/słoniu nie mam chmur.
- Październik/Sierpień to letni miesiąc.
- Letnia kuchnia/kolonia ładnie pachnie.
- Niania Nikoli niesie jesień/lody.

## Załącznik 1

## NAUKA PRAWIDŁOWEGO POŁYKANIA

Połykanie to proces, dzięki któremu kęs pokarmu lub płynu przesuwany jest do żołądka i dalszych odcinków przewodu pokarmowego<sup>4</sup>. Nieprawidłowe połykanie wiąże się również z szeregiem wad wymowy, które nie dają się wyeliminować dopóki pierwotna czynność połykania nie jest usprawniona. Dziecko musi przejść kolejne etapy ćwiczeń.

## ĆWICZENIE I

Wykonujemy ćwiczenia aparatu artykulacyjnego

Wargi:

- usta złączone następnie pokazujemy zęby w uśmiechu,
- usta uśmiechnięte, usta ukryte.

Język:

- prawidłowa pionizacja języka – język ustawiamy na wałku dziąsłowym i tak chwilę trzymamy,
- dotykam końca języka i wałka dziąsłowego (na przykład zimną łyżeczką) w celu ułatwienia trafienia nim na właściwe miejsce,
- klaskamy językiem – wolno, szybko,
- klaskając językiem staramy się przykleić całą masę języka do podniebienia, wykonujemy tzw. grzybek.

Zabawa:

Dziecko rzuca kostką do gry. Ile oczek wylosuje, wybiera taki numer ćwiczenia, jaki jest przyporządkowany danej cyfrze.

## ĆWICZENIE II

Nauka połykania śliny

1. Klaskamy językiem, sprawdzając, czy umiemy przyklejać język do podniebienia.
2. Zbieramy ślinę w buzi.
3. Przyklejamy całą masę języka do podniebienia.
4. Łączymy zęby, nie łącząc ust.
5. Połykamy ślinę uważając aby język był przyklejony do podniebienia, nie „napychał się” na zęby.

Na początku wykonywania tego ćwiczenia często pojawiają się trudności w wyłączeniu pracy ust od funkcji połykania. Można pomóc ćwiczącemu, rozchylając wargi. Prawą ręką przytrzymujemy głowę dziecka od tyłu, dwoma palcami lewej ręki rozchylamy wargi, a kciuk układamy na krtani w celu wyczucia momentu połknięcia. Ćwiczenie wykonujemy dotąd, aż nie wyczuje się pod palcami napięcia warg.

4 E.M. Skorek, *Oblicza wad wymowy*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2001, s. 61.

### ĆWICZENIE III

Nauka połykania płynów. To kolejny, ostatni etap w nauce połykania, bazuje on na wyuczonej technice połykania śliny.

1. Przypominamy dziecku prawidłowy sposób połykania śliny.
2. Polecamy, aby w taki sam sposób połknęło nabrany do jamy ustnej płyn.
3. W trakcie ćwiczenia obserwujemy, jak zachowują się wargi i żuchwa. Wargi nie powinny być napięte, powinny wzmoc prace mięśnie podżuchwowe, a także pojawić się ściąganie głowy ku dołowi.

Zabawa:

Nabieramy odrobinę wody do buzi, następnie przyklejamy język do podniebienia wraz z wodą. Usta mamy rozchylone. Sprawdzamy czy wykonaliśmy to poprawnie poprzez pochylenie głowy do klatki piersiowej. Jeżeli woda wycieknie niedostatecznie przykleiliśmy język do podniebienia. Jeżeli płyn nie wypłynie z ust kończymy zadanie prawidłowym połknięciem.

### PODSUMOWANIE

Dzieci, szczególnie te najmłodsze, dużo chętniej nabywają nowe umiejętności poprzez zabawę. Gdy widzą zaangażowanie terapeuty w osiąganie przez nich sukcesu, doceniają wkład i zauważają, że to jest ważne, aby mówiły prawidłowo.

### BIBLIOGRAFIA

1. Chrzanowska A., Szoplik K., *Zabawy i ćwiczenia logopedyczne*, Wydawnictwo Akademickie, Białystok 2003.
2. Demel G., *Minimum logopedyczne nauczyciela przedszkola*, Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1978.
3. Michalak-Widera I., *Miłe uszom dźwięki*, Wydawnictwo Unikat 2, Katowice 2007
4. Skorek E.M., *Oblicza wad wymowy*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2001.
5. Szeląg E., Szymaszek A. *Test do badania słuchu fonematycznego u dzieci i dorosłych*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2006.

### Notka o autorce

**mgr Joanna Wajszczyk-Gniazdowska** – filolog, logopeda. Pracowała w PCPR w Ostrowi Mazowieckiej. Od 10 lat logopeda w Przedszkolu i Szkole Podstawowej w Andrzejewie. Absolwentka Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Ciechanowie oraz Uniwersytetu w Białymstoku.