



redakcja naukowa
Joanna Skibska

.....Wspieranie rozwoju małego dziecka.....





Wspieranie rozwoju małego dziecka

redakcja naukowa Joanna Skibska

Wspieranie rozwoju małego dziecka

© Copyright by Authors
Bielsko-Biała 2014
Kraków 2014

ISBN 978-83-62292-91-2
ISBN 978-83-64275-18-0

Recenzja:
dr hab. prof. UŚ Zenon Gajdzica
dr hab. prof. UZ Zdzisława Janiszewska-Nieścioruk

Redakcja: Katarzyna Zapotoczna
Projekt okładki: Bożena Giemza
Skład: Joanna Bizior

Autorka zdjęcia na okładce: Joanna Skibska

Wydawnictwo Naukowe ATH
ul. Willowa 2, 43-309 Bielsko-Biała
tel. (33) 827-92-68
e-mail: wydawnictwa@ath.bielsko.pl

Wydawnictwo LIBRON – Filip Lohner
al. Daszyńskiego 21/13, 31-537 Kraków
tel. (12) 628-05-12
e-mail: office@libron.pl
www.libron.pl

Spis treści

Wstęp	7
Małgorzata Firek-Pędras Rozwój psychosomatyczny małego dziecka – od urodzenia do 6. roku życia. Podstawowe problemy rozwojowe tego okresu	9
Justyna Wojciechowska Rozwój mowy dziecka od urodzenia do 6. roku życia	37
Jagoda Gluźniewicz Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka niepełnosprawnego – główne założenia i problemy	51
Danuta Pluta-Wojciechowska Wspieranie rozwoju mowy dziecka w rodzinie	63
Marzena Machoś-Nikodem Holistyczna opieka logopedyczna nad małym dzieckiem z niepełnosprawnością intelektualną – postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne	77
Agnieszka Mielewska, Katarzyna Węsierska Zastosowanie metod Palin Parent-Child Interaction (Palin PCI) i Lidcombe Program w terapii jąkania wczesnodziecięcego	93
Michał Bitniok Afazja u dzieci – objawy, typy, różnicowanie, przyczyny i rokowania	121
Iwona Jagoszewska Wspieranie rozwoju dzieci z uszkodzonym słuchem w różnych obszarach życia społecznego	143

Ewa Kochanowska	
Wspomaganie rozwoju dzieci z dysfunkcją wzroku	163
Anna Borzęcka	
Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju małego dziecka z mózgowym porażeniem dziecięcym	183
Anna Łoś, Joanna Wrońska	
Wspomaganie rozwoju dziecka z zespołem Downa	201
Renata Stefańska-Klar	
Całościowe wspieranie i wspomaganie rozwoju małych dzieci ze spektrum autyzmu – podejście autorskie	219
Rafał Kojs	
Zabawa w rozwoju i edukacji dziecka	243
Noty o autorach	261



Wstęp

Wczesne wspieranie małego dziecka niepełnosprawnego lub z trudnościami w funkcjonowaniu to fundament jego rozwoju, szansa na wyrównanie istniejących niedoborów i ograniczeń. Wspierać to obejmować dziecko całościową opieką z uwzględnieniem jego emocji, przeżyć i doświadczeń; to być blisko dziecka, towarzyszyć mu w jego poczynaniach i różnych formach aktywności, by móc go obserwować i analizować jego zachowania oraz sygnały płynące od niego. Wspomagać to również podejmować wysiłek budowania i tworzenia przestrzeni życiowej dziecka, w której będzie mogło zdobywać nowe doświadczenia, uczyć się samodzielności, rozwijać swoją autonomię i odporność emocjonalną. Wspieranie to także podejmowanie szeregu działań, których jednym z ważniejszych celów jest poszukiwanie drogi do dziecka, by mogło nauczyć się nowych umiejętności, by wzmacniać to, co już wie i potrafi, a na tej podstawie planować i programować postępowanie z dzieckiem oraz wskazywać nowe drogi dochodzenia do celu, pozwalające włączać w poznane i opanowane schematy to, co dziecko już potrafi, oraz otwierać przed nim nowe możliwości. Działania, o których tu mowa, powinny być oparte na mocnych stronach dziecka, obejmować wszystkie sfery rozwoju, ze szczególnym uwzględnieniem rozwoju społeczno-emocjonalnego, indywidualnych potrzeb i możliwości oraz zdolności i zainteresowań dziecka.

Dlaczego wczesne rozpoczęcie usprawniania i podjęcie celowych działań pomocowych odgrywa tak szczególną rolę w rozwoju dziecka i pokonywaniu przez nie trudności? Wczesne dzieciństwo to wyjątkowy czas w rozwoju mózgu, ponieważ pod wpływem stymulacji i aktywności intelektualnej dochodzi do tworzenia połączeń mózgowych warunkujących przebieg procesu uczenia się oraz przejmowania przez zdrowe obszary mózgu funkcji obszarów uszkodzonych. W związku z tym istotna jest wczesna diagnoza oraz podjęcie działań wspierających dziecko w najwcześniejszym okresie jego rozwoju, udzielanie wielospecjalistycznej i kompleksowej pomocy opartej na

systematyczności i koordynacji oddziaływań wielu specjalistów – pomocy, która przybiera postać **wczesnej interwencji**, czyli opieki medyczno-rehabilitacyjno-terapeutycznej, lub **wczesnego wspomagania rozwoju**, czyli działań rewalidacyjno-wychowawczych. Jednak warto pamiętać, że każde wspomaganie jest związane z interwencją, ale nie każda interwencja będzie dotyczyć wczesnego wspomagania.

Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju to formy wsparcia proponowane rodzinie i dziecku od chwili rozpoznania zagrożenia niepełnosprawnością do momentu rozpoczęcia realizowania obowiązku szkolnego. Wsparcie rodziny i dziecka z deficytami rozwojowymi powinno stanowić obszar interdyscyplinarnych zainteresowań medycznych, psychologicznych, pedagogicznych oraz logopedycznych. To wszelkie profesjonalne i zorganizowane działania zmierzające do tworzenia optymalnych warunków sprzyjających rozwojowi dziecka, a tym samym zapobieganiu negatywnym skutkom deficytów.

Publikacja stanowi zbiór artykułów poświęconych zagadnieniu wczesnego wspierania rozwoju małego dziecka. Poszczególne rozdziały odnoszą się zarówno do analizy naukowej, jak i praktycznej wybranych problemów poruszanych w poszczególnych tekstach, dlatego też nie jest to opracowanie wyczerpujące złożoność i obszerność problematyki, jednak może stanowić bogate źródło wiedzy dla studentów, specjalistów oraz rodziców.

Monografia została przygotowana przez wielu specjalistów z różnych dziedzin, co pozwoliło na wieloaspektowe ujęcie i omówienie problemów wspierania małego dziecka z określonymi deficytami rozwojowymi i trudnościami w funkcjonowaniu. Autorzy rozdziałów, opracowując zagadnienia, starali się przedstawić postępowanie terapeutyczne i edukacyjne z dzieckiem, które może zostać wykorzystane w wielospecjalistycznej pracy nauczycieli, terapeutów oraz logopedów.

Ze swej strony pragnę złożyć podziękowania wszystkim autorom poszczególnych tekstów, którzy dołożyli wszelkich starań, by podzielić się z czytelnikami swoją wiedzą, doświadczeniem oraz kompetencjami zawodowymi.

Bardzo dziękuję także recenzentom: pani prof. dr hab. Zdzisławie Janiszewskiej-Nieścioruk i panu prof. dr hab. Zenonowi Gajdzicy, których wnikliwe uwagi i cenne wskazówki nadały publikacji ostateczny kształt.

Joanna Skibska



Małgorzata Firek-Pędras

**Rozwój psychosomatyczny
małego dziecka – od urodzenia
do 6. roku życia. Podstawowe
problemy rozwojowe tego okresu**



Ogólne aspekty rozwoju dziecka

Okres niemowlęcy oraz okres wczesnego dzieciństwa charakteryzują się bardzo intensywnymi zmianami. Pod pojęciem rozwoju dziecka rozumiemy jego rozwój fizyczny, ruchowy, emocjonalny, funkcji poznawczych oraz funkcji społecznych. Na prawidłowy rozwój dziecka mają wpływ czynniki genetyczne, osobnicze oraz środowiskowe. Ze względu na uporządkowane sekwencje neurorozwojowe stworzono prawidłowy wzorzec rozwoju dziecka, ustalono okresy, w których powinno ono osiągnąć określone umiejętności. Znajomość poszczególnych etapów rozwoju dziecka, przeprowadzane badania profilaktyczne są niezbędne do rozpoznania dzieci wymagających wczesnej interwencji, wspomagania rozwoju, dalszej diagnostyki i opieki specjalistycznej. Obserwowane są nie tylko zaburzenia rozwoju somatycznego oraz ruchowego, ale coraz częściej także zaburzenia emocjonalne i całościowe zaburzenia rozwojowe u dzieci. Wczesne rozpoznanie i postępowanie interwencyjne ma zasadnicze znaczenie dla efektów terapeutycznych oraz rzutuje na zdrowie fizyczne i psychiczne w wieku dorosłym.

Okres niemowlęcy oraz wczesne dzieciństwo charakteryzują się bardzo intensywnymi zmianami w organizmie kształtującego się człowieka. Na przestrzeni pierwszych miesięcy i lat życia następują dynamiczne procesy dotyczące zarówno rozwoju somatycznego, jak i szeroko pojętego rozwoju psychicznego dziecka. Ich prawidłowy przebieg jest niezmiernie istotny, ma bowiem fundamentalny wpływ na wszystkie sfery naszego życia. Nazywany jest rozwojem psychoruchowym, psychofizycznym lub psychosomatycznym, co podkreśla ścisłą współzależność tych elementów.

Pod pojęciem rozwoju somatycznego dziecka rozumiemy przyrost jego masy ciała, wzrostu, obwodu głowy, obwodu klatki piersiowej, zmianę sylwetki ciała, a także rozwój poszczególnych narządów i układów wewnętrznych, takich jak: układ nerwowy, krążenia, oddechowy, hormonalny, immunologiczny i inne. Z rozwojem fizycznym ściśle związane jest doskonalenie funkcji

ruchowych (pod postacią postępu lokomocji, kontroli postawy, koordynacji wzrokowo-ruchowej), rozwój emocjonalny oraz rozwój mowy, procesów poznawczych, kontaktów społecznych, komunikacji werbalnej i pozawerbalnej.

Pomimo indywidualnej zmienności każdego dziecka rozwój psychoruchowy przebiega podobnym torem, w sposób ciągły i uporządkowany. Poszczególne funkcje rozwojowe powinny być osiągnięte u zdrowych dzieci w podobnym czasie, można je zbadać, ocenić i porównać z tzw. układami odniesienia. Podstawę do prowadzenia obserwacji i monitorowania rozwoju dziecka stanowi znajomość „kamieni milowych”, czyli głównych etapów jego rozwoju.

Znajomość prawidłowego toru rozwojowego oraz częsta ocena neurorozwojowa dziecka podczas badań lekarskich – profilaktycznych i kontrolnych – pozwalają na wczesną identyfikację dzieci zagrożonych opóźnieniem rozwoju, dzieci z opóźnieniem rozwoju oraz dzieci z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi. Wczesna identyfikacja nieprawidłowości pozwala na podjęcie wczesnych, ukierunkowanych interwencji i objęcie ich wielospecjalistyczną opieką (Czochańska, 1997). Biorąc pod uwagę fakt, że ośrodkowy układ nerwowy dojrzewa w pierwszych latach życia dziecka i że charakteryzuje się on znaczną plastycznością, rehabilitacja oraz stymulacja bodźcowa prowadzone od najwcześniejszego okresu przynoszą znacznie lepsze efekty niż interwencje podjęte w okresie późniejszym.

Poniższy rozdział ma przybliżyć prawidłowy rozwój małego dziecka, determinujące go czynniki, oraz zwrócić uwagę na sygnały ostrzegawcze w kierunku zaburzeń rozwojowych.

Etapy rozwoju człowieka

Ponieważ dzieciństwo jest jednym z etapów życia ludzkiego, warto przypomnieć poszczególne fazy rozwoju człowieka, zależne od charakteru i dynamiki procesów biologicznych (Kubicka, Kawalec 2006):

- **okres progresywny (okres ewolucji)** – przewaga procesów anabolicznych nad katabolicznymi, czyli przewaga procesów budulcowych nad rozpadem; obejmuje okres wewnątrzłonowy, dzieciństwo i młodość (do 20.–25. roku życia);
- **okres stabilizacji (okres transwolucji)** – równowaga przemian anabolicznych i katabolicznych w życiu dorosłego człowieka (do ok. 40.–45. roku życia);
- **okres regresywny (okres inwolucji)** – przewaga zmian katabolicznych, starzenie się organizmu.

W wieku rozwojowym (dziecięcym) wyróżniamy kilka kolejnych odrębnych okresów, z charakterystycznymi dla nich cechami (Obuchowicz, 2007):

Okres I – wewnątrzłonowy (prenatalny) – wynosi 280 dni, dzieli się na fazy:

- zarodkową – do 8. tygodnia ciąży,
- płodową – od 9. tygodnia ciąży do porodu (38.–42. tydzień ciąży).

Okres II – zewnątrzłonowy (postnatalny), z podokresami:

- noworodkowy – do 28. dnia życia;
- niemowlęcy – do ukończenia 1. roku życia;
- poniemowlęcy (wczesnego dzieciństwa) – 2.–3. rok życia;
- przedszkolny – 4.–6. rok życia;
- młodszy wiek szkolny – od momentu osiągnięcia gotowości szkolnej, umownie od 7. roku życia, do pierwszych objawów dojrzewania płciowego (występujących na ogół w 8.–9. roku życia u dziewczynek, w 9.–10. – u chłopców);
- okres dojrzewania (pokwitaniowy) – do zakończenia dojrzewania płciowego, najczęściej do 15. roku życia u dziewczynek, do 17. – u chłopców;
- okres młodzieńczy – do 20. roku życia;
- okres dojrzałości – powyżej 20. roku życia.

Każde dziecko przechodzi przez kolejne okresy rozwoju. Pomimo konieczności osiągnięcia etapów rozwojowych dzieci w tym samym wieku różnią się od siebie, na ich rozwój wpływa cały szereg czynników – zarówno wewnętrznych, jak i zewnętrznych.

Czynnik genetyczny, czyli genotyp, to indywidualny zestaw informacji DNA, który już w momencie zapłodnienia w sposób nieodwracalny decyduje o płci, budowie, tempie rozwoju i wielu innych właściwościach indywidualnych organizmu. Warto dodać, iż ujawnienie się pewnych cech zależy od tak zwanej ekspresji genów, uwarunkowanej interakcjami pomiędzy poszczególnymi genami lub między genami a środowiskiem. Na rozwój dziecka już od okresu wewnątrzłonowego mają wpływ czynniki matczyne, działające w okresie prenatalnym, takie jak: wiek, stan zdrowia matki, przebyte przez matkę choroby w ciąży, przyjmowane leki, czynniki toksyczne, używki, stopień odżywienia matki przed i w trakcie ciąży. Kolejnymi ważnymi czynnikami regulatorowymi są czynniki hormonalne, istotne zarówno w okresie płodowym, jak również podczas całego okresu rozwoju fizycznego dziecka. Oprócz wymienionych czynników endogennych istotne są tutaj czynniki środowiskowe, zarówno tzw. biogeograficzne (klimat, stan zanieczyszczenia środowiska, sezonowość), jak społeczno-ekonomiczne (status społeczny, ekonomiczny rodziców, środowisko miejskie czy wiejskie, funkcja rodziny). Styl życia i zachowania prozdrowotne również mają istotny wpływ na rozwój, począwszy od okresu niemowlęcego (karmienie piersią), a skończywszy na wieku sędziwym. U dzieci z chorobami przewlekłymi, dotyczącymi różnych układów, prawidłowy rozwój i wzrastanie są najczęściej również zaburzone (Kubicka, Kawalec, 2006).

Rozwój dziecka jest więc wykładnią genotypu i szeregu warunków, w jakich może się ono rozwijać. Odzwierciedla współdziałanie czynników dziedzicznych

i środowiskowych, wpływających na rozwijający się mózg. Czynniki dziedziczne determinują potencjał dziecka, natomiast czynniki środowiskowe określają zakres, w jakim ten potencjał jest osiągany. W celu optymalnego rozwoju środowisko powinno zapewnić realizację wszystkich fizycznych i psychicznych potrzeb dziecka, różnych w zależności od wieku i etapu rozwoju (Lissauer, Clayden, 2007).

Ocena rozwoju somatycznego dziecka

Podstawą określenia rozwoju somatycznego dziecka w każdym wieku jest systematyczna ocena przyrostu masy ciała, wysokości oraz określenie wskaźnika odżywienia BMI (ang. *Body Mass Index*). W okresie niemowlęcym dodatkowo oceniamy przyrost obwodu głowy, klatki piersiowej oraz zarastanie ciemienia przedniego, czas wyrzynania się zębów. Masa ciała, wysokość, obwód głowy, BMI są określane w siatkach centylowych, stosownych dla płci i wieku.

Siatki centylowe są tzw. układami odniesienia badanej cechy na tle określonej populacji. Wartości danej cechy mogą zawierać się na krzywej graficznej od 3. do 97. centyla (kolejno: 3., 10., 25., 50., 70., 90., 97. centyl). Jeżeli wartość znajduje się na poziomie 50. centyla, oznacza to, że jest to przeciętna wartość badanej cechy dla danej populacji, np. badając wzrost, oznacza to, że 50% rówieśników jest wyższych i 50% niższych w stosunku do badanego. Przyjmuje się za granice normy krzywe 3. i 97. centyla, czyli że 95,5% populacji mieści się w tym zakresie. Wartości pomiędzy 3. a 10. centylem oraz między 90. a 97. centylem stanowią pograniczne normy i są strefą obserwacyjną.

Obecnie w codziennej praktyce lekarskiej posługujemy się siatkami centylowymi wg Palczewskiej, Niedźwieckiej, opracowanymi w 1999 roku na podstawie badań populacji warszawskiej (Palczewska, 2002).

Oceniamy centyl wzrostowy, wagowy, BMI dziecka, w okresie niemowlęcym dodatkowo obwód głowy. Prawidłowo wartości tych parametrów powinny zawierać się między 10. a 90. centylem – jest to tzw. szeroka norma, przedział między 25. a 75. percentylem uznawany jest za tzw. wąską normę, waga dziecka powinna być w tym samym lub sąsiednim przedziale centylowym co jego wzrost. Jeżeli wzrost dziecka znajduje się poniżej 3. centyla, mówimy o dziecku niskorosłym, które wymaga diagnostyki medycznej i oceny w powiązaniu ze wzrostem rodziców, jeżeli znajduje się między 3. a 10. centylem, wymaga częstych pomiarów i systematycznej oceny tempa wzrastania. Masa ciała dziecka powinna być oceniana w powiązaniu ze wzrostem, najlepiej korzystając ze wskaźnika $BMI = \text{masa ciała w kg} / \text{wzrost w metrach}^2$. Jeżeli wskaźnik BMI znajduje się poniżej 3. pc, świadczy to o niedożywieniu dziecka, między 3. a 10. centylem – o niedoborze masy ciała, natomiast BMI powyżej 97. centyla informuje o otyłości, między 90. a 97. centylem – o nadwadze (Korman, 1999). Ocena pomiarów antropometrycznych dziecka jest bardzo ważnym wskaźnikiem jego rozwoju,

odchylenia od normy mogą być pierwszym sygnałem poważnych chorób: przewlekłych schorzeń nerek, przewodu pokarmowego, układu krążenia, jak również zaburzeń hormonalnych i wrodzonych zespołów genetycznych, współistniejących często z otyłością.

Charakterystyka okresu noworodkowego

Pierwszy etap w życiu dziecka poza organizmem matki jest zwany okresem noworodkowym, trwa od momentu urodzenia do 28. dnia życia. Jest okresem adaptacyjnym, pozwalającym na przystosowanie się dziecka do zmienionych warunków życia (Łozińska, Twarowska, 1993).

Donoszony noworodek to taki, który urodził się między 38. a 42. tygodniem ciąży, jego przeciętna waga wynosi 3300–3600 g, długość ciała: 50–52 cm, obwód głowy: ok. 35 cm (jest do 2 cm większy od obwodu klatki piersiowej). Proporcje ciała noworodka charakteryzują się dużą głową i długim tułowiem, z krótkimi kończynami dolnymi i wysokim środkiem ciężkości (na wysokości pępka, u dorosłego – na wysokości spojenia łonowego). W pierwszych dobach dochodzi do fizjologicznego spadku masy ciała, który ulega następnie wyrównaniu ok. 10. doby życia (Kubicka, Kawalec, 2006). Zdrowy noworodek powinien mieć od urodzenia prawidłowo wykształcony odruch ssania, połykania, koordynacji tych aktów, bez względu na rodzaj karmienia – naturalne lub sztuczne, powinien przybrać ok. 700 g w ciągu 1. miesiąca życia.

Do oceny noworodka zaraz po urodzeniu służy skala Apgar, pomagająca identyfikować noworodki wymagające natychmiastowej resuscytacji oraz dzieci z grupy późniejszego ryzyka; jest uznawana za jeden z czynników rokowniczych dalszego rozwoju. Stan dziecka po urodzeniu ocenia się w 1., 5., 10. minucie po porodzie na podstawie oceny 5 parametrów funkcji życiowych: zabarwienia powłok skórnych, akcji serca, reakcji odruchowych, napięcia mięśniowego, oddechów.

Tabela 1. Punktacja w skali Apgar

Cecha	0 pkt	1 pkt	2 pkt
Zabarwienie powłok	bladłość lub sinica uogólniona	sinica obwodowa	różowe
Akcja serca	brak	<100/min	>100/min
Odruch na drażnienie cewnikiem do odsysania	brak	grymas	gwałtowny kaszel lub kichanie
Napięcie mięśniowe	wiotkość	obniżone	prawidłowe
Oddechy	brak	pojedyncze, nieregularne	regularne, krzyk

Źródło: Koehler, Marszał, Świetliński, 2002, s. 23.

Suma punktów 8–10 świadczy o dobrym stanie noworodka, 4–7 pkt – o stanie średnim, 0–3 pkt stanowi informację o stanie ciężkim.

Po urodzeniu noworodek przyjmuje pozycję zgięciową we wszystkich stawach, następnie grzbietowo-wyprostną. Obserwujemy prymitywne odruchy przetrwałe z okresu płodowego, które utrzymują się przez kilka miesięcy, aby przygotować niemowlę do zdobycia określonych umiejętności. W miarę dojrzewania ośrodkowego układu nerwowego odruchy noworodkowe ustępują, pozwalając dziecku na wykonanie ruchów celowych. Aktywność noworodka jest związana głównie z zaspokojeniem uczucia głodu, widoczny jest tzw. odruch szukania – pod wpływem każdego bodźca w okolicy ust układa usta w ryjek, odwraca głowę w stronę bodźca (odruch ten utrzymuje się do 3. miesiąca życia). Obecne są odruchy instynktowne, takie jak: odruch ssania (obserwowany do 12. miesiąca życia), oddychania, połykania, kichania, odruchy obronne. Odruchy chwytne z kończyn górnych, w których po podrażnieniu wewnętrznej powierzchni dłoni następuje zaciśnięcie palców dłoni i przywiedzenie kciuka, są najsilniej wyrażone do końca 1. miesiąca życia, później słabną i zanikają do 3.–4. miesiąca. W kończynach dolnych występują, gdy uciskamy nasadę palców stopy noworodka, zginają się one wtedy podeszwowo, obecne są aż do 12. miesiąca życia.

Dodatnie odruchy podparcia polegają na wzroście napięcia mięśniowego w kończynach w momencie przybliżania kończyn do podłoża w pozycji pionowej. Jeżeli dziecko trzymane w pozycji pionowej zbliżamy stopami do podłoża, oprócz uogólnionej reakcji wyprostowania głowy, tułowia i kończyn noworodek zaczyna wykonywać rytmiczne naprzemienne ruchy, przypominające chodzenie – jest to odruch chodu autonomicznego. Podczas ułożenia noworodka na plecach drażnienie stóp wywołuje ruchy pełzania – odruch ten nie występuje u wcześniaków.

Blizszego omówienia wymaga również noworodkowy odruch Moro – jest odpowiedzią na bodziec w postaci uderzenia o podłoże z obu stron leżącego dziecka. Obserwujemy dwie fazy odruchu. Faza pierwsza – „wyrzucenie” kończyn górnych na bok z wyprostowaniem w stawach łokciowych i pełnym otwarciem dłoni, faza druga – przywiedzenie i zgięcie kończyn górnych. Jest najsilniej wyrażony w 1. miesiącu życia i przez następne 2 tygodnie, później słabnie, zanika ok. 5. miesiąca życia. Przetrwały odruch Moro może być obecny u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym i innym uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego (Czochańska, 1995).

Ocena powyższych odruchów jest bardzo istotną składową badania noworodka, gdyż zaburzenia odruchów przejawiające się ich brakiem, asymetrią lub nieprawidłowym wzorcem, układanie się noworodka w nieprawidłowej pozycji (żabiej) – obniżone napięcie mięśniowe, z odgiętej głową – wzmożone napięcie mięśniowe – świadczą o nieprawidłowościach neurorozwojowych.

Noworodki z niską masą urodzeniową

Podział dzieci z niską masą urodzeniową przedstawia się następująco (Koehler, Marszał, Świetliński, 2002):

- noworodki z niską masą urodzeniową, < 2500 g (LBW – ang. *low birth weight*);
- noworodki z bardzo niską masą urodzeniową, < 1500 g (VLBW – ang. *very low birth weight*);
- noworodki z ekstremalnie niską masą urodzeniową, < 1000 g (ELBW – ang. *extremely low birth weight*);
- noworodki z niewiarygodnie niską masą urodzeniową, < 750 g (ILBW – ang. *incredibly low birth weight*);
- noworodki z hipotrofią lub wewnątrzmacicznym opóźnieniem rozwoju (IUGR – ang. *Intrauterine Growth Retardation*) – noworodki zbyt małe w stosunku do wieku płodowego, masa ciała poniżej 10. percentyla w stosunku do wieku płodowego;
- noworodki z hipotrofią symetryczną – obwód głowy, długość i masa ciała są symetrycznie zmniejszone w stosunku do trwania ciąży, czynnik sprawczy zadziałał tutaj we wczesnym okresie ciąży, najczęściej są to zaburzenia genetyczne i zakażenia wewnątrzmaciczne;
- noworodki z hipotrofią asymetryczną – obwód głowy i długość ciała są zgodne z wiekiem ciążowym, występuje jedynie niedobór masy ciała, czynnik sprawczy działa tutaj w III trymestrze ciąży i jest związany z niedoborami żywieniowymi matki lub niewydolnością łożyska.

Dzieci z niską masą urodzeniową, w szczególności z VLBW i niższą, lub urodzone poniżej 32. tygodnia ciąży, ze względu na swoją niedojrzałość i niewykształcone w pełni podstawowe narządy wewnętrzne, są narażone na powikłania okresu adaptacyjnego. Należą do nich: niedotlenienie okołoporodowe, zespół zaburzeń oddychania, krwawienia śródczaszkowe, posocznice, neuroinfekcje, zaburzenia układu krążenia, brak prawidłowych odruchów ssania i polykania (często wymagają w pierwszym okresie karmienia przy pomocy sondy dożołądkowej), retinopatia wcześniacza (Szczapa, 2000). Coraz lepiej prowadzona opieka neonatologiczna oraz wczesne wielospecjalistyczne działania interwencyjne pozwalają na zwiększenie przeżywalności w grupach ryzyka i ograniczenie występowania uszkodzeń rozwojowych.

Noworodki stanowiące grupę ryzyka zaburzeń rozwojowych

Dzieci z grup ryzyka to dzieci, których rozwój – ze względu na stan po urodzeniu oraz nieprawidłowy przebieg okresu noworodkowego – wymaga szczególnej opieki i obserwacji, najczęściej przekraczającej 3. rok życia.

Do noworodków obarczonych czynnikami ryzyka zaburzonego rozwoju należy zaliczyć dzieci:

- z bardzo małą urodzeniową masą ciała (1000–1500 g);

- z ekstremalnie małą urodzeniową masą ciała (poniżej 1000 g);
- urodzone > 37. tygodnia ciąży, z masą ciała < 10. pc (IUGR);
- ocenione wg skali Apgar < 5 punktów w 5. min życia; leczone przedłużoną sztuczną wentylacją;
- z wadami wrodzonymi, zespołami genetycznymi;
- z niedotlenieniem okołoporodowym;
- z zespołem aspiracji smółki;
- z hiperbilirubinemią;
- z hipoglikemią;
- z zakażeniem wewnątrzmacicznym, zwłaszcza z grupy TORCH (tokso-plazmoza, cytomegalia, różyczka, herpes);
- z zespołami neurologicznymi: drgawki, zaburzenia napięcia mięśniowego, krwawienia śródczaszkowe, encefalopatia niedotlenieniowo-niedokrwienna, nieprawidłowy zapis EEG; z przewlekłą chorobą płuc;
- z podejrzeniem lub rozpoznaniem retinopatii wcześniaków.

W omawianej grupie w okresie późniejszym częściej występują takie schorzenia, jak: mózgowie porażenie dziecięce, wodogłowie, padaczka, zespoły padaczkowe, opóźnienie rozwoju psychoruchowego, całościowe zaburzenia rozwojowe (Sidor, 1997), dysplazja oskrzelowo-płucna, refluks żołądkowo-przełykowy, dysfunkcje narządu wzroku, słuchu i rozwoju mowy.

Każdy wcześniak oraz noworodek, który po urodzeniu wymagał pobytu na Oddziale Intensywnej Terapii lub Oddziale Patologii Noworodka, wymaga regularnej kontroli neurologicznej, okulistycznej, audiologicznej, często neurologopedycznej, gastrologicznej, pulmonologicznej, psychologicznej, rehabilitacji neurorozwojowej oraz dalszej opieki specjalistycznej, ocenianej na podstawie postępów w rozwoju zarówno somatycznym, jak i neurologicznym.

Należy zwrócić uwagę, że noworodki urodzone przedwcześnie, czyli poniżej 37. tygodnia ciąży, lub z niską masą urodzeniową najczęściej osiągają prawidłowy wzorzec rozwojowy z opóźnieniem. Ocenę rozwoju wcześniaków prowadzi się według tzw. wieku skorygowanego, do ukończenia przez dziecko 2. roku życia. Powyżej 2.–3. roku życia dzieci urodzone przedwcześnie powinny osiągnąć rozwój podobny do swoich rówieśników urodzonych o czasie. Wiek skorygowany obliczamy, odejmując od wieku metrykalnego (wiek od daty urodzenia) brakujące tygodnie do terminu porodu.

Rozwój somatyczny jest oceniany również na podstawie siatek centylowych skorygowanych do wieku ciążowego. W codziennej praktyce posługujemy się kilkoma rodzajami takich siatek centylowych: dla chłopców i dziewczynek urodzonych poniżej 32. tygodnia ciąży oraz dla chłopców i dziewczynek urodzonych między 32. a 37. tygodniem ciąży (Palczewska, 2002).

Charakterystyka okresu niemowlęcego

Kolejnym bardzo istotnym etapem życia dziecka jest okres niemowlęcy, trwający od skończonego pierwszego miesiąca do końca pierwszego roku życia.

Rozwój somatyczny niemowląt

Okres niemowlęcy jest okresem najintensywniejszego rozwoju dziecka. Jest on oceniany podczas comiesięcznych badań kontrolnych, w czasie wizyt lekarskich.

Noworodek urodzony o czasie powinien ważyć od 3,3 kg do 3,6 kg. W ciągu pierwszych 6 miesięcy powinien przybierać około 700 g na miesiąc, mając pół roku powinien podwoić swoją wagę urodzeniową. W ciągu następnych 6 miesięcy ma przybierać 500 g na miesiąc, a w wieku 12 miesięcy powinien potroić wagę urodzeniową.

Średnia długość ciała donoszonego noworodka wynosi 50–52 cm, w ciągu pierwszego roku życia powinien osiągnąć długość ciała o około 25 cm większą od urodzeniowej.

Pomiar obwodu głowy w pierwszym roku jest bardzo ważny ze względu na możliwość ujawniania się w tym okresie wad rozwojowych i innych patologii centralnego układu nerwowego. Obwód głowy mierzymy taśmą centymetrową poprzez środek guzów czołowych z przodu oraz najdalej wysunięty ku tyłowi punkt potylicy. Prawidłowy obwód głowy przy urodzeniu wynosi 35–38 cm, jest o 1–2 cm większy od obwodu klatki piersiowej, przyrasta do 3. miesiąca życia około 2 cm/miesiąc, między 3. a 6. miesiącem o około 1 cm/miesiąc, między 6. a 12. miesiącem – 0,5 cm/miesiąc. W wieku 12 miesięcy obwód głowy powinien być równy obwodowi klatki piersiowej i większy o około 12 cm w stosunku do wartości obwodu głowy przy urodzeniu. Zbyt duży obwód głowy lub zbyt szybki jego przyrost mogą świadczyć o wodogłowiu, zbyt mały obwód lub słaby jego przyrost – o małogłowiu lub innej patologii ośrodkowego układu nerwowego. Ciemię przednie powinno być przy urodzeniu wielkości średnio 2 x 2 cm i stopniowo zarastać do 12.–18. miesiąca życia. Zbyt szybkie zarastanie ciemiączka może świadczyć o przedwczesnym zarastaniu szwów czaszkowych i być przyczyną małogłowia, zbyt duże ciemię i opóźnione jego zarastanie z kolei zaś mogą być wynikiem wodogłowia lub innych nieprawidłowości rozwojowych (Michałowicz, 2000). Odchylenia od normy w wielkości i tempie zarastania ciemiączka są sygnałem alarmowym i powinny być wskazaniem do wykonania USG głowy oraz dokładniejszych badań obrazowych, takich jak tomografia komputerowa czy rezonans magnetyczny, celem szczegółowej oceny struktur ośrodkowego układu nerwowego.

Istotnym elementem jest ocena ząbkowania. Nieprawidłowości w tym zakresie mogą wynikać z zaburzeń gospodarki wapniowo-fosforanowej i niedoboru tych mikroelementów, mogą być także wynikiem zaburzeń genetycznych i stanowić składową obrazu zespołów genetycznych. Pierwsze

zabkowanie rozpoczyna się u większości niemowląt około 6. miesiąca życia (zakres normy wynosi od 5. do 10. miesiąca), od wyrznięcia dolnego siekacza przyśrodkowego. Między 21. a 31. miesiącem życia powinny się pojawić wszystkie zęby mleczne u dziecka.

Rozwój psychoruchowy niemowląt

Podobnie jak rozwój fizyczny, podczas każdej wizyty lekarskiej oceniany jest rozwój psychoruchowy dziecka. Oprócz lekarza, który ocenia dziecko i skupia się głównie na badaniu pediatrycznym i neurologicznym, nad rozwojem dziecka powinni czuwać rodzice i opiekunowie, mający największy i codzienny kontakt z nim. To oni, przyglądając się bacznie swojemu dziecku podczas codziennych czynności, mogą zauważyć pewne nieprawidłowości dotyczące zarówno funkcji ruchowych, jak i zachowania się dziecka. Zwłaszcza aspekt rozwoju emocjonalnego i społecznego podczas krótkiej wizyty lekarskiej jest trudny do oceny. O wszystkich wątpliwościach związanych z zachowaniem się dziecka rodzice powinni informować lekarza pediatrę, aby móc pogłębić badania i ocenę dziecka w danym kierunku. Ponieważ już w okresie niemowlęcym dziecko może wykazywać cechy opóźnionego rozwoju psychoruchowego oraz cechy sygnalizujące zdecydowanie później rozpoznawane całościowe zaburzenia rozwojowe, dotyczące głównie sfery emocjonalnej i kontaktów społecznych, wczesne wychwycenie odchyleń od prawidłowego wzorca rozwojowego jest niezmiernie ważne, sprzyja bowiem wczesnej diagnostyce i postępowaniu interwencyjnemu.

Poniżej przedstawiono umiejętności i zachowania niemowlęcia, które powinno ono osiągnąć w danym okresie swojego życia (Gerber, Wilks, Erdie-Lalena, 2011; Koehler, Marszał, Świetliński, 2002). Każdy miesiąc życia przynosi ogromny postęp rozwoju motorycznego, koordynacji wzrokowo-ruchowej, doskonalenia ruchów precyzyjnych, kontaktów z otoczeniem, zabawy i rozwoju mowy.

Niemowlę miesięczne

W pozycji na brzuchu odrywa brodę od podłoża, w pozycji na plecach ma głowę zazwyczaj zwróconą w bok. Trzyma przy twarzy dłonie zaciśnięte w pięść, dobrze ssie, reaguje na dźwięki, skupia wzrok na twarzy badającego. Odróżnia głos matki, niespokojne reaguje krzykiem, wycisza się na rękach matki, wydaje krótkie gardłowe dźwięki. Przy unoszeniu do pozycji siedzącej jego głowa opada do tyłu. Podczas próby postawienia na stopy prostuje nogi. Układa się zgięciowo, pęza, unosi głowę chwiejnie do boku na około 3 sekundy.

Niemowlę dwumiesięczne

Unosi głowę chwiejnie do boku na okres około 3 sekund, unosi klatkę piersiową w pozycji na brzuchu, dłonie ma lekko otwarte, utrzymuje grzechot-

kę po włożeniu do ręki. Przy podciąganiu do pozycji siedzącej utrzymuje głowę na około 15 sekund, śledzi wzrokiem poruszające się osoby oraz duże przedmioty o kontrastowych barwach, rozpoznaje matkę, otwiera usta na widok piersi lub butelki. Odwzajemnia uśmiech, odpowiada na głos, zwraca uwagę na dźwięki, grucha. W wieku 6 tygodni reaguje uśmiechem na towarzystwo, wydaje dźwięki podobne do samogłosek – *a, e*, łączone z *h*, *che, eche*.

Niemowlę trzymiesięczne

W pozycji na brzuchu opiera się na przedramionach, utrzymuje głowę w pozycji siedzącej przez ok. 30 sekund. Przewraca się na jedną stronę. Ma nogi zgięte pod małym kątem, bawi się swoimi rączkami, ogląda palce, uderza w przedmioty, porusza grzechotką włożoną do rąk. Wkłada ręce do ust. Wodzi wzrokiem, podąża wzrokiem za przedmiotami po okręgu (w pozycji na plecach), przygląda się zabawkom. Wyraża niezadowolenie w reakcji na kwaśny smak, głośne dźwięki. Przygląda się osobie mówiącej. Uśmiecha się, „chichocze”. Wymawia głoski gardłowe *r*, co nazywane jest gruchaniem. Wokalizuje, gdy się do niego mówi.

Niemowlę czteromiesięczne

W pozycji na brzuchu opiera się na przedramionach i nadgarstkach, obraca się na boki, przewraca się z brzucha na plecy, gdy jest podciągane do pozycji siedzącej, unosi głowę i ramiona, głowa nie odchyła się do tyłu. Dłonie ma najczęściej otwarte, bawi się rączkami, wkłada przedmioty do buzi, chwyta za ubrania, sięga nieustannie po przedmioty, bawi się grzechotką. Samo na krótko chwyta pierś lub butelkę. Dłużej przygląda się nowym twarzom niż sobie znanym. Uśmiecha się spontanicznie na przyjemny widok, dźwięk, przestaje płakać, gdy usłyszy głos rodziców lub inny przyjemny głos, kieruje głowę w stronę głosu, wokalizuje naprzemiennie, głośno się śmieje, wokalizuje również, gdy jest samo. Wydaje liczne dźwięki, dodatkowo głoski szczelinowe (*w, f, s*).

Niemowlę pięciomiesięczne

W pozycji na brzuchu opiera się na dłoniach, obraca się na boki, przewraca się z pleców na brzuch. Przy podciąganiu do pozycji siedzącej zgina głowę, ramiona i nogi. Posadzone, siedzi chwiejnie, podpierając się rękami. Postawione, przejmuje na krótko własny ciężar ciała. Chwyta klocek chwytem małym, przekłada przedmioty z jednej ręki do ust, a następnie do drugiej ręki, trzyma ręce razem, sięga po zwisające kółko, a następnie je chwyta. Chwyta ustami i żuje dziąsłami przetarty pokarm. Odwraca głowę i spogląda na spadające przedmioty. Tworzy więź z opiekunem, zaczyna reagować na swoje imię. Wydaje okrzyki radości. Odróżnia głos surowy od serdecznego. Wyraża złość dźwiękami innymi niż płacz.

Niemowlę sześciomiesięczne

Siada na chwilę, podpierając się rękami. Obraca się z pleców na brzuch i odwrotnie. Obraca się po okręgu w pozycji na brzuchu, w tej pozycji przenosi również ciężar na jedną rękę. Trzymane pionowo, utrzymuje częściowo ciężar ciała. Siedząc z oparciem, chwyta pewnie grzechotkę jedną ręką, całą powierzchnią dłoni. Przekłada zabawkę z jednej rączki do drugiej. Kładzie ręce na butelce. Dotyka swojego odbicia i wokalizuje. Uderza i potrząsa zabawkami. Ma wyczulony słuch. Odróżnia osoby znajome od obcych, wyraża lęk przed nieznanymi. Tworzy rytmiczne łańcuchy sylabowe: *da-da-da*, *ge-ge-ge*.

Niemowlę siedmiomiesięczne

Siedzi stabilnie bez podtrzymywania, broni się przed przewracaniem na bok, rozkłada ręce na boki dla utrzymania równowagi. Pełza okrężnie i do tyłu, bawi się nóżkami, sprężynuje. Chwyta obiema rękami, szuka przedmiotu, który upadł. Bada różne cechy zabawki, ogląda klocek w każdej ręce. Spogląda w kierunku znanego przedmiotu, gdy wypowiedziana jest jego nazwa, zwraca uwagę na muzykę. Samo zdejmuje pieluchę z głowy, bawi się w zabawę „a ku-ku”. Gaworzy, wymawiając sylaby.

Niemowlę ośmiomiesięczne

Siedzi pewnie bez podparcia (w tym okresie obserwujemy początki samodzielnego siadania). Podpiera się z boku, pełza do przodu, podciąga się do siadania. Obraca się wokół własnej osi. Przyjmuje postawę do raczkowania. Naśladuje uderzenia łyżeczką, wyjmuje klocek z kubeczka, chwyta klocek chwytem nożycowym. Trzyma swoją butelkę, je palcami drobne pokarmy, np. płatki kukurydziane. Szuka przedmiotu, który cicho spadł na podłogę. Sygnalizuje rodzicom, kiedy jest zadowolone lub zdenerwowane. Reaguje na polecenia, np. szuka członów rodziny, gdy usłyszy pytanie: *Gdzie jest mama?*, przybliży się gdy usłyszy: *Chodź tutaj*. Mówi *dada* (nieswoiście). U dzieci od 8. do 30. miesiąca życia występuje zjawisko echolalii, czyli powtarzania głosek. Potrząsa głową na słowo *nie*. Zmienia też głośność dźwięków – szepcze.

Niemowlę dziewięciomiesięczne

Siada, pełza, podpiera się do tyłu, stoi, postawione przy poręczy. Trzymane pod pachy, wykonuje ruchy chodzenia, zaczyna raczkować. Prezentuje chód niedźwiedzi – na 4 kończynach wyprostowanych. Celowo upuszcza przedmiot, sięga po inny. Interesuje się cichymi odgłosami. Rozróżnia, co znaczy „góra”, „dół”, „tył”, „przód”. Bawi się w chowanego. Lubi zabawy z pokazywaniem, używa dźwięków, aby zwrócić na siebie uwagę, reaguje na dzwonek. Wyraża lęk przed rozstaniem z matką. Wymawia pierwsze słowa dwusylabowe: *ma-ma*, *ba-ba*. Cały czas gaworzy, naśladuje dźwięki.

Niemowlę dziesięciomiesięczne

Sprawnie raczkuje, przemieszcza się wokół mebli, używając obu rąk, stoi trzymane za jedną rękę, chodzi trzymane za obie ręce. Pije z przytrzymanego kubeczka. Wyjmuje mały przedmiot z dużego chwytem pęsetowym. Uderza przedmiotami trzymanymi w obu dłoniach, odrzuca je. Naśladuje czynności takie jak „kosi-kosi”, „pa-pa”. Mówi *dada* swoiście, macha na do widzenia.

Niemowlę jedenastomiesięczne

Chodzi, podtrzymywane za rękę, przemieszcza się przy meblach, podtrzymując się ręką, siedzi dowolnie długo, obraca się w pozycji siedzącej, raczkuje. Podaje przedmiot, nie wypuszcza go z ręki, przyciąga zabawkę na sznurku. Rzuca przedmiotami, miesza łyżeczką, znajduje ukryty przedmiot. Patrzy na obrazki w książce. Podskakuje przy muzyce. Samodzielnie je, pije z filiżanki, rozumie zakazy. Pomaga przy ubieraniu. Wypowiada pierwsze słowa dźwiękonaśladowcze: *brr*, *am-am*. Wokalizuje do piosenek.

Niemowlę dwunastomiesięczne

Stoi stabilnie, z uniesionymi rękami i rozstawionymi nogami, broni się przed upadkiem do tyłu, robi pierwsze samodzielne kroki. Wkłada mały przedmiot do dużego. Trzyma kredkę, „bazgrze” po pokazaniu, próbuje budować wieżę z 2 klocków. Podnosi pokrywkę pudełka, aby znaleźć zabawkę. Lubi wspólne zabawy z opiekunem. Zjada część posiłku palcami, dzwoni łyżeczką w kubeczku, zdejmuje czapkę. Wymawia ok. 3 słowa dwusylabowe, reaguje na polecenia.

Powyżej przedstawiono prawidłowy wzorzec rozwojowy niemowlęcia.

Warto zwrócić uwagę na tzw. **duże sygnały ostrzegawcze w rozwoju ruchowym**, które zawsze wymagają pogłębienia diagnostyki i konsultacji neurologicznej. Są to:

- brak stabilnego trzymania głowy w pozycji siedzącej w wieku 4 miesięcy,
- brak stabilności w pozycji siedzącej w wieku 9 miesięcy,
- brak umiejętności samodzielnego chodzenia w wieku 18 miesięcy.

Jednakże ważne jest baczne obserwowanie również dyskretnych nieprawidłowości, bowiem badania prospektywne dzieci z późniejszym rozpoznaniem zaburzeń z kręgu autyzmu wykazały występowanie już u niemowląt zaburzeń lub deficytów w jednym lub więcej obszarów (Zwaigenbaum, 2010):

- wzrokowym (nieprawidłowości dotyczące śledzenia wzrokowego i skupienia wzroku na przedmiotach, przedłużone badanie wzrokiem przedmiotów),
- ruchowym (zmniejszony poziom aktywności, opóźnienie rozwoju motoryki dużej i precyzyjnej oraz nietypowe manierzmy ruchowe),
- zabawy (opóźnienia w rozwoju naśladowania ruchów, ograniczenie zabawy z wykorzystaniem zabawek, powtarzające się czynności z użyciem zabawek),
- komunikacji społecznej (nieprawidłowości dotyczące ukierunkowania wzroku, reagowania na imię, naśladowania, uśmiechu społecznego, za-

- interesowań i uczuć społecznych, z osłabieniem ekspresji uczuć pozytywnych),
- językowym (opóźniony rozwój gaworzenia, zwłaszcza gaworzenia społecznego, gestykulacji),
 - ogólnego rozwoju poznawczego (wolniejsze tempo nabywania nowych umiejętności),
 - nieprawidłowości w zakresie funkcji regulujących dotyczących snu, jedzenia i uwagi.

Kamienie milowe w rozwoju niemowlęcia

W diagnostyce neurologicznej funkcjonuje pojęcie kamieni milowych, czyli istotnych osiągnięć ruchowych w rozwoju mowy i kontaktów społecznych, które prawidłowo rozwijające się dziecko osiąga w odpowiednim czasie (Gerber, Wilks, Erdie-Lalena, 2011).

Poniżej przedstawiono kamienie milowe i średni wiek ich osiągnięcia.

Tabela 2. Kamienie milowe rozwoju oraz średni wiek ich osiągnięcia

Wiek	Rozwój motoryczny	Wzrok i ruchy precyzyjne	Słuch, mowa i język	Rozwój społeczny, emocjonalny i behawioralny
Noworodek	Zgina kończyny	Fiksuje spojrzenie i śledzi twarz	Nieruchomieje na głos. Boi się głośnego hałasu	Uśmiecha się (6 tygodni)
7 miesięcy	Siedzi bez podparcia	Przekłada przedmioty z ręki do ręki	Obraca się w stronę głosu, wielosylabowo gaworzy	Je palcami. Boi się obcych
1 rok	Stoi bez pomocy	Używa chwytu pincetowego (10 miesięcy). Wskazuje	Wymawia 1–2 słowa, rozumie imię	Pije z kubka, macha rączką
18 miesięcy	Chodzi samodzielnie	Charakteryzuje go niedojrzały chwyt otłówka. Przy- padkowo bazgrze	Mówi zdania złożone z 3–4 słów, rozumie 2 połączone polecenia	Je tyżeczką. Zaczyna pomagać przy ubieraniu
2,5 roku	Biega i skacze	Rysuje		Bierze udział w zabawie równoległej. Myje i wyciera

Źródło: Lissauer, Clayden, 2007, s. 35.

Charakterystyka okresu wczesnodziecięcego

Okres wczesnodziecięcy dotyczy 2. i 3. roku życia dziecka.

Następuje wówczas zwolnienie tempa wzrastania i przyrostu masy ciała; w drugim roku życia przyrost wysokości wynosi około 12 cm/rok, przyrost wagi – około 2,5 kg/rok. W trzecim roku życia skok wzrostu wynosi około 6 cm, a wagi – około 2 kg. Zmieniają się proporcje ciała dziecka, widoczna jest pogłębiona lordoza lędźwiowa oraz uwypuklony brzuch.

Natomiast rozwój ruchowy, a także rozwój sfery poznawczej, emocjonalnej i społecznej nadal są bardzo intensywne. W tym okresie dziecko zaczyna swobodnie chodzić, biegać, wchodzi po schodach. Poznaje coraz bardziej odległe tereny, uniezależnia się od pomocy rodziców w osiągnięciu pożądanego przedmiotu i miejsc. Oprócz bodźców dostarczanych przez drugie osoby samo poszukuje impulsów, stymulując swój rozwój. Zaczyna zdobywać umiejętności samoobsługi: jedzenia, rozbierania się, ubierania się, posługiwania się przedmiotami użytkowymi zgodnie z przeznaczeniem. Dziecko obserwuje osoby dorosłe, próbuje je naśladować w zabawie, w której wprowadza dodatkowo własne innowacje. Zaczyna zdawać sobie sprawę z tego, że coś chce oraz wyraźnie domaga się spełnienia swojej woli.

Odkrywa swoją odrębność fizyczną, psychiczną oraz własne „ja”. Jest to bardzo ważny okres oderwania się od matki, kształtowania własnej odrębności, stąd często słyszymy w tym okresie w ustach malucha: *Ja sam, Nie*. Dziecko chce wykonywać wiele czynności samo, nie chce pomocy. Często robi to niezdarne, ale należy pozwolić na samodzielne próby jedzenia, ubierania się i wykonywania różnych czynności, aby wzmocnić u dziecka poczucie własnej tożsamości i samodzielności.

Ponadto następuje w tym okresie bardzo znaczący rozwój mowy, zarówno czynnej, jak i biernej. Dziecko zaczyna budować zdania, używając wszystkich części mowy, około 3. roku życia używa kilkuset słów, znacznie więcej rozumie, nie potrafiąc się jednak jeszcze do końca wypowiedzieć. Artykulacja mowy w tym okresie jest wciąż niedoskonała. Uwaga i pamięć mają charakter przypadkowy, dziecko nie potrafi świadomie dłużej się skupić. Rozumie natomiast świetnie zakazy i nakazy, potrafi reagować emocjami: uśmiechem, płaczem, niepokojem, radością na różne sytuacje społeczne. Jego sposób zachowania i reagowania jest podobny do postępowania osób, w otoczeniu których przebywa. Ma całkowite zaufanie do własnej matki, jest w tym okresie bardzo silnie z nią związane, około 2. roku życia występuje znaczne nasilenie lęku związanego z rozstaniem z mamą. Dwu- i trzylatek nie potrafi współdziałać w grupie, rówieśnicy bawią się obok siebie, równoległe, często nie potrafią dzielić się swoimi zabawkami (Kopczyńska-Sikorska, 1996; Nelson, 1996).

Powyżej została przedstawiona charakterystyka ogólna okresu poniewmowlęcego.

Warto zapoznać się z osiągnięciami dziecka, których oczekujemy w wieku 15, 18, 21, 24, 30 i 36 miesięcy. Jak widać, im dziecko jest starsze, tym okresy, w których jest oceniane, wydłużają się. W 2. roku życia ocena neurorozwojowa powinna odbywać się co kwartał, w 3. roku życia – co pół roku.

Dziecko 15-miesięczne

Chodzi samodzielnie, ale niepewnie, podnosząc wysoko nóżki, czasami się przewraca, raczkuje na schodach, potrafi kłękać, kucać. Umie podnieść i utrzymać kubeczek, napić się z niego, może rozlewać, próbuje jeść niezdarnie łyżeczką. Buduje wieżę z 3–4 klocków, przewraca strony książeczki, potrafi się rozebrać, rozumie i wykonuje proste polecenia: *Daj, Przynieś*. Zna części swego ciała i potrafi je pokazać. Potrafi naśladować odgłosy zwierząt. Mówi ze zrozumieniem kilka słów, dodatkowo używa własnego języka. Jest empatyczne, np. gdy ktoś płacze, spogląda na niego ze smutkiem, przytula dorosłego na zasadzie odwzajemnienia, jest troskliwe, dla poczucia bezpieczeństwa trzyma dorosłego za rękę.

Dziecko 18-miesięczne

Chodzi pewnie, rzadko się przewraca, spełza ze schodów, biega sprawnie, samodzielnie siada na małym krzeselku, rzuca piłkę, stojąc. Chodzi po domu samodzielnie, bez osoby dorosłej. Wspina się na niskie meble, ciągnie za sobą zabawki na sznurku. Przewraca po kilka stron książeczki naraz, poznaje więcej przedmiotów na obrazkach. Je samodzielnie łyżeczką, pije z kubeczka bez rozlewania. Próbuje wkładać buty, naśladuje proste czynności domowe. Jest bardzo ruchliwe. Lubi spotkania towarzyskie, w które się angażuje. Zaczyna okazywać wstyd, gdy czyni źle, co potrafi wyczuć, zaczyna okazywać instynkt posiadania, np. nie odda swojej zabawki. Bawi się obok dzieci, nie z nimi. Wymawia około 10–25 słów. Okazuje miłość, tuli lalki, misie. Pokazuje znane mu osoby po wymienieniu ich imienia.

Dziecko 21-miesięczne

Bez trudu chodzi do tyłu, wchodzi po schodach krokiem dostawnym bez trzymania się, schodzi ze schodów z jednostronnym podparciem, popycha zabawki przed sobą. Potrafi poprosić o zabawki, nocnik, jedzenie. Zjada samodzielnie łyżeczką cały posiłek. Spełnia proste polecenia. Próbuje zwracać na siebie uwagę, często krzyczy, płacze, denerwuje się, zwłaszcza gdy nie potrafi wyrazić słowami swojego życzenia lub gdy ktoś nie chce spełnić jego woli. Naśladuje proste czynności dorosłych: czesanie, zamiatanie, pranie, mycie itp. Używa około 30 słów, a około 20 mówi po swojemu. Zadaje proste pytania: *Co to?* oraz *Gdzie jest?*, odpowiada logicznie jednym wyrazem. Ze względu na słabą koordynację mięśniową mowa jest jeszcze słabo artykułowana, niewyraźna. Dziecko angażuje się w „spotkania towarzyskie

przy herbatce” z pluszowymi misiami. Całuje, wystawiając usta. Zaczyna mieć myśli dotyczące uczuć.

Dziecko 24-miesięczne

Potrafi biegać, bez trudu kuca, nabiera poczucia rytmu, lubi zabawy taneczne. Potrafi samodzielnie założyć buty i rękawiczki, zdejmuje ubrania bez guzików. Buduje wieżę z 4 klocków oraz „pociąg”, układając klocki jeden za drugim. Otwiera drzwi, używając gałki, pije przez słomkę. Rozpina i zapina zamek błyskawiczny. W sposób celowy używa kredek, bazgrze po papierze i po ścianach. Sortuje przedmioty, dobiera przedmioty do obrazków. Zaczyna bawić się z dziećmi, potrafi zrezygnować z zachowania samolubnego. Chce pomagać innym i wszystko robić samo. Domaga się czułości, jest bardzo zaangażowane uczuciowo. Zaczyna się wstydzić obcych oraz większej liczby osób. Pilnuje swojej własności. Używa 50–200 słów. Rozumie w połowie. Mówi o sobie w trzeciej osobie, po imieniu. Zaczyna kontrolować oddawanie stolca.

Dziecko 30-miesięczne

Potrafi podskakiwać, odrywając nóżki od podłoża, umie chodzić na paluszkach. Buduje wieżę z 8 klocków. Myje ręce, odkłada rzeczy na miejsce, myje zęby z pomocą dorosłych. Umie rozebrać majteczki, spodnie, zaczyna zapinać guziki. Wskazuje na szczegóły na obrazku, naśladuje czynności dorosłych. Rozpoznaje drogę do domu i do znanych miejsc. Zaczyna rozróżniać płęć na podstawie imion. W zabawie z dziećmi stara się narzucić swoją wolę, czasami ma trudności z dzieleniem się zabawkami. Ustępuje echolalia i gwara niemowlęca, nazywa przedmioty zgodnie z czynnościami, odnosi się do siebie, używając właściwego zaimka „ja”. Recytuje części dobrze znanego opowiadania i uzupełnia słowa. Całkowicie kontroluje oddawanie moczu.

Dziecko 36-miesięczne

Jest coraz sprawniejsze, stoi na jednej nodze przez 3 sekundy, wchodzi po schodach, stawiając stopy naprzemiennie, bez trzymania poręczy. Zaczyna jeździć na rowerku z 4 kółkami. Rzuca piłkę, nie tracąc równowagi. Umie się całkowicie rozebrać i ubrać oraz zapinać i rozpinać guziki. Jest samodzielne w jedzeniu i myciu rąk. Całkowicie kontroluje czynności fizjologiczne. Buduje wieżę z 9–10 klocków. Rysuje przedmioty dające się rozpoznać. Wycina niezgrabnie nożyczkami. Odwzorowuje koło, sprawnie nawleka małe paciorki. Zna swoją płęć, wiek, ma dobrą pamięć. Jest bardziej niezależne, chętnie nawiązuje kontakt z dziećmi. Ciągłe pyta: *Dlaczego?*, *Po co?*, *Co to?* Umie się samo bawić, naśladuje zabawy innych dzieci, organizuje zabawy tematyczne: pranie, sprzątanie, gotowanie, przyjmowanie gości. Lubi bawić się w piaskownicy. Nazywa elementy obrazka, nazywa części ciała i określa ich funkcje. Zna kilkaset słów, buduje zdania czterowyrazowe, używa liczby mnogiej, prosi, aby mu czytać.

Charakterystyka okresu przedszkolnego

Okres przedszkolny jest to umowna nazwa etapu rozwoju dziecka między 3. a 6. rokiem życia, kiedy jest ono na tyle dojrzałe, że potrafi egzystować przez kilka godzin w grupie, poza domem rodzinnym, w oderwaniu od matki czy innego opiekuna, z którym jest silnie związane. W zależności od wieku i środowiska 30–80% dzieci w tym wieku uczęszcza do przedszkola.

Rozwój psychosomatyczny dziecka przedszkolnego

Dziecko przedszkolne powinno potrafić już samodzielnie kontrolować swoje potrzeby fizjologiczne oraz wykonywać proste codzienne czynności, takie jak jedzenie, ubieranie się. Pierwsze pójście do przedszkola rodzi u dzieci wiele lęków spowodowanych rozstaniem z rodzicami oraz – często po raz pierwszy – pozostaniem w większej grupie nieznanymi rówieśnikami i opiekunów. Przez tych kilka lat wzrasta samodzielność, poczucie obowiązkowości i odpowiedzialności dziecka. Stopniowo osiąga ono tzw. gotowość lub dojrzałość szkolną, czyli możliwość sprostaną wymaganiom szkoły, bez uszczerbku dla zdrowia i dalszego rozwoju dziecka (Krawczyński, 2005).

Pod pojęciem **dojrzałości szkolnej** rozumiemy:

- dojrzałość intelektualną – proporcjonalny do wieku metrykalnego poziom rozwoju umysłowego;
- dojrzałość społeczną – możliwość prawidłowego funkcjonowania w gronie rówieśników;
- dojrzałość fizyczną – dobry stan zdrowia, rozwój i odpowiednią sprawność fizyczną;
- dojrzałość immunologiczną – dostateczną odporność dziecka, również na drodze immunizacji czynnej.

Dojrzałość szkolną dziecko osiąga przeciętnie około 7. roku życia, chociaż coraz częściej postuluje się o przesunięcie tego momentu na okres od 6. roku życia.

W tej fazie życia dziecka rozwój fizyczny jest wyraźnie wolniejszy, tempo wzrastania mniejsze. Roczny przyrost wysokości wynosi ok. 6–8 cm/rok, a masy ciała – ok. 2 kg/rok. Dalej zmieniają się proporcje ciała dziecka: staje się szczupłe, wydłużają się kończyny, poprawia się postawa. Zmniejsza się lordoza lędźwiowa i uwypuklenie brzucha, rozwija się tkanka mięśniowa. Badania lekarskie w tym okresie są bardzo ważne i powinny być ukierunkowane na ocenę tempa wzrastania, przyrostu masy ciała, wzroku i słuchu dziecka, ocenę zewnętrznych cech płciowych, w tym obecności jąder w worku mosznowym u chłopców.

Jeżeli obserwujemy nieprawidłowy przyrost masy ciała i wzrostu, jest to czas na diagnostykę endokrynologiczną i gastrologiczną dziecka. W tym okresie można rozpoznać zaburzenia hormonalne, będące przyczyną niedoboru wzrostu, oraz takie schorzenia, jak: choroba trzewna, mukowiscydoza,

alergie pokarmowe, które często przebiegają skąpo-objawowo, a nieprawidłowy tor wzrastania i przyrostu masy ciała jest pierwszym ich symptomem. Należy również pamiętać, że dzieci z przewlekłymi chorobami, takimi jak: wady serca, choroby nerek, przewlekłe choroby układu oddechowego, pokarmowego, mogą być niższe i szczuplejsze od swoich rówieśników.

Czynnik socjoekonomiczny również może się przyczyniać do niskorosłości. Dziecko z zaburzeniami emocjonalnymi, nieakceptowane przez rodziców czy maltretowane, ma obniżone wydzielanie hormonu wzrostu. Z kolei głodzenie prowadzi do nadmiernego wydzielania hormonu wzrostu, przy braku wątrobowej produkcji somatomedyn, które są niezbędne do prawidłowego efektu anabolicznego hormonu wzrostu.

O aspekcie niskorosłości trzeba zawsze pamiętać, aby nie pominąć takiego dziecka w swojej praktyce. Przywrócenie właściwej opieki i równowagi emocjonalnej warunkuje powrót prawidłowej sekrecji hormonu wzrostu i poprawia dalsze wzrastanie.

W wieku 4 i 6 lat powinny być wykonywane przesiewowe badania okulistyczne, pozwalające na wykrycie wad wzroku związanych z wadami refrakcji i niedowidzeniem oraz identyfikujące dzieci z zezem. Obecnie większość wad wrodzonych i innych nieprawidłowości narządu wzroku, zwłaszcza u dzieci z grup ryzyka, jest wykrywanych w okresie niemowlęcym, niemniej jednak okres przedszkolny jest również czasem ujawniania się wielu wad, które z powodzeniem można korygować.

U wszystkich dzieci, które mają problemy z prawidłowym rozwojem mowy oraz poprawną komunikacją, należy również w tym okresie przeprowadzić badania audiologiczne, oceniające funkcję narządu słuchu. Zarówno niedosłuch przewodzeniowy, jak i odbiorczy wymagają odpowiedniego leczenia specjalistycznego, aby poprawić jakość odbioru dźwięku i stworzyć możliwość rozwoju mowy u dziecka. Niedosłuch odbiorczy są związane z uszkodzeniem funkcji elementów nerwowych ucha wewnętrznego, nerwu słuchowego bądź drogi słuchowej centralnego układu nerwowego. Uszkodzenia takie są zazwyczaj nieodwracalne, dzieci wymagają precyzyjnych aparatów słuchowych bądź implantów ślimakowych i stałego treningu słuchowego, który stymuluje u dziecka źle słyszającego rozwój mowy. Niezastosowanie takiego postępowania we wczesnym dzieciństwie spowoduje, że pacjent będzie nie tylko niedosłyszący, ale i niemy.

Najpóźniej w okresie przedszkolnym powinna być skorygowana nieprawidłowość narządów płciowych u chłopców pod postacią wnetrostwa, czyli niezstąpienia jąder do worka mosznowego. Jądra powinny być ściągnięte na swoje właściwe miejsce farmakologicznie albo zabiegowo, najczęściej około 3. roku życia. Pozostawione jądro, położone w jamie brzusznej, ulega stopniowej degeneracji, co powoduje bezpłodność u mężczyzn, następnie może dojść do nowotworzenia w obrębie tak zmienionej gonady.

Trzylatek powinien mieć już wszystkie zęby mleczne oraz być objęty okresową profilaktyczną opieką stomatologiczną. W tym czasie należy wykryć wady zgryzu, część z nich bowiem można już korygować w okresie przedszkolnym. Również ogromnym problemem jest próchnica zębów u najmłodszych dzieci. Działania profilaktyczne wdrażane przez rodziców – począwszy od nauki mycia zębów, ograniczania spożywania słodczy i słodkich napojów, zwłaszcza przed snem, a skończywszy na przeglądach u stomatologa – są nieocenione. Odgrywają kluczową rolę w zapewnieniu zdrowego uśmiechu swoim pociechom oraz w profilaktyce przewlekłych ognisk infekcji, które w przyszłości mogą być odpowiedzialne za poważne choroby nerek czy serca. Od najmłodszych lat warto przyzwyczajając dziecko do wizyt u stomatologa – profilaktyka i wczesne interwencje będą pozytywnie skutkowały na przyszłe lata.

Około 6. roku życia wyrzyna się pierwszy ząb stały, rozpoczyna się wymiana zębów mlecznych na stałe. Zębów mlecznych jest 20, natomiast stałych – 32 (wyrzynają się od 6. do 14. roku życia; ok. 18. roku życia pojawiają się zęby trzonowe trzecie, tzw. zęby mądrości). Z zębów stałych najwcześniej wyrzyna się siekacz dolny przyśrodkowy, po nim trzonowiec dolny pierwszy i górny pierwszy, następnie siekacz górny przyśrodkowy i siekacze boczne, po przerwie zaś pozostałe zęby stałe. Czas wyrzynania się poszczególnych zębów umożliwia określenie wieku zębowego, jednakże ze względu na dużą indywidualną zmienność wiek ten nie stanowi dokładnego i uznanego kryterium auksologicznego.

Jeżeli chodzi o rozwój psychospołeczny, w tym okresie jest on nadal bardzo intensywny – wzrasta aktywność intelektualna, ciekawość, chęć poznawania świata, docieklivość, rozwija się wyobraźnia i zdolność do fantazjowania. Szczególnie intensywnie ewoluuje sfera poznawcza: spostrzeganie, uwaga, pamięć i mowa.

Tworzy się również myślenie pojęciowe oraz przyczynowo-skutkowe. Dziecko zaczyna przyswajając sobie pewne wzorce zachowań, przystosowywać się do różnych sytuacji, współpracować z innymi oraz powoli panować nad swoimi reakcjami emocjonalnymi. Lubi bawić się w grupie. Wyobraźnia pięciolatka jest szczególnie bogata, znajduje odzwierciedlenie w plastycznych formach wyrazu: chętnie rysuje i maluje. Dziecko w tym wieku potrafi już się skupić na konkretnym zadaniu. Staje się coraz bardziej samodzielne. Warto uczyć je życzliwości dla innych, prawdomówności, powinno wzrastać w atmosferze przyjaźni, miłości i spokoju, bez agresji i przemocy, rodzice i opiekunowie bowiem poprzez swoje zachowanie mają wpływ na kształtowanie sfery poznawczej i emocjonalnej dziecka w tym wieku.

Wiek przedszkolny charakteryzuje duże bogactwo form ruchu, dziecko doskonali sprawność fizyczną – biega, skacze, może jeździć na rowerze, na nartach, pływać.

Cechą motoryki małego dziecka jest silna potrzeba przemieszczania się oraz „rozzrutność ruchowa”, czyli występowanie różnych współruchów towarzyszących ruchowi zasadniczemu. Przyczyną takiego pobudzenia jest nieukończona mielinizacja układu nerwowego, hiperaktywność ruchowa dziecka stanowi naturalny mechanizm stymulujący jego rozwój motoryczny. Warto zwrócić uwagę, iż mała aktywność ruchowa jest odchyleniem od normy i może być oznaką zaburzeń rozwoju i zdrowia dziecka.

W tym czasie doskonalą się również płynność i harmonia ruchowa, szczególnie dokładnych ruchów w zakresie mięśni rąk, możliwość posługiwania się narzędziami i wykonywania czynności precyzyjnych, gotowość do precyzji w rysowaniu, a następnie pisaniu. W tym okresie zwiększa się dominacja jednej ze stron, najczęściej prawej, co jest widoczne w ruchach chwytnych ręki oraz podczas rysowania.

Dziecko siedmioletnie opanowuje blisko połowę ruchów charakterystycznych dla człowieka dorosłego. Rozwija się również zdolność do syntezy i analizy wzrokowej, słuchowej oraz koordynacja wzrokowo-ruchowa, niezbędna do nauki czytania i pisania. Kształtuje się pojęcie czasu, przestrzeni i prędkości. W wieku 6–7 lat dziecko zna w mowie czynnej kilka tysięcy słów (ich artykulacja powinna być prawidłowa), potrafi powtórzyć zdanie złożone z 8–10 słów, opisuje zdarzenia w kolejności, zna dni tygodnia, pory roku, pisze swoje imię i nazwisko, potrafi odróżnić rzeczywistość od fantazji. Dziecko prawidłowo rozwijające się osiąga pełną gotowość szkolną.

Rozwój emocjonalny, podstawowe zaburzenia w sferze emocjonalnej i społecznej dziecka przedszkolnego

Szczególnego omówienia wymaga sfera rozwoju emocjonalnego dziecka w wieku przedszkolnym. Poziom tego rozwoju jest ściśle uzależniony od dojrzałości struktur mózgowych i doświadczenia życiowego dziecka. W pierwszym okresie wieku przedszkolnego przeważa impulsywność i labilność emocjonalna. Wyrażanie emocji jest bardzo silne, nieadekwatne do działającego bodźca, bez wyraźnego powodu dziecko głośno śmieje się, płacze. Uczucia szybko się zmieniają i przechodzą w inne, często krańcowo różne. Takie zachowania przedszkolaka nie są żadną patologią, wynikają z niedojrzałości ośrodkowego układu nerwowego i braku odpowiednich regulacji w korze mózgowej. Dopiero pod koniec wieku przedszkolnego dziecko zaczyna pozwolić świadomie kontrolować swoje emocje. W tym okresie, związanym z niedojrzałością centralnego układu nerwowego, dziecko jest bardzo podatne na wpływy środowiskowe, reaguje żywo zarówno na bodźce pozytywne, jak i negatywne, dlatego tak istotne jest sprzyjające środowisko rodzinne i otoczenie dziecka.

Ponieważ małe dziecko często nie radzi sobie ze swoimi emocjami, już w tym okresie można dostrzec stany lękowe, nerwicowe u dziecka, co wyma-

ga skierowania go wraz z rodzicami do psychologa, często lekarza psychiatry, postawienia diagnozy i odpowiedniej interwencji w jak najwcześniejszym etapie. Rozwój emocjonalny w tym okresie ma ogromny wpływ na dalsze kształtowanie osobowości dziecka, jego relacji i kontaktów społecznych oraz prawidłowy przebieg procesów poznawczych. Psychiatryzy dziecięcy zwracają uwagę na szereg zaburzeń pod postacią reakcji i zaburzeń nerwicowych, które występują u dzieci w tym okresie (Namysłowska, 2011). Warto tutaj wymienić zaburzenia nerwicowe związane z zaburzeniami wegetatywno-somatycznymi, czyli tzw. nerwice narządowe, gdzie objawy chorobowe ze strony różnych narządów są wyrazem problemów emocjonalnych dziecka. Stres i napięcia, z którymi nie radzi sobie dziecko, niemożność wypowiedzenia tych przeżyć na skutek nieprawidłowej komunikacji w rodzinie powodują, że zaczyna ono sygnalizować swoje problemy poprzez objawy somatyczne. W wieku przedszkolnym spotykamy najczęściej objawy ze strony przewodu pokarmowego. Może to być odmowa przyjmowania pokarmów, odmowa przyjmowania pokarmów danego rodzaju, nawykowe wymioty. Zaburzenia te doprowadzają do utraty masy ciała, pomimo braku choroby somatycznej. Często rodzice przeprowadzają wnikliwe badania lekarskie, niepotwierdzające żadnej choroby u dziecka.

Zaburzenia łaknienia występują najczęściej u tych dzieci, których rodzice przykładają nadmierną wagę do jedzenia, ciągle dokarmiają dziecko, karmią pod karą groźby. Brak apetytu i przygnębiecie mogą być również wyrazem strachu, protestu lub próbą zwrócenia na siebie uwagi w sytuacji trudnej. Problemy z łaknieniem występują najczęściej w rodzinach, gdzie matki są osobami nadmiernie lękowymi, niedojrzałymi emocjonalnie lub osobami zbyt surowymi i nadmiernie rygorystycznymi. Spotykane często bóle brzucha, u nieco starszych dzieci – bóle głowy, również mogą mieć podłoże psychogenne.

Kolejnym problemem wieku przedszkolnego jest wtórne moczenie mimowolne lub moczenie nocne. Dziecko w wieku 3 lat powinno kontrolować swoje potrzeby fizjologiczne. Jeżeli sygnalizowało i kontrolowało ono oddawanie moczu, powtórne pojawienie się moczenia nocnego jest wyrazem negatywnych przeżyć i lęków dziecka. Nie należy obwiniać dziecka za to, że zmoczyło się w nocy, ponieważ jest to sytuacja stresująca dla niego, dodatkowo sprzyja narastaniu zaburzeń lękowych, dziecko wymaga ogromnego wsparcia i pomocy z naszej strony, a przede wszystkim usunięcia czynnika wywołującego tak duży uraz psychiczny. Zanieczyszczanie kałem, czyli brudzenie bielizny poprzez popuszczanie kału u dziecka, pojawiające się u trzy- lub czterolatka, prawie zawsze jest świadectwem zaburzeń emocjonalnych (Goodman, Scott, 2000).

Oprócz zaburzeń somatycznych w tym wieku zaczynają się również pojawiać nerwice ruchowe, wyrażone występowaniem tików ruchowych lub wokalnych np. mruganie, grymasy twarzy, powtarzające się ruchy kończyn,

tułowia, chrząkanie, nagle powtarzanie danych dźwięków, słów. Mogą być sposobem wyrażania niepokoju przez dzieci, które nie mają możliwości wyładowywania swojej aktywności (rodzice nadopiekuńczy lub zbyt rygorystyczni).

Problemy z zasypianiem oraz lęki nocne też powinny nas informować o problemach dziecka. Warto kilka słów powiedzieć o tzw. lękach separacyjnych, które wyrażają się bólami głowy, brzucha, wymiotami, nawet gorączką i są najczęstszym powodem odmowy chodzenia do przedszkola, później do szkoły. Rodzice często myślą, że powodem takiego zachowania dziecka są nieprawidłowości w placówkach wychowawczych. W miarę dorastania dziecko powinno coraz lepiej radzić sobie z takim lękiem. Nieprawidłowa postawa rodziców – zmiana przedszkola, zabranie dziecka z przedszkola, brak rozmowy, poświęconego czasu – może te lęki utrwałać lub przyczyniać się do powstania innego rodzaju lęków w przyszłości. Rozwijający się młody człowiek jest narażony na całą grupę zaburzeń, związanych z jednej strony z niedojrzałością układu nerwowego, z drugiej strony z większą podatnością na wpływy środowiskowe (Popielarska, 2000). Pamiętajmy: z problemami, z którymi radzi sobie dorosły człowiek, dziecko ma prawo sobie nie poradzić, jego rozwój i możliwości emocjonalne są zupełnie inne. Nasza wiedza, umiejętności, doświadczenie powinny stworzyć dziecku odpowiednie warunki rozwoju, również poprzez zapewnienie mu miłości, poczucia bezpieczeństwa, prawidłowej komunikacji w rodzinie oraz mądrej ochrony przed negatywnymi bodźcami ze strony otoczenia.

Od 2.–3. roku życia uwidaczniają się już w sposób wyraźny objawy autyzmu wczesnodziecięcego. Jest to całościowe zaburzenie rozwojowe dotyczące nieprawidłowości w komunikacji, zachowaniu, upośledzenia funkcjonowania dziecka autystycznego w rodzinie i grupie rówieśniczej. Cechą charakterystyczną autyzmu wczesnodziecięcego jest niemożność nawiązania przez dziecko dobrego kontaktu z innymi, nawet najbliższymi osobami. Na wszelkie próby kontaktu pozostaje ono bierne, obojętne, często reaguje ucieczką lub protestem, osoby traktuje jak przedmioty.

Nie sygnalizuje swoich potrzeb, nie zgłasza, gdy jest głodne czy coś je boli. U dzieci autystycznych występują zaburzenia komunikacji werbalnej i pozawerbalnej. U niektórych dzieci mowa jest niewykształcona od początku, u innych występuje regres mowy – jest ona monotonna, bez ekspresji, zabarwienia emocjonalnego, występują agramatyzmy oraz echolalia. Dziecko nie rozmawia, nie jest zainteresowane rozmową, powtarza bierne i bezmyślnie słowa. Komunikacja pozawerbalna jest również nieprawidłowa, zachowanie dzieci jest ubogie w gesty, mimikę, nie reagują one na podobne sygnały z otoczenia. Nie uśmiechają się, nie tulą do matki. Bawią się samotnie, często bronią się przed kontaktem z innymi osobami. Ich zabawy są monotonne, stereotypowe. Dzieci z autyzmem przywiązują dużą wagę do niezmienności otoczenia oraz codziennych czynności, lękiem i niepokojem reagują nawet

na najdrobniejsze zmiany (Jaklewicz, 1993; Ignatowicz, 1994). Rozpoznanie autyzmu nie jest łatwe i jednoznaczne ze względu na różny stopień nasilenia zaburzeń w poszczególnych sferach funkcjonowania dziecka (Pisula, 2005).

W wieku 4–6 lat można zaobserwować również u dzieci objawy o charakterze zespołu nadpobudliwości psychoruchowej ADHD – dziecko jest w ciągłym ruchu, cały czas musi coś robić, jest niespokojne, łatwo wybucha gniewem, ma trudności z koncentracją. Często u tych dzieci występują zespoły tikowe, moczenie nocne, jękanie i inne zaburzenia emocjonalne. Dzieci z objawami sugerującymi zarówno autyzm, jak i zespół nadpobudliwości ruchowej wymagają szczegółowej diagnostyki i opieki specjalistycznej. Nie można lekceważyć opisywanych objawów, ponieważ dziecko samo nie „wyrośnie” z tych problemów i z biegiem lat będzie potrzebowało coraz większej pomocy, zwłaszcza gdy pojawi się kwestia gotowości szkolnej i sprostania wymogom szkolnym oraz przygotowania do dalszego życia.

Znajomość prawidłowego rozwoju dziecka oraz problemów, z którymi możemy spotkać się w poszczególnych okresach jego życia, jest niezbędna dla każdej osoby pracującej z dziećmi – lekarza, nauczyciela, rehabilitanta, psychologa, logopedy oraz personelu pomocniczego. Baczna obserwacja i wczesna interwencja wykrywająca nieprawidłowości w różnych sferach mają nieocenione znaczenie w ustaleniu dalszego postępowania i wspierania prawidłowego rozwoju dziecka. Wszystkie działania w wieku rozwojowym, zwłaszcza te najwcześniej podejmowane, są działaniami profilaktycznymi, mającymi wpływ na zdrowie dzieci w wieku dorosłym oraz, patrząc globalnie, na zdrowie naszego społeczeństwa w wieku dojrzałym. Warto przypomnieć, że – wg definicji WHO – zdrowie to nie tylko całkowity brak choroby czy kalectwa, ale także stan pełnego umysłowego i społecznego dobrostanu.

Bibliografia

- Czochańska J. (1995): *Badanie i ocena neurorozwojowa niemowląt i noworodków*. Folium, Lublin.
- Czochańska J. (1997): *Wczesne rozpoznanie i metody postępowania w uszkodzeniach układu nerwowego u dzieci*. PZWL, Warszawa.
- Gerber R.J., Wilks T., Erdie-Lalena Ch. (2011): *Pediatrica po dyplomie. Rozwojowe kamienie milowe: rozwój ruchowy*, „Medical Tribune Polska”, Vol. 15, No. 3.
- Goodman R., Scott S. (2000): *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Urban & Partner, Wrocław.
- Ignatowicz Ł. (1994): *Autyzm wczesnodziecięcy – problemy kliniczne, diagnostyczne i terapeutyczne*, „Klinika Pediatryczna”, Vol. 2, No. 4.
- Jaklewicz H. (1993): *Autyzm wczesnodziecięcy – diagnoza, przebieg, leczenie*. GWP, Gdańsk.
- Koehler B., Marszał E., Świetliński J. (2002): *Wybrane zagadnienia z pediatrii*. Wydawnictwo Śląskiej Akademii Medycznej, Katowice.
- Kopczyńska-Sikorska J. (1996): *Normy w pediatrii*. PZWL, Warszawa.
- Korman E. (1999): *Podstawy endokrynologii wieku rozwojowego*. PZWL, Warszawa.
- Krawczyński M. (2005): *Norma kliniczna w pediatrii*. PZWL, Warszawa.
- Krawczyński M. (2009): *Propedeutyka pediatrii*. PZWL, Warszawa.
- Kubicka K., Kawalec W. (2006): *Pediatrica*. PZWL, Warszawa.
- Lissauer T., Clayden G. (2007): *Pediatrica*. Elsevier Urban & Partner, Wrocław.
- Łozińska D., Twarowska I. (1993): *Neonatologia*. PZWL, Warszawa.
- Michałowicz R., Józwiak S. (2000): *Neurologia dziecięca*. Urban & Partner, Wrocław.
- Namysłowska I. (2011): *Psychiatria dzieci i młodzieży*. PZWL, Warszawa.
- Nelson I. (1996): *Podręcznik pediatrii*. PWN, Warszawa.
- Obuchowicz A. (2007): *Badanie podmiotowe i przedmiotowe w pediatrii*. PZWL, Warszawa.
- Palczewska I. (2002): *Medycyna praktyczna – pediatria. Ocena rozwoju somatycznego dzieci i młodzieży*. „Medycyna Praktyczna”, nr 3.
- Pisula E. (2005): *Małe dziecko z autyzmem*. GWP, Gdańsk.
- Popielarska A. (2000): *Psychiatria wieku rozwojowego*. PZWL, Warszawa.
- Prusiński A. (1998): *Neurologia praktyczna*. PZWL, Warszawa.
- Sidor K. (1997): *Wybrane zagadnienia z neurologii dziecięcej*. PZWL, Warszawa.
- Szczapa J. (2000): *Neonatologia*. PZWL, Warszawa.
- Zwaigenbaum L., Bryson S., Lord C., Rogers S. (2010): *Pediatrica po dyplomie. Ocena kliniczna i metody postępowania z małymi dziećmi z podejrzeniem zaburzeń z kręgu autyzmu: wnioski z badań niemowląt z grupy ryzyka*, „Medical Tribune Polska”, Vol. 10, No. 4.



Justyna Wojciechowska

Rozwój mowy dziecka od urodzenia do 6. roku życia

.....

Nie ma nic lepszego niż język,
który jest łącznikiem życia społecznego,
kluczem do wiedzy,
organem prawdy i rozsądku¹.

(Ezop, VI w. p.n.e.)

Rozwój mowy dziecka jako obszar interdyscyplinarnych badań

Badanie rozwoju mowy dziecka jest przedmiotem analiz przedstawicieli różnych dziedzin nauki (językoznawstwa, pedagogiki, psychologii, psycholingwistyki, jak również socjolingwistyki), co dowodzi złożoności zagadnienia². Wybrane dyskursy naukowe, których tematem przewodnim są zarówno osiągnięcia, jak i nowe perspektywy badań nad przyswajaniem języka przez dziecko, nie konstruują metodologii polegającej na radykalnym odejściu od jednego paradygmatu naukowego i przejściu do kolejnego, zdecydowanie odrzucając ten pierwszy. Z tego powodu omówienie rozwoju mowy dziecka od momentu narodzin do lat 6 wymaga umiejętnego przeglądu współistniejących obecnie dyskursów odnoszących się do przywołanej wiedzy. Granicami wytyczającymi obszar moich rozważań będzie wspomniany wyżej zakres wiekowy, odniesieniem – podział rozwoju mowy na etapy według L. Kaczmarka.

¹ Nowak K. (wybór) (1996): *Leksykon złotych myśli*. Książka i Wiedza, Warszawa, s. 73.

² O zagadnieniu pisali m.in.: Smoczyński P. (1955): *Przyswajanie przez dziecko systemu językowego*. Zakład im. Ossolińskich, Łódź–Wrocław; Szumska J. (red.) (1982): *Zaburzenia mowy u dzieci*. PZWL, Warszawa; Kaczmarek L. (1988): *Nasze dziecko uczy się mowy*. Wydawnictwo Lubelskie, Lublin; Kielar-Turska M. (1989): *Mowa dziecka: słowo i tekst*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków; Mystkowska H. (1991): *Rozwijamy mowę i myślenie dziecka w wieku przedszkolnym*. WSiP, Warszawa; Rocławski B. (red.) (1998): *Opieka logopedyczna od poczęcia*. Glottispol, Gdańsk; Grabias S. (red.) (2001): *Zaburzenia mowy*. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin; Dąbrowska E., Kubiński W. (red.) (2003): *Akwizycja języka w świetle językoznawstwa kognitywnego*. Universitas, Kraków; Dołęga Z. (2003): *Promowanie rozwoju mowy w okresie dzieciństwa – prawidłowości rozwoju, diagnozowanie i profilaktyka*. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice; Gałkowski T., Szelaż E., Jastrzębowska G. (red.) (2005): *Podstawy neurologopedii*. Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole; Milewski S. (2011): *Mowa dorosłych kierowana do niemowląt: studium fonostatystyczno-fonotaktyczne*. Harmonia Universalis, Gdańsk; Pluta-Wojciechowska D. (2011): *Mowa dzieci z rozszczepem wargi i podniebienia*. Wydawnictwo Uniwersytetu Pedagogicznego, Kraków.

Słownik współczesnego języka polskiego definiuje pojęcie rozwoju jako *proces zmian prowadzący do ulepszania czegoś, zwiększania czegoś, osiągnięcia poziomu wyższego pod jakimś względem; postęp* (Dunaj, red., 2001, s. 272). W świetle tej definicji w artykule przyjmuję, że rozwój języka/mowy jest procesem prowadzącym do osiągnięcia wyższego poziomu kompetencji językowej. Przyjmuję rozumienie terminu w trzech znaczeniach – jako: okres, w którym dziecko przyswaja sposoby komunikowania się werbalnego ze swoim otoczeniem językowym; właściwości komunikacji dziecka w okresie dzieciństwa; badania nad mową dziecka (Porayski-Pomsta, 1994, s. 47–50; 2009, s. 8).

Mowa a język – rozumienie pojęć

Termin „mowa dziecka” używany jest często synonimicznie z wyrażeniem „język dziecka”. Pojęcie „mowa” posiada jednak szersze znaczenie w stosunku do znaczenia pojęcia „język”. Termin „mowa” holistycznie odwołuje do zjawisk, które są związane z całym procesem komunikowania się dziecka, umożliwiającym mu poznanie świata. Mowa odnosi się do psychospołecznych procesów tworzenia komunikatów, jak i do ich odbioru, obejmuje zjawiska językowe, które dotyczą tego samego kodu językowego. Język, pełniąc funkcje reprezentacyjną i komunikacyjną, jest wykładnikiem myśli, pozwala je werbalizować. Słowa, jako jednostki języka, pozwalają informować o znaczeniu i rozumieniu (Dołęga, 2003, s. 9–10). Do charakterystycznych cech nabywania kompetencji językowej, która jest przywilejem człowieka, należą (Schaffer, 2007, s. 299–300):

- język jest jednakowym tworem dla całego gatunku ludzkiego;
- rozwój języka trudno spowolnić;
- rozwój języka odbywa się zgodnie z pewną regułą i w regularnych sekwencjach, określa go wrodzony plan biologiczny;
- język ma swoje podstawy w rozmaitych, wyspecjalizowanych strukturach anatomicznych;
- język powstaje z preadaptacyjnych zdolności obserwowanych we wczesnym niemowlęctwie.

Badania prowadzone nad rozwojem mowy dziecka potwierdzają, że niemowlęta w sposób szczególny zwracają uwagę na ludzki głos, odróżniając go od innych dźwięków, ponadto są wrażliwe na wyróżniki akustyczne, ponieważ potrafią rozdzielać sygnały dźwiękowe (Schaffer, 2007, s. 300).

Człowiek posiada *wyjątkowe dla swego gatunku sposoby transmisji kulturowej* (Tomasello, 2002, s. 11). Kumulatywna ewolucja kulturowa, jako najbardziej spektakularne osiągnięcie człowieka, zachodzi dzięki społecznemu komunikowaniu. Proces ten, według M. Tomasello (2002, s. 12), opiera się na twórczej inwencji, a także wiernym przekazie społecznym. Ludzie umiejętnie, w sobie tylko właściwy sposób, potrafią łączyć własne zasoby poznawcze.

M. Tomasello, A. Kruger, H. Ratner odróżniają kulturowe formy uczenia się od powszechniejszych form uczenia społecznego. Wyróżniają oni:

- uczenie się przez naśladowanie,
- uczenie się dzięki instrukcji,
- uczenie się kolaboratywnie.

Wymienione typy uczenia możliwe są dzięki (...) zdolności jednostki do rozumienia innych członków własnego gatunku jako istot takich jak ona, mających takie samo życie wewnętrzne (intencjonalne i umysłowe) (Tomasello, 2002, s. 13). Konwencjonalne użycie języka w społeczeństwie przez dziecko jest uwarunkowane jego rozumieniem potrzeby realizacji jakiegoś celu. Istotne jest zrozumienie intencjonalnego znaczenia użycia języka, co warunkuje wejście dziecka w świat kultury.

Według M. Tomasello podstawą nauczania się języka są różnego rodzaju nielingwistyczne zachowania komunikacyjne, a także zachowania, które wymagają wspólnej uwagi dorosłych i dzieci w okresie przedjęzykowym. Wspomniany autor podkreśla, że dziecko musi rozumieć różnicę ról pomiędzy uczestnikami aktu komunikacyjnego, jak również samą intencję między rozmówcami, która osadzona jest w kontekście danej sytuacji (Tomasello, 2002, s. 129). Sposoby nabywania kompetencji językowej i komunikacyjnej dziecka odpowiadają za możliwość jego uczestniczenia w roli nadawcy i odbiorcy w różnych formach dyskursu (Warchał, 2011). Dziecko powinno potrafić wyrazić tę samą intencję komunikacyjną jaka była skierowana do niego. Zazwyczaj taka umiejętność jest nabywana przez dziecko w sytuacji dla niego naturalnej, w przestrzeni społecznych zachowań. Przykład prawidłowego uczenia się języka, z umiejętnością odczytania intencji nadawcy, którą w tym wypadku jest prośba, ilustruje poniższy dialog:

D: – *Pomożesz mi jutro sprzątać?*

Dz: – *Będę kolorował, tylko **dwa razy ci pomogę**... (po namyśle) **Cieszysz się?***

D: – *Bardzo się cieszę! Jestem szczęśliwa z tego powodu!*

Opanowanie systemu językowego ze zrozumieniem pozwala dziecku rozwijać poznawczą ciekawość. M. Tomasello twierdzi, że adaptacja człowieka do życia w kulturze rozpoczyna się między 9. a 12. miesiącem życia dziecka, kiedy wyłania się jego zdolność do rozumienia intencji. Jak podkreśla autor, zdolność ta jest motywowana różnego rodzaju interakcjami, jakie zachodzą pomiędzy dzieckiem a osobami dorosłymi znajdującymi się w jego otoczeniu. Dźwięki, gestykulacja, mimika twarzy, docierając do świadomości dziecka, powinny utwierdzać je w przekonaniu, że oczekuje się od niego podobnych zachowań.

Rozmowa z dzieckiem – naprzemiennność relacji

W 1. roku życia dziecka komunikacja niemowląt jest silnie motywowana w odpowiednio prowadzonej zabawie, we wspólnie doświadczanych czynnościach, zazwyczaj jednak pozostaje ona jednostronna (Trevalthen, 2007,

s. 119). Zabawa to podstawowa forma rozwoju działalności znakowej dziecka (Skibska, 2011), która jest niezbędna również dla rozwoju mowy. W zabawie dziecku powinien towarzyszyć dorosły; jest to doskonała okazja do kontaktu z dzieckiem, tylko z nim. Zabawie powinna towarzyszyć rozmowa. W tym miejscu warto przywołać rozważania D. Pluty-Wojciechowskiej (2011, s. 205–206), dotyczące rozwijania postawy komunikacyjnej niemowlęcia. Język w pełni funkcjonuje w rozmowie, która stwarza możliwość przebywania z kimś, z inną osobą. Rozmowa zakłada relacje naprzemienne, dlatego od matek, które świadomie lub nieświadomie wpływają lub starają się wpłynąć na kształtowanie postaw komunikacyjnych swoich dzieci, współcześnie oczekuje się bycia nie tylko nadawcą komunikatu, ale również odbiorcą.

W takim rozumieniu kształtowania właściwej postawy komunikacyjnej dziecka następuje polemika z mitem dotyczącym przekonania, że kąpiel słowna jest najlepszym sposobem stymulowania rozwoju mowy. Takie podejście zakłada wszechogarniający monolog dorosłego. Mówienie do dziecka jest niezbędne dla przyswajania przez nie systemu językowego, ponieważ warunkuje możliwość słyszenia cech artykulacyjnych języka, jednak nie może być ono wyłączne. Niezbędne jest rozmawianie z dzieckiem, słuchanie go, stwarzanie mu sposobności udzielenia odpowiedzi. Naśladowanie jest podstawową metodą nauki języka we wczesnym okresie życia, a spędzanie czasu z dzieckiem sprzyja powstawaniu i zacieśnianiu więzi emocjonalnych. Mówienie do dziecka i słuchanie go, rozmawianie z dzieckiem daje podstawę do wykształcenia umiejętności przyjmowania w konwersacji roli nadawcy i odbiorcy (Pluta-Wojciechowska, 2011, s. 207).

Badania J. Kagan z Uniwersytetu Harvarda dowiodły, że ok. 10% do 15% niemowląt to urodzeni nieśmiali lub urodzeni śmiałkowie. Dzieci różni stopień wrażliwości na stymulację fizyczną i psychiczną, np. nieśmiałe niemowlę łatwiej jest przestraszyć, trudniej wchodzi ono w społeczne interakcje. Badania wykazały, że ludzie mniej chętnie bawią się z nieśmiałym dzieckiem, przez co wzmacniają jego początkową skłonność (Kagan, Reznick, 1986 [za:] Zimbardo, 2002, s. 153; Kagan, Snidman, 1991). Na tej podstawie można domniemywać, że niemowlęta przejawiające skłonność do nieśmiałości mogą mieć nieco mniejszy kontakt w zabawie z osobami dorosłymi, przez co tempo nabywania języka może być nieco odmienne od tempa jego przyswajania przez dzieci śmiałe.

Odruchy fundamentalne – istotne dla rozwoju mowy

Rozwój mowy ma swoje początki w okresie prenatalnym, ponieważ już wtedy narządy artykulacyjne etapowo osiągają swoją dojrzałość, co w okresie postnatalnym warunkuje nabywanie umiejętności artykulacyjnych (Kornas-Biela, 1998; Pluta-Wojciechowska, 2011, s. 22). Dojrzewanie odruchów fundamen-

talnych dla rozwoju mowy jest podstawowym warunkiem prawidłowego jej rozwoju. Należą do nich reakcje odruchowe: ssania i połykania, szukania, kąsania, wymiotna, otwierania ust, wysuwania języka, wargowe, żuchwowe, odruch akustyczno-twarzowy (Machoś, 2011).

Podsumowując, warto podkreślić, że w drodze od konstytuowania się organicznej i neurofizjologicznej bazy mowy, sięgającej okresu prenatalnego, do głoski w wymówionym wyrazie niosącym znaczenie dziecko przechodzi przez różnego rodzaju powiązane z sobą doświadczenia, ćwiczenia czy wręcz trening, umożliwiający mu w efekcie wypowiedzenie słowa (Pluta-Wojciechowska, 2011, s. 125). Do czynności, które umożliwiają nabywanie języka, D. Pluta-Wojciechowska zalicza (2011, s. 125–126):

- rozwój i trening czynności prymarnych w różnym zakresie i wymiarze: w okresie prenatalnym, w okresie postnatalnym (jak była mowa powyżej);
- rozwój i trening słuchowy, rozpoczynający się w okresie prenatalnym, który warunkuje podstawy kształtowania się wzorcowych głosek;
- rozwój i trening tworzenia dźwięków, który obejmuje sygnalizowanie różnych potrzeb dziecka, wytwarzanie dźwięków samogłoskowych i spółgłoskowych, powstawanie samogłosek i spółgłosek w sylabach, produkowanie głosek w wyrazach;
- rozwój i trening kulturowy, co odnosi się do rozwoju zdolności społeczno-poznawczych i uczenia przez naśladowanie.

Okresy językowego rozwoju od urodzenia do 6 lat

Dojrzewanie mowy następuje od momentu narodzin i jest nierozzerwalnie związane z jednoczesnym dojrzewaniem percepcji słuchowej, a także oralnej umiejętności wytwarzania wypowiedzi (Trevalthen, 2007, s. 119). Kompetencję językową warunkują aspekty percepcyjne i realizacyjne. Opanowanie podsystemu fonologicznego jest niezbędne do posługiwania się językiem. Rozwój mowy jest nierozzerwalnie związany z prawidłowo funkcjonującym słuchem fonemowym, który pozwala rozróżnić wyrażenia odmienne fonologicznie (Dołęga, 2003, s. 119–120).

Fonem, jako abstrakcyjna jednostka funkcjonalna znaczeniowej strony wyrażań językowych, pełni funkcję dystynktywną. Fizycznie jest realizowany przez ściśle określony zbiór głosek określonego języka (Laskowski, 2003, s. 155–156). Głoski przekazują znaczenia zawarte w morfemach, które są najmniejszymi jednostkami znaczącymi wyrazów i wypowiedzi. Słuch fonemowy pozwala na kwalifikowanie wyróżnionych z potoku mowy głosek do zdeterminowanych fonologicznie klas. Pełni funkcję autokontroli podczas wypowiedzi, co pozwala na realizację głosek w polu realizacji fonemu danego języka (Dołęga, 2003, s. 120; Rocławski, 2010). Zmiana fonemu w wyrazie wiąże się ze zmianą znaczenia wyrazu np.: „lala” – „lada”, „kosa” – „koza”,

„kot” – „kod”. Intensywny rozwój słuchu fonemowego przypada na III kwartał pierwszego roku życia dziecka, przy czym należy pamiętać, że zależy on od wielu czynników, początki ma już w okresie prenatalnym. L. Kaczmarek różni w rozwoju językowym dziecka następujące okresy:

1. **Okres melodii** – charakterystyczny dla niemowlęcia, towarzyszą mu ruchy ciała, gesty i mimika. Okres ten zostaje podzielony dodatkowo przez L. Kaczmarka na podokresy: krzyku i płaczu (od urodzenia do 2./4. miesiąca życia), głużenia (od 2./4. do 6. miesiąca życia), gaworzenia (od 6. do 12. miesiąca życia). Autor dokonuje podziału na podstawie zachowań komunikacyjnych dziecka. D. Pluta-Wojciechowska uszczegóławia, podkreślając, że w pierwszym miesiącu życia pojawiają się podstawowe dźwięki biologiczne, podobne do samogłosek. Od 2. do 5. miesiąca życia występuje głużenie i śmiech. Miesiąc 6. jest początkiem gaworzenia, w 10. miesiącu niemowlę artykułuje pierwsze słowa zbudowane z otwartych sylab, zaczyna rozumieć proste słowa. W 12. miesiącu dziecko zaczyna rozumieć proste polecenia, samodzielnie wypowiada kilka słów (Pluta-Wojciechowska, 2011, s. 192). We wszystkich podokresach pracuje układ oddechowo-fonacyjno-artykulacyjny, zostają uruchomione narządy mowy. Od momentu narodzin dziecko z każdym dniem coraz intensywniej obserwuje otoczenie, interesuje się tym, co jest najbliżej niego, a to znajduje swój wyraz w wydawanych dźwiękach.
2. **Okres wyrazu** – pomiędzy 12. a 18./24. miesiącem życia. Dziecko formułuje synkretyczne wypowiedzi, które charakteryzuje globalne znaczenie. Jego słownik ma niewielki zasób słów, ale za pomocą gestów, mimiki dziecko potrafi wyrazić dużo treści (Kaczmarek, 1953, s. 29). Jednocześnie prawdziwa jest teza, że dzieci potrafią więcej zrozumieć niż wyrazić, ponieważ zdolność do słuchania i rozumienia pojawia się przed umiejętnością produktywnego wykorzystania języka (Wood, 2006, s. 115).
3. **Okres zdania** – występujący pomiędzy 18./24. a 36. miesiącem życia. To czas, kiedy kształtują się podstawy fonologiczne, morfologiczne, syntaktyczne, a także komunikacja werbalna (Kaczmarek, 1953, s. 29). Okresem intensywnej aktywności poznawczej, której towarzyszą ćwiczenia w rozróżnianiu dźwięków systemu fonologicznego określonego języka, jest 2. rok życia. Kolejny rok to czas, kiedy wzrasta umiejętność analizy głosek, a ich odbiór jest wspomagany przez poprawiającą się ortofonię (Dołęga, 2003, s. 121). W tym wieku dziecko opanowało już określone umiejętności i od 2. roku życia zaczyna doświadczać esencjalnego pragnienia języka. Wewnętrzna motywacja do zdobywania wiedzy o świecie wzrasta wraz z wiekiem dziecka (Trevalthen, 2007, s. 119), kluczową dla przyswajania nowych informacji jest umiejętność porozumiewania się ze zrozumieniem, dlatego w kolejnych miesiącach następuje intensywne przyswajanie znaczenia nowych wyrazów, wzrasta poprawność artyku-

lacyjna i składniowa. Wypowiadanie więcej niż jednego słowa zależy od cech indywidualnych, jest również powiązane z rozwojem motorycznym. Porządek słów często determinuje pragmatyka. Analiza połączeń wyrazowych bezwzględnie musi się opierać na kontekście ich użycia (Clark, 2007, s. 144, 155). Początkowo połączenia wyrazów nie są poprawne, nie zawierają gramatycznych informacji. Wraz ze wzrostem dziecka i rozwojem jego mowy wypowiedzi są coraz bardziej rozbudowane i poprawne.

4. **Okres swoistej mowy dziecięcej** – to wg L. Kaczmarka czas pomiędzy 36. miesiącem życia a 7. rokiem życia. W okresie tym dziecko doskonali umiejętności komunikacyjne. Według badacza mowa dziecka 3-letniego jest ukształtowana; w miarę nabywania nowych doświadczeń zwiększa się zasób słownikowy dziecka, co jest równoznaczne z poszerzeniem jego kompetencji językowej (Kaczmarek, 1953, s. 47). W latach 4–6 dzieci stopniowo doskonalą poszczególne poziomy w opanowaniu systemu językowego, co w ostateczności pozwala im na biegłe posługiwanie się językiem, mające wyraz w różnicowaniu i kategoryzowaniu dźwięków mowy. Dziecko kilkuletnie, odtwarzając treść komunikatu, dzieli go na słowa, frazy, podrzędne zdania (Trevalthen, 2007, s. 119). Przyjmuje się, że pomiędzy 2. a 6. rokiem życia dzieci nabywają około 14 tys. słów, co pozwala na sformułowanie stwierdzenia, że dziennie przyswajają około 9 słów.

Poprawność komunikacji

Przyswajanie i umiejętność poprawnego korzystania z reguł gramatycznych w rozwoju języka dziecka od urodzenia do 6. roku życia są wieloetapowe. Przez wiele miesięcy dzieci nie spełniają kryteriów poprawnościowych dla odmiany wyrazów. Dokonując generalizacji, konsekwentnie popełniają systematyczne błędy, np. *Na prawdziwo, mówię Ci!* [Naprawdę, mówię Ci!] (Staś – 3,5 roku); *Mówi po innym języku* [Mówi w innym języku] (Staś – 4,0); *Dziadek mi da szablę i pójdę walczyć z rycerzami* [Dziadek da mi szablę i pójdę walczyć z rycerzami] (Staś – 4,4); *Paska mi nie pramy, bo tu ma metal* [Paska nie pierzemy, bo tu ma metal] (Staś – 4,5); *Na papieru było narysowane* [Na papierze było narysowane] (Staś – 4,5); *Przy wejściu, przy tarasu postawię kosz* [Przy wejściu, przy tarasie postawię kosz] (Staś – 4,5).

Rozwój mowy dziecka jest uwarunkowany motywami komunikowania się z innymi osobami. Zgodnie z założeniami psychologów dla rozwoju mowy istotne jest, aby (Trevalthen, 2007, s. 112–113):

- dziecko współgrało z ruchami matki podczas trzymania, noszenia, karmienia, higieny, natomiast matka była przywoływana poprzez okazywanie głodu, niepokoju, bólu, chłodu, poczucia zagrożenia; dziecko uczy się tożsamości matki, dzięki czemu z łatwością rozpoznaje ją wśród innych osób;

- poszukiwać bliskości i konfrontacji twarzą w twarz, obserwować wzorce ekspresji, słuchać ich, odczuwać, koncentrować się na twarzy i dłoniach, słuchać głosu;
- gestykulować i wokalizować przy jednoczesnym wykazywaniu zainteresowania otoczeniem; określone formy ekspresji są preadaptacją dla nabywania w późniejszym czasie wykształconych form komunikowania; ważne są ruchy przedwerbalne warg i języka, głuzzenie związane z protomową, a także gesty dłoni;
- okazywać emocje, umożliwiające ukierunkowanie umysłu;
- zaangażować się w naprzemienną komunikację, będącą przeciwieństwem monologu;
- wyrażać oznaki zakłopotania, niepokoju;
- unikać niepożądanych prób komunikacji.

Spełnienie powyższych warunków, należących do zewnętrznych uwarunkowań, w dużej mierze przyczynia się do prawidłowego rozwoju mowy dziecka. Warto pamiętać, że jest on uwarunkowany przede wszystkim osobistymi wyznacznikami. Fundamentalne znaczenie mają czynniki biologiczne, czyli filogenetyczne podłoże struktur i funkcji organów, narządów i układów odpowiedzialnych za mówienie; dziedziczne i wrodzone cechy tych struktur i funkcji (por. Dołęga, 2003, s. 30). Mowa dziecka rozwija się prawidłowo pod warunkiem, że sprawność ruchowa dziecka przebiega bez zakłóceń (Michalak-Widera, 2007, s. 349).

Badając rozwój mowy dziecka, nie możemy zawęzić perspektywy badawczej do liczenia słów, którymi się ono posługuje. Niezbędne jest przeprowadzenie analiz słownika w odniesieniu do składni, semantyki i pragmatyki. Dzieci uczą się rozumienia znaczenia słów, używając ich w procesie komunikacji, dzięki czemu przekazują pragnienia, zainteresowania i jednocześnie są zdolne do odpowiedzi na intencje innych osób (Bokus, Shugar, red., 2007, s. 135). Przykładem wyrażania uczuć przez dziecko jest rozmowa matki z synem (Staś – 4,4):

S: Mamo, wiesz jak cię kocham?

M: Chyba wiem...

S: Bardzo, bardzo, bardzo, bardzo, bardzo, bardzo, bardzo, aż tak bardzo cię kocham, wiesz?

M: Wiem, ja też cię bardzo kocham.

*S: Wiesz, po co cię tak bardzo kocham? Bo jesteś taka **śłodziunia**.*

Powyższy dialog ilustruje potrzebę językowego wyrażenia uczuć do matki, a jednocześnie pokazuje sposób sformułowania wypowiedzi i właściwego użycia języka przez dziecko w wieku 4,4 lat. Temat rozmowy został zainicjowany przez dziecko. Charakterystyczne jest zabarwienie emocjonalne wypowiedzi, powtarzanie słowa *bardzo* służy wydatnieniu intensywności uczucia. Zwraca uwagę fakt, że chłopiec dodatkowo ma potrzebę uzasadnienia, dlaczego tak bardzo kocha matkę. Utworzone słowo „śłodziunia” nie jest przypadkowe. Za jego pomocą

zostają określone cechy matki widziane oczami dziecka. Słownik współczesnego języka polskiego definiuje wyraz „słodki” jako (Dunaj, red., 2001, s. 324):

1. *smak: taki jak cukier, miód;*
2. *wywołujący przyjemne, miłe odczucia, wrażenia, przynoszący spokój, ukojenie;*
3. *odznaczający się łagodnym charakterem, usposobieniem, świadczący o łagodności.*

Dokładna definicja znaczenia oddaje wyobrażenie osoby matki. Użycie zdrobnienia jest dodatkowym wyrazem pieśczołliwości. Przekazywana informacja jest szczerą, zapowiadały ją działania pozawerbalne: przytulenie twarzy dziecka do twarzy matki, czułe, wzajemne objęcie obojga. Dziecko manifestowało w ten sposób prawdę treści i ważność podjętego tematu.

Omówiony przykład dialogu matki z dzieckiem ilustruje słuszność tezy, że rozwój leksykalny i rozwój składniowy są współzależne (Clark, 2007, s. 137). Dzieci uczą się form składniowych i stosują je w odniesieniu do jednostek leksykalnych, np.: *Mamo, pomożesz mi założyć buty?* (Staś – 4,0). Według E. Clark dziecko, przyswajając coraz więcej jednostek leksykalnych, zaczyna mówić coraz bardziej spójnie, odnosząc się do składniowych wzorców. Początkowo dzieci używają jednego słowa dla określenia szerszego zakresu obiektów lub zjawisk (Wojciechowska, 2007, s. 254). Szybkie odwzorowywanie (ang. *fast mapping*) to początkowe przypisywanie znaczenia, po którym słowo może wejść do zasobu słownictwa (Clark, 2007, s. 141). Nie zawsze jest to znaczenie konwencjonalne, ponieważ dzieci w trakcie rozwoju językowego tworzą nowe słowa, które służą wyrażeniu znaczeń przypisanych im przez nie same. Słowa te nie posiadają form zgodnych z konwencją, powstają przy wykorzystaniu zasady przejrzystości znaczenia (stosowanie znanych elementów w budowie wyrazów) i prostoty formy (Clark, 2007, s. 149), np. *tropczy* (Basia – 2,5) – policjant, który tropi, śledzi; *krabce* (Basia – 3,0) – szczypce kraba; *bolniejsza* (Staś – 4,5) – bardziej bolesna; *golaczka* (Staś – 4,5) – maszynka do golenia; *ja je zapatrzyłem* (Staś – 4,5) – w znaczeniu: zapamiętałem, patrzę na nie.

Użycie przywołanych słów jednoznacznie dowodzi, że dzieci nie mają pewności dokładnego ich znaczenia, nie poszukują go i nie czekają do momentu upewnienia się, w jakim konkretnym znaczeniu dorośli używają określonych słów. Korzystają z własnego słownika, zgodnie ze strategią natychmiastowego używania, co pozwala im na znaczne poszerzanie leksykalnego zasobu, np.:

D: Stasiu, kiedy można iść na spacer?

Dz: Jak jest ciepła pogoda (Staś – 4,4).

W języku polskim w powszechnym użyciu występuje wyrażenie „ładna pogoda”, choć nie zawsze oznacza ono, że słońce jest na niebie. W rozumieniu dziecka ciepło stwarza najlepsze warunki do spacerowania, bezpośrednio wskazuje na działanie słońca, dlatego zostało to podkreślone w wypowiedzi. Dziecko nie potrafi jeszcze użyć utartego zwrotu, wypowiedź formułuje na

podstawie własnych doświadczeń, wynikających z poznawania świata. Po upływie miesiąca to samo dziecko odpowiedziało:

D: Czy spacer był udany?

Dz: Tak.

D: Dlaczego?

*Dz: No bo tak, **nie padało** (Staś – 4,5).*

Chłopiec również nie użył jeszcze powszechnie funkcjonującego w języku zwrotu „ładna pogoda” i nie powiedział również że *było ciepło*, ponieważ na niebie nie widział słońca, choć temperatura powietrza wynosiła +18 stopni Celsjusza.

System komunikacji jest trwały i użyteczny dzięki zasadom konwencjonalności i kontrastu. Społeczne użycie określonych słów, zwrotów, wyrażen determinuje konwencja charakterystyczna dla poszczególnych narodów. Konwencjonalność w swojej istocie jest trwałą umową pomiędzy użytkownikami języka, co pozwala na konsekwentne używanie słów w określonych sytuacjach. Kontrast za pomocą wyboru form pozwala na wskazanie zmiany w znaczeniu, choćby subtelnej (Clark, 2007, s. 143). Nowe słowo, które poznaje dziecko, pozwala na uzupełnienie leksykalnej luki; w przeciwieństwie do osób dorosłych dzieci tworzą nowe słowa dla wyrażen, które mają już utrwalone formy. Zasady kontekstu i konwencjonalności odgrywają istotną rolę dla rozwoju mowy dziecka, co przejawia się w następujących konsekwencjach użycia słów przez dziecko (Clark, 2007, s. 144):

- słowa różnią się znaczeniem,
- słowa utrwalone mają pierwszeństwo,
- neologizmy uzupełniają luki leksykalne.

Rozwój mowy wiąże się z umiejętnością wyodrębnienia określonej formy z całego strumienia mowy i przypisania jej znaczenia. Opanowanie słowa jest zadaniem złożonym: dziecko musi potrafić zidentyfikować formę w wypowiedziach innych osób i przypisać jej wcześniej poznane znaczenie. Wyodrębnianie pojedynczych słów wiąże się z przypisywaniem znaczenia, a to odwołuje nas do kategorii pojęciowych (Clark, 2007, s. 138–139). Już niemowlę dokonuje wstępnej kategoryzacji danych, które do niego docierają, co pozwala na wychwycenie regularności dźwiękowych wzorców języka ojczystego.

Rozwój mowy dziecka gwarantują: znajomość słów należących do określonych dziedzin semantycznych oraz znajomość relacji semantycznych, które pozwalają na łączenie słów. W miarę rozwoju językowego dziedziny semantyczne zostają poszerzane o przyswojone nowe słowa. I tak np. do ukończenia 3. roku życia dziecko może mieć strukturalizowaną dziedzinę nazw zwierząt (Clark, 2007, s. 144) i innych. W mowie sześciolatniego dziecka ustrukturalizowanych jest wiele dziedzin, których elementy otaczają dziecko, nie tylko w przestrzeni najbliższej, ale i dalszej. Wyjątkowym okresem dla rozwoju mowy dziecka jest moment pójścia do szkoły, w którym następuje ekspansja w nabywaniu nowych słów i rozumieniu nowych znaczeń.

Bibliografia

- Bokus B., Shugar G.W. (red.) (2007): *Psychologia języka dziecka. Osiągnięcia, nowe perspektywy*. GWP, Gdańsk.
- Clark E.V. (2007): *Przyswajanie języka: słownik i składnia* [w:] B. Bokus, G.W. Shugar (red.): *Psychologia języka dziecka. Osiągnięcia, nowe perspektywy*. GWP, Gdańsk.
- Dołęga Z. (2003): *Promowanie rozwoju mowy w okresie dzieciństwa – prawidłowości rozwoju, diagnozowanie i profilaktyka*. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice.
- Dunaj B. (red.) (2001): *Słownik współczesnego języka polskiego*. Reader's Digest, Warszawa.
- Kaczmarek L. (1953): *Kształtowanie się mowy dziecka*. Poznańskie Towarzystwo Przyjaciół Nauk, Poznań.
- Kornas-Biela D. (1998): *Prenatalne uwarunkowania rozwoju mowy* [w:] B. Rocławski (red.): *Opieka logopedyczna od poczęcia*. Glottispol, Gdańsk.
- Machoś M. (2011): *Diagnoza neurologopedyczna niemowlęcia od 0 do 12 miesięcy*. Ergo-Sum, Bytom.
- Michalak-Widera I. (2008): *Stymulacja językowa najmłodszych* [w:] J. Porayski-Pomsta (red.): *Diagnoza i terapia w logopedii*. Elipsa, Warszawa.
- Nowak K. (wybór) (1996): *Leksykon złotych myśli*. Książka i Wiedza, Warszawa.
- Pluta-Wojciechowska D. (2011): *Mowa dzieci z rozszczepem wargi i podniebienia*. Wydawnictwo Uniwersytetu Pedagogicznego, Kraków.
- Polański K. (red.) (2003): *Encyklopedia językoznawstwa ogólnego*. Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław.
- Porayski-Pomsta J. (1994): *Umiejętności komunikacyjne dzieci w wieku przedszkolnym*. Studium psycholingwistyczne, Warszawa.
- Porayski-Pomsta J. (red.) (2008): *Diagnoza i terapia w logopedii*. Elipsa, Warszawa.
- Porayski-Pomsta J. (2009): *Zagadnienie periodyzacji rozwoju mowy dziecka*, „Logopedia”, 1 (7).
- Rocławski B. (2010): *Sluch fonemowy i fonetyczny. Teoria i praktyka*. Glottispol, Gdańsk.
- Schaffer H.R. (2007): *Psychologia dziecka*. PWN, Warszawa.
- Skibska J. (2011): *Czytanie – nowy język dziecka* [w:] M. Jesenšek (red.): *Globinska moč besede*. Mednarodna založba Oddelka za slovanske jezike in književnosti, Maribor.
- Tomasello M. (2002): *Kulturowe źródła ludzkiego poznawania*. PIW, Warszawa.
- Trevalthen C. (2007): *Podstawy intersubiektywności: rozwój rozumienia innych ludzi i rozumienia kooperacyjnego u małych dzieci* [w:] B. Bokus, G.W. Shugar (red.) (2007): *Psychologia języka dziecka. Osiągnięcia, nowe perspektywy*. GWP, Gdańsk.
- Warchał M. (2011): *Teoria relewancji językowej w metodyce edukacji lingwistycznej dziecka* [w:] M. Jesenšek (red.): *Globinska moč besede*. Mednarodna založba Oddelka za slovanske jezike in književnosti, Maribor.
- Wojciechowska J. (2007): *Kompetencja językowa dzieci. Próba syntezy* [w:] Y. Karandashev, T. Senko, D. Pluta-Wojciechowska (red.): *Prace psychologiczno-pedagogiczne*, t. 1. Wydawnictwo Akademii Techniczno-Humanistycznej, Bielsko-Biała.
- Wood D. (2006): *Jak dzieci uczą się i myślą*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Zimbardo P.G. (2002): *Psychologia i życie*. PWN, Warszawa.



Jagoda Gluźniewicz

**Wczesne wspomaganie rozwoju
dziecka niepełnosprawnego –
główne założenia i problemy**

ki nieustannemu dopływowi świadomie organizowanych bodźców w każdym tygodniu życia dziecka kształtują się nowe umiejętności i utrwalają osiągnięte sprawności (Cieszyńska, Korendo, 2007, s. 15). Czasami możliwe jest nawet całkowite zahamowanie procesu tworzenia się nieprawidłowych wzorców funkcjonalnych (Löwe, 1995, s. 32; Cytowska, Winczura, red., 2008, s. 21).

Istotne jest, aby wyspecjalizowana, zorganizowana i interdyscyplinarna pomoc dziecku, którego rozwój jest zagrożony ze względu na nieprawidłowości związane z okresem prenatalnym czy perinatalnym lub zadziałanie czynnika patogennego w kolejnych etapach rozwoju, została podjęta jak najwcześniej (Cytowska, Winczura, red., 2008, s. 15). *Przez wczesną, wielospecjalistyczną, kompleksową i skoordynowaną pomoc rozumiemy równoczesne, uzupełniające się wzajemnie oddziaływania medyczno-rehabilitacyjno-terapeutyczne (wczesna interwencja) oraz rewalidacyjno-wychowawcze (wczesne wspomaganie rozwoju) objęte jednym programem, wspólnie opracowanym, realizowanym i objętym ewaluacją przez odpowiednio przygotowanych specjalistów niezbędnych dla danego dziecka* (Program Rządowy WWKSC, www.menis.gov.pl). Zabiegi te prowadzą do optymalizacji rozwoju dziecka, ograniczając pojawienie się tzw. wtórnych zaburzeń (w przypadku dzieci ze zdiagnozowaną niepełnosprawnością). Wczesne podjęcie usprawniania, interwencji, jest często determinantem skuteczności oddziaływań. Niepełnosprawność dziecka, a potem osoby dorosłej, generuje – oprócz obniżenia jakości życia człowieka – również skutki społeczne i ekonomiczne. Są to koszty całozyciowej opieki i utrzymania osoby niepełnosprawnej. Psychopedagogiczne wspomaganie rozwoju małego dziecka i jego rodziny może przyczynić się do znacznego ograniczenia tych wydatków w przyszłości (Program Rządowy WWKSC). Zarówno teoretycy, jak i praktycy w dziedzinie medycyny i rehabilitacji za najlepszy okres, z punktu widzenia osiąganych rezultatów terapeutycznych, uznają lata od urodzenia do 3.–6. roku życia, kiedy to podatność na oddziaływania „naprawcze” – usprawniające – jest największa (Maas, 1998, s. 22; Cytowska, Winczura, red., 2008, s. 21). *Wraz z wiekiem zauważa się narastanie zaburzeń utrudniających proces rehabilitacji, a także edukacji u starszych jednostek* (Cytowska, Winczura, red., 2008, s. 21).

Wspomagać to być obok, obserwować, analizować, proponować, być wrażliwym i czułym na sygnały wysyłane przez dziecko. Wspomagać to organizować, kreować, budować otoczenie dziecka, by mogło ono poprzez ukierunkowaną eksplorację otoczenia doświadczać, zdobywać, rozwijać się (Wiśniewska, 2008).

Dzieci z zaburzeniami rozwojowymi prezentują bardzo zróżnicowane możliwości funkcjonowania w poszczególnych sferach życia. Każde dziecko jest odrębną indywidualnością, posiadającą określone cechy charakteru, osobowości, określony potencjał rozwojowy, mocne i słabe strony. Mimo

pewnych cech wspólnych przypisywanych konkretnym jednostkom chorobowym czy niepełnosprawnościom nie ma dwojga takich samych dzieci. Dlatego ważne jest, by proces wspomagania rozwoju od początku uwzględniał:

- wiek dziecka;
- symptomy zaburzenia;
- indywidualność dziecka;
- mocne strony rozwoju dziecka (na których można się oprzeć w terapii);
- słabe strony rozwoju dziecka (które należy wspierać czy kompensować);
- potrzeby psychiczne, fizyczne, intelektualne, społeczne i emocjonalne dziecka;
- środowisko rodzinne (jego możliwości i ograniczenia, sposoby wsparcia).

Brak wczesnej interwencji może poważnie utrudnić (opóźnić lub zmniejszyć), a nawet uniemożliwić dalszy rozwój. Zbyt późne rozpoczęcie usprawniania dziecka może prowadzić do powstania i utrwalenia nieprawidłowych reakcji. Są one później trudne do wyeliminowania i powodują w konsekwencji opóźnienia w procesach terapii i edukacji (Stefańska-Klar, 1997). Organizacja działań możliwa jest już w zasadzie od pierwszego miesiąca życia dziecka.

Wśród niepełnosprawności kwalifikujących dziecko do zajęć wczesnego wspomagania rozwoju wymienia się: niepełnosprawność intelektualną, niepełnosprawność ruchową, afazję, całościowe zaburzenia rozwoju, zaburzenia słuchu (niedosłuch, głuchota), zaburzenia wzroku (niedowidzenie, ślepotą), autyzm i zespół Aspergera oraz niepełnosprawność sprzężoną.

Reasumując, za wczesnym wspomaganiem rozwoju dziecka niepełnosprawnego przemawiają następujące przesłanki (Program Rządowy WWKSC):

- *wyjątkowo duża plastyczność centralnego układu nerwowego we wczesnym okresie rozwoju oraz związana z tym możliwość korekcy zaburzonych funkcji i kompensacji deficytów,*
- *możliwość zahamowania rozwoju wielu zaburzeń o postępującym przebiegu, a czasami nawet całkowitego zatrzymania niekorzystnych zmian,*
- *większa podatność małych dzieci na postępowanie rewalidacyjne i w efekcie szybsze postępy usprawniania,*
- *łatwiejsze generalizowanie przez dzieci wypracowanych umiejętności i nawyków,*
- *narastanie wielu zaburzeń wraz z wiekiem i utrudnienie terapii oraz edukacji dzieci starszych,*
- *rodzice małych dzieci mają więcej nadziei, sił, zapału i wiary, dlatego są bardziej zaangażowani we współpracę ze specjalistami i we własny udział w terapii dziecka.*

Wczesne wspomaganie rozwoju małego dziecka ukierunkowane jest na pomoc i wsparcie zarówno dziecka, jak i jego rodziny.

Miejsce oddziaływań terapeutycznych

Wspomagać nie znaczy jedynie ćwiczyć zaburzoną funkcję (...). Wspomagać to kreować otoczenie dziecka (Wiśniewska, 2008, s. 11), by mogło je aktywnie i w poczuciu sprawstwa eksplorować, zdobywając nowe doświadczenia. Optymalnym miejscem prowadzenia działań stymulujących w ramach wczesnego wspomaganie rozwoju, szczególnie w przypadku dzieci do 3. roku życia, jest dom rodzinny – jako naturalne środowisko, w którym dziecko wzrasta, nabywa i doskonali nowe umiejętności.

Wspomaganie rozwoju dziecka w jego najbliższym środowisku obejmuje modelowanie oraz aktywizowanie najkorzystniejszych właściwości środowiska w celu prawidłowego oddziaływania na rozwój dziecka (Cytowska, Winczura, red., 2008, s. 11).

Naturalne środowisko rozwoju umożliwia maksymalne włączenie w proces terapeutyczny rodziców, wspieranie ich działań, kształtowanie pożądanych postaw i zachowań, a tym samym umacnianie więzi emocjonalnej między rodzicami i dzieckiem oraz wpływanie na ich wzajemne relacje. Stały kontakt rodziców z dzieckiem zapewnia im możliwość poznania swojego dziecka, dostosowania oczekiwań i wymagań do jego potrzeb i możliwości, wspierania go w każdej sytuacji oraz zapobiega powstawaniu u rodziców niekorzystnych mechanizmów obronnych. Praca terapeutyczna ma służyć budowaniu i rozwijaniu kompetencji rodzicielskich (Cytowska, Winczura, red., 2008). Naturalne środowisko funkcjonowania dziecka charakteryzuje:

- przewidywalność (stałość miejsca, przestrzeni, przedmiotów, osób, naturalny plan dnia rodziny), zapewniająca poczucie bezpieczeństwa;
- stały dopływ bodźców (zachowania społeczne, wychowanie językowe, rutynowe czynności, określony rytm dnia, zabawa, czynności pielęgnacyjne);
- możliwość utrwalenia umiejętności zdobytych na danym etapie życia, w codziennej praktyce (zarówno dla dziecka, jak i dla rodziców);
- zmienność, mająca na celu zapewnienie dziecku optymalnych warunków rozwoju, dostosowanych do indywidualnego tempa i dynamiki.

Rodzice, dziadkowie, rodzeństwo dziecka niepełnosprawnego to jego pierwsi nauczyciele. Oni dostarczają wzorców i standardów wykonywania czynności, motywują dziecko do podejmowania aktywności, rozwijania zainteresowań otoczeniem. *W środowisku rodzinnym w atmosferze bezpieczeństwa, akceptacji i miłości dziecko chętnie angażuje się w różne czynności* (Twardowski, 2012, s. 148). W tak prowadzonej terapii rodzina i specjaliści wspólnie ponoszą odpowiedzialność za efekty terapii, specjaliści dostarczają rodzinie informacji na temat potrzeb dziecka i możliwych sposobów ich zaspokojenia. Nie narzucają rodzicom rozstrzygnięć problemów, ale zachęcają ich do współudziału w opracowaniu, realizacji i ewaluacji programu oddziaływań. Pomoc udzielana rodzinie ma być zindywidualizowana i elastyczna, służyć umocnieniu rodziny, opierać się na jej mocnych stronach

i planach na przyszłość. Relacje z rodzicami powinny mieć charakter partnerski (Twardowski, 2012).

Z jednej strony nie sposób przecenić znaczenia rodziny i środowiska rodzinnego w procesie wczesnego stymulowania rozwoju, z drugiej – na uwagę zasługuje niebagatelny wpływ grupy rówieśniczej, stąd możliwość wspierania rozwoju w grupkach 2–3 osobowych dla dzieci od 3. roku życia do momentu podjęcia nauki szkolnej (z równoczesną możliwością uczęszczania do placówki przedszkolnej). Zajęcia odbywają się w obecności rodziców lub opiekunów dzieci.

Z prawnego punktu widzenia zajęcia wczesnego wspomaganie rozwoju mogą być organizowane i prowadzone przez placówki dysponujące zapleczem materialnym, dydaktycznym i kadrowym przystosowanym do pracy z małym dzieckiem o zaburzoną rozwój. Wspomaganie może być organizowane zatem w domu dziecka, przedszkolu, szkole podstawowej, w tym specjalnej, w odpowiednich ośrodkach, publicznych i niepublicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych oraz specjalistycznych poradniach, pod warunkiem że mają one możliwość realizacji wskazań zawartych w opinii o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju, dysponują środkami dydaktycznymi i sprzętem niezbędnym do realizacji tego zadania (Rozporządzenie MEN z dn. 3 lutego 2009 r. w sprawie organizowania wczesnego wspomaganie rozwoju dzieci).

Organizacja pracy zespołu wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka

Zespół wczesnego wspomaganie rozwoju powoływany jest przez dyrektora placówki, w której będzie realizowane wczesne wspomaganie rozwoju dziecka. Koordynatorem prac zespołu jest dyrektor bądź inny nauczyciel przez niego upoważniony. W skład zespołu wchodzi osoby posiadające przygotowanie do pracy z małymi dziećmi o zaburzoną rozwój psychoruchowym. Wśród specjalistów wymienia się m.in.: pedagogów (w szczególności oligofrenopedagoga, tyflop pedagoga, surdopedagoga), psychologów, logopedów oraz innych terapeutów, których dobór warunkowany jest potrzebami dziecka i rodziny.

W zależności od tego, które zaburzenia są wiodące, wspomaganie obejmuje zajęcia ukierunkowane na problem główny, ale zawsze z uwzględnieniem oddziaływań wspierających pozostałe funkcje.

Zespół terapeutów prowadzących oddziaływanie zobligowany jest nie tylko do prowadzenia zajęć z dzieckiem, ale także do objęcia swoimi działaniami jego rodziców. Terapeuta powinien systematycznie udzielać instruktażu i porad w zakresie pracy z dzieckiem, pomagać w dostosowaniu i przystosowaniu warunków życia do potrzeb i możliwości dziecka, pomagać w doborze odpowiednich zabawek (pomocy dydaktycznych) oraz specjalistycznego sprzętu, jeżeli jest on konieczny do funkcjonowania dziecka.

Do głównych zadań zespołu specjalistów należy: ustalenie kierunków działań; nawiązanie współpracy z placówkami opieki zdrowotnej (rehabilitacja) lub – w razie potrzeby – opieki społecznej; opracowanie i wdrożenie Indywidualnego Programu Wczesnego Wspomagania Rozwoju Dziecka z uwzględnieniem środowiska rodzinnego oraz analizowanie skuteczności udzielanej pomocy (ewaluacja) wraz z planowaniem dalszych oddziaływań. Ze względu na specyfikę rozwoju psychoruchowego małego dziecka Indywidualny Program Wczesnego Wspomagania Rozwoju Dziecka powinien mieć charakter wieloaspektowy.

Na realizację godzin programu wczesnego wspomagania rozwoju ustawodawca przewidział od 4 do 8 godzin miesięcznie. Liczba godzin i rozkład terapii uwarunkowany jest możliwościami psychofizycznymi i potrzebami dziecka. Oczywiście tak niewielka liczba godzin terapii wymaga aktywnego współdziałania rodziców w pracy z ich dzieckiem. W pierwszej kolejności zatem terapeuci pracują nad zaburzeniami wiodącymi, które ograniczają możliwości rozwojowe dziecka, następnie udzielają wsparcia i pomocy w terapii dziecka w środowisku rodzinnym. Korzystnym dla rozwoju dzieci poddanych terapii byłoby zwiększenie górnej granicy możliwych do przydzielenia godzin.

Diagnoza funkcjonalna małego dziecka i jego rodziny

Rozpoczęcie oddziaływań stymulujących rozwój małego dziecka powinno być poprzedzone wnikliwą analizą potrzeb, doświadczeń i możliwości dziecka oraz jego rodziny. Wsparcie powinno odnosić się do wszystkich sfer rozwoju dziecka (poznawczej, somatycznej, społecznej, emocjonalnej, motorycznej), ujmując je całościowo. Jest to szczególnie istotne w początkowym etapie rozwoju, kiedy mówi się o rozwoju psychoruchowym, podkreślając tym samym korelację i wzajemne przenikanie się poszczególnych sfer rozwoju. Stąd proces stymulowania rozwoju małego dziecka jest poprzedzony diagnozą funkcjonalną i rozwojową, na podstawie której zespół specjalistów tworzy Indywidualny Program Wczesnego Wspomagania Rozwoju.

Rodzaj i sposób diagnozowania uzależniony jest od specyfiki zaburzeń w rozwoju psychoruchowym i powinien być dostosowany do wieku dziecka i rodzaju niepełnosprawności.

Niestety, w przypadku wielu zaburzeń rozwoju, nawet tych globalnych, diagnoza stawiana jest zazwyczaj dość późno, w wieku przedszkolnym, a nawet szkolnym, przy okazji badań klasyfikujących dzieci do różnego typu szkół lub starania się o odroczenie obowiązku szkolnego. Zdarzają się też przypadki dorosłych, u których diagnoza przyczyn ich niepełnosprawności nie została nigdy postawiona, analizując podany przez rodzinę opis charakteru wczesnych objawów i ich rozwoju w dzieciństwie, możemy się jej jedynie domyślać (Stefańska-Klar, 1997).

Warto pamiętać, że wczesna diagnoza nie jest możliwa bez współdziałania rodziców. To oni jako pierwsi zauważają, że z ich dzieckiem dzieje się coś niedobrego, dziwnego. Niepokoi ich częsty płacz dziecka, brak snu, zbyt duża ruchliwość lub ospałość. Zaczynają rozwój swojego dziecka porównywać z rozwojem innych dzieci. To często dzięki ich czujności i obserwacji może być podjęta terapia.

Terapia małego dziecka niepełnosprawnego lub zagrożonego niepełnosprawnością i jego rodziny

Jedni na starcie dostają wszystkie potrzebne narzędzia poznania, rozumienia, przekształcania świata. Inni nie (Wiśniewska, 2008, s. 9). Małe dziecko od momentu urodzenia poznaje i „ogłada” świat w dostępny dla siebie sposób. Jest ono wyposażone w określone możliwości psychofizyczne i percepcyjno-motoryczne, które umożliwiają bądź uniemożliwiają aktywne poznanie i doświadczanie.

Rozwój dziecka niepełnosprawnego jest specyficzny i wymaga zastosowania określonych metod i form oddziaływania. *Intensywne wspomaganie rozwoju dzieci musi być dopasowane do rzeczywistych możliwości poznawczych i wykonawczych konkretnego dziecka* (Gruszczyk-Kolczyńska, Zielińska, 2004). Dlatego inaczej będziemy wspomagać rozwój dziecka niesłyszącego, inaczej – dziecka niepełnosprawnego intelektualnie, jeszcze inaczej dziecka ze spektrum autyzmu. Niezależnie jednak od rodzaju i stopnia zaburzeń w rozwoju oraz *bez względu na wiek życia dziecka w terapii odnosimy się do wieku umysłowego, to znaczy do etapu osiągniętego dla danej funkcji psychicznej, a pojawienie się elementów sekundarnych uwarunkowane jest osiągnięciem etapów prymarnych* (Cieszyńska, Korendo, 2007). Działania każdego terapeuty z osobna i wszystkich razem w ramach zespołu wczesnego wspomaganie rozwoju powinny mieć charakter perspektywiczny i być nastawione na osiągnięcie przez dziecko maksymalnej niezależności w funkcjonowaniu ruchowym, komunikacyjnym, psychicznym i społecznym. Efektywna terapia jest możliwa tylko przy pełnej współpracy wszystkich specjalistów zaangażowanych w działania na rzecz dziecka i jego rodziców.

Do głównych **zasad wczesnych oddziaływań terapeutycznych** w pracy z dzieckiem należą:

- jak najwcześniej rozpocząć usprawnianie,
- włączać w proces rehabilitacji rodziców,
- terapię realizować w naturalnym otoczeniu dziecka,
- indywidualnie podchodzić do dziecka i jego rodziny.

Z tych zasad wynikają następujące zadania do realizacji w trakcie terapii małego dziecka (Piotrowicz, 1998; Mrugalska, 1999):

- dokonanie wielospecjalistycznej oceny rozwoju (medycznej, psychologicznej, pedagogicznej, logopedycznej, ruchowej);

- określenie sfery najbliższego rozwoju, czyli tego, co dziecko jest w stanie wykonać przy pomocy dorosłych;
- ustalenie i realizowanie programu wieloprofilowego usprawniania;
- wspieranie rodziny dziecka niepełnosprawnego.

Nie istnieje jedna właściwa metoda terapeutyczna usprawniająca rozwój dziecka niepełnosprawnego (Wiśniewska, 2008, s. 14).

Stosując kryterium obszaru oddziaływań, do najczęściej stosowanych **metod pracy z małym dzieckiem i jego rodziną** możemy zaliczyć (Piszczek, 2001, s. 36; Wiśniewska, 2008, s. 15):

- metody wspomaganie/usprawniania ruchowego (np. metoda NDT Bobach, metoda Vojty);
- metody rozwijające świadomość ciała (np. metoda M.CH. Knillów, metoda Ruchu Rozwijającego W. Sherborne);
- metody usprawniające pracę mózgu i stymulujące poszczególne zmysły oraz doskonalące ich koordynację (np.: metoda Integracji Sensorycznej, terapia sensoryczna C. Delacato, terapia Snoezelen, zabawy paluszkowe, masaż Shantali, metoda F. Affolter, metoda Dobrego Startu);
- metody wspomagające umiejętności komunikacyjne (np. masaż logopedyczny, metody AAC);
- metody rozwijające aktywność własną (np. niedyrektywna terapia zabawowa V. Axline, metoda odzwierciedlania zachowań dzieci i zabaw z wykorzystaniem materiałów nieustrukturyzowanych);
- metody wspomaganie zadań o charakterze edukacyjnym (np.: metoda symultaniczno-sekwencyjna prof. J. Cieszyńskiej, metoda Dobrego Startu, metoda E. Gruszczyk-Kolczyńskiej);
- inne metody terapeutyczne (np.: chromoterapia, muzykoterapia, dogoterapia, hipoterapia).

W pracy z rodziną dziecka stosuje się również często metodę wideotreningu komunikacji.

Celem działań wspierających środowisko rodzinne dziecka jest (Rafał-Łuniewska, 2011):

- wsparcie psychologiczno-pedagogiczne, co może oznaczać towarzyszenie rodzicom w adaptacji do trudnej sytuacji oraz gotowość do wspólnego rozwiązywania trudnych problemów;
- dialog z rodzicami na temat przyczyn zaburzeń rozwoju i różnych nieprawidłowości oraz sposobów radzenia sobie w danej sytuacji;
- objęcie psychoterapią grupową lub indywidualną rodziców (jeśli jest taka potrzeba);
- umocnienie w kompetencjach rodzicielskich i prawie do podejmowania wszelkich decyzji;
- wskazanie na te sfery rozwoju dziecka, które rokują pozytywnie, w których dziecko dobrze funkcjonuje;

- włączanie rodziców w proces pomocy dziecku, aby sami mogli odkrywać swoje możliwości i umiejętności;
- pomoc rodzicom w uporaniu się z ewentualnymi problemami emocjonalnymi, powstałymi na skutek pojawienia się w rodzinie dziecka niepełnosprawnego;
- pomoc w wyborze odpowiednich dla dziecka zabawek, sprzętu i pomocy rehabilitacyjnej, a także w docieraniu do różnych specjalistów i uzyskaniu świadczeń socjalnych;
- dbanie o zachowanie równowagi w rodzinie, w tym wsparcie dla rodzeństwa.

Wczesne wspomaganie rozwoju to podejście interdyscyplinarne, które umożliwia objęcie specjalistyczną opieką zarówno dziecka, jak i jego rodziny już od momentu wykrycia pierwszych niepokojących objawów. Wczesna terapia zaburzeń stwarza szansę na lepszy rozwój dziecka, umożliwia osiągnięcie określonych rodzajów dojrzałości: fizycznych, poznawczych, emocjonalnych. Podjęcie stymulacji dziecka już na wczesnym etapie jego rozwoju ma ogromny wpływ na osiągnięcie przez nie większej samodzielności, niezależności i poprawy jakości życia w późniejszym okresie.

Planowa i przeprowadzona zgodnie z potrzebami rozwojowymi terapia małego dziecka bez wątpienia wpłynie na uaktywnienie jego predyspozycji psychofizycznych. Pomoże również rodzinie we właściwym wspieraniu rozwoju dziecka oraz zrozumieniu jego potrzeb (Głuźniewicz, Strzelczyk, 2006, s. 6).

Bibliografia

- Cieszyńska J., Korendo M. (2007): *Wczesna interwencja terapeutyczna. Stymulacja rozwoju dziecka. Od noworodka do 6 roku życia*. Wydawnictwo Edukacyjne, Warszawa.
- Cytowska B., Winczura B. (red.) (2008): *Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju małego dziecka*. Impuls, Warszawa.
- Głuźniewicz J., Strzelczyk U. (2006): *Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka niepełnosprawnego*, „Kwartalnik Nauczycielski”, nr 21–22.
- Gruszczyk E., Zielińska E. (2000): *Wspomaganie rozwoju umysłowego trzylatków i dzieci starszych wolniej rozwijających się*. WSiP, Warszawa.
- Löwe A. (1999): *Każde dziecko może nauczyć się słyszeć i mówić. Wczesna diagnoza i wczesna rehabilitacja dzieci z wadą słuchu*. Media Rodzina, Poznań.
- Maas V.F. (2007): *Integracja sensoryczna a neuronauka – od narodzin do starości*. Fundacja Innowacja i Wydawnictwo Wyższej Szkoły Społeczno-Ekonomicznej, Warszawa.
- Mrugalska K. (1999): *Czy rodzice i profesjonaliści mogą być sojusznikami* [w:] H. Olechnowicz (red.): *U źródeł rozwoju dziecka. O wspomaganiu rozwoju prawidłowego i zakłóconego*. WSiP, Warszawa.
- Olechnowicz H. (1999): *U źródeł rozwoju dziecka. O wspomaganiu rozwoju prawidłowego i zakłóconego*. WSiP, Warszawa.
- Piotrowicz R. (1998): *Wczesna interwencja – podjąć wyzwanie*, „Biuletyn Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii”, nr 2.
- Program Rządowy WVKSC. <http://www.menis.gov.pl> [11.11.2013].
- Rafał-Łuniewska J. (2011): *Materiały ORE: Wczesne Wspomaganie Rozwoju Dziecka w polskim prawie oświatowym*. <http://www.ore.edu.pl> [11.11.2013].
- Rozporządzenie MEN z dn. 3 lutego 2009 r. w sprawie organizowania wczesnego wspomaganie rozwoju dzieci, Dz. U. Nr 23 poz. 133.
- Stefańska-Klar R. (1997): *Wczesna interwencja terapeutyczna – nadzieja i szansa na lepsze jutro*, „Światło i Cienie”, nr 3.
- Twardowski A. (2012): *Wczesne wspomaganie rozwoju dzieci z niepełnosprawnościami w środowisku rodzinnym*. Wydawnictwo Uniwersytetu Adama Mickiewicza, Poznań.
- Wiśniewska M. (2008): *Wspomaganie rozwoju dziecka z niepełnosprawnością intelektualną. Poradnik dla rodziców i terapeutów*. Impuls, Kraków.



Danuta Pluta-Wojciechowska

Wspieranie rozwoju mowy dziecka w rodzinie



Tło problemu

Zainteresowanie problematyką mowy dziecka wynika z roli, jaką pełni ona w jego życiu, z jednej strony stając się efektem, z drugiej zaś – czynnikiem rozwoju (Grochowalska, 2002, s. 10). Problematyka mowy zajmuje szczególne miejsce w przypadku dzieci, u których rozwój umiejętności porozumiewania się za pomocą języka napotyka na trudności. Jedną z grup osób, u których występuje ryzyko zaburzeń w rozwoju mowy, są dzieci urodzone z różnorodnymi wadami rozwojowymi. Wymagają one jak najwcześniej podjętych działań stymulujących i korygujących. Jak wynika z badań, ale także doświadczenia praktycznego, zaburzenia w rozwoju mowy mogą towarzyszyć w szczególności dzieciom: z grupy ryzyka okołoporodowego, niepełnosprawnym intelektualnie, niesłyszącym i niedosłyszącym, z mózgowym porażeniem dziecięcym, z różnorodnymi wadami rozwojowymi i nieprawidłowościami anatomicznymi w obrębie narządu żucia (np. wadami rozwojowymi twarzoczaszki, w tym rozszczepem podniebienia), makroglosją, ankyloglosją lub dzieciom z dysfunkcjami oddychania, ssania, połykania i żucia itp. Wczesne monitorowanie rozwoju dzieci urodzonych bez widocznej i rozpoznanej w momencie przyjścia na świat wady pozwala na zakwalifikowanie do wczesnej terapii także dzieci zagrożonych autyzmem, zespołem Aspergera, z ADHD itp. (Cieszyńska, 2008; Korendo, 2008).

Przetawione opracowanie prezentuje praktyczne rozwiązania dotyczące wspierania rozwoju dziecka z wadą rozwojową w rodzinie.

Mowa w aspekcie rozwojowym

Homo-loquens (łac.) – człowiek mówiący – przywołuje refleksję, że mowa to umiejętność właściwa tylko człowiekowi i w sposób szczególny wpleciona w rozwój poznawczy, jak również w komunikację (Knapp, Hall, 2000, s. 19–25). Poszukując istoty terminu „mowa”, można przywołać definicję S. Grabiasa, który określa ją jako *zespół czynności, jakie przy udziale języ-*

ka wykonuje człowiek, poznając rzeczywistość i przekazując jej interpretację innym uczestnikom życia społecznego (1997, s. 10), wskazując jednocześnie, że mowa = układ kompetencji i sposobów realizowania wypowiedzi językowych (1997, s. 14). Patrząc na mowę w ujęciu rozwojowym oraz przez pryzmat mechanizmów związanych z jej kształtowaniem, warto przypomnieć, że:

- człowiek nie rodzi się z umiejętnością mówienia i rozumienia, ale nabywa tej wyjątkowej właściwości w szczególności pod wpływem obcowania z drugim człowiekiem, gdzie dialog jawi się jako wyjątkowo istotny czynnik rozwoju językowego (Cieszyńska, 2000);
- mowa rozwija się w sposób stadialny, co oznacza, że umiejętności dziecko nabywa stopniowo i kolejno, zgodnie z sekwencją i kalendarzem rozwoju tej umiejętności;
- rozwój mowy to z jednej strony zmiany o charakterze ilościowym, z drugiej zaś – o charakterze jakościowym;
- czynnikami istotnymi dla rozwoju mowy są, zdaniem A. Pruszevicza, prawidłowa czynność analizatora słuchowego i wzrokowego, sprawność systemu motoryczno-kinetycznego i centralnych ośrodków mowy, socjopsychologiczna stymulacja, prawidłowy rozwój psychosomatyczny (1992, s. 222);
- mówiąc o stymulacji rozwoju mowy, należy brać pod uwagę czas od urodzenia, a nawet okres prenatalny (Pluta-Wojciechowska, 2005a, s. 42–48).

Rodzina jako środowisko wychowawcze

Z jednej strony rodzina to naturalna grupa społeczna, w której żyje dziecko, z drugiej zaś środowisko wychowawcze, które oddziałuje na małego człowieka nie tylko najdłużej, ale także od momentu narodzin. Jednak początków wpływu rodziców na dziecko można doszukiwać się już w okresie życia prenatalnego i kształtowaniu się postaw rodzicielskich wobec nienarodzonego jeszcze dziecka. O znaczeniu rodziny M. Przetacznik-Gierowska i Z. Włodarski piszą: *wychowanie w rodzinie jako podstawowej komórce, a zarazem instytucji życia społecznego, ma charakter naturalny, gdyż oddziałuje na aktywność dziecka, jego osobowość i rozwój psychiczny we wszystkich jego sferach w różnorodnych sytuacjach życia codziennego* (1994, s. 145). Z tego właśnie powodu rodzina staje się przedmiotem szczególnego zainteresowania specjalistów zajmujących się, z różnej perspektywy, leczeniem dzieci niepełnosprawnych. Specjaliści upatrują w takich cechach rodziny jak: naturalność oddziaływań, możliwość wpływania na wszystkie sfery życia dziecka, wykorzystanie różnorodnych i naturalnych sytuacji dnia codziennego dla intensyfikowania i ukierunkowywania szeroko rozumianych wpływów wychowawczych – szczególnie cennych właściwości, zwłaszcza w przypadku dziecka chorego i z zaburzeniami w rozwoju.

Miejsce logopedy we wspieraniu rozwoju mowy

Tradycyjne widzenie logopedy jako osoby „uczącej wymowy głosek” i pracującej z dzieckiem kilkuletnim daleko odbiega od współczesnej wizji roli tego specjalisty w zakresie stymulacji i profilaktyki zaburzeń mowy. Najnowsze kierunki logopedii wskazują, że logopeda może i powinien otoczyć fachową opieką dzieci od urodzenia (Stecko, 1994b, s. 38–44), a nawet jeszcze w łonie matki (Pluta-Wojciechowska, 2006). W tym miejscu problem włączenia logopedy we wczesną interwencję w przypadku dziecka przed urodzeniem zostaje jedynie przywołany, a nie wyczerpująco omówiony (Pluta-Wojciechowska, 2006; Roszkowski, 1998).

Zaburzenia w rozwoju mowy towarzyszą m.in. dzieciom z różnymi wadami rozwojowymi twarzoczaszki. Nie wdając się w tym miejscu w szczegółowy opis patomechanizmu i etiologii tych wad, jak również charakterystykę zaburzeń anatomicznych i dysfunkcji biologicznych (Pluta-Wojciechowska, 2004; 2005a; 2005b; 2005c), możemy jednak wskazać, przywołując wyniki badań rozwoju mowy tej grupy dzieci, że zaburzenia w rozwoju mowy występują bardzo wcześnie, co ma związek m.in. z nieprawidłowym przebiegiem funkcji pokarmowych i oddychania, które są jedną z podstaw rozwoju sprawności artykulacyjnej, ale także z istniejącymi zaburzeniami strukturalnymi (Estrem, Broen, 1989; Copeland, 1990; Powers, Dunn, Erickson, 1990; Chapman, Hardin, 1992; O’Gara, Jerylin, Logemann, 1998). Logopeda może wspierać rozwój mowy tych dzieci już od urodzenia.

Warto zwrócić uwagę, że współczesna logopedia oferuje dziecku i jego rodzinie wiele różnorodnych form stymulacji i wspierania rozwoju mowy już we wczesnym okresie postnatalnym, o czym często nie wiedzą nie tylko rodzice. Konieczne jest zatem, aby takie osoby jak: pedagog, psycholog i lekarz kierowały rodziców dzieci z grup ryzyka do logopedy zaraz po urodzeniu. Istotnym kierunkiem pracy pediatry powinno stać się wczesne i dokładne monitorowanie rozwoju psychoruchowego dzieci urodzonych bez widocznych wad i zaburzeń, niektóre bowiem – odbiegające od kalendarza rozwoju prawidłowego, pojawiające się bardzo wcześnie – mogą być zwiastunem późniejszych zaburzeń rozwoju mowy. Tak z pewnością dzieje się w przypadku autyzmu (Cieszyńska, 2008). Wskazana i konieczna jest zmiana wizerunku logopedy z „nauczyciela wymowy” na osobę, która wspiera rozwój mowy dzieci już od urodzenia, prowadząc działania stymulujące, profilaktyczne i korygujące w stosunku do dzieci i ich rodziców, obejmując różnorodne obszary i stosując różne metody. Mam nadzieję, że taka zmiana już się dokonuje, o czym świadczą liczne przykłady wczesnej opieki logopedycznej w odniesieniu do dzieci z wadami rozwojowymi i nie tylko.

Rola i miejsce rodziców we wczesnej stymulacji rozwoju mowy

Na podstawie literatury, ale także własnego doświadczenia w pracy z dziećmi z różnymi zaburzeniami, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci z rozszczepem, sformułowałam ogólne sposoby stymulowania rozwoju mowy dzieci z wadami twarzoczaszki, opóźnionym rozwojem mowy.

Rodzice dziecka stwarzają najbardziej naturalne środowisko rozwoju i wychowania, a zatem ciężar pracy nad prawidłowym rozwojem mowy w pierwszych latach życia dziecka spada na dom rodzinny. Nie oznacza to, iż logopeda jest osobą drugoplanową – po podjęciu czynności diagnostycznych związanych z wczesną interwencją, w zależności od stwierdzonych nieprawidłowości związanych z występującą wadą, ryzykiem wystąpienia zaburzeń w rozwoju mowy określonego typu – udziela on rodzicom na bieżąco instruktażu, wskazówek oraz podejmuje różnorodne czynności terapeutyczne w stosunku do dziecka i jego rodziców. Poinstruowani rodzice podejmują rozmaite zadania mające na celu, mówiąc ogólnie, zapewnienie dziecku optymalnego rozwoju mowy, a właściwie komunikacji, w istniejących warunkach indywidualnych, określonych m.in. występującą wadą rozwojową. Zwróćmy zatem uwagę, że na drodze do prawidłowej mowy niezbędnymi osobami są z jednej strony rodzice dziecka, z drugiej zaś fachowo przygotowany logopeda, ale także psycholog, pedagog oraz, co oczywiste, lekarze zajmujący się wielospecjalistycznym leczeniem dzieci z wadami twarzoczaszki.

Obszary oddziaływań

W zależności od wieku dziecka terapia logopedyczna obejmuje różne obszary. Szczególnym czasem dla rozwoju mowy jest wczesny okres postnatalny. Pamiętając, że rozwój mowy jest wpleciony w rozwój psychomotoryczny dziecka, ale także iż swoista baza tworzona jest podczas czynności związanych z kompleksem ustno-twarzowym, jak również poprzez sprzyjające rozwojowi postawy rodziców, można wyznaczyć co najmniej 3 obszary, które powinny być przedmiotem wczesnej interwencji, szczególnie w odniesieniu do działań rodziców w domu. Są to:

- stymulowanie rozwoju psychomotorycznego i mowy poprzez wykorzystanie strategii związanej z przeprowadzaniem zadań (ćwiczeń, zabaw), uwzględniających sferę najbliższego rozwoju;
- konstruowanie przedpola rozwoju mowy, w tym przedpola artykulacji, zgodnie z zaleceniami logopedy;
- zmiana postrzegania własnego dziecka z wadą, jako osoby, która oprócz wady ma szereg innych, ważnych cech.

Stymulowanie rozwoju psychomotorycznego

Przyjmując, że rozwój mowy wpleciony jest w rozwój psychomotoryczny, logopeda i rodzice mogą podejmować odpowiednie działania stymulujące i ewen-

tualnie korygujące. Logopeda powinien pokazywać sposób wykonywania zadań związanych z rozwojem różnych funkcji i dostarczać informacji na temat sfery ich najbliższego rozwoju, co ułatwia projektowanie zadań stymulujących. Z metodologicznego punktu widzenia konieczne jest sprawdzenie aktualnego poziomu progresji w zakresie poszczególnych sfer aktywności dziecka (np. manipulacji, motoryki itp.), co ułatwia określenie ich sfery najbliższego rozwoju. Taka procedura ułatwia zatem wskazanie rodzaju zadań, które będą stymulować rozwój funkcji dopiero dojrzewających. Istotną rolę w określaniu poziomu takich zadań odgrywa przeprowadzenie próby polegającej na udzieleniu dziecku pomocy, wsparcia, co powoduje, że mały człowiek jest w stanie podjąć nowe wyzwanie. Takie zadania stają się dla niego stymulujące, gdyż wykraczają poza sferę aktualnego rozwoju. A zatem istotne są ćwiczenia, które nie tylko przekraczają nieznacznie poziom aktualnego rozwoju, ale także takie, które dziecko jest w stanie rozwiązać z pomocą dorosłego.

Stymulowanie rozwoju mowy, a szerzej: komunikacji

Efektom studiów teoretycznych, ale przede wszystkim własnych doświadczeń praktycznych związanych z pracą z dziećmi z różnorodnymi wadami rozwojowymi, a w szczególności z dziećmi z rozszczepem podniebienia, jest opracowanie podstawowych wskazówek na temat stymulacji rozwoju mowy tych dzieci.

Wskazówki dla rodziców dotyczące stymulacji rozwoju mowy dziecka z wadą twarzoczaszki oraz opóźnionym rozwojem mowy

Podaję kilka porad dla rodziców dzieci z wadą twarzoczaszki oraz opóźnionym rozwojem mowy:

1. Pamiętaj, że twoje dziecko, oprócz wady, ma inne ważne cechy, np. jest aktywne, towarzyskie, pracowite, pogodne itd. Niech wada rozwojowa nie przesłoni ci innych cech dziecka. Stwierdzone nieprawidłowości rozwojowe są ważną, ale nie jedyną jego cechą.
2. Najważniejszą zasadą w stymulacji rozwoju mowy jest reagowanie na wszelkie formy i sposoby kontaktu małego dziecka z dorosłym, począwszy od urodzenia.
3. Od urodzenia osławaj dziecko z dotykiem twarzy oraz delikatnym zaciśnięciem noska. Niech dotykowi twarzy towarzyszy twoje słowo – wierszyk, piosenka. Przyzwyczajanie dziecka do kontaktu z twarzą może być pomocne w wykonywaniu masażu logopedycznych, które mogą być mu potrzebne.
4. Rozwijaj umiejętności naśladowania dziecka. To pomoże mu w przyszłości w naśladowaniu twojej mowy, ruchów warg i języka, dmuchania.
5. Wykorzystuj znane ci krótkie wierszyki, wyliczanki, rymowanki do zabaw rytmiczno-ruchowych z dzieckiem.

6. Baw się z dzieckiem w mówienie prostych rymowanek, wyliczanek i wierszyków, do których dopasowujesz gesty podkreślające rytm i gesty ukazujące treść wypowiedzi, np. „Warzyła sroczka...”; „Biega, krzyczy pan Hilary...”.
7. Do stymulowania i wspierania rozwoju mowy wykorzystuj codzienne czynności związane z pielęgnacją, ubieraniem, karmieniem, wychodzeniem na spacer itp. Opisuj dziecku to, co widzi i co robisz, za pomocą krótkich wypowiedzi. Mów to, co powiedziałoby dziecko, gdyby potrafiło mówić. Z początku mogą to być pojedyncze głoski i sylaby dźwiękonaśladowcze, np. *be*, *miau*, *hau* itp. Z czasem będą to nazwy najbliższych osób i nazwy rzeczowników, do których dołączasz czasownik, np. *Mama je. Kotek pije. Chleb leży*.
8. Zanim wykonasz jakąś czynność dotyczącą dziecka, np. kąpiel, mów mu o tym, dopasowując formę komunikacji do wieku dziecka (Mów: *Będziemy robić am, am* albo *Pójdziemy pa, pa*), pokazuj także różne atrybuty związane z daną czynnością, np. ulubioną zabawkę, którą dziecko bawi się podczas kąpieli, czapeczkę lub bućki przed wyjściem na spacer.
9. Opowiadaj dziecku o różnych przedmiotach i zjawiskach je otaczających w sposób melodyjny. Pamiętaj, że małe dziecko wcześniej reaguje na melodię wypowiedzi niż na jej treść. A zatem opowiadaj całe historyjki o mi-siu, modulując głos i jego natężenie.
10. Śpiewaj dziecku piosenki według własnych pomysłów. Śpiewaj mu o tym, że ma uszko, oko, nosek, ale także, że przyszła babcia i przyniosła kwiatki. Dzieci to lubią i chętnie słuchają. Nie martw się, że nie potrafisz śpiewać – dziecka to w ogóle nie interesuje. Dla niego ważne jest, że to ty śpiewasz.
11. Używaj zwrotów i gestów grzecznościowych oraz zachęcaj do ich używania przez dziecko, nawet gdy nie potrafi jeszcze mówić – może ono wykonać gest oznaczający *pa, pa; mniam, mniam; be*.
12. Gdy dziecko jest większe, rozwijaj podstawowe słownictwo, obejmujące nazwy przedmiotów codziennego użytku, jedzenia, ubrań, zabawek, bliskich dziecku zwierząt, nazwy podstawowych czynności. Jeśli dziecko nie potrafi wypowiedzieć nazwy przedmiotu, niech daną rzecz pokaże, niech bawi się nią według własnych pomysłów i według twoich.
13. Oglądaj z dzieckiem filmy dostosowane do jego wieku i wsłuchujcie się w słowa. Próbujecie naśladować ruchem i słowem, sylabą lub głoską zaobserwowane sytuacje, np. *bum, bach, uuuu, ooo*.
14. Kup kasety z piosenkami dla dzieci i próbujcie do nich maszerować lub klaskać, próbujcie je razem śpiewać lub inscenizować. Możesz to robić również tylko ty, a dziecko niech uczestniczy w zabawie poprzez ruch, klaskanie, maszerowanie, potrząsanie grzechotką, czy po prostu kołysanie się na twoich kolanach.
15. Opowiadaj dziecku proste, wymyślone przez siebie historyjki na podstawie obrazków, nawet tych pojedynczych, a najlepiej opowieści, których bohaterami są ulubione zabawki dziecka lub obrazki. Z czasem o ob-

- razku lub zabawce mów coraz więcej. Niech znane dziecku przedmioty „wydają dźwięki, które ty wypowiadasz”.
16. Czytaj lub opowiadaj dziecku bajki, ciekawe historyjki z twarzą zwróconą do niego. Twoja twarz powinna być dobrze oświetlona, aby dziecko widziało wyraźnie twoje usta, które możesz malować na czerwono, bo małe dzieci w wieku niemowlęcym są szczególnie wrażliwe na ten kolor.
 17. Recytuj dziecku wierszyki, śpiewaj mu proste piosenki, nawet wiele razy ten sam tekst. Z czasem nie wymawiaj ostatniego słowa, może dziecko zacznie dopowiadać to, co powinno być na końcu zwrotki.
 18. Wykorzystuj do zabaw z dzieckiem tzw. zabawy paluszkowe, np. „Idzie kominiarz po drabinie...” Wymyślaj takie zabawy lub korzystaj z książeczek dla najmłodszych i ich rodziców (Bogdanowicz, 2003).
 19. Używaj par wyrazów, które się rymują, np. „koty” – „płoty”, „buty” – „luty”, „Jacek” – „placek”. Dzieci to bardzo lubią i same zaczynają poszukiwać rymów.
 20. W wieku 2–3 lat zacznij bawić się z dzieckiem w rozpoznawanie liter (Cieszyńska, 2005).

Czynności związane z kompleksem ustno-twarzowym

Dla rozwoju mowy istotny jest przebieg czynności biologicznych w obrębie kompleksu ustno-twarzowego, takich jak np. przyjmowanie pokarmów i oddychanie. W trakcie badania logopeda ocenia zaangażowanie i funkcjonowanie narządów mowy w czynnościach innych niż tworzenie dźwięków mowy. Czynności te mają w różnym zakresie związek, czasem bardzo skomplikowany i złożony, z rozwojem narządu żucia i mowy. Są to czynności związane z kompleksem ustno-twarzowym, które mogą mieć charakter pre- i perilingwalny. Można do nich zaliczyć:

- odruchowe reakcje oralne;
- oddychanie fizjologiczne;
- czynności pokarmowe i picie;
- sposób ułożenia głowy dziecka do snu, leżenia i sposób noszenia na rękach;
- autostymulacja, autobadanie i autozabawy orofacjalne;
- mimika twarzy;
- inne czynności o charakterze fizjologicznym, takie jak: ziewanie, chrząkanie, kaszel, chrapanie;
- parafunkcje, rozumiane jako niekorzystne dla rozwoju narządu żucia i mowy stereotypy ruchowe w obrębie narządu żucia.

Większość z tych czynności jest przedmiotem badania logopedycznego oraz, co istotne, w przypadku występowania zaburzeń logopeda podejmuje odpowiednie działania stymulujące lub korygujące. Wśród sposobów pracy z dzieckiem i rodzicami wykorzystywana jest metoda pokazu i instrukcji. Ustalone regulacje dotyczące sposobu karmienia, układania dziecka do snu,

sposobu modulowania przebiegu oddychania itd. powinny być wykonywane w domu. Zwróćmy jednak uwagę, że ich podstawą jest obserwacja przebiegu zalecanego sposobu karmienia w gabinecie logopedy oraz poinstruowanie rodziców dziecka. Wskazane jest, aby pierwszy trening terapeutycznego sposobu karmienia prowadzonego przez rodzica odbywał się w obecności logopedy, który na bieżąco może dokonywać korekty. Regulacje dotyczące karmienia mogą dotyczyć różnych aspektów podaży i przygotowania pokarmu do przełknięcia. W przypadku dzieci z różnymi zaburzeniami w rozwoju, w tym w rozwoju mowy, logopeda ustala odpowiednie zasady karmienia terapeutycznego, które powinno być jak najbardziej zbliżone do karmienia naturalnego. Taka postawa jest szczególnie ważna z punktu widzenia rodziców, którzy powinni mieć przekonanie, że mają dziecko, a nie „obiekt do karmienia” z użyciem wyrafinowanych akcesoriów.

Dla prawidłowego przebiegu czynności związanych z kompleksem ustno-twarzowym wykorzystywane są także inne metody niż pokaz przebiegu czynności wraz z ustalonymi przez logopedę regulacjami, a mianowicie: masaż logopedyczny, kontrola zamykania warg, trening oddychania, regulacja przebiegu autozabaw orofacjalnych, zabawy wzmagające mimikę twarzy, likwidacja parafunkcji, aktywne ćwiczenia narządów mowy itd.

Większość zalecanych przez logopedę regulacji i działań bezpośrednich oraz pośrednich powinna być wykonywana w domu, podczas różnorodnych sytuacji pielęgnacyjnych i zabaw z dzieckiem. Do takich działań szczególnie predysponowana jest sytuacja domu rodzinnego.

Formy wdrażania rodziców do pomocy dziecku

W przypadku rodziców dziecka z wadą rozwojową wskazane wydają się działania, które będą oddziaływać na ich postawy i emocje oraz, z drugiej strony, wzbogacać rodzicielską wiedzę na temat przyczyn występujących zaburzeń oraz sposobów pomocy w domu rodzinnym dziecka. Jak wynika z moich doświadczeń, formy takiej pomocy rodzicom mogą być następujące:

- indywidualna pomoc psychologiczna oraz edukacja rodziców, jak również informowanie o różnych formach pomocy dziecku z wadą i jego rodzinie;
- aktywny udział rodziców w zajęciach logopedycznych, prowadzonych przez logopedę z dzieckiem;
- uczestnictwo rodziców w organizowanych przez logopedę i psychologa grupach wsparcia, które uwzględniają także przekazywanie wiedzy na temat sposobów pomocy dziecku z wadą.

Aktywny udział rodziców w zajęciach prowadzonych z dzieckiem przez logopedę oznacza, że rodzic jest nie tylko obserwatorem, ale także uczestnikiem różnorodnych sytuacji inicjowanych przez logopedę. Taki sposób udziału rodziców w zajęciach umożliwia logopedzie obserwację i ewentualną korekcję

działań rodzica. Z drugiej strony stwarza dziecku naturalną sytuację, w której uczestniczą dorośli. Wyróżnienie różnych form pracy z rodzicami uwzględnia dwie odmienne sfery oddziaływań, takie jak: postawy i emocje, wiedza i umiejętności praktyczne. Z doświadczenia wiem, jak ważne jest, aby rodzic podczas wizyty spróbował zastosować zalecane przez logopedę ćwiczenia, zabawy.

Zmiana postrzegania własnego dziecka przez rodziców

Najważniejsza zasada, którą należałoby przekazać rodzicom dziecka z wadą rozwojową, brzmi następująco: „Pamiętaj, że twoje dziecko, oprócz wady, ma inne ważne cechy, np.: jest aktywne, towarzyskie, pracowite, pogodne itd. Niech wada rozwojowa nie przesłoni ci innych cech dziecka. Stwierdzone nieprawidłowości rozwojowe są ważnym, ale nie jedynym jego atrybutem. Ono po prostu jest **dzieckiem**, a nie **wadą**”.

Konkluzja

Przedstawione powyżej ogólne wskazówki należy nie tylko przekazać rodzicom dziecka, ale także dokładnie je omówić i dostosować do indywidualnych cech i możliwości dziecka. Oprócz tego, a może przede wszystkim, należy przeprowadzić obszerną, wczesną diagnozę logopedyczną, która powinna być stale uaktualniana, wraz z wiekiem i postępami dziecka, a także nowymi warunkami anatomiczno-czynnościowymi, związanymi np. z jego leczeniem.

Powracając do komentarza M. Przetacznik-Gierowskiej i Z. Włodarskiego, zawartego na początku tego opracowania, warto wskazać, że:

- dla dzieci z zaburzeniami w rozwoju mowy rodzina jest nie tylko miejscem naturalnych oddziaływań w naturalnych sytuacjach dnia codziennego, ale może także stać się miejscem oddziaływań ukierunkowanych, będąc jednym ze sposobów na stymulację i profilaktykę, a także eliminowanie cech niepożądanych i wprowadzanie arcybutów pożądanых z punktu widzenia rozwoju mowy;
- wiodącą rolę w określeniu kierunków wczesnych oddziaływań dotyczących rozwoju mowy zajmuje logopeda, który podejmuje czynności diagnostyczne, terapeutyczne, profilaktyczne, edukacyjne i informacyjne (różne, w zależności od występującej wady i zaburzeń);
- niezbędnymi osobami gwarantującymi możliwość i efektywność oddziaływań w rodzinie są nie tylko odpowiednio poinstruowani rodzice dziecka, ale i rodzice biorący czynny udział w zajęciach terapeutycznych;
- współpraca triady rodzice–logopeda–inni specjaliści (lekarz, psycholog, pedagog) jest niezbędna w nabywaniu przez dziecko umiejętności mówienia, a szerzej: komunikacji; inna i szczególna rola przypada takim osobom jak krewni, rówieśnicy, nauczyciele itp.

Bibliografia

- Blumenfeld, Z., Blumenfeld I., Bronshtein M. (1999). The early prenatal diagnosis of cleft lip and the decision making process: *The early prenatal diagnosis of cleft lip and the decision – making process*, „The Cleft Palate-Craniofacial Journal”, Vol. 36, No. 2.
- Bogdanowicz M. (2003): *Przytulanki, czyli wierszyki na dziecięce masażyki*. Harmonia, Gdańsk.
- Chapman K., Hardin M. (1992): *Phonetic and Phonologic Skills of Two-Year-Olds with Cleft Palate*, „The Cleft Palate-Craniofacial Journal”, Vol. 29, No. 5.
- Cieszyńska J. (2000): *Od słowa przeczytanego do wypowiedzianego*. Wydawnictwo Edukacyjne, Kraków.
- Cieszyńska J. (2005): *Kocham czytać*. Seria logopedyczna. Wydawnictwo Edukacyjne, Kraków.
- Cieszyńska J. (2008): *Standard logopedycznej diagnozy i terapii autyzmu wczesnodziecięcego*, „Biuletyn Głównego Zarządu Polskiego Towarzystwa Logopedycznego”, nr 1.
- Copeland M. (1990): *The effects of very early palatal repair on speech*, „British Journal of Plastic Surgery”, Vol. 43, No. 6.
- Estrem T., Broen P.A. (1989): *Early speech production of children with cleft palate*, „Journal of Speech and Hearing Research”, Vol. 32, No. 32.
- Golding-Kushner K. (2001): *Therapy Techniques for Cleft Palate Speech & Related Disorders*. Singular Thomson Learning, San Diego.
- Grabias S. (1997): *Mowa i jej zaburzenia*, „Audiofonologia”, t. 10.
- Grochowalska M. (2002): *Gestykulacja i mowa. O niewerbalnym komunikowaniu się dzieci w wieku przedszkolnym*. Wydawnictwo Akademii Pedagogicznej, Kraków.
- Jonse M. (1999): *Prenatal diagnosis of cleft lip and palate: Experiences In Southern California*, „Cleft Palate-Craniofacial Journal”, Vol. 36, No. 2.
- Kaczmarek B. (2001): *Pozajęzykowe aspekty porozumiewania się* [w:] E.M. Minczakiewicz (red.): *Komunikacja–mowa–język w diagnozie i terapii zaburzeń rozwoju u dzieci i młodzieży niepełnosprawnej*. Wydawnictwo Akademii Pedagogicznej, Kraków.
- Knapp M., Hall J. (2000): *Komunikacja niewerbalna w interakcjach międzyludzkich*. Astrum, Wrocław.
- Korendo M. (2008): *Standard logopedycznej diagnozy i terapii osób z zespołem Aspergera*, „Biuletyn Głównego Zarządu Polskiego Towarzystwa Logopedycznego”, nr 1.
- Nation J. (1970): *Determinants of Vocabulary Development of Preschool Cleft Palate Children*, „The Cleft Palate Craniofacial Journal”, Vol. 7.
- O’Gara M.M., Jerilyn M.A., Logemann A. (1988): *Phonetic Analyses of the Speech Development of Babies with Cleft Palate*, „The Cleft Palate Craniofacial Journal”, Vol. 25, No. 2.
- Pluta-Wojciechowska D. (2004): *Prototypowe cechy tzw. „dziecka rozszczepowego” ze szczególnym uwzględnieniem dysfunkcji mowy* [w:] D. Czubala, J. Lach-Rosocha (red.): *Niepełnosprawni wśród nas. O dostęp do edukacji i prawo do rozwoju*. Wydawnictwo Akademii Techniczno-Humanistycznej, Bielsko-Biała.
- Pluta-Wojciechowska D. (2005a): *Dziecko w łonie matki a wczesna interwencja* [w:] B. Cyl (red.): *Osoba niepełnosprawna w społeczności lokalnej*. Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna, Piekary Śląskie.
- Pluta-Wojciechowska D. (2005b): *Komunikacja dzieci z rozszczepem podniebienia z perspektywy kodu językowego, parajęzykowego i niejęzykowego* [w:] S. Juszczyk, I. Polewcyk (red.): *Media wobec wielorakich potrzeb dziecka*. Adam Marszałek, Toruń.
- Pluta-Wojciechowska D. (2005c): *Nowe wyzwania w badaniach dzieci z rozszczepem* [w:] D. Czubala, G. Grzybek (red.): *Zagadnienia społeczne. Wychowanie regionalne, opieka*

- socjalna, pomoc psychologiczna*. Wydawnictwo Akademii Techniczno-Humanistycznej, Bielsko-Biała.
- Pluta-Wojciechowska D. (2006): *Urodzę dziecko z rozszczepem, czyli o filozofii wczesnej interwencji logopedycznej w przypadku dzieci z rozszczepem podniebienia*. „Logopedia”, nr 35.
- Powers G., Dunn C., Erickson C. (1990): *Speech analysis of four children with repaired cleft palates*. „The Journal of Speech and Hearing Disorders”, Vol. 55, No. 3.
- Pruszewicz A. (1992): *Foniatria kliniczna*. PZWL, Warszawa.
- Przetacznik-Gierowska M., Włodarski Z. (1994): *Psychologia wychowawcza*. Cz. 2. PWN, Warszawa.
- Roszkowski T. (1998): *Rozpoznawanie wad płodu*, „Nowa Klinika”, Vol. 5, No. 1.
- Stecko E. (1994a): *Zaburzenia mowy u dzieci – wczesne rozpoznawanie i postępowanie logopedyczne*. Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa.
- Stecko E. (1994b): *Znaczenie oceny i wczesnej stymulacji logopedycznej dziecka z rozszczepem wargi i/lub podniebienia* [w:] Z. Dudkiewicz (red.): *II Konferencja Robocza – rehabilitacja mowy. Rozszczep wargi i podniebienia*. Klinika Chirurgii Dzieci i Młodzieży Instytutu Matki i Dziecka, Warszawa.



Marzena Machoś-Nikodem

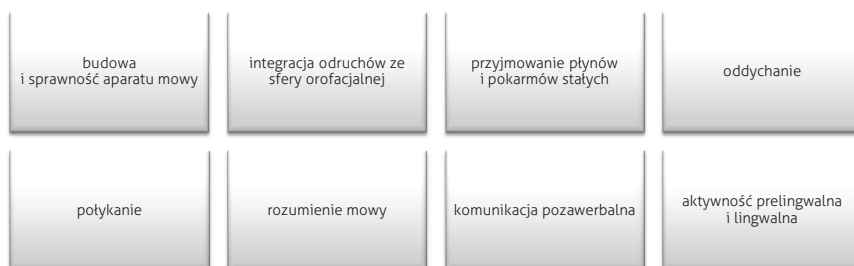
**Holistyczna opieka logopedyczna
nad małym dzieckiem
z niepełnosprawnością intelektualną
– postępowanie diagnostyczno-
-terapeutyczne**

(wg autorskiego programu M. Machoś, M. Rządziej
i J. Sturgolewskiej)



Diagnoza logopedyczna dziecka z niepełnosprawnością intelektualną

Diagnoza logopedyczna dziecka z niepełnosprawnością intelektualną dotyczy badania w zakresie: budowy i funkcjonowania narządów artykulacyjnych, integracji odruchów orofacjalnych, czynności oddychania i połykania, pobierania płynów oraz pokarmów stałych, oceny rozumienia mowy, a także umiejętności komunikacyjnych oraz zasobu wokalicznego, głoskowego i słownego dziecka.



Schemat 1. Diagnoza logopedyczna dziecka z niepełnosprawnością intelektualną
Źródło: opracowanie własne.

Praca z dzieckiem z niepełnosprawnością intelektualną implikuje wykonanie dokładnej diagnozy, wykraczającej poza standardowe badanie logopedyczne, obejmujące: budowę i funkcjonowanie artykulatorów, artykulację, mowę ekspresyjną, słuch fonematyczny, rozumienie mowy, słuch fizjologiczny, leksykalną stronę mowy, gramatyczną stronę mowy, czynność nadawania mowy – powtarzanie, oddychanie, fonację, tempo mowy, płynność mowy, dojrzałość funkcji połykania.

Logopeda pracujący z dzieckiem niepełnosprawnym intelektualnie bada odruchy orofacjalne, których prawidłowe dojrzewanie jest istotne dla rozwoju funkcji pokarmowych oraz mowy. Wśród odruchów należy wymienić reakcje: ssania i połykania, szukania, kłusania, wymiotną, otwierania ust, wysuwania języka, wargowe, żuchwową, odruch akustyczno-twarzowy.

Prawidłowe reakcje w sferze oralnej są gwarantem akwizycji języka w aspekcie umiejętności artykulacyjnych oraz umożliwiają rozwój prawidłowej trakcji oddechowej i stabilizację napięcia mięśniowego w obrębie twarzy.

Kolejny element diagnozy logopedycznej stanowi ocena umiejętności związanych z przyjmowaniem pokarmów płynnych i stałych. Logopeda sprawdza, w jaki sposób pacjent pije, a także czy posiada umiejętność odgryzania, gryzienia i żucia pokarmów. Ponadto ocenia tor oddychania oraz dojrzałość funkcji połykania. Poniższa karta prezentuje wytyczne do diagnozy, obejmujące ocenę budowy aparatu mowy, oddychania oraz funkcji oralnych.

Tabela 1. Ocena budowy i funkcjonowania aparatu mowy, oddychania oraz funkcji oralnych

Budowa i funkcjonowanie aparatu artykulacyjnego	
Wargi	
Podniebienie	
Język	
Wędzidłko podjęzykowe	
Dziąsła, wędzidłko górne, zęby, zgryz	
Oddychanie	
Oddychanie w spoczynku	
Oddychanie w aktywności	
Próby dmuchania (na lekki przedmiot, na jedzenie), 11–14 miesiąc	
Funkcje oralne	
Ssanie – pierś (sekwencyjność)	
Ssanie – butelka (sekwencyjność, rodzaj smoczka)	
Obserwowana pozycja ułożeniowa dziecka w czasie karmienia piersią/butelką	
Odbicie po karmieniu	
Połykanie	
Pobieranie pokarmu z łyżeczki (pozycja i rodzaj łyżeczki, umiejętność ściągania pokarmu)	
Odgryzanie	
Gryzienie	
Żucie	

Źródło: Machoś, 2011, s. 3.

Następnym elementem diagnozy logopedycznej dziecka z niepełnosprawnością intelektualną jest badanie rozumienia mowy. Zadając dziecku pytanie: *Gdzie jest...?* czy wydając polecenia typu: *Daj...*, *Weź...*, weryfikujemy rozumienie podstawowych rzeczowników i nazw czynności. Logopeda sprawdza, czy dziecko reaguje na swoje imię, czy (zapytane) szuka znajomej osoby, przedmiotu, czy uczestniczy z dorosłymi w zabawach typu „a ku ku”, czy adekwatnie do sytuacji wykonuje gest „papa”, czy rozumie polecenie: *Patrz na mnie* (Kielin, red., 2004, s. 238).

O poziomie rozwoju języka świadczy opanowanie zasobu samogłoskowego, głoskowego, sylabowego i wyrazowego. U mówiącego dziecka z niepełnosprawnością intelektualną wykonujemy badanie poprawności artykulacyjnej, natomiast w innych przypadkach oceniamy poziom wokalizacji, dźwięków prewerbalnych (głuzenie, gaworzenie).

U niemówiących dzieci z niepełnosprawnością intelektualną sprawdzamy umiejętność przekazywania informacji. W tym celu można posłużyć się **Oceną efektywności porozumiewania się dzieci niemówiących** (Grycman, 2009). Narzędzie pozwala określić, czy i w jaki sposób badany przekazuje informację, czy posiada intencję komunikacyjną, czy rozumie się w oparciu o specyficzne zachowania, takie jak mimika czy gest. Skala sprawdza zachowania komunikacyjne osoby niemówiącej oraz osoby ze słabą kompetencją komunikacyjną na poziomach: przekaz informacji, budowanie wypowiedzi, współgranie z rozmówcą oraz ogólne nastawienie i motywacja do komunikacji.

Diagnostując dziecko z niepełnosprawnością intelektualną, badamy reakcję na dotyk. Dotyk to najbardziej rozwinięty zmysł zdrowego noworodka. W przypadku niemówiącego dziecka stanowi podstawowy środek komunikacji z rodzicami i opiekunami. Wzajemny kontakt niemowlęcia i dorosłego pozwala na naukę odczytywania sygnałów ciała, będących nośnikami rozmaitych informacji. Kontakt dotykowy (taktylny) stanowi dla dziecka pierwotne źródło informacji niezbędnych dla rozwoju somatognozji oraz wyobrażenia siebie. Istotną rolę odgrywa sprzężenie zwrotne, które dziecko uzyskuje w odpowiedzi na własną aktywność, co przyczynia się do budowania wiedzy o jego własnym ciele jako o kanale, który może wpływać na otoczenie (por. Knill, 1997, s. 13).

Terapia logopedyczna dziecka z niepełnosprawnością intelektualną



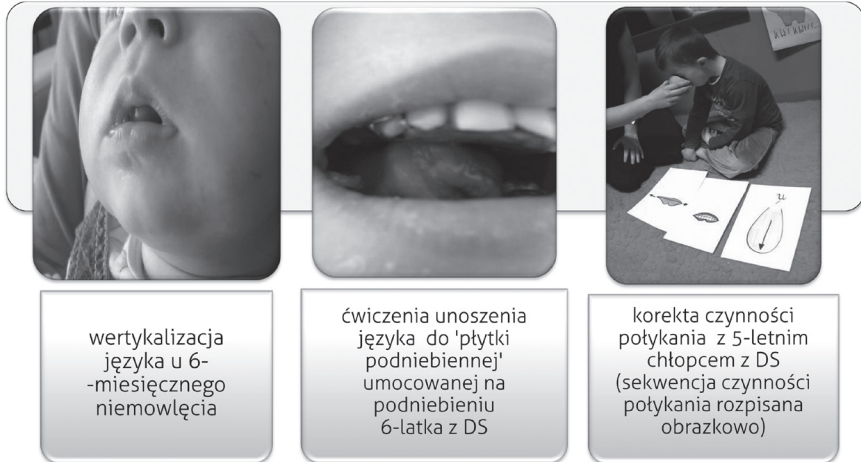
Schemat 2. Wytyczne dotyczące terapii logopedycznej dziecka z niepełnosprawnością intelektualną

Źródło: opracowanie własne.

Fizjologia (oddychanie, połykanie, przyjmowanie pokarmów)

W terapii dziecka z niepełnosprawnością intelektualną niezbędne jest zadbanie o czynności fizjologiczne poprzedzające nabywanie mowy i komunikację. Wiedza dotycząca oddychania, połykania, karmienia i samodzielnego przyjmowania pokarmów jest niezbędna w pracy z małym pacjentem z oligofazją. Terapia logopedyczna powinna koncentrować się także na stymulacji oddychania torem nosowym, które daje również warunki prawidłowego kształtowania się napięcia mięśni mimicznych twarzy, rezonatorów czaszki, warunków zgryzowych i, w efekcie, normatywnego oddechu brzuszno-piersiowego, zwanego też oddechem dolnożebrowo-przeponowym (Skorek, Rządźka, 2011, s. 16). Nieprawidłowy tor oddechowy obserwuje się także u dzieci z zespołem Downa. Z uwagi na anomalie anatomiczne (np. duży język, niedostatecznie wykształcone zęby) obserwuje się u tych dzieci oddychanie przez usta oraz nieprawidłową gospodarkę oddechem, polegającą na krótkich wydechach i mówieniu na wdechu (Skorek, Rządźka, 2011, s. 23). Nieprawidłowa pozycja spoczynkowa języka (brak pionizacji) powoduje u małych dzieci z niepełnosprawnością intelektualną nadmierne ślinienie się. Brak wertykalizacji języka uniemożliwia szybką i efektywną podaż śliny ku górze i ku tyłowi jamy

ustnej, zgodnie z fizjologią połykania. Powoduje to niemożność szybkiego połknięcia gromadzącej się na dnie jamy ustnej śliny i jej wypływanie na zewnątrz (Skorek, Rządźka, 2011, s. 32).



Schemat 3. Pionizacja języka

Źródło: opracowanie własne.

Podstawę usprawniania oddychania małego dziecka z niepełnosprawnością intelektualną może stanowić program opracowany przez M. Rządźką. Kładzie on nacisk na bioterapię grup mięśniowych biorących udział w procesie oddychania, a także usprawnianie fazy wdechowej i wydechowej. Poniższe zestawienie prezentuje przykład wczesnej stymulacji w zakresie profilaktyki dysfunkcji oddychania.

Tabela 2. Profilaktyka i terapia dysfunkcji oddychania wg M. Rządziej

Czynności podejmowane u noworodków:

- sprawdzenie możliwości wentylacji nosem (badanie pediatryczne, ew. laryngologiczne);
- pilnowanie drożności nosa: nawilżanie, oczyszczanie;
- domykanie ust w czasie snu i w pozycji spoczynkowej;
- odpowiednie układanie w łóżeczku;
- podtrzymywanie żuchwy czapkami z wiązaniem umiejscowionym na kąciku żuchwy;
- dbałość o prawidłowy sposób karmienia piersią;
- odpowiedni, indywidualny dobór sprzętu do karmienia alternatywnego w zależności od potrzeb dziecka;
- przy braku karmienia naturalnego – karmienie alternatywne zgodne z zasadami karmienia terapeutycznego;
- ćwiczenia bierne: masaże zewnętrzne okolicy oralnej, wewnętrzne, ustno-twarzowa terapia regulacyjna R.C. Moralesa i inne (np. kinezyterapia oddechow metodą AFE);
- zastosowanie płytki przedśionkowej nr 1 (płytką Kraussa).

W wieku niemowlęcym obowiązują czynności podejmowane u noworodków oraz dodatkowo:

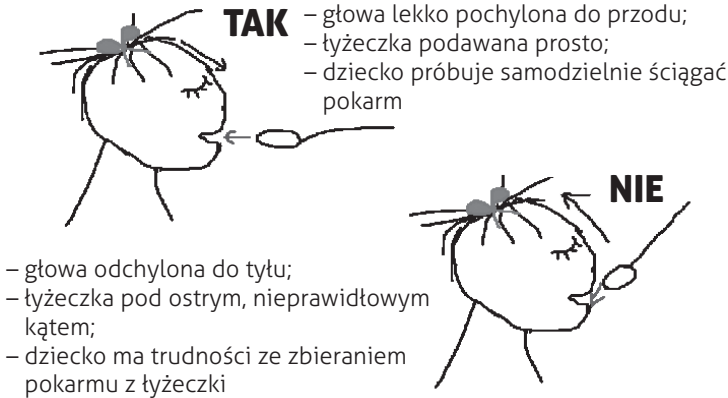
- wygaszanie odruchowej reakcji kłusania powyżej 5. miesiąca życia, następnie reakcji ssania (powyżej 12.–18. miesiąca życia);
- niwelowanie parafunkcji – ssania nieodżywczego palca, smoczka;
- rozwijanie nagryzania, gryzienia, żucia;
- konsekwentne wprowadzanie różnorodności w konsystencjach pokarmów zgodnie z kalendarzem pokarmowym;
- rozwijanie prawidłowej pozycji spoczynkowej języka;
- motoryczne i fizjologiczne przygotowanie do prawidłowego połykania jako elementu pionizacji języka: ćwiczenia bierne – masaże, ćwiczenia czynne oraz zabawy dźwiękonaśladowcze;
- początek zabaw oddechowych ukierunkowanych na fazę wydechową, usprawniającą wargi i policzki dziecka.

U małych dzieci wzbogacamy zestaw o następujące czynności:

- pilnowanie prawidłowego toru oddechowego w czasie snu i w pozycji spoczynkowej (przy oglądaniu, słuchaniu bajek);
- wspieranie prawidłowości w funkcjach pokarmowych (dieta dorosłych);
- budowanie prawidłowości zgryzowych;
- ćwiczenia czynne do korekty sposobu połykania (3 etapy: unoszenie języka, połykanie śliny, stosowanie wyuczony kinetyki ruchu do spożywania pokarmów stałych i płynów);
- czynne ćwiczenia mięśnia okrężnego warg, policzków, języka, podniebienia miękkiego;
- ćwiczenia oddechowe: pogłębianie fazy wdechowej, wydłużanie wydechowej, np. ćwiczenie Skalouda;
- niwelowanie parafunkcji – obgryzania paznokci i ewentualnie ssania palca;
- zastosowanie płytki przedśionkowej nr 2 lub 3 (w zależności od wieku i warunków stomatognatycznych dziecka).

Źródło: Skorek, Rządziejka, 2011, s. 44–45.

Prowadząc terapię dziecka z niepełnosprawnością intelektualną, koncentrujemy się na stymulacji prawidłowego oddychania, połykania, a także przyjmowania pokarmów. Wczesna stymulacja logopedyczna to budowanie kompetencji rodzica, który w domu wykorzystuje wskazówki dotyczące nauki picia z kubka, karmienia łyżeczką oraz odgryzania, gryzienia i żucia pokarmów. Sposób karmienia dziecka, wkładania łyżeczki do buzi jest ważny dla przyszłego rozwoju mowy.



Schemat 4. Prawidłowy i nieprawidłowy sposób karmienia łyżeczką

Źródło: opracowanie własne.

Kształtowanie umiejętności istotnych dla rozwoju komunikacji

Aktywne postrzeganie wzrokowe jest istotną umiejętnością w przyswajaniu mowy. Koncentracja na twarzy osoby dorosłej (rodzica, terapeuty) daje możliwość zaobserwowania, a następnie naśladowania ułożenia ust w czasie mówienia. Fiksacja na trójkącie twarzy, wspólne pole uwagi, podążanie wzrokiem za przedmiotem, wskazywanie palcem, wzrokiem to intermodalne umiejętności, ułatwiające komunikację werbalną i wspomagającą. Umiejętność koncentrowania wzroku na twarzy osoby dorosłej u zdrowego niemowlęcia pojawia się już w pierwszym miesiącu życia (Cieszyńska, 2010, s. 182). Dzieci z niepełnosprawnością intelektualną (szczególnie w stopniu znacznym i głębokim) niejednokrotnie mają problem z opanowaniem tej umiejętności, która leży u podstaw ontogenezy języka i komunikacji. Aby ułatwić małemu dziecku z oligofazją nawiązanie kontaktu wzrokowego, można zastosować ćwiczenia z zasłanianiem i odsłanianiem twarzy wyciętym z kartonu owalem z czarnym, konturowym rysunkiem twarzy (Cieszyńska, 2010, s. 182–183). Podczas ćwiczeń stymulujących na-

wiązywanie kontaktu wzrokowego dobrze zaznaczyć usta wyraźnym, czerwonym konturem (szminka). Kiedy dziecko nauczy się fiksacji na twarzy terapeuty, prowadzi się ćwiczenia mające na celu rozszerzanie pola widzenia oraz kontrolowanie wzrokiem wykonywanych czynności (Cieszyńska, 2010, s. 185).

W rozwoju rozumienia mowy ważną rolę odgrywa gest wskazywania palcem, który u zdrowego niemowlęcia pojawia się ok. 9. miesiąca życia. Umiejętność wskazania (palcem, spojrzeniem) jest niezbędna w nauce rozumienia mowy. Dziecko, zapytane: *Pokaż, gdzie jest mama?*, odwraca wzrok i patrzy na osobę dorosłą lub wskazuje ją palcem. Dzięki wskazywaniu możemy rozwijać rozumienie mowy, a także wprowadzać systemy komunikacji wspomagającej (gdy dziecko wskazuje obrazek, ikonę, zdjęcie, ilustrację lub inny symbol).

Komunikacja pozawerbalna

Tradycyjnie pojmowana terapia logopedyczna dotyczy stymulacji i rozwijania mowy dziecka, ze szczególnym uwzględnieniem usprawniania artykulacji. Tymczasem praca z dzieckiem niemówiącym rodzi potrzebę wyjścia poza strukturę opartą na komunikacie słownym. Wiele zaburzeń i związanej z nimi deprivacji werbalnej implikuje zastosowanie jakiegokolwiek metody, która ułatwiałaby nawiązanie kontaktu z dzieckiem nieporozumiewającym się za pomocą słów.

Tabela 3. Strukturyzacja ramowa zajęć z pacjentem niepełnosprawnością intelektualną – sygnały pozawerbalne

Zmysł dotyku kod taktylny kod proprio- ceptywny	Dotykanie twarzy logopedy przed zajęciami Dotykanie ubraniem ręki przed wyjściem na spacer Dotykanie kremu oraz różnych przyrządów do masażu przez masażem Dotykanie twarzy szczoteczką przed masażem wnętrza jamy ustnej Dotykanie przed masażem poszczególnych części ciała Dotykanie psa przed rozpoczęciem zajęć dogoterapii Dotykanie łyżką ust lub rękoma talerza przed karmieniem (przed posiłkiem) Silniejszy uścisk bioder przed zmianą pieluszki
Zmysł wzroku kod „wizualny”	Zapalona świeca (np. jako sygnał do rozpoczęcia polisensorycznej stymulacji według pór roku) Kolorowe światło w zaciemnionej sali Różne przedmioty rozpoznawane przez dziecko (słuchawki przed ćwiczeniami słuchowymi, krem przed masażem, podkładka przed podaniem posiłku etc.). Kolorowa chusta zakładana na głowę przy „porannym kręgu” (odmienny kolor dla każdej pory roku)

<p>Zmysł słuchu kod „audytywny” kod muzyczny</p>	<p>Głos (możliwość zmiany modulacji, intonacji, rytmizacji, np. poprzez charakterystyczny sposób wymawiania imienia dziecka) Różne odgłosy, np. dźwięk szczoteczki elektrycznej przed masażem wnętrza jamy ustnej, dźwięk łyżeczki uderzającej o kubek przed posiłkiem, dźwięk odkręcanej wody przed myciem rąk Dźwięki instrumentów przed zabawami muzycznymi Konkretna melodia jako nośnik informacji o mającej nastąpić aktywności, np. melodia inicjująca Program Knilla jako sygnał do rozpoczęcia ćwiczeń</p>
<p>Zmysł węchowy i smakowy</p>	<p>Polizanie „żelka” przed ćwiczeniami żucia Odrobina czekolady, miodu lub dżemu przed masażem twarzy (konsystencja pokarmu jako silny impuls do silnego uaktywnienia pracy jamy ustnej) Określony zapach oliwki przez wykonaniem masażu Zapach określonego mydła przed myciem Zapach aromatu do ciasta przed zabawą w tworzywach przekształcalnych, np. masa solna z dodatkiem olejków zapachowych Perfumy osób zajmujących się dzieckiem Wykorzystanie woreczka z dodatkiem lawendy do masażu twarzy i ciała</p>
<p>Zmysł równowagi</p>	<p>Posadzenie dziecka leżącego jako sygnał rozpoczynających się zajęć Posadzenie dziecka na kocyku lub materacu przed rozpoczęciem programu Knilla Położenie dziecka na plecach przed wykonaniem masażu twarzy</p>
<p>Bliskość, przestrzeń kod proksemiczny</p>	<p>Zbliżenie się do dziecka jako sygnał chęci podjęcia aktywności Zwrócenie się ku dziecku, podanie ręki jako zachęta do zabawy, do aktywności</p>

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Fröhlich, 1998.

Rola dotyku w budowaniu komunikacji

Język ciała niemowlęcia jest zmienny i intuicyjny, we wczesnym stadium rozwoju reakcje zależą od stanu dziecka. Wzajemny kontakt niemowlęcia i dorosłego pozwala na naukę odczytywania sygnałów ciała, będących nośnikami rozmaitych informacji. U dziecka wzrasta otwartość na świat zewnętrzny, z chwilą gdy dostrzega ono, że jego reakcje spotykają się ze zrozumieniem oraz adekwatną odpowiedzią. Mechanizm ten działa w dwie strony, u opiekuna znajduje potwierdzenie swoich zdolności komunikowania się z niemowlęciem, wzrasta otwartość i motywacja do wprowadzania zmian w sesjach, do pobudzania inicjatywy dziecka i strukturalizowania jego rozwoju (Knill, 1997).

W terapii logopedycznej można wykorzystać masaż opracowany przez Leboyera na bazie hinduskiej metody Shantala. Jedną z podstawowych korzyści masażu jest nawiązanie wzajemnych więzi pomiędzy niemowlęciem a rodzicem. Komunikacja z dzieckiem niepełnosprawnym intelektualnie, dla którego

słowo często nie jest głównym nośnikiem informacji, oparta jest (podobnie jak w przypadku niemowlęcia) na dotyku, głosie i kontakcie wzrokowym. Dotyk rozwija się jako pierwszy ze zmysłów, jest podstawowym kodem, jakim niemowlę porozumiewa się z opiekunem. Stymulacja taktylna i proprioceptywna (czucia głębokiego) za pomocą dotyku wywołuje szereg zmian korzystnych dla organizmu dziecka: wspomaga rozwój psychiczny oraz zaspokaja potrzebę bliskości, bezpieczeństwa (Skórczyńska, Gruna-Ożarowska, Sadowska, 2004, s. 206–207).

W aspekcie terapii logopedycznej istotną staje się kwestia wpływu masażu na osobę terapeuty. Ta specyficzna forma stymulacji taktylnej opiera się na sprzężeniu zwrotnym, co pozwala osobie masującej zbliżyć się do dziecka, oswoić z nim, poznać i starać się dekodować komunikaty pozawerbalne, których nośnikiem jest ciało dziecka. Zgodnie z zaleceniami do masażu przystępujemy dopiero po nawiązaniu z dzieckiem kontaktu wzrokowego. Z punktu widzenia stymulacji porozumiewania się istotną fazą jest masaż twarzy, w trakcie którego dziecko przyjmuje pozycję leżenia na plecach (Skórczyńska, Gruna-Ożarowska, Sadowska, 2004, s. 214–215).

Masaż Shantala jest stosowany u dzieci opóźnionych w rozwoju, pomaga w rozwijaniu umiejętności odczuwania własnego ciała dzięki regularnej stymulacji czuciowej (Skórczyńska, Gruna-Ożarowska, Sadowska, 2004, s. 217).

Stymulacja wokalizacji

Dziecko rodzi się z predyspozycjami do posługiwania się rozumem i mową. Predyspozycje te jednak aktywizują się pod wpływem otaczającego środowiska. Proces przyswajania języka nie przebiega samoczynnie, bez udziału otaczających dziecko osób. W trakcie nabywania umiejętności mowy ważną rolę odgrywa czynnik społeczny. Dorośli dostarczają dziecku wzorów, jak funkcjonować językowo w określonej społeczności.

Proces przyswajania i rozwoju języka jest możliwy dzięki **dialogowi**. W pierwszych miesiącach życia jest to dialog pomiędzy niemowlęciem a matką oraz innymi dorosłymi z najbliższego otoczenia dziecka. W okresie niemowlęcym nie można pominąć roli wczesnej stymulacji werbalnej w przyswajaniu przez dziecko kolejnych elementów języka. Dzięki niej dziecko czuje się bezpieczne oraz uczy się zachowań komunikacyjnych. Dziecinna mowa używana jest przez rodziców i opiekunów w kontaktach z niemowlęciem. Jest to intensywna relacja wokalna i mimiczna, która występuje we wszystkich kulturach. Mówiąc o charakterystycznych cechach mowy osób dorosłych kierowanych do niemowlęcia, należałoby wymienić (Fröhlich, 1998, s. 223):

- częste obracanie twarzy w połączeniu z ruchami głowy, przy czym oczy i brwi szczególnie przykuwają uwagę wzrokową dziecka;
- częste powtarzanie prostych i wyraźnych przekazów głosowych i mimicznych w prostej i dobitnej formie;

- wyższą tonację głosu – głos osoby rozmawiającej z dzieckiem automatycznie się podnosi, odpowiadając wtedy percepcji słuchowej małego dziecka;
- wolne tempo mówienia;
- wyraźne akcentowanie (co sprawia, że mowa jest wyraźniejsza i łatwiejsza do zrozumienia);
- akcentowanie modulacji i melodii wokalne – wysokie i niskie tony głosu w obrębie frazy są przesadnie akcentowane i wyraźniejsze.

Charakterystyczne zachowania komunikacyjne osoby dorosłej umożliwiają małemu dziecku lepszą koncentrację na głosie, słowach i mimice rozmówcy. Dialogu wokalicznego nie należy mylić z pełnym zdrobnień językiem starszych dzieci.

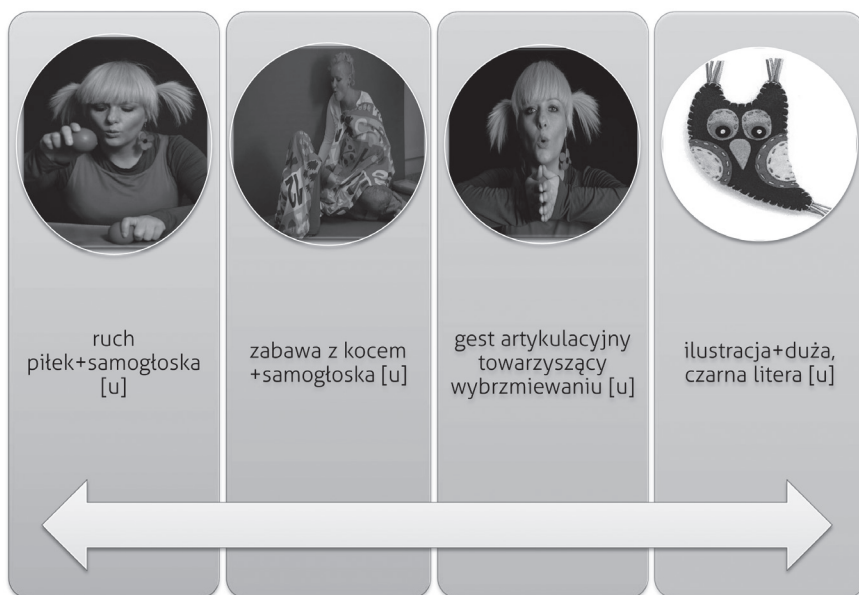
Niemowlę nie od razu rozumie słowa, które do niego wypowiadamy. Czyta nasze komunikaty przekazywane za pomocą melodii głosu i mimiki. Nasz sposób mówienia do niemowlęcia odznacza się szczególnym rytmem. Na ogół dorosły przerywa mówienie po 10 sekundach, dając dziecku czas na „mówienie”. Wówczas dziecko reaguje mimicznie i wokalnie. Następnie dorosły naśladuje dźwięki wydawane przez dziecko. To rodzaj zabawnej rozmowy. Rozmawiając z dzieckiem w taki właśnie sposób, osoba dorosła pokazuje, że je dostrzega i rozumie oraz dostarcza mu informacji o tym, co powiedziało. Podążając za dzieckiem, naśladując je, dorosły umożliwia dziecku nauczenie się rozpoznawania i opanowania różnych form porozumiewania się i ekspresji, dlatego należy zauważać i powtarzać wczesne dźwięki wydobywane przez dziecko oraz prowadzić z nim dialog dźwiękowy, pamiętając, by zawsze pozostawić mu czas na wypowiedź (Fröhlich, 1998, s. 224–226).



Schemat 5. Schemat prowadzenia dialogu wokalicznego

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Fröhlich, 1998.

Stymulacja do wokalizacji (propozycja autorska) zakłada równoległe wykonywanie kilku czynności, mających ułatwić przyswajanie przez dziecko z niepełnosprawnością intelektualną samogłosek. Obok przedstawienia litery i ilustrującego ją obrazka (np. sowa – „u”) terapeuta wykonuje rękoma dziecka ruch 2 pióreczkami (lub zachęca do powtórzenia ruchu). Podobnie prowokuje do wokalizacji w zabawie (np. zabawa z kocykiem lub czynności proponowane w metodzie werbotonalnej). Aby ułatwić wybrzmiewanie dźwięku, wykonuje wraz z dzieckiem gest rękoma (przypominający o ułożeniu aparatu mowy przy wybrzmiewaniu danej samogłoski). Jeśli dziecko nie potrafi powtórzyć gestu, można go wykonać jego rękoma (czasami gest wykonujemy na twarzy dziecka, co stanowi manualne torowanie ułożenia ust przy próbie wywołania wokalizacji).



Schemat 6. Wielotorowe oddziaływanie w stymulacji wokalizacji dziecka z niepełnosprawnością intelektualną

Źródło: opracowanie własne.

Zarówno diagnoza, jak i terapia dziecka z niepełnosprawnością intelektualną wymagają podejścia holistycznego, eklektycznego. Postępowanie logopedyczne pacjenta z oligofazją dotyczy nie tylko budowania kompetencji komunikacyjnych, ale także fizjologii oddychania, połykania i przyjmowania pokarmów.

Bibliografia

- Cieszyńska J. (2010): *Wczesna diagnoza i terapia zaburzeń autystycznych*. Omega Stage Systems, Kraków.
- Fröhlich A. (1998): *Stymulacja od podstaw*. WSiP, Warszawa.
- Grycman M. (2009): *Sprawdź, jak się porozumiewam. Ocena efektywności porozumiewania się dzieci niemówiących wraz z propozycjami strategii terapeutycznych*. RCRP, Kraków.
- Kielin J. (red.) (2004): *Rozwój daje radość. Terapia dzieci upośledzonych umysłowo w stopniu głębokim*. GWP, Gdańsk.
- Knill Ch. (1997): *Dotyk i komunikacja. Instruktaż do programu Ch. Knilla*. CMPPP, Warszawa.
- Machoś M. (2011): *Diagnoza neurologopedyczna niemowlęcia 0–12 miesiąca. Ocena odruchów ze sfery orofacjalnej oraz umiejętności istotnych dla rozwoju mowy*. Ergo-Sum, Bytom.
- Skórczyńska M., Gruna-Ożarowska A., Sadowska L. (2004): *Metody wspomagające proces rehabilitacji dziecka. Założenia teoretyczne i podstawy praktycznego zastosowania* [w:] L. Sadowska (red.): *Neurofizjologiczne metody usprawniania dzieci z zaburzeniami rozwoju*. Wydawnictwo Akademii Wychowania Fizycznego, Wrocław.
- Skorek E., Rządźka M. (2011): *Profilaktyka i terapia czynności oddechowych u dzieci*. Wydawnictwo Uniwersytetu Zielonogórskiego, Zielona Góra.



Agnieszka Mielewska, Katarzyna Węsierska

**Zastosowanie metod Palin Parent-
Child Interaction (Palin PCI)
i Lidcombe Program w terapii
jąkania wczesnodziecięcego**



Jąkanie u dzieci

Jąkanie wywiera wpływ na jakość życia osób zmagających się z tym zaburzeniem mowy. Poszukiwanie skutecznych metod terapii ma stosunkowo długą historię. Jeden z pierwszych programów badawczych został podjęty około roku 1925 przez zespół badaczy z University of Iowa pod kierunkiem W. Johnsona (Prins, Ingham, 2009). Przez wiele lat badania koncentrowały się głównie na problemach dorosłych osób jękających się. W ostatnich dekadach sytuacja ta ulega zmianie – w swoich badaniach naukowcy zajmujący się jękaniem coraz częściej zwracają się ku zaburzeniom płynności mówienia u dzieci, a także ku zagadnieniom skuteczności interwencji podejmowanej wobec jękających się dzieci (Yairi, Ambrose, 2004).

Jednym z największych na świecie projektów badawczych dotyczących zjawiska jękania u dzieci jest The University of Illinois Stuttering Research Program, prowadzony pod kierunkiem profesora E. Yairiego i profesor N. Ambrose (2005). Ustalenia tego zespołu badawczego przyniosły wiele ważnych informacji na temat jękania wczesnodziecięcego. Badania setek jękających się dzieci wykazały, że u 68% z nich pierwsze objawy zaburzenia pojawiły się, zanim dziecko ukończyło 36. miesiąc życia, a u 95% – przed 48. miesiącem życia. Początek jękania, jak podkreślają badacze, ma zatem miejsce zdecydowanie wcześniej, niż uważano do tej pory. Choć jąka się około 5% dzieci, to odsetek przypadków, w których następuje samoistne ustępowanie objawów, jest bardzo wysoki – waha się od 70% do 80%. Samoistne ustąpienie objawów ma miejsce zazwyczaj w ciągu 4 lat od pojawienia się pierwszych objawów jękania (Finn et al., 1997; Yairi, Ambrose, 2005). Badania prowadzone przez zespół E. Yairiego i N. Ambrose, a także przez A. Packman i M. Onslowa – przedstawicieli kolejnego wiodącego ośrodka badań nad jękaniem wczesnodziecięcym The Australian Stuttering Research Centre – wskazują, że nawet bardzo małe dzieci mogą mieć świadomość, że się jąkają, i w związku z tym mogą odczuwać negatywne emocje

(Ezarti-Vinacour, Platzky, Yairi, 2001; Starkweather, 2002; Yairi, Ambrose, 2005; Langevin, Packman, Onslow, 2009). Wyniki badań sugerują również, że prawdopodobieństwo samoistnego ustąpienia objawów jąkania obecnych w mowie dziecka przez okres dłuższy niż 3 lata jest bardzo małe (Yairi et al., 1996). Jeśli objawy zaburzenia nie ustępują, często obserwuje się narastanie dodatkowych problemów, takich jak unikanie sytuacji związanych z komunikowaniem się, lęk przed wypowiedaniem się, a także pojawianie się wtórnych objawów jąkania, np. współruchów. Istotnym czynnikiem, który ma wpływ na percepcję jąkania przez otoczenie dziecka, jest fakt, że to zaburzenie – w przeciwieństwie do innych problemów logopedycznych – pojawia się zwykle po okresie, gdy mowa dziecka rozwijała się normalnie. Opiekunowie dzieci często podkreślają w wywiadach, że wystąpienie objawów (czasem nagłe, czasem stopniowe, narastające) było dla nich bardzo frustrującym doświadczeniem. Taka sytuacja może wywoływać u rodziców objawy paniki, poczucie winy, lęku i bezradności, co niekorzystnie odbija się na funkcjonowaniu małego dziecka. Badania pokazują jednakże, że wczesna identyfikacja problemu jąkania i odpowiednio dobrana terapia są skuteczne (Onslow, Costa, Rue, 1990; Onslow, Andrews, Lincoln, 1994; Millard, Edwards, Cook, 2009; Manning, 2010).

Studia nad zjawiskiem jąkania wczesnodziecięcego przyczyniły się również do zmiany podejścia w zakresie interwencji terapeutycznej wobec małych dzieci. O ile dawniej w niwelowaniu jąkania u małych dzieci dominowały tzw. pośrednie metody terapii (poradnictwo dla rodziców, modyfikowanie warunków środowiska dziecka, terapia z wykorzystaniem zabawy), o tyle obecnie coraz powszechniej rekomenduje się zastosowanie terapii bezpośredniej. Wśród przedstawicieli tego nurtu można wymienić badaczy, a zarazem klinicystów, takich jak: G. Riley i J. Riley z California State University, M. Onslow, A. Packman z University of Sydney czy J. Ingham z University of California (Ingham, 1999; Riley, Riley, 1999; Onslow, Packman, Harrison, 2003). Choć reprezentują oni różne podejścia, to wspólne dla nich jest to, że z powodzeniem stosują bezpośrednią pracę z dzieckiem nad upłynnianiem jego mowy.

W ostatnich latach logopedzi coraz powszechniej podejmują intensywne oddziaływania terapeutyczne wobec małych jąkających się dzieci i ich rodzin. Badania sondażowe i badania ankietowe dotyczące postaw logopedów wobec diagnozy i terapii jąkania u dzieci, przeprowadzone w Wielkiej Brytanii i Stanach Zjednoczonych w latach 80. XX wieku, a następnie powtórzone na początku XXI wieku, ujawniły zmieniającą się tendencję. Wraz z upowszechnianiem się takich podejść terapeutycznych jak australijski Lidcombe Program czy brytyjski Palin Parent-Child Interaction Approach zdecydowanie większy odsetek logopedów deklaruje, że z powodzeniem podejmuje terapię jąkania małych dzieci (Crichton-Smith, Wright, Stackho-

use, 2003). Na tym tle sytuacja polskich logopedów wygląda mniej korzystnie. Badania ankietowe przeprowadzane w ostatnich latach wskazują, że ci specjaliści odczuwają wyraźny niedosyt wiedzy i brak odpowiednich kwalifikacji z zakresu diagnozy i terapii jąkania, w tym jąkania wczesnodziecięcego (Tarkowski, 2005). W artykule została podjęta próba zaprezentowania 2 odmiennych podejść terapeutycznych wobec jąkania wczesnodziecięcego. Metody te, obok wielu istotnych różnic, mają wiele istotnych cech wspólnych. Najważniejsza z nich to fakt, że oba podejścia wywodzą się z nurtu metod zorientowanych na wykorzystanie w praktyce klinicznej wyników badań naukowych (ang. *evidence-based practice*) oraz akcentują kluczową rolę rodziców/opiekunów w procesie terapii¹.

Palin Parent-Child Interaction Approach (Palin PCI) – podejście interakcyjne rodzic–dziecko

Brytyjscy specjaliści w dziedzinie jąkania, reprezentujący The Michael Palin Centre for Stammering Children², od lat 80. XX wieku wdrażają oraz, na podstawie własnych badań i obserwacji, stale udoskonalają metodę, która opiera się na wykorzystaniu w terapii jąkania wczesnodziecięcego interakcji rodzic–dziecko (Chęć, 1993; Kostecka, 2000; 2001a; 2001b; Węsierska, 2010). Twórczynią tego podejścia, a zarazem współzałożycielką ośrodka, była dr L. Rustin. Podstawą Palin PCI jest założenie, iż rodzice są istotnym komponentem i partnerem w terapii. To oni, wspólnie z logopedą, ustalają i realizują cele, a przez to czują się odpowiedzialni za efekty swojej pracy. Palin PCI jest przeznaczony do terapii dzieci do 7. roku życia. Program terapii jest indywidualnie dostosowany do każdej rodziny, w oparciu o potrzeby dziecka. Rozpoczyna się ona od zastosowania interwencji pośredniej, po czym do te-

¹ Autorki artykułu miały możliwość teoretycznego i praktycznego zapoznania się z tymi podejściami terapeutycznymi. Mgr Agnieszka Mielewska jako pierwsza polska logopedka uczestniczyła w warsztatach organizowanych w roku 2010 na Uniwersytecie Bostońskim przez The Stuttering Foundation, gdzie dogłębnie poznała zasady wdrażania Palin PCI (*Cognitive Approaches to Parent-Child Interaction Therapy*). Dr Katarzyna Węsierska w latach 2009–2012 brała udział w wielu szkoleniach organizowanych w The Michael Palin Centre w Londynie (m.in. *Palin PCI – Palin Parent-Child Interaction Therapy for pre-school children who stammer, Primary School Children who stammer: realising their potential, Research and its application to clinical practice*). Z kolei w zakresie stosowania podejścia Lidcombe Program została przeszkolona w roku 2010 przez Lidcombe Program Trainers Consortium w Royal College of Speech and Language Therapists w Londynie (*The Lidcombe Program of Early Stuttering Intervention*). Różne metody pracy z dzieckiem jąkającym się miała również okazję poznać podczas warsztatów The Stuttering Foundation organizowanych w roku 2011 we współpracy z Portland State University w Oregonie (*Diagnosis and treatment of children who stutter*).

² Więcej informacji na temat działalności ośrodka można znaleźć na stronie internetowej: www.stammeringcentre.org [3.11.2013].

rapii tych dzieci, które wymagają dalszej pracy nad płynnością mowy, włącza się strategie interwencji bezpośredniej.

Założenia programu terapeutycznego

W podejściu terapeutycznym wykorzystuje się przede wszystkim interakcje zachodzące między dzieckiem a rodzicem. Teoretyczne podstawy metody interakcyjnej to (Meyers, 1991; Kelman, Nicholas, 2012):

- rodzice w instynktowny sposób wspomagają płynność mowy ich dziecka – proces terapii rozpoznaje te działania i na ich podstawie buduje wiedzę rodziców, eliminując ich niepewność odnośnie do słuszności swoich działań;
- styl interakcji rodziców dzieci jąkających się nie różni się od stylu interakcji rodziców dzieci niejąkających się;
- sposoby interakcji rodzica i dziecka mogą być modyfikowane, a tym samym mogą zwiększyć płynność mowy dziecka;
- jąkanie wpływa na jakość interakcji rodzic–dziecko;
- dziecko z podatnością na jąkanie gorzej radzi sobie w interakcjach z dorosłym, dlatego też wymaga wsparcia w tym zakresie.

Podczas sesji terapeutycznych w ośrodku przy użyciu kamery wideo rejestrowane są wspólne zabawy dziecka z rodzicami. Materiał ten jest wykorzystywany w terapii, a uzyskane dzięki niemu informacje zwrotne, a także dyskusje między rodzicami i logopedą mają na celu wspieranie kompetencji rodziców w takim organizowaniu warunków środowiska, by możliwe było uzyskiwanie poprawy płynności mowy u ich dziecka. Metoda ta opiera się na założeniu, że zmiana sposobu komunikacji rodziców i opiekunów z dzieckiem znacząco wpływa na sposób, w jaki porozumiewa się dziecko. Pozwala mu na osiągnięcie większej płynności w mówieniu.

U podstaw teoretycznych tego podejścia terapeutycznego leży założenie, że jąkanie to zaburzenie o wieloczynnikowej etiologii, tłumaczone zaistnieniem kombinacji czynników neurofizjologicznych, lingwistycznych, psychologiczno-emocjonalnych i środowiskowych w różnych proporcjach oraz okresach (Smith, Kelly, 1997), które mogą być znacząco zniwelowane poprzez manipulację nimi³. Czynnikiemami, które poddają się modyfikacji, są – zdaniem brytyjskich badaczy – przede wszystkim warunki panujące w środowisku dziecka. Jednym z najważniejszych założeń Palin PCI jest jednakże rozpoznanie konkretnych potrzeb dziecka i takie zaprogramowanie terapii, by możliwe było ich zaspokojenie. To, w opinii twórców programu, umożliwi jąkającemu się dziecku osiągnięcie płynności w mówieniu (Guitar, 2006; Kelman, Nicholas, 2012).

³ Dotyczy to tych czynników, które poddają się manipulacji, np. warunków środowiska, w którym wychowuje się dziecko, sposobu komunikowania się osób z najbliższego otoczenia czy rozwijania sprawności językowej dziecka.

Najważniejsze zasady Palin PCI (Botterill, Kelman, 2010; Węsierska, 2010; Węsierska, Mielewska 2012):

- program terapii koncentruje się na intuicyjnym rozumieniu problemu jąkania przez rodziców i rozwijaniu ich kompetencji w celu poprawy płynności mowy dziecka;
- jedna zmiana interakcji pociąga za sobą kolejne zmiany;
- jąkanie to złożone zjawisko, w związku z tym terapia powinna być indywidualnie dopasowana do potrzeb dziecka i jego rodziny;
- interakcja jest procesem dwukierunkowym;
- terapia opiera się na współpracy rodziców z logopedą na zasadach partnerskich;
- rolą terapeuty jest wzmocnienie i wsparcie rodziców w procesie terapii;
- informacje zwrotne udzielane przez logopedę (ang. *feedback*) koncentrują się na pozytywnych działaniach rodziców.

W podejściu Palin PCI za podstawowy cel stawia się budowanie u rodziców postawy tolerancji wobec problemów dziecka, rozwijanie ich wiedzy na temat jąkania oraz umiejętności radzenia sobie z nim. Dzięki temu są oni w stanie wspierać dziecko w stopniowym osiągnięciu coraz większej płynności mowy na każdym z etapów terapii. Kolejnym celem Palin PCI jest zredukowanie lęku i niepokoju, który mogą odczuwać rodzice w związku z problemem jąkania. Dopiero jako ostatni z wytyczonych celów terapeutycznych autorzy programu wskazują zredukowanie zająknięć dziecka do poziomu niepłynności mówienia typowej dla tego okresu (Botterill, Kelman, 2010).

Do realizacji założonych celów wykorzystuje się w terapii następujące techniki (Kelman, Nicholas, 2012; Botterill, Kelman, 2010; Węsierska, 2010):

- strategie interakcyjne (ang. *interaction strategies*) – ukierunkowane na modyfikowanie interakcji pomiędzy rodzicami i dzieckiem (m.in. pozwalanie dziecku na przejmowanie inicjatywy w zabawie, zachowanie równowagi pomiędzy komentowaniem wypowiedzi dziecka i zadawaniem mu pytań, zwolnienie tempa mowy osób dorosłych, stosowanie pauz, używanie języka dostosowanego do wieku dziecka);
- strategie rodzinne (ang. *family strategies*) – ukierunkowane na wspomaganie rodziców w radzeniu sobie z niepokojącymi zachowaniami dziecka, obawami związanymi z jąkaniem, budowaniem u dziecka wiary i pewności siebie, ze skutecznym udzielaniem pochwał, z utrzymaniem dyscypliny, redukowaniem wygórowanych ambicji czy otwartym mówieniem o jąkaniu w rodzinie i uregulowaniem rytmu życia;
- strategie ukierunkowane na bezpośrednią pracę z dzieckiem (ang. *child strategies*) – to m.in. zwalnianie tempa mowy dziecka za pomocą przyuczania go do stosowania tzw. mowy żółwikowej (ang. *tartoise talking*), stosowanie pauz, tzw. mowy autobusikowej (ang. *bus talking*) i tzw. delikatnego startu mowy – mowy samolocikowej (ang. *aeroplane talking*),

jak również uczenie dziecka skupienia uwagi i utrzymywania kontaktu wzrokowego podczas mówienia.

Oprócz tego do programu, w zależności od indywidualnych potrzeb dziecka, mogą zostać włączone inne strategie, obejmujące np. terapię logopedyczną ukierunkowaną na przezwyciężanie współwystępujących z jękaniami innych zaburzeń mowy, współpracę z przedszkolem czy szkołą oraz korzystanie z pomocy innych specjalistów.

Przebieg realizacji programu

Program terapii Palin PCI można podzielić na 3 etapy. Pierwszy z nich zakłada 6 spotkań terapeutycznych prowadzonych w poradni, po czym następuje 6-tygodniowy etap drugi, tzw. utrwalania efektów terapii, prowadzony w warunkach domowych (ang. *home-based consolidation period*). Po zakończeniu obu etapów następuje tzw. okres monitoringu (ang. *monitoring phase*). Proces terapii poprzedza szczegółowa diagnoza logopedyczna, której pierwszym elementem jest badanie przesiewowe (ang. *initial screening assessment*) – wstępne badanie logopedyczne pozwalające na ustalenie, czy interwencja logopedyczna jest konieczna (Kelman, Nicholas, 2012; Węsierska, 2010). Badanie to może być przeprowadzone w poradni (podczas bezpośredniego kilkudziesięciominutowego kontaktu rodziców z logopedą), podczas rozmowy telefonicznej lub z wykorzystaniem kwestionariusza (rodzice wypełniają formularz i odsyłają go pocztą do poradni). Wizyta w poradni odbywa się w obecności jednego lub obojga rodziców, którzy poproszeni są o krótką zabawę z dzieckiem, tak by logopeda mógł ocenić rodzaj jękania oraz stwierdzić, czy występują inne zaburzenia mowy. Podczas rozmowy z rodzicami terapeuta analizuje istnienie tzw. sygnałów ostrzegawczych – czynników ryzyka wystąpienia jękania (ang. *warning bells*). Zadaje opiekunom następujące pytania:

- Czy w rodzinie matki lub ojca występowały przypadki jękania?
- Jeśli tak, to czy jękanie u tych osób utrzymywało się w okresie dojrzałości?
- Czy rodzice są zaniepokojeni mową dziecka?
- Czy dziecko jąka się dłużej niż 12 miesięcy?
- Czy objawy utrzymują się na podobnym poziomie bądź nasilają się?
- Czy dziecko ma inne problemy związane z nabywaniem mowy i języka?
- Czy dziecko miało jakiegokolwiek problemy z nabywaniem mowy i języka w przeszłości?
- Czy mowa dziecka jest rozwinięta ponad normę wiekową?
- Czy dziecko jest świadome swoich problemów z niepełnością?

Analiza odpowiedzi na te pytania oraz obserwacja dziecka i rodziców pozwala logopedzie na podjęcie decyzji, czy konieczne jest pełne badanie logopedyczne czy wystarczy konsultacja rodziny, a następnie obserwacja i monitoring objawów jękania przez pewien okres (rekomendowane są wizyty kontrolne: po 3 miesiącach, po pół roku i rok po pierwszej konsultacji).

Pełne badanie logopedyczne dziecka, u którego zachodzi podejrzenie występowania jąkania, obejmuje 2 sesje diagnostyczne. Pierwsza z nich trwa godzinę (do 1,5 godziny) i rozpoczyna się od wideorejestracji około 5-minutowej, swobodnej zabawy dziecka z każdym z rodziców z osobna. Następnie przeprowadzone zostaje badanie mowy i języka, ocena objawów jąkania, a także ustalenie stosunku dziecka do problemów występujących w jego mowie. Opiekunowie proszeni są również o wypełnienie kwestionariusza dla rodziców, tzw. skali dla rodziców jąkającego się dziecka (ang. *Parent Rating Scale*), która pozwala logopedzie rozpoznać, jak postrzegają problem ich dziecka, jak sobie z nim radzą (Millard, Edwards, Cook, 2009). Użycie kwestionariusza na zakończenie terapii pozwala ocenić, jak zmieniała się percepcja tego problemu przez rodziców i na ile opanowali umiejętność skutecznego wspierania dziecka w przezwyciężaniu jąkania.

Kolejna sesja diagnostyczna, trwająca około 2 godzin, odbywa się bez udziału dziecka. W czasie tej sesji przeprowadzony jest szczegółowy wywiad z rodzicami (ang. *case history*). Podczas tej rozmowy logopeda omawia wiele kwestii, m.in. zdrowie i rozwój dziecka, jego zachowanie, komunikowanie się, relacje z innymi osobami oraz obecność jąkania w mowie dziecka. Cały zebrany materiał umożliwi specjalistę określenie, jakie są mocne i słabe strony dziecka, jego potrzeby, a także potrzeby jego rodziny (Rustin, Purser, 1991; Kelman, Nicholas, 2012). Wyniki badań są omawiane z rodzicami, tak by przekazać im jasne i logiczne wyjaśnienie jąkania, oparte na wieloczynnikowej koncepcji powstania i rozwoju tego zjawiska. W oparciu o wiedzę zdobytą w czasie procesu diagnozy logopeda wspólnie z rodzicami ustala, jakie będą cele terapii oraz formułuje indywidualny program terapeutyczny (Ward, 2006; Kelman, Nicholas, 2012). Po opracowaniu programu terapii, dopasowanej do indywidualnych potrzeb dziecka oraz jego sytuacji rodzinnej (np. samotny rodzic, rozwiedzeni rodzice), można przystąpić do jego realizacji. W pierwszej fazie program terapii Palin PCI zakłada godzinne sesje w poradni, raz w tygodniu, przez 6 tygodni. Po nich następuje 6-tygodniowy okres utrwalania efektów terapii w domu, a następnie okres monitoringu.

Istotnym aspektem podejścia Palin PCI jest rola i styl działania logopedy. Jego zadaniem jest nie tylko moderowanie przebiegu sesji terapeutycznych i monitorowanie przebiegu terapii. Zgodnie z założeniami Palin PCI jest on partnerem rodziny, z którą współpracuje, dlatego też powinien przede wszystkim wspierać rodziców, unikać udzielania im porad i pouczania ich. W programie rodzice traktowani są jak eksperci, którzy najlepiej znają swoje dziecko. Logopeda koncentruje się na ich sukcesach, a nie na popełnianych przez nich błędach. Mobilizuje rodziców do poszukiwania i rozwijania tego, co robią dobrze do tej pory i co skutecznie pomaga ich dziecku. Zadaje pytania w celu zidentyfikowania mocnych stron rodziny i wykorzystania ich w terapii. Pomaga rozpoznać te obszary działania, w których rodzice mogą robić

coś inaczej, a przez to oddziaływać na płynność mowy ich dziecka (Kelman, Nicholas, 2012; Węsierska, 2010; Jeziorczak, Węsierska, 2011).

Etap I – spotkania z logopedą w poradni (ang. *within clinic sessions*). Zadaniem logopedy jest przekonać rodziców już od pierwszej sesji, że współpraca z nimi będzie przebiegała w atmosferze otwartego dialogu i zrozumienia wzajemnych obowiązków wynikających z programu terapii. Rodzice zostają zapoznani z techniką „czasu specjalnego” (ang. *special time*). Każdy rodzic zobowiązuje się do spędzenia ze swoim dzieckiem 5 minut, od 3 do 5 razy w tygodniu (w zależności od ilości czasu wolnego, jakim dysponuje), podczas których jego uwaga będzie koncentrowała się wyłącznie na dziecku. Jest to czas wspólnej zabawy i rozmowy. Formę aktywności wybiera dziecko, co zwiększa jego motywację do działania. Nie powinna to być jednak zabawa poza domem, gra komputerowa, oglądanie telewizji lub czytanie książki, ponieważ nie wymagają one interakcji werbalnej. Nie powinny to być również zabawy hałaśliwe, dlatego najczęściej wybierane aktywności to budowanie z klocków lub zabawa lalkami. Podczas tych krótkich sesji zabawowych rodzice wdrażają strategie zorientowane na zmianę interakcji i strategie rodzinne, a cała uwaga jest skupiona na dziecku, na tym, o czym mówi, a nie na tym, jak mówi. Po każdej sesji „czasu specjalnego” rodzic wypełnia specjalny arkusz, po czym zabawa może być kontynuowana. „Czas specjalny” można również stosować z rodzeństwem dziecka objętego terapią, by uwaga rodziców nie była skupiona jedynie na jąkającym się dziecku.

Głównym celem drugiej sesji w poradni jest upewnienie się, czy „czas specjalny” został pomyślnie wprowadzony, gdyż bez tego nie można rozpocząć właściwej terapii. Sesja ta rozpoczyna się od analizy arkusza „czasu specjalnego”. Rodzice odpowiadają na pytania dotyczące ich spostrzeżeń co do tego, dlaczego ich dziecko się jąka, co powinni robić, by jego mowa była bardziej płynna i co robili do tej pory, by wspomagać jej płynność. Następnie logopeda wraz z rodzicami ogląda materiały wideo rejestrujące zabawy z dzieckiem każdego z nich. Rodzice są proszeni, aby nie komentowali nawzajem swoich nagrań. Omawiają oni m.in. naturalność swoich zachowań na filmie oraz to, co robili do tej pory, by wspomagać płynność dziecka (na konkretnym przykładzie), i co mogliby robić częściej, a tym samym ustalają kolejny cel „czasu specjalnego” na następny tydzień.

Sesja trzecia i następujące po niej rozpoczynają się od analizy informacji zwrotnych uzyskanych dzięki wypełnionym przez rodziców arkuszom. Następnie dokonywane są nagrania interakcji rodzic-dziecko. Na podstawie tych materiałów logopeda udziela rodzicom informacji zwrotnych, a oni akcentują zauważone przez siebie pozytywne skutki – to, z czego są zadowoleni, oraz to, co działa. Logopeda pomaga im zidentyfikować i uzasadnić nowy cel „czasu specjalnego” oraz wydaje kolejny arkusz, po czym możliwe jest dokonanie następnego nagrania, by wdrożyć nowy cel i utrzymać poprzednie, jeśli

istnieje taka potrzeba. Dyskutowane są również strategie rodzinne. Wydane zostaje także, w razie potrzeby, odpowiednie opracowanie dotyczące wdrażania strategii interakcyjnych. Na zakończenie sesji szóstej szczegółowo omawia się sposób wdrażania terapii w warunkach domowych i wyznaczana jest data kolejnej wizyty po upływie 6 tygodni (Kostecka, 2001b; Kelman, Nicholas, 2012; Węsierska, 2010; Węsierska, Mielewska 2012).

Etap II – utrwalanie terapii w warunkach domowych (ang. *the home-based consolidation period*). Podczas tego 6-tygodniowego okresu, który następuje po intensywnej terapii w poradni, rodzice kontynuują stosowanie „czasu specjalnego” samodzielnie, w domu. Cotygodniowe wizyty zostają zastąpione przesyłaniem sprawozdań terapeutycie (do końca każdego tygodnia). W ten sposób ma on możliwość monitorowania postępów w terapii. Logopeda kontaktuje się z rodzicami listownie, telefonicznie lub przez pocztę elektroniczną. W sytuacji pogorszenia się płynności mowy dziecka lub narastania innych problemów rodzice są proszeni o niezwłoczny kontakt ze specjalistą. Logopeda z kolei interweniuje i kontaktuje się z rodzicami, jeśli w wyznaczonym czasie nie otrzyma od nich wypełnionych arkuszy z informacjami zwrotnymi. Na koniec okresu utrwalania terapii w warunkach domowych rodzina spotyka się z logopedą. Celem tej wizyty jest przeprowadzenie badania kontrolnego, podczas którego ocenia on poziom niepełności w mowie oraz obserwuje zmiany w sposobie mówienia. Rodzice proszeni są ponownie o wypełnienie kwestionariusza skali dla rodziców. Wspólnie z logopedą omawiają stosowanie „czasu specjalnego”, a także proszeni są o podzielenie się swoimi obserwacjami odnośnie do wszelkich zmian w mowie dziecka. Jeśli nastąpiła poprawa w płynności mowy dziecka, a rodzice czują się pewnie w swoim postępowaniu i zaniepokojenie związane z jękaniem ich pociechy obniżyło się, terapia przechodzi w fazę monitoringu. Forma monitorowania postępów w upłynnianiu mowy dziecka trwa około roku. W tym czasie rodzice proszeni są o konsekwentne wdrażanie „czasu specjalnego”. Zgłaszają się do poradni w odstępach od 6 do 12 tygodni. Jeśli natomiast poprawa płynności nie nastąpiła lub rodzice nadal nie czują się pewnie w swoim postępowaniu, logopeda może podjąć decyzję o bezpośredniej pracy nad płynnością mowy dziecka. Techniki terapii bezpośredniej to wspomniane już wcześniej: mowa żółwikowa, mowa autobusikowa, mowa samolocikowa.

W tej części terapii rodzice nadal są zaangażowani w jej wdrażanie. Obserwują oni interakcję logopeda–dziecko podczas wprowadzania i stosowania technik terapii bezpośredniej, a następnie są włączani do tych aktywności w poradni, by móc je wprowadzać podczas ćwiczeń w domu. Rodzice mają również za zadanie nagradzać dziecko (wzmacniać pozytywnie), gdy techniki te stosuje w mowie spontanicznej (Guitar, 2006; Ward, 2006; Kelman, Nicholas, 2012; Węsierska, 2010).

Możliwość wykorzystania Palin PCI w terapii innych zaburzeń mowy

Metoda Palin PCI została zmodyfikowana i jest efektywnie stosowana w wielu klinikach w Wielkiej Brytanii do pracy z dziećmi z opóźnionym rozwojem mowy. Dla potrzeb szkół i przedszkoli została również dostosowana do pracy z dziećmi z problemami komunikacyjnymi. Jest ponadto wykorzystywana w pracy z dziećmi ze spektrum autyzmu i dziećmi z problemami w nauce (Guitar, McCauley, 2010).

Zalety metody

Wśród wielu walorów podejścia Palin PCI, które przez niektórych logopedów praktyków jest określane mianem terapii dobrego rodzicielstwa, najważniejsze wydają się następujące cechy (Botterill, Kelman, 2010; Węsierska, 2010; 2011):

- możliwość zastosowania tej formy terapii wobec małych dzieci, niezależnie od poziomu ich możliwości poznawczych;
- dostosowanie terapii do potrzeb konkretnego dziecka i jego rodziny;
- zaangażowanie rodziców (lub opiekunów) w terapię na warunkach partnerskiego udziału w tym procesie;
- zajęcie przez logopedę pozycji osoby wspierającej rodzinę, której zadaniem jest przede wszystkim organizacja przebiegu terapii i czuwanie nad jej skutecznością, dzięki czemu rodzice czują się autentycznymi sprawcami sukcesu swojego dziecka.

Skuteczność Palin PCI

Skuteczność terapii została potwierdzona w badaniach naukowych. S. Matthews, R. Williams, T. Pring (1997) monitorowali postępy czteroletniego chłopca. Wyniki pokazały znaczącą poprawę płynności jego mowy w okresie terapii w poradni, a stan ten został utrzymany podczas pracy z dzieckiem w domu. S. Millard, A. Nicholas, F. Cook (2008) przeprowadziły natomiast studia przypadków (ang. *single-subject replication study*) na grupie sześciorga jąkających się dzieci, które zgłosiły się do The Michael Palin Centre. Każde z nich miało nie więcej niż 5 lat, jękało się od co najmniej 12 miesięcy i nigdy nie korzystało z terapii logopedycznej. U czworga badanych nastąpiła znacząca poprawa płynności mowy przed końcem okresu terapii w domu z obopojem rodziców. U jednego dziecka odnotowano znaczącą poprawę płynności w pracy tylko z jednym z rodziców (Millard, Nicholas, Cook, 2008).

Kolejnym etapem ewaluowania skuteczności podejścia Palin PCI było badanie grupy dziesięciorga jąkających się dzieci w wieku od 3 lat i 7 miesięcy do 4 lat i 11 miesięcy, które zostały losowo przydzielone do grupy eksperymentalnej (zostały objęte terapią Palin PCI) i do grupy kontrolnej (były poddane obserwacji). W badaniu tym została zastosowana metodologia studium indywidualnego przypadku (ang. *single subject series design*). Dzieci z grupy eksperymentalnej były poddane kolejno: obserwacji w fazie A1 – przed

rozpoczęciem terapii, terapii w fazie B1 (6 tygodni terapii w poradni) i B2 (6 tygodni utrwalania terapii w warunkach domowych), a następnie – po 3 miesiącach od zakończenia fazy B2 – 3-miesięcznej obserwacji i badaniu kontrolnemu, w momencie gdy od zakończenia terapii w poradni upłynęło 6 miesięcy. Dzieci z grupy kontrolnej były poddawane wyłącznie obserwacji w fazie A1 i A2. Wyniki badań pokazały, że u wszystkich dzieci z grupy eksperymentalnej i u jednego dziecka z grupy kontrolnej znacząco obniżył się poziom jąkania. Rodzice dzieci objętych programem terapeutycznym deklarowali ponadto znaczne zwiększenie poczucia kompetencji w radzeniu sobie z problemami w mowie swoich dzieci (Millard, Edwards, Cook, 2009).

Lidcombe Program – behawioralna terapia bezpośrednia dla jąkających się dzieci w wieku przedszkolnym

Lidcombe Program jest kolejną metodą terapii jąkania wczesnodziecięcego. Nazwa tego podejścia terapeutycznego pochodzi od przedmieść Sydney w Australii, skąd wywodzi się program. Lidcombe Program, jak podkreśla M. Onslow, jeden z jego twórców, jest owocem współpracy badaczy z University of Sydney⁴ i logopedów praktyków ze Stuttering Unit Bankstown Health Service⁵ (Onslow, Packman, Harrison, 2003). Program ten jest przykładem zastosowania behawioralnej terapii bezpośredniej w jąkaniu wczesnodziecięcym (Guitar, 2006). Jest zalecany dla dzieci poniżej 6. roku życia. Badania prowadzone przez twórców Lidcombe Program pokazują jednak, że może on być również stosowany u młodszych dzieci szkolnych (Harrison et al., 2010). Lidcombe Program jest silnie ustrukturyzowany, jednak obok stałych komponentów niezbędnych do jego wdrażania jest on każdorazowo dostosowywany do potrzeb konkretnego dziecka i jego rodziny. Choć wywodzi się z antypodów, zdobywa coraz większą popularność, i to nie tylko w krajach anglojęzycznych, takich jak Stany Zjednoczone, Kanada czy Wielka Brytania. Coraz większym powodzeniem cieszy się także w innych krajach, np. w Niemczech (Onslow, Packman, Harrison, 2003; Lattermann, Euler, Neumann, 2008). W polskiej literaturze logopedycznej Lidcombe Program doczekał się na razie pojedynczych wzmianek (Chęciek, 2006, 2007; Węsierska, 2009, 2013).

Główne założenia programu

Osią programu jest metodologia warunkowania instrumentalnego. Twórcy Lidcombe Program podkreślają, że udział dziecka w terapii ma być dla niego

⁴ The Australian Stuttering Research Centre: The Lidcombe Program Manual: http://sydney.edu.au/health_sciences/asrc/health_professionals/asrc_download.shtml [3.11.2013].

⁵ Oddział Terapii Jąkania Bankstown Health Service.

przyjemnym doświadczeniem. Jąkające się dziecko nie jest uczone technik upłynniania mowy (takich jak zwolnienie tempa, pauzowanie czy delikatny kontakt narządów aparatu artykulacyjnego), nie przyswaja w czasie terapii nowego sposobu mówienia. Również rodzice nie są pouczani, aby modyfikować warunki środowiska domowego tak, by były one bardziej sprzyjające dla upłynniania mowy ich pociechy. We wczesnym stadium Lidcombe Program terapia wdrażana jest za pomocą werbalnych komentarzy rodziców (ang. *verbal contingencies*) podczas 10–15-minutowych ustrukturyzowanych konwersacji terapeutycznych, prowadzonych każdego dnia. Aktywność jest tak zaprogramowana, by możliwe było instrumentalne warunkowanie dziecka za pomocą informacji zwrotnych, udzielanych przez rodzica.

Twórcy tego podejścia akcentują, że w praktyce logopedycznej terapeuta często potrafi poprawić płynność mowy jąkającego się dziecka podczas jego wizyt w poradni, jednak nie następuje osiągnięcie skutecznej poprawy w naturalnym środowisku, dlatego w Lidcombe Program akcentowane jest zaangażowanie rodziców w terapię, uznawane za kluczowy element, przesądzający o jej powodzeniu. Najbardziej charakterystyczną cechą programu jest to, że jest on wdrażany przez rodziców (ang. *parent-administered*), a nie przez specjalistę (Bennett, 2006; Bernstein, Ratner, Guitar, 2006). Program silnie angażuje jednego z rodziców lub inną znaczącą dla dziecka osobę – to przede wszystkim ona wdraża terapię w warunkach domowych. Rolą terapeuty podczas cotygodniowych spotkań jest zatem przygotowanie rodzica do skutecznego wdrażania programu oraz monitorowanie postępów dziecka. Głównym celem zastosowania podejścia terapeutycznego Lidcombe Program jest uzyskanie u dziecka mowy całkowicie pozbawionej objawów jąkania lub z nieznacznymi niepełnościami (Guitar, McCauley, 2010).

Proces diagnozy

Diagnoza w podejściu Lidcombe Program różni się od stosowanej w innych programach, np. w Palin PCI. Ważnym jej komponentem jest powtarzalność oraz stałe dokonywanie pomiaru jąkania przez rodziców z wykorzystaniem 10-stopniowej „skali nasilenia jąkania” (ang. *The Severity Rating Scale*) (Eve et al., 1995). Innym elementem diagnozy jest prowadzona wyłącznie przez logopedę ocena częstotliwości jąkania. Jest to procentowy pomiar sylab niepełnych/zająkniętych (ang. *Percent Syllables Stuttered, %SS*), dokonywany w minimum 300-sylabowej próbie wypowiedzi (Lincoln, Packman, 2003). Te metody oceny jąkania, dokonywane w Lidcombe Program, mają różne zastosowanie – pozwalają na mierzenie nasilenia jąkania i wpływu terapii na mowę dziecka oraz umożliwiając dalsze programowanie postępowania logopedycznego.

Ocena jąkania manifestowanego przez dziecko jest dokonywana podczas pierwszego spotkania z logopedą. Rodzice są proszeni o przyniesienie, o ile

to możliwe, nagrania audio lub wideo z próbką spontanicznej wypowiedzi dziecka – na wypadek, gdyby nie chciało się komunikować w poradni z logopedą lub nie jękało się w tym czasie. Podczas wizyty diagnostycznej specjalista zbiera informacje dotyczące natury i przebiegu jękania u dziecka oraz robi krótki wywiad na temat rozwoju fizycznego, językowego i poznawczego pacjenta oraz na temat jego środowiska rodzinnego. Następnie terapeuta dokonuje procentowego pomiaru sylab zająkniętych w około 300-sylabowej próbce wypowiedzi. Zgromadzone do tego momentu dane pozwalają mu na stwierdzenie, czy dziecko się jęka.

Kolejnym zadaniem specjalisty jest dostarczenie rodzicowi ogólnych informacji na temat jękania, uwzględniając przy tym również te związane z samodzielnym ustępowaniem objawów bez zastosowania jakiejkolwiek terapii. Logopeda wyjaśnia rodzicom, na czym polega Lidcombe Program i jaka byłaby ich rola we wdrażaniu tego podejścia terapeutycznego. Rodzice z pomocą terapeuty podejmują decyzję, czy należy odroczyć terapię i monitorować mowę dziecka czy zastosować Lidcombe Program. Twórcy programu akcentują, że proces diagnozy jękania jest stale powtarzany. Początkowo pomiar jękania jest przeprowadzany, aby umożliwić podjęcie decyzji dotyczącej konieczności podjęcia terapii. Później, podczas trwania terapii, dokonywanie ocen zmian zachodzących w jękanii się dziecka pozwala właściwie programować poszczególne sesje terapeutyczne.

Wdrażanie Lidcombe Program

Program wdrażany jest w 2 etapach. Celem pierwszego z nich jest uzyskanie zdecydowanej poprawy płynności w mowie dziecka. W tym czasie rodzic/opiekun uczęszcza z dzieckiem do poradni raz w tygodniu. Zadaniem dorosłego jest praktyczne stosowanie nabywanych podczas spotkań z logopedą umiejętności, czyli wdrażanie terapii każdego dnia w naturalnym (domowym) środowisku dziecka. Kiedy jękanie dziecka zanika lub osiągnęło bardzo niski poziom, rozpoczyna się drugi etap programu. Przez kilka/kilkanaście miesięcy rodzic i dziecko coraz rzadziej uczęszczają do poradni. Warunkiem tego jest jednak utrzymywanie się stanu niskiego poziomu jękania lub całkowite ustąpienie objawów. Podczas drugiego etapu logopeda zachęca rodzica do ostrożnego, aczkolwiek systematycznego wycofywania się ze stosowania technik terapeutycznych. W tym czasie rola terapeuty polega również na monitorowaniu postępów dziecka. Musi on także zadbać o to, by rodzic potrafił odpowiednio zareagować w razie ponownego pojawienia się jękania.

Etap I realizacji programu. Zadaniem terapeuty podczas cotygodniowych spotkań jest przyuczanie rodzica do wdrażania terapii i przeprowadzania codziennych zapisów pomiarów nasilenia jękania u dziecka z wykorzystaniem „skali nasilenia jękania”. Pomiaru rodziców wraz z tymi, które wykonuje logopeda podczas spotkań w poradni (procentowy pomiar sylab niepłyn-

nych), wyznaczają przebieg realizacji programu. Podczas cotygodniowych wizyt logopeda monitoruje i odpowiednio dopasowuje postępowanie logopedyczne do indywidualnych potrzeb dziecka. Specjalista dba o to, by wdrażana terapia była dla dziecka pozytywnym, przyjemnym doświadczeniem. Na początku spotkania mierzy on częstotliwość jąkania, choć – jak zaznaczają twórcy Lidcombe Program – nie musi się to odbywać podczas każdej wizyty w poradni⁶. Następnie uczy rodzica dokonywania pomiaru z wykorzystaniem 10-stopniowej „skali nasilenia jąkania”. Zazwyczaj rodzic jest proszony o dokonanie oceny dla danej sytuacji mownej. Pomiędzy nim a terapeutą powinna nastąpić zgodność co do dokonanej oceny. W praktyce oznacza to, że logopeda – po przeprowadzeniu pomiaru sylab zająkniętych w próbce wypowiedzi – proponuje konkretny stopień na skali, wyjaśniając, że stopień 1 oznacza całkowity brak jąkania, 2 – bardzo łagodne jąkanie, natomiast 10 – bardzo ciężką postać jąkania, najsilniejszą, jaką można sobie wyobrazić. Rodzic jest proszony o wystawienie swojej oceny, a następnie terapeuta i opiekun porównują swoje wyniki i dyskutują na temat różnic pomiędzy nimi. Taka procedura jest powtarzana podczas każdej kolejnej sesji, zawsze aż do uzyskania porozumienia pomiędzy terapeutą i rodzicem. Autorzy Lidcombe Program podkreślają, że należy dążyć do osiągnięcia rozsądnego porozumienia pomiędzy terapeutą i rodzicem (ang. *reasonable agreement*). Oznacza to, że oceny na skali proponowane przez rodzica i logopedę nie powinny różnić się więcej niż jednym stopniem. Od momentu, gdy rodzic zostanie przyuczony do posługiwania się skalą, jest proszony o dokonywanie pomiaru każdego dnia. Mierzy on i zaznacza na skali wynik od 1 do 10 dla całego dnia albo konkretnej sytuacji mownej, która miała miejsce w tym dniu.

Podczas kolejnych wizyt u logopedy rodzice podają wyniki zaznaczone przez nich na skali dla każdego dnia poprzedniego tygodnia, a terapeuta zaznacza je na arkuszu dziecka. Następnie porównują te wyniki z próbką wypowiedzi w poradni. Zarówno dokonanie oceny częstotliwości jąkania, jak i analiza pomiarów dokonywanych przez rodzica na skali prowadzą do dyskusji na temat postępów czynionych przez dziecko w osiągnięciu płynności w mowie w minionym tygodniu. Logopeda prosi rodzica o zaprezentowanie, w jaki

⁶ We wcześniejszych zaleceniach dla logopedów stosowanie procentowego pomiaru sylab zająkniętych dotyczyło każdej wizyty w poradni na pierwszym etapie terapii (*Manual for the Lidcombe Program of Early Stuttering Intervention*, 2008). W aktualizacji do podręcznika metody *Lidcombe Program*, wprowadzonej w lipcu 2010 roku, nastąpiła zmiana – pomiar częstotliwości jąkania jest opcjonalny, nie musi być dokonywany podczas każdej wizyty w poradni. Zmiana ta została utrzymana w kolejnej nowelizacji podręcznika z lutego 2011 roku, dostępnej obecnie na stronie Australian Stuttering Research Centre. Nadal jednak podczas szkoleń prowadzonych dla logopedów przez *Lidcombe Program Trainers Consortium* zaleca się mniej doświadczonym we wdrażaniu LP terapeutom, by praktykowali cotygodniowy pomiar częstotliwości jąkania (http://sydney.edu.au/health_sciences/asrc/health_professionals/asrc_download.shtml [3.11.2013]).

sposób wdrażał terapię w domu, jakie napotkał trudności, co jego zdaniem było skuteczne i w związku z tym należy kontynuować. Następnie specjalista omawia i demonstruje zmiany w procedurach, które są zalecane na kolejny tydzień. Pod okiem logopedy rodzic uczy się ich wprowadzania. Każda wizyta kończy się podsumowaniem tego, co powinno być wdrażane w następnym tygodniu, i zaproszeniem rodzica do stawiania pytań w razie nasuwania się jakichkolwiek wątpliwości.

Procedury związane z wprowadzaniem terapii polegają przede wszystkim na wykorzystaniu tzw. werbalnych komentarzy rodzica (ang. *parental verbal contingencies*) w odpowiedzi na mowę dziecka. Zazwyczaj odbywa się to w czasie wspólnej interaktywnej zabawy rodzica z dzieckiem. Rodzice komentują wypowiedzi dziecka bez zająknięcia oraz takie, co do których są pewni, że jękanie wystąpiło. Komentarze te powinny być udzielane możliwie jak najszybciej po skończonej wypowiedzi dziecka. Twórcy programu akcentują, że te werbalne informacje zwrotne rodziców nie powinny być nadużywane i nie mogą być dla dziecka przykre. Ważne jest zatem, by w przypadku zwrócenia uwagi dziecku na wypowiedź jednoznacznie nie płynną rodzic użył neutralnego i niekarzącego tonu głosu. Po płynnej wypowiedzi może on: uświadomić to dziecku (np. *to było płynne, gładkie, dobrze wypowiedziane*), pochwalić taką wypowiedź (np. *wypowiedziałeś to dobrze i płynnie, bravo!*) lub poprosić dziecko o ocenę swojej wypowiedzi (np. *czy to było płynne, gładkie?*). Po jednoznacznym jękaniu się dziecka rodzic może: uświadomić mu to (np. *to było trochę wyboiste, nierówne, tutaj się potknąłeś*) lub poprosić dziecko o poprawienie wypowiedzi (np. *spróbuj powiedzieć to jeszcze raz – płynnie!*). Aby mieć pewność, że Lidcombe Program jest pozytywnym doświadczeniem dla dziecka, większość werbalnych komentarzy rodzica powinna dotyczyć mowy płynnej – wolnej od jękania.

Początkowo, na pierwszym etapie, terapia jest wdrażana podczas tzw. ustrukturyzowanych konwersacji – ok. 10–15-minutowych zabaw rodzica z dzieckiem, prowadzonych każdego dnia. Rodzic i dziecko zazwyczaj angażują się w jakąś interaktywną formę zabawy, prowadzoną w spokojnym miejscu. Ważne jest, aby miała ona wyraźną strukturę oraz aby język, którego używa rodzic, był na tyle nieskomplikowany, by dziecko miało możliwość osiągnięcia płynności w mowie. Pozwala to na wykreowanie sytuacji, w których rodzic ma liczne okazje do udzielania werbalnych komentarzy. Pod koniec pierwszego etapu terapii zakres oddziaływań rozszerza się także na nieustrukturyzowane sytuacje. Innymi słowy, gdy wyniki odnotowywane na skali przez rodzica są niskie oraz pomiary dokonywane przez terapeutę wskazują na zmniejszenie objawów jękania, a terapia wdrażana jest poprawnie, logopeda zachęca rodziców do udzielania komentarzy werbalnych w różnorodnych nieustrukturyzowanych sytuacjach w ciągu dnia. Logopeda uczy następnie rodziców, jak udzielać komentarzy werbalnych w różnych natural-

nych sytuacjach. Może to mieć miejsce w każdym środowisku, gdzie istnieje prawdopodobieństwo, że dziecko może się zająknąć: w domu, w sklepie, w samochodzie, na placu zabaw itd.

Kiedy jąkanie w mowie dziecka osiąga bardzo niski poziom, rodzic i dziecko przechodzą do drugiego etapu terapii. Przejście do kolejnego etapu jest możliwe po spełnieniu wyraźnie określonych kryteriów. Są to następujące uwarunkowania:

- procentowy pomiar częstotliwości jąkania dokonywany przez logopedę w poradni ma być niższy niż 1,0%;
- wyniki odnotowywane przez rodzica na skali z ostatnich 3 tygodni powinny wynosić 1 lub 2 (ale przynajmniej 4 z nich muszą wynosić 1).

Etap II realizacji programu. Celem drugiego etapu jest utrwalanie efektów terapii, czyli utrzymanie niskiego poziomu jąkania u dziecka. W tym czasie rodzice uczą się stopniowego zmniejszania częstotliwości stosowanych komentarzy werbalnych. Jeśli udaje się zachować płynność mowy dziecka, logopeda tak planuje spotkania, by wizyty w poradni odbywały się coraz rzadziej. Może to przebiegać według następującego wzorca: pierwsze 2 wizyty w poradni mają miejsce z 2-tygodniowym odstępem, kolejne 2 – z 4-tygodniowym, potem 2 – z 8-tygodniowym i ostatnie 2 wizyty w poradni – co 16 tygodni. W sytuacji, gdy objawy jąkania nasilają się, logopeda decyduje, czy należy powrócić do pierwszego etapu terapii, aby ponownie zastosować wcześniejsze działania terapeutyczne.

Indywidualizacja zastosowania programu

Lidcombe Program zawiera pewne niezbędne komponenty, jednak – jak podkreślają jego twórcy – ważne jest, by ich wdrażanie było zindywidualizowane dla konkretnego dziecka i jego rodziny (Harrison, Onslow, 2010). Logopeda wspólnie z rodzicem/opiekunem wykorzystuje podejście skoncentrowane na rozwiązaniu problemów w celu zintensyfikowania skuteczności oddziaływań terapeutycznych i upewnienia się, że terapia jest pozytywnym i przyjemnym doświadczeniem dla dziecka. Zindywidualizowanie programu dla konkretnych dzieci i ich rodzin wiąże się z takimi czynnikami jak: wiek dziecka, stopień nasilenia jąkania, zachowanie dziecka, osobowość – zarówno dziecka, jak i jego rodziców, nieprzewidziane okoliczności rodzinne oraz doświadczenia jąkających się rodziców związane z terapią, w której uczestniczyli.

Wiek dziecka i wynikający z niego poziom rozwoju poznawczego oraz lingwistycznego to istotne czynniki, które powinny być analizowane podczas programowania terapii. Wiek dziecka determinuje typ ćwiczeń, które są stosowane podczas ustrukturyzowanych konwersacji terapeutycznych, a także czas ich trwania. Wiek dziecka może mieć również wpływ na dobór werbalnych komentarzy wykorzystywanych w programie. W niektórych przypadkach zaleca się przeprowadzenie przez rodzica rozmowy z dzieckiem na

temat tego, jakiego typu komentarze ono preferuje. Z kolei stopień nasilenia jąkania będzie miał znaczący wpływ na wybór formy aktywności i sposób prowadzenia rozmowy z dzieckiem. Upraszczenie sytuacji zabawowych oraz języka, jakim posługują się dorośli w kontakcie z dzieckiem, pozwoli uzyskać odpowiednią ilość płynnych wypowiedzi, by możliwe było skuteczne udzielanie informacji zwrotnych.

Nie mniej istotnymi czynnikami, które często wymagają zastosowania zindywidualizowanego podejścia, są różne aspekty dotyczące zachowania dziecka. Skuteczne udzielanie werbalnych komentarzy może być trudne zarówno w przypadku dzieci bardzo rozmownych, jak i w stosunku do tych opornych (wycofanych). W takich sytuacjach logopeda powinien nauczyć rodzica szczególnie uważnego dobierania ćwiczeń wykorzystywanych w terapii. Rozważenia wymagają także indywidualne reakcje rodziców lub/i dziecka na problem związany z jąkaniem. Jeśli dziecko będzie manifestowało niezadowolony z faktu, że uwaga otoczenia koncentruje się na jego jąkaniu, można w początkowym etapie terapii zrezygnować z komentowania wypowiedzi niepłynnych. Dodatkowe wsparcie logopedy może być również potrzebne, gdy rodzic czuje się niekomfortowo, skupiając się na jakimkolwiek aspekcie mowy dziecka.

Wpływ na programowanie i wdrażanie terapii mogą mieć także różne okoliczności rodzinne, takie jak problem z zarządzaniem czasem (np. gdy w rodzinie są jeszcze inne małe dzieci lub jeżeli rodzice pracują długo poza domem). Twórcy Lidcombe Program zalecają także, aby logopeda brał pod uwagę napięte stosunki rodzinne lub problemy zdrowotne występujące w rodzinie. Mając na uwadze fakt, że jąkanie ma tendencję do powtarzania się w rodzinach, należy także pamiętać, że zdarzają się przypadki, że rodzice dzieci uczestniczących w Lidcombe Program sami korzystali wcześniej z terapii jąkania. Logopeda wdrażający Lidcombe Program ma jednak za zadanie uświadomić takim rodzicom, że prawie zawsze terapia zalecana osobom dorosłym nie jest odpowiednia dla dzieci w wieku przedszkolnym. Jak podkreślają autorzy programu, fakt, że rodzic jąka się, nie jest czynnikiem wykluczającym go z wdrażania terapii.

Zalety Lidcombe Program

Choć badacze często podkreślają, że nie jest do końca naukowo wyjaśnione działanie programów behawioralnych w redukowaniu jąkania, to metody te – z racji swojej skuteczności – cieszą się rosnącą popularnością (Ingham, 1993; Manning, 2010). Twórcy Lidcombe Program akcentują, że metoda jest stosunkowo prosta w zastosowaniu, nie wymaga bezpośredniej ingerencji w warunki środowiska, ani też modyfikowania sposobu mówienia dziecka. Za niezbędne komponenty programu, przesądzające o jego skuteczności, uważa się: wdrażanie programu w naturalnym środowisku dziecka przez osoby znaczące (najczęściej przez rodzica), permanentne ewaluowanie skuteczności

programu (pomiaru dokonywane przez terapeutę i rodziców), kompetentne stosowanie komentarzy werbalnych w odpowiedzi na mowę płynną i jąkanie, kontynuowanie oddziaływań terapeutycznych podczas fazy utrzymywania efektów terapii, a także aktywne poszukiwanie rozwiązań dla pojawiających się problemów (Lincoln, Harrison, 1999).

Skuteczność stosowania programu

Twórcy Lidcombe Program podkreślają, że badania wykazały bezpieczeństwo stosowania tej metody terapii dla dziecka, tzn. nie wpływa ona negatywnie na relacje rodzic–dziecko oraz na inne aspekty komunikacji. Przeciwnie, autorzy Lidcombe Program przytaczają wypowiedzi rodziców uczestniczących w programie, którzy często twierdzą, że ta forma terapii znacznie poprawiła jakość porozumiewania się ich dzieci. Badania nad skutecznością zastosowania Lidcombe Program w jąkaniu u małych dzieci, prowadzone zarówno na małych próbach, jak i w tych randomizowanych, wykazały, że terapia jest skuteczna (Onslow, Costa, Rue, 1990; Onslow, Andrews, Lincoln, 1994; Lincoln, Onslow, 1997; Lincoln, Onslow, Reed, 1997; Harris et al., 2002). Badania longitudinalne potwierdziły natomiast, że efekty terapii utrzymują się po jej zakończeniu (Jones et al., 2008). Skuteczność Lidcombe Program została potwierdzona w kolejnych zaawansowanych fazach naukowych badań weryfikacyjnych.

Były to wstępne badania fazy I (ang. *preliminary investigations*), którym poddawane są nowe metody terapii, prowadzone zazwyczaj na małych próbach (od 1 do 10 uczestników). Ich celem było sprawdzenie, czy terapia jest przydatna i nie wyrządzi pacjentowi szkody (Onslow, Costa, Rue, 1990; Harrison, Wilson, Onslow, 1999). Kolejnym etapem ewaluowania skuteczności programu były tzw. badania fazy II, w których wzrasta zazwyczaj liczba uczestników (więcej niż 10 przypadków), aczkolwiek nadal nie są to randomizowane próby (Onslow, Andrews, Lincoln, 1994; Lincoln, Onslow, Reed, 1997; Miller, Guitar, 2009). Ostatnim etapem były badania spełniające tzw. złoty standard (ang. *Gold Standard*) – badania fazy III. W tym etapie badań uczestniczy duża grupa uczestników, którzy są przydzielani losowo do grup eksperymentalnej i kontrolnej. Pozwolił on na przeprowadzenie statystycznych analiz skuteczności programu (Jones et al., 2005; 2008). A. Packman, w artykule pod znamienym tytułem „Why does the Lidcombe Program ‘work’? (Dlaczego Lidcombe Program działa?)”, zwraca uwagę na kilka istotnych kwestii, o których należy pamiętać, rozpatrując skuteczność tej metody (Packman, 2012)⁷. Zdaniem autorki badania prowadzone do tej pory nad

⁷ Artykuł ukazał się w 42. numerze „Lidcombe News” w styczniu 2012 roku. „Lidcombe News” to biuletyn opracowywany przez Mary Kingston z Wielkiej Brytanii (we współpracy z innymi trenerami z *Lidcombe Program Trainers Consortium*). Jest on rozsyłany drogą elektroniczną do licencjonowanych terapeutów metody LP w Wielkiej Brytanii i na świecie.

efektywnością Lidcombe Program potwierdzają przede wszystkim, że metoda ma pozytywny wpływ na redukcję jąkania u małych dzieci, a jej efekty utrzymują się jeszcze przez 9 miesięcy od zakończenia terapii. Badaczka przyznaje, że nie można jednoznacznie potwierdzić skuteczności programu w każdym przypadku. A. Packman podkreśla jednak, że Lidcombe Program jest najlepiej zbadaną i udokumentowaną pod kątem efektywności metodą terapii jąkania wczesnodziecięcego. Poszukując odpowiedzi na pytanie, co tak na prawdę pomaga upłynnić mowę dziecka podczas stosowania Lidcombe Program, badaczka na pierwszy plan wysuwa informacje zwrotne udzielane przez rodziców w odpowiedzi na mowę płynną dziecka i objawy zająknięć (Packman, 2012).

Różnice i podobieństwa pomiędzy Palin PCI i Lidcombe Program

Obie metody, choć wywodzą się z odmiennych nurtów terapeutycznych, mają wiele cech wspólnych. Przede wszystkim programy te są adresowane do małych jąkających się dzieci, poniżej 6.–7. roku życia. Kolejnym, bardzo istotnym punktem stycznym obu metod jest akcentowanie wyjątkowej roli rodziców. M. Onslow, jeden z twórców Lidcombe Program, tłumaczy to następująco: [...] *logopedzi są ekspertami w terapii jąkania wczesnodziecięcego, ale rodzice są ekspertami w zakresie swoich dzieci* (2003, s. 5). Zarówno w Palin PCI, jak i Lidcombe Program rodzice/opiekunowie są tymi, którzy wdrażają program w naturalnym środowisku dziecka. Logopeda jest ich przewodnikiem, pracuje przede wszystkim po to, aby czuli się kompetentni i mogli skutecznie wdrażać program terapii. Rolą specjalisty jest zatem wspomaganie rodziców.

W początkowych fazach obu programów terapeutycznych częstotliwość spotkań jest podobna – sesje w poradni odbywają się co tydzień, przez godzinę. Jest to czas, gdy opiekunowie, z pomocą logopedy, przygotowują się do tego, jak wdrażać program w warunkach domowych. W Palin PCI etap ten trwa przez 6 tygodni, a w Lidcombe Program czas trwania tego intensywnego okresu terapii zależy od postępów w mowie dziecka. Twórcy obu programów akcentują potrzebę prowadzenia monitoringu – obserwacji po zakończeniu terapii w celu upewnienia się, czy przyniosła ona oczekiwane rezultaty. W razie nawrotu objawów jąkania w Lidcombe Program zalecany jest powrót do pierwszego etapu, natomiast w przypadku Palin PCI – zastosowanie bardziej bezpośrednich technik terapeutycznych (ang. *child strategies*).

Innym ważnym czynnikiem, który warto wskazać, szukając podobieństw pomiędzy tymi metodami, jest fakt, że w rezultacie zastosowania tych podejść terapeutycznych dziecko ma więcej okazji do przebywania w bezpośrednim kontakcie z rodzicem, kiedy to opiekun poświęca mu całkowicie swoją uwa-

gę, najczęściej bawiąc się z nim, obserwując je i reagując na jego potrzeby. W konsekwencji udziału w tych programach terapeutycznych dziecko otrzymuje również więcej pochwał i wsparcia ze strony rodziców. Nie mniej istotne jest to, że beneficjentem obu programów są również rodzice, którzy czerpią siłę do przezwyciężania problemów dziecka dzięki ogromnemu wsparciu udzielanemu przez logopedę (Guitar, McCauley, 2010).

Tym, co najbardziej odróżnia oba programy, są przede wszystkim cele terapeutyczne i metodologia prowadzenia terapii. Twórcy Palin PCI podkreślają, że celem tego podejścia jest w pierwszej kolejności poprawienie zdolności rodziców do radzenia sobie z niepłynnością mowy dziecka, obniżenie poziomu ich lęku związanego z obecnością problemu, a na drugim miejscu – upłynnianie mowy dziecka. Celem Lidcombe Program jest natomiast uzyskanie normalnej płynności przez dziecko, bez objawów jąkania. Ponadto, o ile Palin PCI jest kombinacją metod terapii pośredniej (ang. *interaction strategies, family strategies*) i terapii bezpośredniej (ang. *child strategies*), o tyle *Lidcombe Program* jest przykładem terapii bezpośredniej, w której stosowane są techniki warunkowania instrumentalnego.

Implikacje praktyczne wynikające z prób stosowania obu programów w polskich realiach

Wydaje się, że zastosowanie obu metod w polskich warunkach nie powinno nastęrczać specjalnych trudności. Zostały już podjęte pierwsze badawcze prace wdrożeniowe, które pozwolą wykazać możliwość zastosowania Palin PCI wobec polskojęzycznych dzieci⁸. Czynnikiem, który mógłby utrudnić zaszczepienie tych metod na polskim gruncie, jest dość powszechna tradycja pracy z samym dzieckiem i koncentrowania się w terapii logopedycznej niemal wyłącznie na nim. Taka sytuacja dotyczy zarówno specjalistów, którzy mają pewne opory przed pojmowaniem pracy ukierunkowanej na wykorzystanie w procesie terapii zasobów rodziny (ang. *family-based model of intervention*), jak i rodziców, którzy, niestety, czasami postrzegają terapię logopedyczną jako „serwisowanie dziecka” bez ich udziału (Sachajska, 2002). Należy jednak przypuszczać, że takie postawy, zarówno wśród terapeutów, jak i rodziców, będą ulegały zmianie, zwłaszcza pod wpływem doniesień o skuteczności podejść terapeutycznych zorientowanych na pracę z rodziną (Waszczuk, 2005; Jeziorczak, Węsierska, 2011; Węsierska, 2011, 2013).

Istotnymi czynnikami utrudniającymi skuteczne wdrażanie obu podejść w realiach polskiej opieki logopedycznej są niezbędne komponenty progra-

⁸ W grudniu 2011 roku współautorka artykułu – dr Katarzyna Węsierska – rozpoczęła wdrażanie projektu badawczego pt. Badanie wpływu *Palin PCI* na polskojęzyczne jęające się dziecko w wieku przedszkolnym metodą studium indywidualnego przypadku (ang. *single subject study*).

mów – częstotliwość spotkań na wstępnym etapie terapii oraz, w przypadku Palin PCI, wymagania sprzętowe (kamera, odtwarzacz). Można odnieść wrażenie, co potwierdzają również wyniki badań ankietowych prowadzonych wśród logopedów, że wielu polskich specjalistów boi się jąkania, nie czuje się na siłach, aby podjąć terapię i odsyła pacjentów do innego specjalisty lub prowadzi konsultacje z rodzicami i obserwację dziecka w oczekiwaniu, że problem ustąpi samoistnie.

Bolączką polskiej praktyki logopedycznej jest bagatelizowanie jąkania wczesnodziecięcego. Wielokrotnie można spotkać się z sytuacją, gdy rodzice nastoletnich jąkających się pacjentów relacjonują, że byli zaniepokojeni tym problemem, gdy tylko zaistniał w mowie ich dziecka, jednak po wizycie u logopedy nie podjęli terapii, ponieważ nie było takich wskazań. Słuszne wydaje się zatem podejmowanie działań mających na celu przenoszenie na grunt polskiej praktyki logopedycznej metod terapii sprawdzonych empirycznie, aby możliwe było zaadaptowanie ich w naszych warunkach kulturowych.

Bibliografia

- Bennett E.M. (2006): *Working with People Who Stutter. A Lifespan Approach*. Pearson Education, Upper Saddle River.
- Bernstein Ratner N., Guitar B. (2006): *Treatment of Very Early Stuttering and Parent-Administered Therapy: the State of Art* [w:] N. Bernstein Ratner, J. Tetnowski (red.): *Current Issues in Stuttering Research and Practice*. Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah.
- Botterill W., Kelman E. (2010): *Palin Parent-Child Interaction* [w:] B. Guitar, R. McCauley (red.): *Treatment of Stuttering. Established and Emerging Interventions*. Wolters Kluwer, Lippincott Williams and Wilkins, Baltimore.
- Botterill W., Kelman E., Rustin L. (1991): *Parents and Their Pre-School Stuttering Child* [w:] L. Rustin (red.): *Parents, Families and the Stuttering Child*. Far Communications, Kibworth.
- Chęć M. (1993): *Jąkanie* [w:] T. Gałkowski, Z. Tarkowski, T. Zaleski (red.): *Diagnoza i terapia zaburzeń mowy*. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin.
- Chęć M. (2006): *Problemy dysfluencji mowy w aktualnych światowych badaniach (z uwzględnieniem V Kongresu Światowego Towarzystwa Zaburzeń Płynności Mowy w Dublinie)*, „Forum Logopedyczne”, nr 11.
- Chęć M. (2007): *Sprawozdanie z V Kongresu Międzynarodowego Towarzystwa Płynności Mowy (IFA) w Dublinie*, „Biuletyn Logopedyczny”, nr 1–2.
- Crichton-Smith I., Wright J., Stackhouse J. (2003): *Attitudes of speech and language therapists towards stammering: 1985 and 2000*, „International Journal of Language and Communication Disorders”, Vol. 38, No. 3.
- Eve C., Onslow M., Andrews C., Adams R. (1995): *Clinical measurement of early stuttering severity: The reliability of a 10-point scale*, „Australian Journal of Human Communication Disorders”, 23(2).
- Ezarti-Vinacour R., Platzky R., Yairi E. (2001): *The young child's awareness of stuttering-like dysfluency*, „Journal of Speech, Language and Hearing Research”, 44(2).
- Finn P., Ingham R.J., Ambrose N., Yairi E. (1997): *Children recovered without treatment: Perceptual assessment of speech normalcy*, „Journal of Speech, Language and Hearing Research”, Vol. 40, Issue 4.
- Guitar B. (2006): *Stuttering. An Integrated Approach to Its Nature and Treatment*. Lippincott Williams and Wilkins, Baltimore.
- Guitar B., McCauley R. (2010): *An Overview of Treatments for Preschool Stuttering* [w:] B. Guitar, R. McCauley (red.): *Treatment of Stuttering. Established and Emerging Interventions*. Wolters Kluwer, Lippincott Williams and Wilkins, Baltimore.
- Harris V., Onslow M., Packman A., Harrison E., Menzies R. (2002): *An experimental investigation of the impact of the Lidcombe Program on early stuttering*, „Journal of Fluency Disorders”, 27(3).
- Harrison E., Bruce M., Shenker R., Koushik S. (2010): *The Lidcombe Program with School-Age Children Who Stutter* [w:] B. Guitar, R. McCauley (red.): *Treatment of Stuttering. Established and Emerging Interventions*. Wolters Kluwer, Lippincott Williams and Wilkins, Baltimore.
- Harrison E., Onslow M. (1998): *Early Intervention for Stuttering: The Lidcombe Program* [w:] R.F. Curlee (red.): *Stuttering and Related Disorders of Fluency*. Thieme, New York.
- Harrison E., Onslow M. (2010): *The Lidcombe Program for Preschool Children Who Stutter* [w:] B. Guitar, R. McCauley (red.): *Treatment of Stuttering. Established and Emerging Interventions*. Wolters Kluwer, Lippincott Williams and Wilkins, Baltimore.

- Harrison E., Wilson L., Onslow M. (1999): *Distance intervention for early stuttering with the Lidcombe Program*, „International Journal of Speech-Language Pathology”, Vol. 1, No. 1.
- Hill D.G. (2003): *Differential Treatment of Stuttering in the Early Stages of Development* [w:] H.H. Gregory (red.): *Stuttering Therapy. Rationale and Procedures*. Pearson Education, Boston.
- Howell P. (2011): *Recovering from Stuttering*. Psychology Press, Hove.
- Ingham J.C. (1999): *Behavioral treatment of young children who stutter: An extended length of utterance method* [w:] R.F. Curlee (red.): *Stuttering and Related Disorders of Fluency*. Thieme, New York.
- Ingham R.J. (1993): *Stuttering treatment efficacy: Paradigm dependent or independent?*, „Journal of Fluency Disorders”, No. 18.
- Jeziorczak B., Węsierska K. (2011): *Jakość relacji logopeda–rodzic dziecka jąkającego się a skuteczność terapii jąkania wczesnodziecięcego* [w:] J. Gruba (red.): *Wybrane problemy logopedyczne*. Fonem, Gliwice.
- Jones M., Hearne A., Onslow M., Packman A., Ormond T., Williams S., Schwarz T., O’Brian S. (2008): *Extended follow up of a randomised controlled trial of the Lidcombe Program for early stuttering intervention*, „International Journal of Language and Communication Disorders”, Vol. 43, Issue 6.
- Jones M., Onslow M., Packman A., Williams S., Ormond T., Schwarz T., Gebiski V. (2005): *A randomised controlled trial of the Lidcombe Program for early stuttering intervention*, „British Medical Journal”, Vol. 331, Issue 7518.
- Kelman E., Nicholas A. (2012): *Praktyczna interwencja w jąkaniu wczesnodziecięcym. Podejście interakcyjne rodzic – dziecko. Palin PCI*. Harmonia Universalis, Gdańsk.
- Kostecka W. (1998): *Kurs terapii płynności mowy dla dzieci*, „Logopedia”, t. 25.
- Kostecka W. (2000): *Dziecko i jąkanie*. Polskie Towarzystwo Logopedyczne, Lublin.
- Kostecka W. (2001a): *Ramowy program diagnozy i terapii wczesnej niepełności*, „Biuletyn Logopedyczny”, nr 2 (5).
- Kostecka W. (2001b): *Terapia rodzinna dziecka z niepełnością mówienia*, „Biuletyn Logopedyczny”, nr 3 (6).
- Langevin M., Packman A., Onslow M. (2009): *Peer responses to stuttering in the preschool setting*, „American Journal of Speech-Language Pathology”, 18(3).
- Lattermann C., Euler H.A., Neumann K.A. (2008): *Randomized control trial to investigate the impact of the Lidcombe Program on early stuttering in German-speaking preschoolers*, „Journal of Fluency Disorders”, 33(1).
- Lincoln M., Harrison E. (1999): *The Lidcombe Program* [w:] M. Onslow, A. Packman (red.): *The Handbook of Early Stuttering Intervention*. Singular Publishing Group, San Diego–London.
- Lincoln M., Onslow M. (1997): *Long-term outcome of an early intervention programme for stuttering*, „American Journal of Speech-Language Pathology”, 6(1).
- Lincoln M., Onslow M., Reed V. (1997): *Social validity in the treatment outcomes of an early intervention for stuttering: The Lidcombe Program*, „American Journal of Speech-Language Pathology”, Vol. 6, No. 2.
- Manning W.H. (2010): *Clinical Decision Making in Fluency Disorders*. Delmar, Cengage Learning, Clifton Park.
- Matthews S., Williams R., Pring T. (1997): *Parent-child interaction therapy and dysfluency: A single-case study*, „International Journal of Language and Communication Disorders”, 32(3).

- Meyers S.C. (1991): *Interaction With Pre-Operational Pre-School Stutterers: How Will This Influence Therapy?* [w:] L. Rustin (red.): *Parents, Families and the Stuttering Child*. Far Communications, Kibworth.
- Millard S.K., Edwards S., Cook F.M. (2009): *Parent-Child Interaction Therapy: Adding to the Evidence*, „International Journal of Speech-Language Pathology”, Vol. 11, Issue 1.
- Millard S.K., Nicholas A., Cook F.M. (2008): *Is Parent-Child Interaction Therapy Effective in Reducing Stuttering?*, „Journal of Speech, Language and Hearing Research”, 51(3).
- Miller B., Guitar B. (2009): *Long-Term Outcome of the Lidcombe Program for Early Stuttering*, „American Journal of Speech-Language Pathology”, Vol. 18.
- Onslow M. (2003): *Overview of the Lidcombe Program* [w:] M. Onslow, A. Packman, E. Harrison (red.): *The Lidcombe Program of Early Stuttering Intervention*. A Clinician's Guide Pro-Ed, Austin.
- Onslow M., Andrews Ch., Lincoln M. (1994): *A Control/Experimental Trial of an Operant Treatment for Early Stuttering*, „Journal of Speech and Hearing Research”, 37(6).
- Onslow M., Costa L., Rue S. (1990): *Direct Early Intervention with Stuttering: Some Preliminary Data*, „Journal of Speech and Hearing Disorders”, 55(3).
- Onslow M., Packman A., Harrison E. (2003): *The Lidcombe Program of Early Stuttering Intervention*. A Clinician's Guide. An International Publisher Pro-Ed, Austin.
- Packman A. (2012): *Why does the Lidcombe Program 'work'?*, „Lidcombe News”, Vol. 42.
- Packman A., Onslow M. (1999): *Issues in the Treatment of Early Stuttering* [w:] M. Onslow, A. Packman (red.): *The Handbook of Early Stuttering Intervention*. Singular Publishing Group, San Diego–London.
- Prins D., Ingham R.J. (2009): *Evidence-Based Treatment and Stuttering – Historical Perspective*, „Journal of Speech, Language and Hearing Research”, 52(1).
- Riley G.D., Riley J. (1999): *Speech motor training* [w:] M. Onslow, A. Packman (red.): *The handbook of early stuttering intervention*. Singular, San Diego.
- Rustin L., Purser H. (1991): *Child Development, Families and the Problem of Stuttering* [w:] L. Rustin (red.): *Parents, Families and the Stuttering Child*. Far Communications, Kibworth.
- Sachajska E. (2002): *Z metodyki pracy nad wymową*, „Logopedia”, t. 31.
- Smith A., Kelly E. (1997): *Stuttering: A Dynamic, Multifactorial Model* [w:] R.F. Curlee, G.M. Siegel (red.): *Nature and Treatment of Stuttering. New Directions*. Allyn and Bacon, Needham Heights.
- Starkweather C.W. (1997): *Therapy for Younger Children* [w:] R.F. Curlee, G.M. Siegel (red.): *Nature and Treatment of Stuttering. New Directions*. Allyn and Bacon, Needham Heights.
- Starkweather C.W. (2002): *The epigenesis of stuttering*, „Journal of Fluency Disorders”, Vol. 27, Issue 4.
- Tarkowski Z. (1997): *Jąkanie wczesnodziecięce*. WSiP, Warszawa.
- Tarkowski Z. (2005): *Wizerunek zawodowy i społeczny logopedy* [w:] M. Młynarska, T. Smereka (red.): *Logopedia. Teoria i praktyka*. Alinea, Wrocław.
- Ward D. (2006): *Stuttering and Cluttering. Frameworks for understanding and treatment*. Psychology Press, Hove.
- Waszczuk H. (2005): *Rodzinna terapia jąkania – poradnik*. Fundacja Rozwoju Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk.
- Węsierska K. (2009): *Zaburzenia płynności mówienia u dzieci w wieku przedszkolnym – profilaktyka i wczesna interwencja logopedyczna*, „Logopeda” [online], nr 1 (7), www.logopeda.org.pl [8.01.2012].

- Węsierska K. (2010): *Interakcyjna Terapia Rodzic-Dziecko przykładem skutecznego postępowania w jękaniu wczesnodziecięcym*, „Forum Logopedyczne”, nr 18.
- Węsierska K. (2011): *Udział rodziców w terapii opóźnionego rozwoju mowy na przykładzie kanadyjskiego programu Do Rozmowy Potrzeba Dwojga – It Takes Two to Talk The Hanen Program® for Parents*, „Forum Logopedyczne”, nr 19.
- Węsierska K. (2012): *Logopedzi wobec diagnozy i terapii jękania wczesnodziecięcego* [w:] A. Podstolec, K. Węsierska (red.): *W świecie logopedii. Materiały do nauczania logopedii. Cz. 1.* Agencja Artystyczna PARA, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice.
- Węsierska K. (2013): *Zastosowanie Lidcombe Program w terapii jękającego się dziecka w wieku przedszkolnym* [w:] K. Węsierska, A. Podstolec (red.): *W świecie logopedii. Tom 2. Studia Przypadków.* Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice.
- Węsierska K., Mielewska A. (2012): *Wykorzystanie metody interakcyjnej rodzic – dziecko. Palin PCI w diagnozie i terapii jękania wczesnodziecięcego* [w:] J.J. Błęzyński (red): *Medycyna w logopedii. Terapia. Wspomaganie. Wsparcie. Trzy drogi – jeden cel.* Harmonia Universalis, Gdańsk.
- Yairi E. (1997): *Home Environments and Parent-Child Interaction in Childhood Stuttering* [w:] R.F. Curlee, G.M. Siegel (red.): *Nature and Treatment of Stuttering.* New Directions, Allyn and Bacon, Needham Heights.
- Yairi E., Ambrose N. (2004): *Stuttering: Recent Developments and Future Directions*, „The ASHA Leader” [online], October 05, www.asha.org/leaderissue.aspx?id=2004-10-05&year=2004 [8.01.2012].
- Yairi E., Ambrose N. (2005): *Early Childhood Stuttering. For Clinicians by Clinicians.* Pro-Ed I. P., Austin.
- Yairi E., Ambrose N., Paden E., Throneberg R. (1996): *Predictive factors of persistence and recovery: pathways of childhood stuttering*, „Journal of Communication Disorders”, 29(1).
- Yairi E., Seery C.H. (2011): *Stuttering Foundations and Clinical Applications.* Pearson Education, Upper Saddle River.



Michał Bitniok

**Afazja u dzieci – objawy, typy,
różnicowanie, przyczyny i rokowania**



Pierwotne zaburzenia zachowania językowego

Terminem afazji dziecięcej określa się pierwotne zaburzenia zachowania językowego wynikające z patologii mózgowej powstałej w okresie życia płodowego i później, w okresie rozwojowym, które nie są rezultatem głuchoty, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń emocjonalnych (Herzyk, 1992ab). W neuropsychologii wymienia się 2 postacie kliniczne afazji dziecięcej, o których będzie mowa w tekście.

Nasze najmilsze zajęcie, jakim jest mówienie (...), jest zarazem naszą – kognitywnie i motorycznie – najbardziej kompleksową umiejętnością (tłum. wł.) – objaśnia językoznawca Willem J.M. Levelt (1989, s. 11). Zaburzenia afatyczne mogą więc dotknąć również dzieci w różnym wieku, które uległy wypadkowi – urazowi lub przeszły takie choroby jak: ospa, odra, krztusiec, płonica, błonica, dur brzuszny, choroba Heinego-Medina, nowotwory mózgu czy zapalenie opon mózgowych, a ich przebieg mógł wywołać dysfunkcje mózgowe również o ośrodkach mownych. Ponieważ uszkodzenie korowych struktur nerwowych u dzieci następuje w okresie niedokończonego jeszcze rozwoju psychofizycznego, objawy nie są tak zróżnicowane jak u osób dorosłych. Zaburzenia mowy zależą od wieku dziecka, stadium rozwojowego jego mowy, ale też od stopnia przyswojenia umiejętności pisania i czytania. Dzięki większym możliwościom kompensacji w formie nowych układów czynnościowych afazja u dzieci może się wycofywać szybciej niż u dorosłych. Istnieje jednak prawdopodobieństwo pozostania pewnych jej śladów zarówno w mowie, jak i psychice dziecka.

Wymienione powyżej choroby w wyniku ich przebiegu mogą powodować pozbawianie dzieci – po części lub w całości – przyjemności mówienia i skutkować nie tylko motorycznie uwarunkowanymi deficytami respiracji, fonacji i artykulacji, ale także, co gorsza, stawać się przyczyną rozpadu systemu języka, jego zubożenia wskutek deficytów syntaktycznych, leksykalnych i prozodycznych, powodować więc także utratę kompetencji językowej i komunikacyjnej.

Dzisiejsza wiedza językoznawcza, w tym logopedyczna, potwierdza konieczność rozwoju badań nad zaburzeniami komunikacji, zgodnie z najnowszymi kierunkami badań naukowych w neuronaukach, psycholingwistyce, które powinny wpływać na dalszy rozwój neurolingwistyki kognitywnej, neuropsychologii kognitywnej i lingwistyki kognitywnej. Dogłębne poznawanie specyfiki rozwoju mowy będzie budować niezbędną podstawę do rozwijania metod i programów terapeutycznych w połączeniu z najnowszymi osiągnięciami wiedzy z tych dyscyplin naukowych.

Problem zaburzeń komunikacji – również z naukowego punktu widzenia, tj. efektywności rehabilitacji neurologicznej, w tym rehabilitacji mowy – powinien stawać się naprawdę ważny. Może on być rozwiązywany dzięki wykorzystaniu interdyscyplinarnej wiedzy, np. neuronauk, ukazujących możliwości uszkodzonego mózgu w zakresie neuroplastyczności, zdolności uczenia się, koncentracji, reorganizacji i kompensacji zachowań (Kwolek, 2003).

Mowa jest więc narzędziem komunikowania się z najbliższym otoczeniem, myślenia, zapamiętywania. Jeżeli dziecko zostaje pozbawione tego narzędzia w mniejszym lub większym stopniu, wymaga zwiększonej uwagi i wsparcia ze strony środowiska, w którym funkcjonuje, a przede wszystkim intensywnej pracy terapeutycznej od najwcześniejszego okresu życia, jak również zastosowywania specjalnych metod nauczania. Kształtowanie się mowy ma bowiem charakter stadialny i nie ma możliwości „opuszczenia” jakiegokolwiek etapu jego okresu rozwojowego.

Oczekiwania co do jakości życia (ang. *Quality of Live*) podkreślają znaczenie metod i programów terapeutycznych w pokonywaniu zaburzeń komunikacji, w tym komunikacji językowej. Celem optymalizacji zachowań językowych u dzieci jest więc utrzymywanie zdolności komunikacyjnych lub ich przywracanie. Częstotliwość terapii powinna być również indywidualnie dopasowana do stanu i możliwości każdego dziecka.

Najnowsza publikacja dotycząca rehabilitacji medycznej (Kwolek, 2003) potwierdza osiągnięcia polskiej szkoły rehabilitacji. Istnieją solidne podstawy teoretyczne (Bitniok, 2010, 2007, 2003; Herzyk, 2003, 1992b; Pąchalska, 1990; Zielińska-Charaszewska, 1986; Szumska, 1980), nie ma jednak możliwości ich pełnej realizacji z powodu braku podstaw prawnych, zapewniających dostęp do kompleksowej rehabilitacji, czyli takiej, która uwzględniałaby terapię mowy i byłaby skorelowana z fazami klinicznymi przebiegu każdej choroby. Dlatego rozpoczęte przez M. Maruszewskiego (1979, 1974, 1966) i przerwane jego śmiercią dzieło dotyczące rehabilitacji zaburzeń afatycznych wymaga głośnego i chóralnego upomnienia się o nie.

Uszkodzenia ośrodków mowy w mózgu dojrzałego człowieka powodują często utratę mowy, czyli afazję. Uszkodzenie zaś okolic ważnych dla przyszłego rozwoju mowy u małego dziecka jest przyczyną zaburzeń rozwoju mowy. Nie można więc tego stanu nazwać afazją, tak jak u dorosłych, nie można bo-

wiem przecież utracić czegoś, czego dziecko jeszcze nie posiadało. Dlatego też ów stan zwykle nazywać się **dysfazją**, gdyż termin ten wskazuje na niepełną utratę funkcji mowy. Pojęcie afazji zostało więc zarezerwowane dla przypadków, w których uszkodzenie mowy następuje po okresie jej rozwoju.

Neuropsychologia wyróżnia takie rodzaje zaburzeń afatycznych u dzieci, jak (Herzyk, 1992a):

- **Afazja rozwojowa** (określaną też jako: **dysfazja rozwojowa**, **afazja wrodzona**) – zalicza się do niej specyficzne zaburzenia rozwoju mowy powstałe w wyniku wrodzonej, okołoporodowej lub występującej w pierwszych miesiącach życia dziecka patologii mózgowej. Mowa dziecka nigdy nie rozwija się normalnie. Słowo „specyficzne” oznacza, że zaburzenia mowy nie są wtórną konsekwencją innych zaburzeń wynikających z dysfunkcji mózgu.
- **Afazja nabyta** – to zaburzenia językowego rozwoju wywołane **dysfunkcją mózgową** nabytą najwcześniej w 2. roku życia dziecka (i później). Dolna granica wieku dysfunkcji mózgowej została ustalona z praktycznego punktu widzenia. U dziecka 2-letniego zaczyna się rozwijać język, rozumie ono wypowiedzi innych osób i zaczyna formułować własne. W ocenie afazji nabytej ważne jest stwierdzenie, że do momentu uszkodzenia mózgu rozwój mowy dziecka przebiegał normalnie.

Objawy afazji wrodzonej

Można wyróżnić przynajmniej 2 grupy zaburzeń, gdzie w pierwszej dominują objawy trudności w ekspresji werbalnej, a zaburzenia rozumienia są mniejsze (są to zaburzenia ekspresyjno-receptywne), a w drugiej dominują zaburzenia rozumienia, trudności w ekspresji zaś są mniejsze (są to zaburzenia receptywno-ekspresyjne).

Do zaburzeń ekspresyjno-receptywnych należą:

- dyzartria, w której podstawowym problemem są trudności w kontroli ruchowej narządów artykulacyjnych;
- niewyraźna artykulacja, w której głównym zaburzeniem są trudności w koordynacji i integracji ruchów narządów artykulacyjnych;
- trudności w poszukiwaniu słów i błędy w budowie zdań.

W zaburzeniach receptywno-ekspresyjnych dominują trudności w percepcji słuchowej dźwięków werbalnych, prowadzące do zniekształcania wzorców wyrazów (typowymi błędami są parafazje głoskowe).

W praktyce klinicznej wymienia się kilka rodzajów często obserwowanych zaburzeń, a należą do nich (Grabias, 2001; Herzyk, 1992a):

- **Werbalna agnozja słuchowa** – podstawą zaburzeń są trudności w rozpoznawaniu dźwięków werbalnych. Obserwuje się głębokie zaburzenia rozumienia mowy, ale dziecko rozumie gesty i wykonuje instrukcje niewerbalne (np. pokaz). Mówienie jest zredukowane; dziecko nie wypo-

wiada się spontanicznie, nie powtarza, w głębszej formie może wystąpić mutyzm afatyczny. Gdy objawy zaburzeń rozumienia są nieco mniejsze, dziecko może nauczyć się pisać i czytać, ale w ograniczonym stopniu (np. niemożliwe jest czytanie głośno).

- **Dyspraksja werbalna** – charakterystycznymi objawami są mutyzm lub bardzo zredukowana ekspresja słowna przy zaburzeniach rozumienia nieznacznego stopnia. Obserwuje się przede wszystkim błędy artykulacyjne, ale także odpowiedzi monosylabami, urywane, niedokończone zdania.
 - **Błędy w programowaniu fonologicznym** – występuje dosyć dobre rozumienie i możliwość wypowiadania długich tekstów przy prawidłowej intonacji i zachowaniu fraz (np. poprawny akcent kończący zdanie), ale poszczególne słowa wypowiedzi są mało czytelne lub nieczytelne. Czasami ta postać zaburzeń przypomina etap w rozwoju mowy dziecka (w wieku 2–2,5 lat), gdy zaczyna ono bawić się słowami, tworząc np. wymyślone przez siebie wyrazy (na podstawie znanych mu wzorców fonologicznych), które są rozumiane przez najbliższe otoczenie, ale niezrozumiałe dla innych. Jeżeli etap ten utrzymuje się w 3, 4 roku życia, a nawet później, i takie przejawy dominują w mowie dziecka, można uznać, że są to objawy dysfazji rozwojowej typu zaburzeń programowania fonologicznego.
 - **Trudności w rozumieniu pełnych wypowiedzi** – mowa dziecka jest płynna, poprawna fonologicznie i syntaktycznie. Trudności dotyczą rozumienia pełnych wypowiedzi. Nie jest zaburzona pamięć i dziecko jest zdolne do powtarzania nawet długich zdań, których jednak nie rozumie i nie może ich wypowiedzieć spontanicznie.
 - **Trudności fonologiczno-syntaktyczne** – zaburzenia są podobne do objawów afazji Broca u dorosłych, ale w większym stopniu zaburzone jest rozumienie mowy. Ekspresja werbalna jest zredukowana, pojawiają się błędy artykulacyjne, parafazje i styl telegraficzny w budowie zdań. U dzieci zaburzone jest nazywanie, w piśmie zaś wymienione objawy są głębsze niż w mówieniu.
 - **Trudności leksykalno-syntaktyczne** – podstawowymi objawami są zaburzenia nazywania i trudności w znajdowaniu potrzebnych słów. Ostatni z wymienionych objawów może być przyczyną trudności w formułowaniu zdań (występują parafazje lub tzw. zdania puste informacyjnie, z dużą liczbą wtrąceń itp.). Gramatycznie wypowiedzi są dość poprawne.
- Najczęściej wymienia się następujące charakterystyczne cechy afazji nabytej u dzieci (Herzyk, 1992a):
- częsta obecność autyzmu;
 - rzadko spotykane parafazje i incydentalne przypadki żargon-afazji;
 - pojawiające się z różną częstością zaburzenia czytania, pisanania, trudności artykulacyjne, trudności w nazywaniu oraz zaburzenia rozumienia.

Podobieństwa i różnice w afazji u dzieci i dorosłych

Wielu badaczy – ze względu na kwestie diagnostyczne i terapeutyczne – interesuje problem różnic i podobieństw w przejawach afazji u dzieci i dorosłych. Najczęściej obserwowane różnice (potwierdzają to badania) dotyczą rodzaju objawów i możliwości powrotu funkcji mowy.

Objawy afazji u dzieci mają charakter uogólniony i niespecyficzny z przewagą zaburzeń ekspresji językowej, rzadko występują wyselekcjonowane trudności w rozumieniu lub nazywaniu. Natomiast u dorosłych zaburzenia afatyczne mogą przybierać wybiórcze, specyficzne formy trudności językowych (np. parafazji).

U dzieci remisja mowy następuje szybciej i pełniej niż u dorosłych (często w sposób spontaniczny), w przeciągu kilku tygodni lub miesięcy od zachorowania możliwy jest nawet zupełny powrót funkcji językowych, co niezwykle rzadko obserwuje się u dorosłych (w tym przypadku objawy mają charakter trwały).

Afazja u dzieci może występować z podobną częstością po uszkodzeniach lewej i prawej półkuli, u dorosłych zaś obecność afazji po uszkodzeniu prawej półkuli jest rejestrowana bardzo rzadko – ok. 35% przypadków afazji u dzieci związanych jest z uszkodzeniami prawej półkuli, w porównaniu z 1–3% takich przypadków u dorosłych (Herzyk, 1992a).

Różnice w przebiegu zaburzeń afatycznych u dzieci i dorosłych wyjaśnia się większą plastycznością i większymi możliwościami kompensacyjnymi mózgu jeszcze rozwijającego się. Czynności mowy w mózgu dziecka nie mają ustalonej lateralizacji oraz lokalizacji i dlatego uszkodzenia jednych obszarów mogą być regulowane przez inne, nieuszkodzone. U dzieci nie ma również zdecydowanej dominacji półkuli lewej dla funkcji językowych, stąd zdarza się obecność afazji po uszkodzeniach prawej półkuli (Herzyk 1985). Dane z badań wykazują również, że uszkodzenia lewej półkuli w wieku 2 lat mogą powodować trwałe zaburzenia językowe i po kilku latach od wystąpienia urazu mózgu obserwuje się u tych dzieci nieznaczne stopnia deficyty w rozumieniu mowy, trudności w formułowaniu zdań oraz trudności w zapamiętywaniu materiału werbalnego (jednakże u dzieci po uszkodzeniach prawej półkuli, o podobnym przebiegu schorzenia mózgowego, nie stwierdza się takich objawów). Okazało się także, że zaburzenia afatyczne u dzieci nie mają wyłącznie charakteru ekspresyjnego, ale występują specyficzne trudności w rozumieniu, parafazje, a nawet przypadki żargonu afatycznego. Stwierdzono również, że mimo szybszego wycofywania się zaburzeń językowych bardzo często pozostają trwałe trudności w wykonywaniu zadań wymagających umiejętności syntaktycznych i leksykalnych (dzieci nie potrafią ocenić, czy zdanie jest poprawne pod względem gramatycznym oraz wykonują gorzej test fluencji słownej). Jeżeli nawet dzieci rozwiązują dobrze testy językowe, to bardzo często mają trudności w uczeniu się.

Obecnie proponuje się, by za międzynarodowymi klasyfikacjami przyjąć i stosować następujące terminy:

- rozwojowa dysfazja, afazja (typ ekspresyjny lub percepcyjno-ekspresyjny);
- nabyta dysfazja, afazja (typ ekspresyjny lub/i percepcyjny);
- dysfazja, afazja typu dorosłych (typ ekspresyjny lub/i percepcyjny);
- dysfazja, afazja dziecięca.

Ostatnie dwa wymienione terminy warto stosować ze względów praktycznych – w celu odróżnienia zaburzeń występujących u dzieci od afazji dorosłych, dla podkreślenia, iż chodzi o zjawiska występujące u danej grupy wiekowej.

W praktyce logopedycznej wszelkie przypadki, które można wiązać z patologią mózgu i w których oczywiście wykluczy się opóźnienie rozwoju umysłowego, głuchotę, autyzm oraz nie obserwuje się niedowładów lub porażań w obrębie aparatu wykonawczego mowy, mogących stanowić bezpośrednią przyczynę upośledzenia rozwoju mowy (właściwie trudno jest ustalić ich przyczynę) – można podzielić na te, w których:

- mowa od początku rozwijała się nieprawidłowo i powyżej 5. roku życia nadal obserwuje się opóźnienie jej rozwoju oraz różnego typu zaburzenia zachowania językowego – to **rozwojowa afazja (dysfazja) dziecięca (typu ekspresyjnego lub percepcyjno-ekspresyjnego)**, ewentualnie **NORM pochodzenia centralnego**;
- mowa do jakiegoś momentu rozwijała się prawidłowo, a później wystąpiły różne objawy zaburzeń procesu jej kształtowania i rozwoju, tj. utrata mowy, zahamowanie, regres bądź opóźnienie dalszego rozwoju (czyli zarówno dezintegracja, jak i zakłócenie procesu integracji mowy) – zaburzenia takie należy uznać za **nabytą afazję (dysfazję) dziecięcą typu ekspresyjnego, percepcyjnego lub ekspresyjno-percepcyjnego**;
- uszkodzenie odpowiednich struktur mózgowych odpowiedzialnych za rozwój języka nastąpiło po ukończeniu 7. roku życia (gdy u normalnie rozwijających się dzieci mowa jest już wykształcona i odpowiednio rozwinięta); dochodzi do utraty zdolności porozumiewania się (dezintegracji mowy), co jest charakterystyczne dla afazji występującej u ludzi dorosłych – to **afazja (dysfazja) typu dorosłych**.

Proponowane podejście uwzględnia poziom rozwoju mowy w chwili uszkodzenia mózgu i konsekwencje uszkodzenia centralnego układu nerwowego dla procesu nabywania i rozwijania zdolności językowych, uwzględnia zarazem najnowsze tendencje w opisie zaburzeń rozwoju mowy. Argument, że terminy te zalecane są jako obowiązujące w świecie, powinien ewidentnie rozstrzygać wciąż sporną w Polsce kwestię terminologii dotyczącej zaburzeń afatycznych.

Objawy afazji, dysfazji dziecięcej

Objawy pozwalają na rozróżnienie 3 rodzajów (typów) dysfazji, afazji dziecięcej (wg DSM-IV, ang. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), takich jak:

1. **Typ ekspresyjny** – charakteryzuje się niewykształceniem lub zanikiem mowy spontanicznej przy dobrym jej rozumieniu. Występują tu zaburzenia umiejętności samodzielного mówienia, nazywania i powtarzania. Ten typ zaburzenia jest charakterystyczny zarówno dla rozwojowej, jak i nabytej dysfazji, afazji dziecięcej:
 - Jeśli chodzi o rozwojową afazję, dysfazję dziecięcą, mowa przez dłuższy czas się nie wykształca. W tym przypadku (zwykle rozpoznawanym przed 3. rokiem życia) około połowy dzieci „wyrasta” z zaburzeń, podczas gdy u pozostałej części zaburzenia ekspresji mowy utrzymują się długo. Cechą charakterystyczną są nieprawidłowości w artykulacji, choć mogą się też pojawiać zaburzenia w płynności mowy i formułowaniu wypowiedzi oraz błędy w strukturze języka.
 - W typie nabytym przebieg i rokowania związane są ze stopniem i umiejscowieniem patologii mózgu oraz z wiekiem dziecka i stopniem rozwoju języka w czasie wystąpienia zaburzeń. Podobnie jak w przypadku nabytej, percepcyjno-ekspresyjnej dysfazji dziecięcej, leczenie może doprowadzić do całkowitego ustąpienia objawów, częściowego odzyskania zdolności ekspresji mowy, lub też nie przynieść żadnych efektów. Znane są również przypadki wzmacniania się defektów.
2. **Typ percepcyjny** – występujący jedynie w przypadku dysfazji nabytej, która charakteryzuje się zachowaniem zdolności ekspresji mowy przy częściowo lub całkowicie (afazja) zniesionej zdolności percepcji mowy. Dziecko słyszy i mówi, ale nie rozumie swoich słów ani cudzych przekazów słownych. Zachowana jest mowa spontaniczna, powtarzanie, nazywanie, natomiast całkowicie lub częściowo zaburzone jest rozumienie mowy, cechuje ją agramatyzm i wielomówność.
3. **Typ percepcyjno-ekspresyjny** – z przewagą komponenty motorycznej (zaburzeń ekspresji mowy) lub sensorycznej (zaburzeń percepcji mowy). Ten rodzaj dysfazji może wystąpić w obu postaciach – rozwojowej i nabytej:
 - Przy rozwojowej dysfazji obserwuje się powolny rozwój sprawności językowej. Mowa może pojawić się późno i wolno przechodzić przez kolejne stadia rozwojowe.

W typie nabytym, który może się pojawić w każdym wieku od momentu rozpoczęcia procesu kształtowania i rozwoju mowy, przebieg i rokowania związane są z lokalizacją patologii mózgu, wiekiem dziecka oraz stopniem opanowania przez nie języka w chwili wystąpienia zaburzenia. Leczenie kliniczne czasami prowadzi do szybkiej i całkowitej poprawy zdolności językowych, w innych przypadkach uzyskuje się jedynie niewielką poprawę, a gdy zaburzenie ma charakter postępujący, obserwuje się wzmacnianie defektów, rozwój zaburzenia.

Pomimo istniejących różnic odnośnie do terminologii i przyczyn afazji dziecięcej istnieje powszechna zgodność poglądów na temat objawów tego

zjawiska. Zdaniem Z. Kordyl (1968, s. 257) *język dziecka z niedokształceniem mowy, zarówno jego słownik, jak i charakterystyczny sposób mówienia, ukazują się raczej jako pewne zjawisko niezupełnie wykończone, nie całkiem zintegrowane, aniżeli jako twór oryginalny*. Na wspomniany „charakterystyczny sposób mówienia” u tych dzieci w dużym stopniu wpływają czynniki pozawerbalne, takie jak: gest, mimika, układ sytuacyjny, które mają doniosłe znaczenie w czynnym i biernym porozumiewaniu się dzieci z otoczeniem. Często ich wypowiedzi słowne są dla otoczenia niezrozumiałe. Autorka na podstawie obserwacji i badań własnych (Kordyl, 1965), ustaliła, że u dzieci z niedokształceniem mowy obserwuje się opóźniony rozwój mowy. Ich słownik w wieku 2–3 lat obejmuje jedynie kilka lub kilkanaście słów, a w wieku 5–6 lat dzieci te nie mówią jeszcze zdaniami. Również upośledzone jest rozumienie mowy. Autorka ta do najbardziej charakterystycznych cech mowy dzieci z niedokształceniem mowy o typie afazji w zakresie ekspresji mowy zaliczyła:

1. **Zaburzenia ekspresji werbalnej**, wyrażające się przede wszystkim w:
 - błędach artykulacji (dzieci mają wszelkie warunki do prawidłowej artykulacji, a pomimo to mylą głoski, niekonsekwentnie zastępując jedne drugimi),
 - metatezach głoskowych i sylabowych,
 - kontaminacjach dźwięków i sylab,
 - inwersjach i elizjach,
 - błędach asymilacji (i to zarówno w postaci upodobnienia poszczególnych dźwięków w obrębie wyrazu czy całej wypowiedzi, jak i upodobnienia całego wyrazu do zbliżonego fonicznie, znanego już słowa), długo utrzymujących się określeń z języka wczesnodziecięcego i dziecięcego sposobu mówienia.
2. **Zaburzenia nominacji**, wynikające z ubóstwa zasobu leksykalnego dzieci. Dziecko, nie znając lub nie mogąc sobie przypomnieć odpowiedniego słowa, zastępuje je według siebie najodpowiedniejszym, tj. z danego „gatunku” (nazwami gatunkowymi), „sfery danego przedmiotu” (przedmiotów pokrewnych) bądź nazwę przedmiotu zastępuje określeniem jego funkcji. Przy nazywaniu przedmiotów często posługuje się omówieniami. W słowniku tych dzieci znajdują się głównie rzeczowniki i czasowniki, a także niewiele innych części mowy. Najszybciej przyswajają często używane zwroty, tzw. małe słowa, którymi na ogół posługują się prawidłowo. Mogą pojawiać się w mowie agramatyzmy (Bitniok, 2010; Panasiuk, 2001; Szumska 1982), stanowiące oddzielną cechę mowy dzieci afatycznych. Dzieci wówczas:
 - nie uwzględniają w swoich wypowiedziach liczby i rodzaju;
 - w formach czasownikowych nie uwzględniają osoby i liczby (przeważnie używają czasowników w 3. osobie liczby pojedynczej, i to zarówno na określenie czasu teraźniejszego, przeszłego, jak i przyszłego);
 - stosują kontaminacje dźwięków i sylab;

- z trudem i rzadko używają przyimków, a często swoiste zestawienia przyimka z danym rzeczownikiem stanowią dla dziecka jeden wyraz.
 - 3. Zaburzenia składni** – przejawiają się tym, że budowane przez dzieci zdania są krótkie i najczęściej stanowią nagromadzenie kilku słów połączonych związkami wewnętrznym i sytuacyjnym. Dużą część wypowiedzi dzieci stanowią równoważniki zdań; jeśli już pojawiają się zdania, to są one zdaniami prostymi, zawierającymi jedynie podmiot, orzeczenie, przyimek lub przydawkę. Dzieci te mają duże trudności z budowaniem dłuższych wypowiedzi, w zasadzie posługują się zdaniami pojedynczymi, bardzo rzadko lub wcale – zdaniami podrzędnie złożonymi.
 - 4. Zaburzenia rytmu mowy** – obok swoistej melodii mowy i wydłużenia iloczasu niektórych sylab dla mowy tych dzieci charakterystyczne jest również skandowanie i wybijanie rytmu słów.
 - 5. Zaburzenia motoryki mowy** – wypowiedziom słownym często towarzyszą trudności ruchowe warg, języka, szczęki, wyrażające się w przesadnych ruchach tych narządów, w poszukiwaniu ich właściwego ułożenia.
 - 6. Zaburzenia w zakresie rozumienia mowy:**
 - Dla dzieci tych ogromne znaczenie w rozumieniu mowy otoczenia mają czynniki pozawerbalne.
 - Słownik czynny nie zawsze jest uboższy od słownika biernego.
 - Brak gotowości werbalnej, przejawiającej się trudnościami w przypominaniu sobie nazwy określonego desygnatu.
 - Opieranie rozumienia na centralnych elementach wypowiedzi, tzn. że w całej wypowiedzi dziecko percypuje to słowo, które jest dla niego najlepiej znane i ono stanowi podstawę rozumienia całego komunikatu. Tu właśnie tkwi przyczyna trudności rozumienia, ponieważ dziecko nie zawsze właściwie ocenia, które słowo jest centralne oraz nie uwzględnia jego relacji z innymi słowami wypowiedzi. Różnorodność form gramatycznych, której nie bierze pod uwagę, oraz fakt, że nawet jeśli rozumie każde słowo z wypowiedzi, to najczęściej po prostu nie pojmuje całości, a także to, że dla dziecka słowo oznacza jakąś określoną rzecz, stan, cechę i wiąże się ze swoistym, własnym dla niego skojarzeniem i jego doświadczeniem – wszystko to w poważnym stopniu utrudnia rozumienie wypowiedzi.
- Kordyl (1969, 1965) zwraca też uwagę, że wymienione cechy pod wieloma względami przypominają zespoły cech występujące zarówno w normalnym procesie rozwoju mowy dziecka, jak też w mowie osób upośledzonych umysłowo czy w afazjach typu dorosłych. W niedokształceniu mowy nie obserwuje się jednak płynnego przechodzenia z jednej fazy rozwojowej w drugą, a trudności analogiczne dla normalnego rozwoju mowy są bardziej intensywne i nie ustępują tak szybko jak u dzieci, u których są one tylko przejawem rozwoju. Autorka uważa, że pomimo podobieństw między

wymienionymi zespołami istnieją też dość istotne różnice i dlatego należy je oddzielić.

Afazja rozwojowa i afazja nabyta

Z literatury przedmiotu wynika, że afazja rozwojowa w wielu zakresach różni się od nabytej afazji dziecięcej. Różnice te ukazuje tabela 1. Przyjęta kategoryzacja ma charakter klasyfikacji rozwojowo-objawowej, uwzględnia nomenklaturę światową i jest opracowana w oparciu o klasyfikacje międzynarodowe.

Tabela 1. Kryteria różnicujące afazję rozwojową i afazję nabytą

Rodzaj kryterium różnicującego	Afazja rozwojowa	Afazja nabyta
Czas, w którym nastąpiło uszkodzenie mózgu	Przed ukończeniem 1. roku życia	Między 2. a 7. rokiem życia
Okres rozwojowy, w którym nastąpiło uszkodzenie mózgu	Prenatalny, perinatalny i częściowo postnatalny	Postnatalny
Charakter przyczyn i rodzaj czynników uszkodzających mózg	W okresie prenatalnym: zaburzenia o charakterze wrodzonym, wywołane przez czynniki <i>endogenne</i> , uwarunkowane dziedzicznie lub konstytucjonalnie; zaburzenia nabyte, wywołane przez czynniki <i>egzogenne</i> , np. zatrucie środkami toksycznymi, chemicznymi, urazy psychiczne matki (itp.). W okresie perinatalnym: czynniki <i>egzogenne</i> (urazy, niedotlenienie mózgu itp.). W okresie postnatalnym (w 1. roku życia): czynniki <i>egzogenne</i> (choroby dziecka, urazy itp.)	Zaburzenia nabyte po ukończeniu 1. roku życia, wywołane przez czynniki egzogenne (choroby dziecka, urazy, schorzenia mózgu itp.)
Mechanizm zaburzeń rozwoju mowy	Upośledzenie rozwoju struktur mózgowych, odpowiedzialnych za zdolności językowe, prowadzi do opóźnienia rozwoju mowy	Uszkodzenie mózgu wywołuje utratę wcześniej nabytych zdolności językowych, zahamowanie, regres i opóźnienie dalszego rozwoju mowy

Etiologia	Najczęściej nieznaną lub jedynie przypuszczalną	Urazy lub schorzenia mózgu
Etap rozwoju mowy dziecka	Patologia mózgu wystąpiła przed okresem werbalizacji słownej	Uszkodzenie mózgu wystąpiło, gdy mowa była już w pewnym (odpowiednim do wieku) stopniu rozwinięta
Podstawy, na których mowa się kształtowała	Od początku procesu rozwojowego patologiczne	Początkowo prawidłowe, patologiczne dopiero w chwili uszkodzenia mózgu
Istota zaburzeń rozwoju mowy	Brak integracji mowy	W przypadku opanowanych już zdolności językowych – dezintegracja mowy; w przypadku umiejętności jeszcze niewykształconych – brak dalszej integracji mowy
Objawy zaburzeń rozwoju mowy	Brak rozwoju mowy i w konsekwencji jej opóźnienie; najczęściej występują mieszane postaci zaburzeń rozwoju mowy (zaburzenia percepcyjno-ekspresyjne)	Zatrzymanie, zahamowanie, utrata zdolności językowych, prowadzące do opóźnienia jej dalszego rozwoju; występują zarówno mieszane postaci zaburzeń rozwoju mowy, jak i zaburzenia z przewagą komponentów motorycznych bądź sensorycznych
Rokowania	Ustępowanie zaburzeń zależy od wielu czynników; w przypadku zaburzeń wrodzonych rokowania są gorsze, gdyż zaburzenia utrzymują się długo i nierzadko okazują się trwałe; są one cięższe niż nabyte, gdy uszkodzenia powstały w trakcie porodu i po porodzie	Możliwa jest szybka restytucja mowy, co tłumaczy się plastycznością neurobiologiczną mózgu, a nie odwracalnością uszkodzeń tkanki mózgowej; powrót funkcji mowy zależy od rodzaju schorzenia, rozległości i głębokości uszkodzenia mózgu, jego możliwości kompensacyjnych, czynników społecznych i stopnia opanowania języka w chwili uszkodzenia. W przypadku zaburzeń ekspresyjnych rokowania są lepsze niż przy zaburzeniach percepcyjno-ekspresyjnych; zaburzenia języka najszybciej ustępują w uszkodzeniach urazowych mózgu

Źródło: Jastrzębowska, 1998, s. 217.

Objawy dysfazji wrodzonej i afazji nabytej są często podobne, stąd w praktyce logopedycznej stosujemy analogiczne sposoby postępowania. Należy jeszcze uwzględnić fakt, że u dzieci przejawy afazji są bardziej ogólne i niespecyficzne niż u dorosłych. U dzieci obserwuje się także szybszy i pełniejszy powrót mowy, chociaż nie w każdym przypadku. Często pozostają nieznaczne stopnia objawy zaburzeń, charakterystyczne jest także współ-

występowanie trudności w koncentracji uwagi, niepokój psychoruchowy oraz wzmożona męczliwość (są to także konsekwencje dysfunkcji mózgowych). Zaburzenia te należy przewidzieć w planowaniu pracy terapeutycznej. Na przykład z dzieckiem można prowadzić tylko krótkie ćwiczenia, ale za to częściej, należy też ograniczać zakres materiału do ćwiczeń, aby nie rozpraszać jego uwagi oraz stosować zasadę stopniowania trudności (rozpocząć pracę od materiału niesprawiającego dziecku trudności); trzeba stosować dość częste przerwy, jeżeli zaobserwujemy narastające zmęczenie lub dekoncentrację uwagi.

Afazja rozwojowa a proste (samoistne) opóźnienie rozwoju mowy

Często afazję rozwojową myli się z prostym opóźnieniem rozwoju mowy. Od różniczenie tych zespołów jest bardzo trudne, a do wieku 3–4 lat wręcz niemożliwe. W zasadzie do 5. roku życia nie ma żadnej istotnej różnicy pomiędzy nimi. W obu przypadkach obserwuje się początkowo brak i opóźnienie rozwoju mowy. Dopiero długotrwała obserwacja przebiegu procesu rozwojowego może pozwolić na określenie rodzaju zaburzenia. Gdy opóźnienie rozwoju mowy utrzymuje się powyżej 5. roku życia, wówczas można już mówić o afazji rozwojowej. Dzieci z prostym opóźnieniem rozwoju mowy w pewnym wieku nagle zaczynają mówić i szybko wyrównują opóźnienie, natomiast postęp w rozwoju mowy u dzieci z afazją rozwojową jest niewielki.

Afazja rozwojowa i proste (samoistne) opóźnienie rozwoju mowy charakteryzują się dobrym słuchem, prawidłowym rozwojem umysłowym, prawidłową strukturą i funkcją aparatu wykonawczego mowy, czyli dobrą motoryką mowy. Lekarze zaliczają je do **wrodzonych zaburzeń rozwoju mowy pochodzenia korowego**. Istnieje wiele hipotez na temat przyczyn niedokształcenia mowy o typie afazji. W obu przypadkach ich etiologia najczęściej jednak pozostaje niewyjaśniona. Cechą wspólną tych zespołów objawowych jest częste występowanie zaburzeń lateralizacji oraz ujawniające się w wieku szkolnym dysleksja i dysortografia.

Podobnie jak w przypadku afazji nabytej i rozwojowej, rozróżnienia prostego (samoistnego) opóźnienia rozwoju mowy i afazji rozwojowej dokonuje się, uwzględniając różne czynniki. Przedstawia to zamieszczona obok tabela.

Tabela 2. Rodzaje czynników różnicujących proste opóźnienie mowy i afazję rozwojową

Rodzaj czynnika różnicującego	Proste (samoistne) opóźnienie rozwoju mowy	Afazja rozwojowa
Łatwość ustępowania objawów (najważniejsze kryterium różnicujące)	Do 5. roku życia opóźnienie rozwoju mowy zrównuje się z poziomem rozwoju mowy rówieśników	Zaburzenia mowy utrzymują się długo, często są trwałe
Rozwój motoryczny	Może być opóźniony	Często występuje ogólna niezręczność ruchowa
Rozwój innych funkcji psychomotorycznych	Nie obserwuje się zaburzeń koordynacji wzrokowo-ruchowej i ujmowania stosunków przestrzennych ani żadnych objawów niespecyficznych, które można bezpośrednio wiązać z występującym opóźnieniem rozwoju mowy. U dzieci tych nie ma żadnych zmian anatomicznych czy psychoneurologicznych, które można uznać za przyczynę wolniejszego tempa rozwoju mowy	Mogą wystąpić zaburzenia myślenia, uwagi, pamięci, motywacji. Często występują zaburzenia koordynacji wzrokowo-ruchowej i ujmowania stosunków przestrzennych
Rodzaj czynników wywołujących opóźnienia rozwoju mowy	Czynniki społeczne (środowiskowe) lub biologiczne (uwarunkowania genetyczne)	Czynniki biologiczne, natomiast czynniki środowiskowe i uwarunkowania społeczne – to czynniki podtrzymujące
Podstawa, na której kształtuje się mowa	Mowa, kształtując się na prawidłowej podstawie, pojawia się później i wolniej niż zwykle	Mowa od początku kształtuje się na patologicznej podstawie
Patogeneza	Opóźnione dojrzewanie ośrodkowego układu nerwowego, prowadzące do opóźnienia rozwoju mowy	Niedorozwój ośrodkowego układu nerwowego lub wcześniej nabyte uszkodzenie mózgu wywołuje różne objawy zaburzeń rozwoju mowy
Objawy zaburzeń rozwoju mowy	Najczęściej są to zaburzenia mowy czynnej, przy prawidłowo rozwijającej się mowie biernej, przemijające wraz z wiekiem	Przy zaburzeniach wrodzonych – zaburzenia mieszane (ekspresyjno-percepcyjne); rozwój zdolności językowych jest powolny i mowa zazwyczaj nie osiąga normalnego poziomu. Przy uszkodzeniach okotoporodowych i w 1. roku życia mogą wystąpić zaburzenia ekspresyjne lub/i percepcyjne, wówczas rokowania są znacznie lepsze

Rodzaj czynnika rozróżniającego	Proste (samoistne) opóźnienie rozwoju mowy	Afazja rozwojowa
Rokowania	Występujące opóźnienie rozwoju mowy nie wywołuje większych konsekwencji dla jej dalszego rozwoju; ustępuje samoistnie około 5. roku życia (bez pomocy specjalistycznej)	Opóźnienie rozwoju mowy zazwyczaj jest duże (zaburzenia wrodzone) i pozostawia konsekwencje w postaci długo utrzymujących się zaburzeń językowych oraz innych problemów dodatkowych. W przypadku zaburzeń nabytych po urodzeniu się dziecka – opóźnienie może szybko się wyrównać i nie zostawić poważniejszych konsekwencji

Źródło: Jastrzębowska, 1998, s. 231.

Afazja, dysfazja rozwojowa i autyzm dziecięcy

Afazję (zwłaszcza rozwojową typu ekspresyjno-percepcyjnego) często myli się z autyzmem dziecięcym. Dzieci z tym typem afazji cechuje bowiem opóźnienie rozwoju społecznego. Podobnie jak dzieci autystyczni bezmyślnie naśladują wypowiedzi, których nie rozumieją, i przejawiają zawężenie zainteresowań. Od całościowych zaburzeń różni je jednak to, że posiadają zdolność do prawidłowych interakcji społecznych, normalnej zabawy i poszukiwania kontaktów z rodzicami oraz to, że obserwuje się u nich jedynie niewielkie upośledzenie komunikacji niewerbalnej (np. nieumiejętność odczytywania znaczenia gestów, tonu głosu).

Przyczyny afazji dziecięcej

Bardzo trudne jest rozpoznanie dysfazji, afazji rozwojowej i ustalenie jej przyczyny. Przypuszcza się, że wywołują ją uszkodzenia mózgu spowodowane urazem okołoporodowym, zapaleniem mózgu i opon mózgowych, zatrzymaniem się w rozwoju pewnych struktur korowych lub urazem czaszki, który nastąpił w okresie przed rozwojem mowy (Styczek, 1980). Nabyta dysfazja, afazja dziecięca jest najczęściej wynikiem schorzeń neurologicznych lub ogólnych (np. zapalenie mózgu, uraz głowy, napromieniowanie itp.).

Ze względu na brak dostatecznej wiedzy na temat etiologii zaburzeń rozwoju mowy pochodzenia korowego kryterium przyczynowe wciąż nie może stanowić podstawy rozróżniania tych zjawisk. Nie ma zgodności co do charakteru niedokształcenia mowy o typie afazji, gdyż jedni uważają je za zaburzenia wrodzone, a inni wymieniają również zaburzenia nabyte w 1. roku życia, a nawet pomiędzy 1. i 3. rokiem życia. Jedni autorzy uważają je za zaburzenia funkcjonalne, nie dające się odnieść do zmian chorobowych w strukturze organizmu, inni zaś podkreślają charakter organiczny i wiążą je przyczynowo z uszkodze-

niami ośrodkowego układu nerwowego. Obok wymienionych istnieje też hipoteza o istnieniu – analogicznie do uzdolnień muzycznych czy matematycznych – predyspozycji do mowy. Zakłada się zatem istnienie tzw. antytalentu do mowy, przejawiającego się opóźnieniem rozwoju mowy i trudnościami w mówieniu.

Poglądy na temat etiologii afazji rozwojowej (dawniej: alalii) w zasadzie można podzielić na 3 grupy opinii:

- zaburzenie to nie ma żadnej widocznej przyczyny w budowie i funkcjonowaniu centralnego układu nerwowego, może być natomiast uwarunkowane konstytucjonalnie lub dziedzicznie;
- u dzieci z afazją rozwojową nie stwierdza się organicznych zmian w mózgu, lecz niedostateczny rozwój i opóźnienie neurologicznych procesów dojrzewania potrzebnych dla ewolucji mowy; zaburzenie rozwoju mowy jest więc wynikiem zaburzeń funkcjonalnych, tj. dysfunkcji centralnego układu nerwowego;
- niedokształcenie mowy o typie afazji wiąże się z organicznym uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego (najczęściej z mikrouszkodzeniami mózgu).

E. Dilling-Ostrowska (1990), powołując się na badania różnych autorów, wśród przyczyn wrodzonych zaburzeń mowy, a więc i rozwojowej afazji, dysfazji dziecięcej, wymienia:

- niedorozwój i zaburzenia mielinizacji w korowych polach mowy;
- brak rozwoju dróg nerwowych związanych z mową;
- patologię dotyczącą 1. trymestru ciąży (np. krwawienia z dróg rodnych, stosowanie środków farmakologicznych w celu przerwania ciąży, silne wstrząsy psychiczne matek).

Zdaniem autorki wymienione czynniki prowadzą do zaburzeń rozwojowych mózgu. Z badań tej autorki wynika również, że wrodzone zaburzenia mowy mogą być spowodowane zmianami patologicznymi w okolicach skroniowych (częściej po stronie lewej), co wskazuje na istnienie u tych dzieci organicznego uszkodzenia mózgu, umiejscowionego w płacie skroniowym lewej półkuli. Za tak zlokalizowanym, ogniskowym uszkodzeniem mózgu może – według niej – przemawiać brak innych objawów zaburzeń neurologicznych u badanych dzieci (tj. niedowładów, zaburzeń gnoźji, prakcji itp.).

W przypadku zaburzeń mowy w następstwie uszkodzeń nabytych (zarówno rozwojowego, jak i nabytego typu afazji dziecięcej) następuje uszkodzenie mózgu o różnej etiopatogenezie. Są to m.in.: uszkodzenia urazowe mózgu, choroby naczyniowe mózgu, stany zapalne, zwyrodnieniowe, procesy ekspansyjne (postępujące).

U. Parol (1989) na podstawie swoich badań (wywiadów z rodzicami, zapisów w książeczkach zdrowia – skali Apgar) ustaliła, że pierwotne przyczyny alalii (czyli afazji, dysfazji rozwojowej) mogą być wrodzone (dziedziczne)

i nabyte. W tej drugiej grupie autorka wyróżnia następujące przyczyny (Parol, 1989, s. 19):

- pierwotne nabyte, prenatalne (choroby matki oraz wstrząsy i urazy psychiczne, a także krwawienia w pierwszej połowie ciąży, skłonności do poronień, trzecia ciąża i zatrucie środkami chemicznymi);
- pierwotne nabyte, perinatalne, tj. urazy okołoporodowe;
- pierwotne nabyte, postnatalne, np.: choroby dziecka oraz urazy czaszki (z utratą przytomności i bez jej utraty) w 1., 2. i 3. roku życia, choroby bakteryjne i wirusowe z zakażeniem bakteryjnym, powikłane.

Wynika z tego, że U. Parol (1989) – podobnie jak Z. Kordyl (1968) – za niedokształcenie mowy o typie afazji, tj. za afazję rozwojową, uznaje te zaburzenia rozwoju mowy, w których dysfunkcja centralnego układu nerwowego jest następstwem działania różnych czynników (wrodzonych i nabytych), w różnych okresach życia dziecka. Autorka tych badań uważa, że przyczyną alalii mogą być nawet uszkodzenia mózgu (powstałe w wyniku chorób i urazów czaszki) w 3. roku życia dziecka. Dla porównania: E. Dilling-Ostrowska (1982) przyjmuje, że zaburzenia mowy powstające po uszkodzeniu mózgu przed ukończeniem 12. miesiąca życia powinny się określać jako tzw. **wrodzony niedorozwój ekspresji lub ekspresji i recepcji mowy** (afazja, dysfazja rozwojowa), a dopiero po ukończeniu 12. miesiąca życia – **afazją** (nabytą afazją, dysfazją dziecięcą). Dowodzi to, że kryterium etiologiczne także nie jest zbyt wyraźne, a na to, że nie powinno się mówić tylko o jednej przyczynie afazji rozwojowej, zwraca uwagę coraz więcej liczby autorów.

Podsumowując, można stwierdzić, że zagadnienie dziecięcych zaburzeń rozwoju mowy, związanych z patologią rozwoju lub uszkodzeniem mózgu, wciąż jest niedostatecznie rozpoznane. Różnice zdań dotyczą sposobów ujmowania, nazywania i kategoryzacji tych zjawisk, co pociąga za sobą wiele jeszcze sprzeczności i nieścisłości oraz powoduje błędy w diagnostyce logopedycznej.

Afazja, dysfazja dziecięca to zaburzenie rozwoju języka manifestujące się w różny, często indywidualny dla danego dziecka sposób, a objawy tych zaburzeń można – w zależności od lokalizacji uszkodzenia mózgu – obserwować albo w zakresie zdolności ekspresyjnych, albo ekspresyjnych i percepcyjnych.

Nieprawidłowości te dotyczą wszystkich poziomów języka, z tym że występujące w afazji objawy zaburzeń mowy (np. wady artykulacyjne), charakterystyczne dla uszkodzeń niższych piętér mechanizmów mowy, są tutaj sprawą wtórną. Afazja (dysfazja) dziecięca może się też przejawiać zaburzeniami wszystkich aspektów mowy (fonetycznego, leksykalnego, gramatycznego i ekspresyjnego), co jest sprawą indywidualną, przy czym rozwój i ustępowanie objawów zależy od wielu czynników, w tym nawet czynników społecznych.

W zależności od typu dysfazji zdolność dziecka do posługiwania się mową lub do jej rozumienia jest znacznie niższa od poziomu komunika-

nia się typowego dla wieku umysłowego dziecka. Dysfazji, afazji dziecięcej mogą towarzyszyć nieznaczne opóźnienia rozwoju umysłowego, zaburzenia słuchu, motoryki mowy lub niewielkie zaburzenia neurologiczne. Zakłócenia rozwoju języka nie mogą być jednak bezpośrednio związane z wymienionymi dolegliwościami, tzn. inne zaburzenia rozwoju nie mogą być tak znaczne, aby można je uznać za wystarczającą przyczynę obserwowanych objawów zaburzeń rozwoju mowy i języka. Mogą im również towarzyszyć inne problemy, jak: występujące w późniejszym czasie trudności z czytaniem i pisanem, zaburzenia w relacjach interpersonalnych oraz zaburzenia emocjonalne i zachowania, czyli zakłócenia w funkcjonowaniu poznawczym, społecznym oraz emocjonalnym.

Podział i zakwalifikowanie określonych przypadków do jednego z dwóch typów afazji, dysfazji dziecięcej (rozwojowej i nabytej) nie decyduje o charakterze przyczyn (wrodzonych i nabytych), lecz ich konsekwencji dla przebiegu procesu kształtowania i rozwoju mowy, tzn. czy prowadzą one do upośledzenia czy do innych form zaburzeń rozwoju mowy. W tym czasie mowa u dzieci nie jest jeszcze wykształcona i dlatego czynnik uszkodzający mózg wywołuje upośledzenie rozwoju mowy, a nie jej utratę. Wprawdzie istnieje dość istotna różnica pomiędzy zaburzeniami, które powstają w wyniku uszkodzeń wrodzonych i nabytych w okresie okołoporodowym, a powstałymi w 1. roku życia – na korzyść tych drugich. Na razie jednak niemożliwe jest stworzenie takiej klasyfikacji, która uwzględniałaby wszystkie istotne dla diagnozy różnicowej kryteria.

Przy rozwojowej afazji, dysfazji dziecięcej często występuje uszkodzenie lub opóźnienie rozwoju tych funkcji, które są ściśle związane z procesem biologicznego dojrzewania ośrodkowego układu nerwowego (tj. języka, analizy wzrokowo-przestrzennej lub/i koordynacji motorycznej).

Zaburzenie to charakteryzuje ciągły przebieg, bez okresów remisji i nawrotów. Początek tych nieprawidłowości rozwoju rozpoznawany jest zawsze w niemowlęctwie lub we wczesnym dzieciństwie. W zależności od tego, kiedy patologiczny czynnik działa na mózg dziecka, dochodzi albo do zaburzeń rozwoju centralnego układu nerwowego, albo do uszkodzenia mózgu już względnie rozwiniętego. Od momentu uszkodzenia tego organu zależą więc objawy zaburzeń rozwoju mowy. W pierwszym bowiem przypadku dochodzi do upośledzenia rozwoju, niewykształcenia się i poważnego opóźnienia mowy, w drugim – do opóźnienia, zatrzymania, regresu do wcześniejszych etapów rozwojowych lub do utraty już istniejących zdolności porozumiewania się. Zaburzenia nabyte po urodzeniu się dziecka nie są tak ciężkie, jak wrodzone, które zazwyczaj utrzymują się dłużej i wolniej ustępują. W przypadku rozwojowej dysfazji, afazji dziecięcej mowa od początku rozwija się na patologicznej podstawie (gdyż opóźnienie rozwoju centralnego układu nerwowego powoduje, że nie ma odpowiednich warunków do normalnego kształtowania się i rozwoju mowy), natomiast w przypadku na-

bytej afazji, dysfazji dziecięcej początkowo mowa wykształca się na prawidłowym podłożu, a dopiero później sytuacja ta ulega niekorzystnej zmianie.

Ustępowanie objawów zależy od stopnia i rodzaju czynnika wywołującego uszkodzenie mózgu, wieku (tj. od związanej z nim plastyczności mózgu), rodzaju patologii mózgu i związanego z nim przebiegu schorzenia (czy jest to zaburzenie postępujące czy nie), a także od warunków środowiskowych i społecznych, w których dziecko przebywa. Lepsze są rokowania w przypadku nabytej afazji dziecięcej niż rozwojowej; lepiej, gdy czynnik uszkadzający mózg działał w okresie perinatalnym i postnatalnym niż prenatalnym, gdyż wówczas prowadzi to do wrodzonych zaburzeń rozwoju mowy, które najtrudniej ustępują.

W przypadku zaburzeń rozwoju mowy pochodzenia centralnego największym dylematem jest to, czy do rozwojowej afazji, dysfazji dziecięcej należy zaliczać zaburzenia powstałe w wyniku okołoporodowych i nabytych w 1. roku życia uszkodzeń mózgu.

Bibliografia

- Bitniok M. (2003): *Obraz deficytów mowy w afazji i metody ich przezwyciężania*. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice.
- Bitniok M. (2007): *Dysfunkcje mózgu a komunikacja językowa*. Wydawnictwo Akademii Techniczno-Humanistycznej, Bielsko-Biała.
- Bitniok M. (2010): *Deficyty mowy wynikające z uszkodzeń obszarów mózgowych*. Wydawnictwo Akademii Techniczno-Humanistycznej, Bielsko-Biała.
- Dilling-Ostrowska E. (1982): *Rozwój i zaburzenia mowy u dzieci w zależności od stopnia dojrzałości układu nerwowego* [w:] J. Szumska (red.): *Zaburzenia mowy u dzieci*. PZWL, Warszawa.
- Dilling-Ostrowska E. (1990): *Zaburzenia mowy* [w:] J. Czochańska (red.): *Neurologopedia dziecięca*. PZWL, Warszawa.
- Grabias S. (2001): *Zaburzenia mowy*. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin.
- Herzyk A. (1985): *Prawa półkula a czynności werbalne* [w:] D. Kądziaława (red.): *Wybrane zagadnienia neuropsychologii klinicznej*. Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa.
- Herzyk A. (1992a): *Afazja i mutyzm dziecięcy*. PZM, Lublin.
- Herzyk A. (1992b): *Asymetria i integracja półkulowa a zachowanie*. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin.
- Herzyk A. (2003): *Mózg, emocje uczucia – analiza neuropsychologiczna*. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin.
- Jastrzębowska G. (1998): *Podstawy teorii i diagnozy logopedycznej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole.
- Kordyl Z. (1965): *Z badań nad objawami niedokształcenia mowy u dzieci*, „Psychologia Wychowawcza”, nr 2.
- Kordyl Z. (1968): *Psychologiczne problemy afazji dziecięcej*. PWN, Warszawa.
- Kordyl Z. (1969): *Mowa dzieci afatycznych*, „Logopedia”, nr 8/9.
- Kwolek A. (2003): *Rehabilitacja medyczna*. Elsevier Urban & Partner, Wrocław.
- Levelt W.J.M. (1989): *Speaking: From Intention to Articulation*. Cambridge, MIT Press.
- Maruszewski M. (1966): *Afazja. Zagadnienia teorii i terapii*. PWN, Warszawa.
- Maruszewski M. (1974): *Chory z afazją i jego usprawnianie*. Nasza Księgarnia, Warszawa.
- Maruszewski M. (1979): *Reedukacja mowy u chorych z afazją jako problem pedagogiki specjalnej*, „Kwartalnik Pedagogiczny”, nr 3.
- Panasiuk J. (2001): *Język w afazji* [w:] S. Grabias (red.): *Zaburzenia mowy*. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin.
- Parol U. (1989): *Dziecko z niedokształceniem mowy*. WSiP, Warszawa.
- Pąchalska M. (1990): *Afazja jako współczesny problem społeczny*, „Rocznik Naukowy Akademii Wychowania Fizycznego”, t. 24, Kraków.
- Styczek I. (1980): *Logopedia*. PWN, Warszawa.
- Szumska J. (1980): *Metody rehabilitacji afazji*. PZWL, Warszawa.
- Szumska J. (1982): *Neurofizjologiczne podstawy zaburzeń mowy u dzieci* [w:] J. Szumska (red.): *Zaburzenia mowy u dzieci*. PZWL, Warszawa.
- Zielińska-Charaszewska S. (1986): *Rehabilitacja neurologiczna chorych w domu*. PZWL, Warszawa.



Iwona Jagoszewska

**Wspieranie rozwoju dzieci
z uszkodzonym słuchem w różnych
obszarach życia społecznego**



Istota i klasyfikacja uszkodzeń słuchu

Występowanie uszkodzeń słuchu jest tak częste, że fakt ten stanowi istotny problem natury społecznej. Konieczne wydaje się poddanie dzieci niesłyszących wczesnym, kompleksowym, specjalistycznym oddziaływaniom medycznym, pedagogicznym i psychologicznym. Są one podejmowane w różnych obszarach życia dziecka w rodzinie, przedszkolu, przy udziale zespołu specjalistów, z wykorzystaniem metod terapii rozłożonych w czasie i wspomagających je urządzeń technicznych. Postępowanie rodziców, akceptacja głuchoty dziecka rzutują na osiągnięcie przez niego gotowości szkolnej. Ponadto wydaje się, iż warto rozpoznać możliwości wspierania rozwoju dziecka z uszkodzonym słuchem w celu optymalnego organizowania działań i przezwyciężania trudności zgodnie z aktualnymi zmianami w rozporządzeniach MENiS.

W pedagogice specjalnej od wielu lat nie ma ścisłej reguły wobec stosowania precyzyjnej terminologii dotyczącej osób niesłyszących. Wyrażenia: osoba głucha, z resztkami słuchu, niedosłysząca, słabosłysząca, ogłuchła, z uszkodzonym narządem słuchu, głuchoniema, niesłysząca, używane są zamiennie (Hoffmann, 2001, s. 24).

Zagadnienia z tym związane podejmuje Międzynarodowe Biuro Audiofonologii, które opracowało **klasyfikację uszkodzeń słuchu** w zależności od stopnia jego utraty. W Polsce dość powszechnie stosowaną, zwłaszcza na potrzeby orzecznictwa stopni niepełnosprawności, jest definicja osoby niesłyszącej, w której wykorzystuje się wskazania audiometrii progowej. Jest to osoba z uszkodzonym słuchem w stopniu lekkim, umiarkowanym, znacznym lub głębokim, której uszkodzenie słuchu, określone audiogramem progowym i przeliczone według tabeli Międzynarodowego Biura Audiofonologii (BIAP), przekracza 20 dB i kwalifikuje ją do jednego ze stopni uszkodzeń (Szczepankowski, 1999, s. 113).

Klasyfikacja wad słuchu jest również uzależniona od kryteriów stosowanych w określonych dyscyplinach naukowych. Pozostają one w ścisłym związ-

ku, opisując to samo uszkodzenie słuchu (Plutecka, 2006, s. 18). Zdaniem K. Pluteckiej kryteria te najczęściej uwzględniają (2006):

- miejsce uszkodzenia analizatora słuchowego,
- zakres i głębokość ubytku słuchu,
- etiologię wady słuchu,
- czas pojawienia się uszkodzenia słuchu.

Zdaniem J. Sowy **etiologia wad słuchu** obejmuje 3 zespoły czynników (1997, s. 181). Powodują one: głuchotę dziedziczną, wrodzoną i głuchotę tuż po urodzeniu dziecka.

Głuchota dziedziczna – możemy mówić o niej tylko wtedy, kiedy występuje również u innych członków tej samej rodziny; dzieli się na głuchotę dominującą i recesywną.

Głuchota dziedziczna dominująca – występuje często ze sprzężeniami innego rodzaju niepełnosprawności, charakterystyczne dla niej jest to, że nie zawsze ujawnia się od urodzenia.

Głuchota dziedziczna recesywna – nie musi ujawniać się w każdej generacji.

Głuchota wrodzona – przyczynami jej występowania mogą być choroby matki w czasie ciąży, zaburzenia hormonalne, konflikt serologiczny, czynniki toksyczne, które uszkadzają płód.

Głuchota nabyta – jej przyczyny występują w czasie porodu bądź w okresie rozwoju człowieka. W czasie porodu słuch mogą uszkodzić silne krwawienia, niedotlenienie, a także urazy mechaniczne, które są związane z przebiegiem porodu. W trakcie rozwoju dziecka dzielimy je na 2 grupy: przyczyny, które pojawiają się do 3. roku życia, i te, które mają miejsce w okresie późniejszym. Do pierwszej grupy można zaliczyć: przewlekłe zapalenie ucha środkowego, silne urazy, zakaźne choroby typu dziecięcego, zapalenie opon mózgowych. Natomiast przyczynami, które spowodują głuchotę u dziecka od 4. roku życia, są: choroby zakaźne, zapalenie opon mózgowych, jak również silne wstrząsy psychiczne, urazy mechaniczne i akustyczne.

Możemy również spotkać się w medycynie i pedagogice z kryterium odnoszącym się do momentu powstania uszkodzenia (Szczepankowski, 1999, s. 38). Jest ono stosowane głównie w odniesieniu do dzieci z uszkodzeniem słuchu w stopniu znacznym i głębokim. Wiąże się z możliwością nauczania się języka ojczystego, a także mowy dźwiękowej w sposób naturalny. Według tego kryterium wyróżnia się głuchotę:

- prelingwalną, która powstała przed opanowaniem języka, między 2. a 3. rokiem życia;
- perilingwalną, która powstała, kiedy język został już opanowany, między 3. a 5. rokiem życia;
- postlingwalną, która powstała po 5. roku życia.

Uszkodzenie słuchu w stopniu znacznym lub głębokim, które ma charakter prelingwalny lub perilingwalny, utrudnia dziecku niektóre czynności odruchowe (zaburzenia koordynacji sensoryczno-motorycznej), wpływa na zaburzenie naturalnego rozwoju mowy, a w konsekwencji na myślenie słowno-pojęciowe oraz powoduje nieprawidłowe przystosowanie społeczne (Rakowska, 2003, s. 76).

Przygotowanie do **rozwoju mowy dziecka** rozpoczyna się w okresie życia płodowego. W tym okresie wykształcają się narządy mowne i nadawcze, a płód odbiera dźwięki z otoczenia i reaguje na nie. Optymalny czas gotowości dziecka do słuchania to okres do 18. miesiąca życia. Najlepszy czas, w którym dziecko słucha i uczy się rozumieć mowę w sposób naturalny, to właśnie pierwsze 18 miesięcy życia. Złoty wiek dla rozwoju mówienia to czas do 3. roku życia, dlatego do tego wieku powinna być wykryta wada słuchu i rozpoczęta rehabilitacja (Buryń et al., 2001, s. 43). Jeśli dziecko utraciło słuch w tym okresie (prelingwalnym), to naturalny rozwój mowy nie został zapoczątkowany lub uległ zahamowaniu. W takiej sytuacji konieczna jest intensywne i systematyczna praca nad rozwijaniem mowy, w przeciwnym razie nie ma szans na samoistny rozwój mowy i języka dziecka. Dziecko z wrodzoną wadą słuchu, u którego wykryto to uszkodzenie w 3., 4., 5. roku życia lub później, uczy się mowy od początku, od podstaw, od etapu melodii przez wszystkie fazy rozwoju mowy (etap wyrazu, zdania, swoistej mowy dziecięcej).

Analizator słuchowy odgrywa szczególną rolę w kształtowaniu się mowy dziecka. Mowa to nie tylko sposób porozumiewania się, ale także istotny czynnik wpływający na psychiczny rozwój każdego człowieka. Do uczenia się mowy ustnej wykorzystujemy analizator słuchu, zatem dzieci, u których narząd uległ uszkodzeniu, napotykać na swojej drodze trudności w kształtowaniu się nie tylko mowy, ale także związanych z nią procesów psychicznych, w pierwszej kolejności – poznawczych (Stachyra, 2001, s. 17).

Zdaniem K. Krakowiak uszkodzenie analizatora słuchowego powoduje brak kontroli słuchowej, co utrudnia opanowanie prawidłowej wymowy oraz percepcję wypowiedzi innych, jak również orientację w świecie dźwięków. Poważne zagrożenie rozwojowe stanowi długotrwałe opóźnienie w rozwoju języka, a zwłaszcza opóźnienie komunikowania się z innymi. Zagrożenie rozwojowe może bowiem spowodować zaburzenie społeczne rozwoju dziecka oraz doprowadzić do zahamowania jego rozwoju poznawczego, a w konsekwencji do degradacji umysłowej (1998, s. 56).

Głuchota wpływa niekorzystnie na **funkcjonowanie umysłowe** nazywane inteligencją abstrakcyjną. U osób niesłyszących występuje tendencja do myślenia na poziomie konkretnym i powstrzymywanie się od formułowania uogólnień (Sowa, 1997, s. 169). Dziecko niesłyszące odbiera różnego rodzaju bodźce płynące z otoczenia, ale często nie łączy ich z nazwą i nie ro-

zumie ich znaczenia. Brak jednego z najważniejszych receptorów utrudnia operacje myślowego abstrahowania, uogólniania i klasyfikowania. Dziecko nie zawsze kojarzy słowo z pojęciem, dlatego też jego poznanie najczęściej jest konkretno-obrazowe, a nie logiczno-pojęciowe (Sękowska, 2001, s. 171). Dzieci niesłyszące postrzegają przedmioty i zjawiska, ale nie łączą ich samorzutnie ze słowem i treścią znaczeniową, ich analiza spostrzeżeń przebiega trudniej. Przez długi czas ich spostrzeżenia są synkretyczne, najczęściej niepełne, i mogą być mylne. Dziecko niesłyszące kompensuje sobie brak zmysłu słuchu zmysłem wzroku, dlatego wydaje się, że jego zdolność spostrzegania jest zdecydowanie lepsza i sprawniejsza niż u osób słyszących.

Wczesna interwencja we wspieraniu rozwoju dziecka z wadą słuchu

Szerokie spojrzenie na działania diagnostyczne i terapeutyczne skierowane do dzieci z deprywacją słuchu obejmuje nie tylko wczesną interwencję, ale również wdrożenie odpowiednich działań terapeutycznych. Stanowią one niezbędny element w wyznaczaniu kierunku wspierania rozwoju osób z uszkodzonym słuchem w różnych obszarach życia społecznego. W dalszej perspektywie czasowej służą one nie tylko m.in. intensywnemu wspieraniu jego rozwoju, ale dotyczą także form pracy z rodzicami, jako aktywnymi członkami zespołu terapeutycznego, wykorzystaniu urządzeń technicznych oraz przygotowaniu dziecka niesłyszącego do podjęcia obowiązku szkolnego.

Wczesna interwencja stanowi podstawowy i niezmiernie istotny przedmiot zainteresowań wielu badaczy. Zajmują się nią m.in. psychologowie, pedagodzy, lekarze, audiolodzy i technicy elektroakustycy. W ostatnich latach ważne miejsce w programach wczesnej interwencji, która wspomaga rozwój małego dziecka z wadą słuchu, zajmują także rodzice.

Wykrycie uszkodzenia słuchu, wnikliwa i pełna diagnoza oraz rozpoczęcie działań rehabilitacyjnych są podstawą do dalszego prawidłowego rozwoju dziecka. Istotą wczesnej interwencji jest również uwzględnienie wszystkich aspektów rozwojowych dziecka. Specjaliści starają się wziąć pod uwagę jego możliwości, zdolności i kompetencje. Dlatego daje się zaobserwować zależność, że im później dziecko jest objęte procesem wczesnej interwencji, tym większą szkodę dla swojego poziomu intelektualnego, psychicznego i fizycznego ponosi.

Do podstawowych działań, wyznaczających odpowiedni start w pracy rehabilitacyjnej z małym dzieckiem niesłyszącym, należy **diagnoza stanu dziecka** (Korzon, 1996, s. 271–273; Szczepankowski, 1999, s. 187). Pełna diagnoza dziecka z uszkodzonym słuchem powinna być wielospecjalistyczna i obejmować diagnozę medyczną, psychologiczną, logopedyczną, pedagogiczną.

Aktualnie we wszystkich szpitalach w Polsce prowadzone są badania przesiewowe u noworodków (na sprzęcie zakupionym w 2002 roku dzięki działalności Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy). Pierwszymi placówkami, w których bada się słuch u noworodków, są niewątpliwie szpitale oraz kliniki pediatryczne. Jeśli potwierdzi się w nich występowanie zaburzenia słuchu, pomoc może być udzielana w następujących instytucjach: Instytut Filozofii i Pedagogiki Słuchu, rejonowe przychodnie dla dzieci, poradnie zdrowia dla dzieci, ośrodki wczesnej interwencji, specjalistyczne poradnie leczniczo-rehabilitacyjne dla dzieci i młodzieży z wadą słuchu lub specjalistyczne ośrodki wczesnej diagnozy i rehabilitacji dzieci i młodzieży z wadą słuchu Polskiego Związku Głuchych. Placówki takie prowadzą opiekę ambulatoryjną, zapewniają diagnozę, naukę porozumiewania się, uwrażliwienie słuchu – bez separowania dziecka od środowiska domowego. W placówkach pracuje wykwalifikowana kadra specjalistów: audiolog, foniatra, logopeda, surdopedagog, psycholog, pedagog specjalny.

Wielokrotnie podkreśla się w literaturze przedmiotu, iż **efekty wczesnej interwencji** są korzystne nie tylko dla dziecka, ale również dla jego rodziny (Kornaś, 1999, s. 279). Wczesna interwencja ma ogromne znaczenie, ponieważ:

- zmniejsza ryzyko opóźnień rozwojowych;
- spełnia funkcję leczniczą, umożliwiając w miarę normalny proces rozwoju, i zapobiega pogłębieniu się wad;
- zmniejsza skutki uboczne uszkodzenia słuchu;
- jest efektywną metodą pomocy rodzicom w zakresie postępowania z dzieckiem niepełnosprawnym;
- dostarcza informacji z zakresu diagnozy, przyczyn kalectwa, prognoz, wiedzy na temat normalnego rozwoju dziecka i jego stymulacji oraz socjalnego systemu pomocy;
- umożliwia całej rodzinie przystosowanie się do nowej sytuacji związanej z obecnością dziecka z wadą słuchu.

Jednakże w Polsce dostrzega się szereg **problemów związanych z wczesną interwencją** (Kulesza, 1999, s. 304). Wczesna interwencja najczęściej prowadzona jest w specjalnych ośrodkach znajdujących się w dużych miastach. Centralizacja ośrodków jest jedną z barier utrudniających otrzymanie wczesnej pomocy, szczególnie przez dzieci, które pochodzą z małych miejscowości. Wczesna interwencja w przypadku dzieci z tzw. grup ryzyka (bez oczywistej niepełnosprawności) ogranicza się do badań przesiewowych i bilansów zdrowia sporządzanych przez pediatrów. Część dzieci potrzebujących pomocy nie jest dostatecznie wcześnie diagnozowana. Są to dzieci, u których do postawienia diagnozy dochodzi dopiero w wieku przedszkolnym, lub nawet szkolnym. Jakość wczesnej interwencji zależy często od możliwości finansowych rodziców dziecka niepełnosprawnego. Dużym problemem jest też fakt nieobecności na rynku wydawniczym książek, poradników napisanych przy-

stępnym językiem i traktujących o możliwości wspomaganie i korygowania rozwoju niepełnosprawnego dziecka w warunkach domowych, a także niedostateczna ilość programów wczesnej interwencji zorientowanych na rodzinę z niepełnosprawnym dzieckiem. Kolejna bariera to niewystarczająca pomoc psychologiczna dla rodziny (rodziców, opiekunów, rodzeństwa).

Ważnym aspektem funkcjonowania każdego ośrodka wczesnej interwencji jest fachowa kadra medyczna, pedagogiczna, psychologiczna i socjalna, która będzie działała interdyscyplinarnie (Kornaś, 1999, s. 278–280). We wspomnianych ośrodkach wczesna interwencja powinna objąć:

- badanie i diagnozę pedagogiczną;
- wychowanie słuchowe;
- pomoc w rozwoju mowy;
- pomoc w zakresie rytmiczno-muzycznym (logorytmika);
- pomoc rodzicom;
- wybór metod pracy, które są najkorzystniejsze dla dziecka;
- ścisłą współpracę lekarzy, terapeutów, inżynierów akustyków, przedszkolank, nauczycielek z klas wstępnych.

Rola rodziców w rozwoju dziecka niesłyszącego

Świadomy i efektywny udział rodziców we wczesnej rehabilitacji dziecka z wadą słuchu jest uwarunkowany wieloma czynnikami. Ich mnogość nie pozwala na szczegółowe omówienie w tym opracowaniu, stąd przedmiotem uwagi będą tylko niektóre z nich.

W tym miejscu warto podkreślić znaczenie środowiska, w jakim przebiegają pierwsze lata życia dziecka. Postawy rodziców wobec niepełnosprawności słuchowej dziecka mają istotny wpływ na jego potrzebę porozumiewania się i poznawania mowy wszelkimi dostępnymi sposobami. Duże znaczenie dla kształtowania się umiejętności komunikacyjnych i językowych dzieci z uszkodzonym narządem słuchu ma okres ich dzieciństwa. Jak podkreśla A. Rakowska, to wczesne doświadczenia, ale przede wszystkim oddziaływanie rodziców, ich świadomość działań, nakreślają późniejsze sposoby komunikacji ich dziecka. Autorka określiła następujące możliwości wpływania rodziców na dzieci niesłyszące: przez codzienne kontakty oraz przez intencjonalne zabiegi wychowawcze (2000, s. 178).

Natomiast W. Pietrzak podkreślił, iż zainteresowanie nauką dzieci z wadą słuchu, ich zadowolenie z osiągania sukcesów, czy w końcu rozwój sprawności komunikacyjnych będą zależały w dużej mierze od zdolności pedagogicznych rodziców (Pietrzak, 1999, s. 334).

Zdobywanie informacji przez ucznia niesłyszącego w komunikacji z rodzicami może charakteryzować się inicjowaniem zachowania komunikacyjnego poprzez eksplorację otoczenia, samodzielne formułowanie pytań w rezultacie regulacji jego zachowań przez rodziców bądź gdy opiekunowie sami

mu ją przekazują (Prillwitz, 1996, s. 121). Wspierania rozwoju wymagają słyszące dzieci niesłyszących rodziców, chociaż ich sytuacja społeczna i rodzinna jest inna niż dzieci głuchych (Bartnikowska, 2010).

Warto tu zaznaczyć, że dziecko głuche i mające głuchych rodziców jest w sytuacji korzystniejszej niż dziecko głuche słyszących rodziców, gdyż upośledzenie tego pierwszego jest zwykle od początku znane i akceptowane przez rodziców.

Badania prowadzone przez D. Bouvet nad rozwojem **dzieci głuchych mających słyszących rodziców** wykazały, iż 1. rok życia charakteryzuje się uczestnictwem dziecka we wszelkiej komunikacji wielozmysłowej pomiędzy nim a matką (Bouvet, 1996).

W tym okresie można mówić o znaczącej roli wzroku i dotyku w interakcji matka–dziecko, dzięki którym dziecko rozumie komunikat i jego sens. Gdy głuchota dziecka zostanie stwierdzona i zdiagnozowana (najczęściej po 6. miesiącu życia dziecka), następuje zazwyczaj zerwanie komunikacji między matką a dzieckiem. Autorka podkreśla, iż w miarę, jak matka zauważa niezdolność dziecka do mówienia, sama przestaje mówić do niego i staje się komunikacyjnie bezradna. Konsekwencją takiej postawy jest załamanie wzajemnego sposobu porozumiewania się. Pomoc, jaką otrzymuje matka, jest skupiona prawie wyłącznie na niwelowaniu braków umiejętności artykulatoryjnych jej dziecka przez wyposażanie go w aparat słuchowy.

Pierwsze lata życia dziecka upływają w oczekiwaniu na normalną mowę i swobodę komunikowania się z osobami słyszącymi. Często po kilku latach żmudnej nauki koncentracji na bodźcach słuchowych, rozpoznawania ich i różnicowania dziecko (gdy ma 3, 4 lub 5 lat) nie potrafi porozumieć się za pomocą języka mówionego (Rakowska, 2000). Problemy komunikacyjne napotykanne przez dziecko z wadą słuchu powodują u niego zakłócenie rozwoju psychicznego oraz rodzą frustrację, które dotyczą również jego słyszących rodziców. W interesujący sposób przedstawiony został proces rehabilitacji dzieci niesłyszących w percepcji matek w publikacji M. Wójcik (2010).

Lekarze, surdopsycholodzy i surdopedagodzy zachęcają rodziców do postępowania z dzieckiem z wadą słuchu tak, jakby jej nie było. Jednak różnice rozwojowe zauważane z czasem powodują, że rodzice całkowicie skupieni na próbach nauczania dziecka mowy dźwiękowej, zapominają o akceptacji uszkodzenia słuchu u dziecka i szukaniu alternatywnych sposobów porozumienia. Tymczasem mogą one być dla dziecka jedyną możliwością wyrównania szans w rozwoju intelektualnym i społecznym.

Jeśli chodzi o **niesłyszące dzieci niesłyszących rodziców**, to w świetle badań dość duży procent rodziców głuchych ma potomstwo z wrodzoną głuchotą na tle dziedzicznym (Gałkowski, 1988, s. 146). W tym przypadku obserwuje się prawidłowości dość charakterystyczne z psychologicznego punktu widzenia, rodzice ci bowiem w pełni akceptują swoje dzieci, co sprawia, iż

rozwijają się one pod względem emocjonalnym bez poważniejszych odchyień od normy. Wprawdzie niesłyszący rodzice z trudem potrafią przybliżyć swym niesłyszącym dzieciom język mówiony, gdyż sami opanowali go w niedostatecznej mierze i nie są w stanie kontrolować jakości wypowiedzi tak swoich, jak i dzieci, jednak mogą zapewnić swoim dzieciom konieczną komunikację za pomocą języka migowego.

Nie występują tu negatywne skutki wynikające z ubóstwa środków komunikacji, bowiem od początku nawiązują oni kontakt językowy przez naturalny dla obu stron język migowy. Jest to sytuacja komunikacyjna zbliżona do sytuacji słyszącego dziecka w słyszącej rodzinie. Łatwiej również jest zaakceptować niesłyszącego członka rodziny tym rodzicom, dla których głuchota jest czymś naturalnym. Problemy mogą pojawić się dopiero wówczas, gdy akty komunikacyjne mają miejsce poza rodziną, w kontaktach z lekarzem, pielęgniarką, psychologiem, logopedą, ponieważ te osoby zwykle nie potrafią porozumieć się z niesłyszącymi – zarówno z rodzicami, jak i z dziećmi (Szczepankowski, 1999, s. 195).

Na rozwój dzieci głuchych ogromny wpływ ma środowisko, które może go przyspieszyć lub zahamować. Od niego w bardzo dużym stopniu uzależniona jest postawa życiowa każdego głuchego. **Oddziaływanie środowiska** ma decydujące znaczenie dla opanowania umiejętności odczytywania mowy z ust oraz mówienia, dlatego w pracy nad rehabilitacją dzieci z uszkodzonym słuchem należy zrobić wszystko, aby wpływ otoczenia był jak najbardziej korzystny. Prawidłowemu rozwojowi psychofizycznemu i pozytywnym rezultatom rehabilitacji dziecka głuchego najbardziej sprzyja postawa pełnej akceptacji – przyjęcie dziecka takim, jakie jest wraz z jego trudnościami wynikającymi z wady słuchu.

Ogromny wpływ na rozwój mowy i sferę poznawczą dziecka ma **postawa rodziców**: ich zaangażowanie w długotrwałą i systematyczną pracę rehabilitacyjną, wytrwałość, optymizm, wiara w celowość podjętego wysiłku. Praca ta jest długotrwała i wymaga wiele poświęceń, a na wyniki trzeba czekać wiele lat. Prawidłowe postawy nie są jednak rzadkie wśród rodziców, na co wskazują badania przeprowadzone przez G. Gunię – okazuje się, że u 90% badanych zaobserwowano prawidłowy styl wychowania. Jednak tylko około 50% dorosłych ma pozytywny stosunek wobec rewalidacji (2006, s. 57), dlatego też autorka dostrzega potrzebę wsparcia rodziny w zakresie kształtowania konstruktywnej postawy rodziców.

Szczegółowej analizie został poddany **model pomocy dzieciom z uszkodzonym słuchem** (Eckert, 1986, s. 170). Zaproponowano podział, który obejmuje 3 szczeble: diagnostyczny, diagnostyczno-rewalidacyjny i rewalidacyjno-kształcący.

Jeżeli rewalidacja ma przynieść oczekiwane wyniki, powinny zostać zastosowane niektóre metody i spełnione warunki, takie jak (Eckert, 1986, s. 135):

1. Doradztwo rodzicom. To właśnie na nich spoczywa główny ciężar rewali-dacji dziecka, dlatego powinni uzyskać pomoc ze strony różnych specjali-stów – pedagoga, psychologa czy logopedy. Pomoc powinna obejmować:
 - wsparcie dla samych rodziców,
 - poradnictwo wychowawcze,
 - instruktaż w sprawie kształcenia mowy u dziecka.
2. Rozbudzanie zainteresowania mową ustną. Należy stale do dziecka mó-wić, nazywać używane przedmioty, wykonywane czynności. Starać się, aby koncentrowało się ono na twarzy osoby mówiącej i odczytywało zna-czenia z ust mówiącego.
3. Uwrażliwianie słuchu. Odnosi się to do wychowania słuchowego z wy-korzystaniem resztek słuchu. Zagadnienie to omówię szerzej w dalszej części pracy.
4. Pobudzanie dziecka do mówienia. Ważne jest, aby do dziecka mówić po-prawnie artykulacyjnie i gramatycznie. Równie istotne jest uświadomie-nie mu wokalizacji, która towarzyszy ruchowi ust i twarzy, co można osiągnąć poprzez przyłożenie jego rączki do krtani rodzica (który mówi), a następnie do jego własnej. Równocześnie powinny być wprowadzone ćwiczenia oddechowe i usprawniające aparat artykulacyjny.
5. Troska o ogólny rozwój dziecka z wadą słuchu. Należy zwrócić uwagę na równomierny rozwój procesów poznawczych (spostrzeganie, pamięć, uwagę, wyobraźnię i myślenie) oraz motoryki dziecka. Często nadmierna koncentracja na usprawnianiu słuchowym powoduje opóźnienia w roz-woju fizycznym. Ponadto należy zapewnić dziecku swobodny kontakt z rówieśnikami i innymi osobami dorosłymi w celu umożliwienia mu rozwinięcia dojrzałości emocjonalno-społecznej.

Urządzenia techniczne wspierające rozwój komunikacji dziecka niesłyszącego

Najwięcej uwagi w strategii działań sprzyjających rozwojowi komunikacji dzieci niesłyszących poświęca się możliwie jak najszybszemu protezowaniu, co dotyczy zarówno protezowania za pomocą aparatów słuchowych, jak i im-plantów ślimakowych. Wczesne zastosowanie protezy słuchowej umożliwia rozwój mowy u dziecka. Implantowanie w czasie 2 pierwszych lat życia stwa-rza możliwości rozwoju mowy w okresie zbliżonym do rozwoju mowy dziec-ka słyszącego.

Ubytek słuchu stanowi podstawowy czynnik założenia aparatu słucho-wego, nazywanego inaczej protezą słuchową. Jest to urządzenie, które ma na celu wzmocnienie głośności dźwięków dla osób z uszkodzonym słuchem. Zadaniem każdego takiego aparatu jest skompensowanie ubytku słuchu pa-cjenta, czyli w praktyce dopasowanie sygnału na wyjściu aparatu do resztko-wego pola słuchowego pacjenta (Śliwińska-Kowalska, 2005, s. 413). Aparat-

ty słuchowe można podzielić ze względu na formę, sposób przekazywania dźwięków do ucha wewnętrznego oraz sposób przekazywania dźwięków do ucha wewnętrznego.

Ze względu na **formę** aparatu wyróżnia się aparaty zauszne, wewnątrzuszne, pudełkowe oraz okularowe. Biorąc pod uwagę **sposób przekazywania dźwięku** do ucha wewnętrznego, występuje podział na aparaty na przewodnictwo powietrzne (dźwięk przekazywany jest drogą powietrzną) i na przewodnictwo kostne (dźwięk przekazywany jest na drodze kostnej) (Pruszewicz, 2000, s. 497). Ze względu na **sposób przetwarzania sygnału** przez aparat słuchowy wyróżnia się aparaty analogowe, analogowo-cyfrowe i cyfrowe. Protetyk programuje aparat, zapisując ustawienia w aparacie, w zależności od rodzaju warunków akustycznych, w jakich najczęściej znajduje się pacjent (może to być specjalny program przetwarzania uwzględniający słuchanie muzyki, odbiór mowy przez telefon).

Niewątpliwie dziecko powinno być zaopatrzone w **aparat słuchowy** najszybciej, jak to tylko możliwe, aby w jak największym stopniu wykorzystać resztki słuchu. A. Löwe uzasadnia potrzebę wczesnej interwencji z wykorzystaniem aparatów słuchowych jako możliwość wykorzystania swoistości faz w rozwoju zmysłów oraz dużej plastyczności mózgu wielu dzieci z uszkodzonym słuchem (1995, s. 45). Aby stosowanie aparatów słuchowych przynosiło korzyści, dziecku należy zapewnić otoczenie z maksymalną ilością dźwięków użytecznych oraz minimalną ilością dźwięków zaburzających.

Ponadto rodzice powinni być świadomi tego, że ich niesłyszące dziecko nigdy nie będzie słyszało tak samo jak dziecko zdrowe. Dziecko ma zaakceptować aparat oraz nauczyć się z niego korzystać. Okres przystosowania się do noszenia aparatu nazywany jest okresem adaptacyjnym. Proces adaptacji powinien być skuteczny, co oznacza, że dziecko korzysta maksymalnie ze wzmacniania, reagując na nie bez dyskomfortu, a raczej z satysfakcją. Protezowanie w odniesieniu do niemowlęcia, jeśli ma być skuteczne, powinno stanowić źródło przyjemności, a nie przykrości (Périer, 1992, s. 160). Jak podkreśla O. Périer, rodzic powinien obserwować zachowania dziecka z aparatem słuchowym, jego reakcje na dźwięki. Jeżeli ze strony dziecka zauważy jakąkolwiek oznakę dyskomfortu, powinien ograniczyć jego stosowanie.

Implant ślimakowy jest protezą słuchową stosowaną u osób, u których stwierdzono obustronny, głęboki ubytek słuchu, a protezowanie aparatami słuchowymi nie przynosi rezultatów. Implant ślimakowy przeznaczony jest m.in. dla dzieci, które nie mają użytecznych resztek słuchowych i nie mogą rozwijać prawidłowo mowy za pomocą aparatów słuchowych. U tych dzieci dłuższa systematyczna rehabilitacja nie przynosi efektów, obserwujemy brak reakcji na bodźce akustyczne. Dzieci powinny być kierowane najpierw na specjalistyczne badania w kierunku implantu do klinik audiologicznych,

a następnie – po zakwalifikowaniu do operacji – poddane wszczępieniu implantu ślimakowego.

System implantu składa się z implantu będącego częścią wewnętrzną oraz procesora mowy (część zewnętrzna). Wszczepienie implantu ślimakowego polega na umieszczeniu kapsuły implantu w kości skroniowej oraz wprowadzeniu wiązki elektrod do ucha wewnętrznego – ślimaka. Procesor mowy, będący urządzeniem pudełkowym bądź zausznym, składa się z mikrofonu, układów scalonych (m.in. przetwornik analogowo-cyfrowy, procesor sygnałowy, pamięć), baterii lub akumulatorów oraz transmitera połączonego przewodem z częścią zauszną (Skarżyński, Szuchnik, Mueller-Malesińska, 2004, s. 7).

Podstawowa różnica pomiędzy implantem ślimakowym a aparatem słuchowym jest taka, że aparat słuchowy, wzmacniając dźwięki, wspiera proces słyszenia, natomiast implant ślimakowy przekazuje przekształcony w impulsy elektryczne dźwięk bezpośrednio do nerwu słuchowego. Pacjent zaimplantowany ma możliwość odbioru dźwięków mowy w zakresie wszystkich częstotliwości.

Ostatnie lata przynoszą gwałtowny wzrost wykorzystania w diagnostyce i terapii logopedycznej dzieci niesłyszących **programów komputerowych**, z których popularne to: Logopedia, Logo-gry, Mówiące obrazki, Piszę i czytam, Idę do szkoły. Stanowią one uniwersalne narzędzie wspomagające terapię. Istotną cechą np. Logo-gier w przypadku dzieci głuchych jest możliwość „ujrzenia” swego głosu na ekranie monitora. Komputer pomaga w tym wypadku zlikwidować podstawową przeszkodę w nauce dzieci głuchych, jaką jest brak sprzężenia zwrotnego w trakcie mówienia. Naturalne, akustyczne sprzężenie zwrotne zostaje zastąpione sprzężeniem wizualnym. Komputerowa prezentacja dźwięku pozwala na ustalanie jego natężenia zależnie od potrzeb dziecka. Dziecko w miarę możliwości osłuchuje się z dźwiękiem odpowiadającym prezentowanemu słowu i uczy się go interpretować. Słyszany dźwięk będzie mu się kojarzył ze znaczeniem, jakie niesie. Ułatwi mu to odbiór dźwięków i znaczeń płynących doń z otaczającego świata.

Coraz większe znaczenie w dobie poszukiwań nowych rozwiązań technicznych wydaje się mieć wykorzystanie Internetu w edukacji dzieci niesłyszących. Rozpowszechnianie go jako nowego środka komunikacji jest tak szybkie, że sprawia problem określenie, w jakim kierunku zmierza ewolucja nowego rodzaju środowiska rozwoju. Uwaga pedagogów skierowana jest więc nie tylko na możliwości przygotowania dzieci do posługiwania się Internetem, ale także ich własne aktywne działanie w sieci i jego wpływ na funkcjonowanie społeczne niesłyszących.

Można wyróżnić szereg możliwości wykorzystywania Internetu w edukacji i pedagogice. Związane są one bezpośrednio ze współczesnymi realiami życia dzieci niesłyszących i dają szansę na sprawną komunikację w kształceniu wspomagany komputerowo, diagnostyce i terapii pedagogicznej, ba-

daniach pedagogicznych, organizacji i zarządzaniu edukacją oraz kontakcie specjalisty z rehabilitowanym dzieckiem.

Znaczenie zabawy w rozwoju mowy dziecka niesłyszącego w wieku przedszkolnym

Przedszkole to placówka, która ma za zadanie przygotować dziecko do nauki w szkole. Dziecko stopniowo przechodzi od zabawy, która była dotąd dominującą formą jego aktywności, do wytrwałego realizowania powierzonych zadań (Brejnak, 2006, s. 15–17). Wychowaniu przedszkolnemu wyznacza się następujące funkcje: stymulującą, profilaktyczną oraz kompensacyjną.

W czasie pobytu w przedszkolu można pomóc dziecku zaniedbanemu wychowawczo wyrównać braki, natomiast dziecku z deficytami – wypracować mechanizmy kompensacyjne, dzięki czemu będą one miały takie same możliwości jak ich rówieśnicy.

Cele wychowania przedszkolnego w surdopedagogice nie odbiegają zasadniczo od celów wychowania w przedszkolu masowym (Hoffmann, 2001 s. 119). W przypadku tego pierwszego duży nacisk kładzie się na rozwój sprawności komunikacyjnych, podczas gdy w przedszkolach masowych dominuje cel, którym jest zapewnienie dzieciom warunków do wszechstronnego rozwoju intelektualnego, emocjonalnego, społecznego i kulturalnego.

Zdaniem M. Góralówny wychowanie przedszkolne potrzebne jest dziecku źle słyszącemu lub niesłyszącemu w jeszcze większym stopniu niż dziecku słyszącemu. Przedszkole dostarcza potrzebnych, różnorodnych zajęć rozwojowych. Stwarza liczne sytuacje sprzyjające samodzielności społecznej, jak również liczne okazje do posługiwania się mową. Pomaga w wykorzystywaniu przez dziecko wszystkich posiadanych możliwości i umiejętności w zakresie rozumienia mowy oraz mówienia. Można wyróżnić wiele zalet wychowania przedszkolnego. Według wspomnianej autorki dziecko niesłyszące (Góralówna, Hołyńska, 1993, s. 157):

- pragnie naśladować inne dzieci, które porozumiewają się mową;
- obserwuje, że mową posługują się wszyscy ludzie i że jest ona bardzo przydatna w życiu;
- uczy się panowania nad emocjami i współzycia w grupie, uczy się podporządkowywać i przewodzić, co daje mu poczucie bezpieczeństwa i zaufanie własnym możliwościom;
- przyzwyczajane jest do porządku, systematyczności i stosowania się do wymagań kulturowych;
- uodparnia się na stresy, które mogą wystąpić w życiu dorosłym, przeżywając przyjemne i przykre sytuacje;
- uczy się pokonywać przeszkody i spokojnie reagować na trudności;

- jest uczone planowania, realizowania planu i właściwego oceniania jego rezultatów.

A. Rakowska stwierdza, iż zabawa w rozmaitych formach jest szczególnym rodzajem aktywności dziecka (2003, s. 67–69). Odgrywa ona ważną rolę w rozwoju dziecka oraz stanowi dla niego podstawową formę poznania rzeczywistości. Zabawa uczy, wychowuje, daje możliwości zdobycia doświadczenia i wiadomości, rozbudza określony stosunek do otoczenia społecznego, jak również stwarza warunki pobudzające komunikowanie się, myślenie oraz twórczość. Jest źródłem wielu przeżyć i radości dla dziecka. Rodzice powinni wiedzieć o tym, że kontakt przez zabawę jest tym rodzajem interakcji, który stymuluje rozwój poznawczy, emocjonalny i społeczny dziecka. Tym samym sprzyja jego prawidłowemu rozwojowi biologicznemu. Poprzez zabawę umacnia się także więź między rodzicami a dzieckiem.

Najważniejsze zabawy w rozwoju dziecka to zabawy ruchowe, które zaspakajają potrzebę aktywności fizycznej, wprowadzają radosny nastrój i wpływają na rozwój sprawności ruchowej. W zabawie dziecka w wieku przedszkolnym dochodzi do zdobywania wiadomości, umiejętności i sprawności. Podczas ćwiczeń dziecko utrwała i doskonali przyswojone już sposoby myślenia i działania. Dochodzi również do rozwoju możliwości umysłowych i wzbogacenia zasobu wiedzy o otoczeniu. W trakcie ćwiczeń, które nieraz można łączyć z grami i konkursami, dziecko wyraża siebie i rozładowuje napięcia emocjonalne.

U dzieci głuchych zabawa ma do spełnienia wiele ważnych zadań, biorąc pod uwagę odpowiedni dobór aktywności i wykorzystanie ich zgodnie z wymaganiami wieku (Gałkowski, 1990, s. 38). Zabawą można łatwiej dotrzeć do motywacji dziecka i zyskać współdziałanie w programie oddziaływań wyrównawczych, które powinny być podjęte bardzo wcześnie, jeśli mają być skuteczne. W zabawie ujawniają się indywidualne skłonności i cechy temperamentu, bez znajomości których trudno jest określić środki spełniające funkcję wzmocnień.

Przygotowanie do osiągnięcia gotowości szkolnej dziecka niesłyszącego

Pamiętając o tym, że przygotowanie dziecka niesłyszącego do podjęcia obowiązku szkolnego, rozumiane jako integralny składnik działań związanych z nauczaniem, prowadzi do rozwoju dziecka, szczególną uwagę należy poświęcić indywidualnym czynnikom związanym z przebiegiem rehabilitacji dzieci niesłyszących. Jego rozumienie i wyjaśnienie pozwoli nie tylko nauczycielom, ale także rodzicom na tworzenie nowych szans nabywania kompetencji niezbędnych współczesnemu uczniowi.

Gotowość szkolna wskazuje na opanowanie przez dziecko tych działań, które umożliwią mu podjęcie obowiązku szkolnego. Tak rozumiane poję-

cie zakłada wpływ czynników wychowawczych, oddziałujących na przygotowanie dziecka do nauki. Zwolennicy stosowania tego określenia uważają, że jest ono związane z podmiotowością, samodzielnością, wrażliwością i zainteresowaniami dziecka, z jego dążeniem do pokonywania trudności i zdobywania osiągnięć (Brejnak, 2006, s. 25–26). Dla gotowości szkolnej ważne są także te czynniki, które wpływają na efektywność nauczania. Warunkują je indywidualne cechy dziecka niesłyszącego, umiejętności realizowania jego własnych możliwości poznawczych oraz czynniki zewnętrzne, które mogą sprzyjać bądź utrudniać faktyczne osiągnięcia. D. Goleman, pisząc o gotowości szkolnej, wyróżnił 7 jej składników (2007, s. 302):

1. Wiara w siebie. Dziecko wierzy, że może zrealizować to, czego się podejmie, oraz że może liczyć na pomoc dorosłych. To poczucie kontroli nad własnym ciałem, zachowaniem i otaczającą rzeczywistością.
2. Ciekawość. Dziecko ma przeświadczenie o tym, że poznawanie nowych rzeczy jest czymś pozytywnym i przyjemnym.
3. Intencjonalność. Dziecko jest przekonane o możliwości wpływania na to, co się wokół niego dzieje, co jest związane z świadomością posiadanych zdolności i umiejętności.
4. Samokontrola. To umiejętność kontrolowania i kształtowania przez dziecko działań w odpowiedni do wieku sposób.
5. Towarzyskość. To zdolność nawiązywania satysfakcjonujących relacji z innymi.
6. Umiejętność porozumiewania się. Związana jest z poczuciem zaufania do innych, czerpaniem przyjemności z kontaktów zarówno z rówieśnikami, jak i dorosłymi. Dziecko potrafi dzielić się swoimi myślami, uczuciami i pomysłami z innymi.
7. Umiejętność współdziałania. To zdolność respektowania przez dziecko potrzeb innych i harmonizowania ich z własnymi pragnieniami.

B. Wilgocka-Okon definiuje gotowość szkolną jako osiągnięcie przez dziecko takiego stopnia rozwoju psychicznego, jaki pozwala mu sprostać obowiązkom szkolnym (1997, s. 110). Według autorki przy określaniu stopnia dojrzałości szkolnej należy wziąć pod uwagę stopień, właściwości rozwoju dziecka i wymagania, jakie stawia mu szkoła w momencie rozpoczęcia nauki.

Każde dziecko z wadą słuchu, od momentu podjęcia przez rodziców konstruktywnych działań wspierających jego rozwój w różnych formach organizacyjnych, powinno być w stałym kontakcie z surdologopedą i surdopedagogiem. Wyniki pracy rehabilitacyjnej decydują o tym, czy powinno ono podjąć naukę w szkole dla dzieci słyszących czy dla głuchych. Zdaniem cytowanej już M. Góralówny jest to uzależnione od gotowości szkolnej dziecka oraz jego umiejętności porozumiewania się za pomocą mowy. Powinniśmy dążyć do tego, aby dziecko osiągnęło taki poziom rozwoju mowy, który

pozwala na uczenie się w szkole masowej. Metodą znajdującą zastosowanie w formach pracy z dzieckiem głuchym jest organizowanie wielostronnej działalności (Góralówna, Hołyńska, 1993, s. 115). Chodzi o te aktywności, które pozwolą na tworzenie warunków do samodzielnego działania, stawianie przed dzieckiem zadań utrwalających, pobudzających je do powtarzania zdobytych umiejętności.

W skład **zespołu rehabilitacyjnego** zajmującego się dzieckiem z uszkodzonym słuchem wchodzi różni specjaliści. W literaturze przedmiotu niejednokrotnie podkreśla się znaczenie wzajemnej współpracy fachowców, ale także pracy z rodzicami. Zespół specjalistów pracuje nad przygotowaniem dzieci z uszkodzonym słuchem do szkoły i życia w społeczeństwie.

Zmiany w **rozporządzeniach MENiS** z 17 listopada 2010 roku regulują zasady organizowania kształcenia specjalnego oraz udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej m.in. dzieciom niesłyszącym w przedszkolach, szkołach, oddziałach ogólnodostępnych lub integracyjnych. W placówkach specjalnych pracują nauczyciele przygotowani do pracy rewalidacyjnej z dzieckiem z wadą słuchu (surdopedagodzy). Dla uzyskania maksymalnych wyników nauczania i rewalidacji współpracują oni z wychowawcami internatu, rodzicami, psychologiem, logopedą, otolaryngologiem, konserwatorem aparatury korekcyjnej. Dzieci i młodzież z wadą słuchu mogą również korzystać z tzw. masowych placówek oświatowych dla dzieci słyszących. Są to przedszkola i szkoły powszechne różnego stopnia. Mówimy wówczas o kształceniu integracyjnym.

Program terapeutyczny realizowany z małym dzieckiem powinien obejmować w pierwszej kolejności ćwiczenia słuchowe. A. Korzon używa terminu **wychowanie słuchowe**, które ma na celu stworzenie u dzieci z uszkodzonym słuchem zasobu doświadczeń akustycznych, analogicznych do zasobu takich doświadczeń u ludzi normalnie słyszących, oraz rozwinięcie tą drogą mowy (1992, s. 7–9). Zdaniem specjalistki wychowanie słuchowe jest nieodłącznym elementem całości procesu dydaktyczno-wychowawczego dzieci z wadą słuchu. Powinno ono być częścią wychowania i kształtowania ogólnego (Korzon, 1992, s. 7). Do szczegółowych zadań wychowania słuchowego należą:

- wprowadzenie dziecka z wadą słuchu w środowisko akustyczne i orientacja w świecie dźwięków,
- prawidłowe kształtowanie pojęć,
- poprawa wyrazistości artykulacji i odbioru informacji dla usprawnienia procesu porozumiewania się,
- wychowanie społeczne,
- wychowanie akustyczne.

Projektowane zmiany zakładają, że w każdej placówce oświatowej powstanie zespół do spraw specjalnych potrzeb edukacyjnych dzieci. Będzie on np.

opracowywał indywidualne programy edukacyjno-terapeutyczne dla posiadających orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego. Niezależnie od typu placówki będzie łączył kształcenie z terapią wraz z aktywnym uczestnictwem rodziców. Przygotowując dzieci niesłyszące do rozpoczęcia ich edukacji i wybierając dla nich rodzaj szkoły, warto pamiętać, że nadrzędnym celem kształcenia głuchych jest ich wszechstronny rozwój, uwzględniający jednocześnie kształcenie i wychowanie, tak by w przyszłości osoba głucha mogła funkcjonować w społeczeństwie ludzi słyszących.

Bibliografia

- Bartnikowska U. (2010): *Sytuacja społeczna i rodzinna słyszących dzieci niesłyszących rodziców*. Akapit, Toruń.
- Bouvet D. (1996): *Mowa dziecka. Wychowanie dwujęzyczne dziecka niesłyszącego*. WSiP, Warszawa.
- Brejnak W. (2006): *Czy twój przedszkolak dojrzał do nauki?* PZWL, Warszawa.
- Buryn U., Hulbój T., Kowalska M., Podziemska T. (2001): *Mój uczeń nie słyszy*. Poradnik dla nauczycieli szkół ogólnodostępnych. MEN, Warszawa.
- Dziennik Ustaw Nr 228 poz. 1490, na podstawie art. 71b ust. 7 pkt 3 Ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2004 r. Nr 256 poz. 2572 z późn. zm.), <http://bip.men.gov.pl/index.php?option=com> [5.05.2013].
- Eckert U. (1986): *Przygotowanie dziecka z wadą słuchu do nauki szkolnej*. WSiP, Warszawa.
- Gałkowski T. (1988): *Psychologia dziecka głuchego*. PWN, Warszawa.
- Gałkowski T., Stawowy-Wojnarowska I. (1990): *Wychowanie dziecka głuchego w wieku przedszkolnym*. WSiP, Warszawa.
- Goleman D. (2007): *Inteligencja emocjonalna*. Media Rodzina, Poznań.
- Góralówna M., Hołyńska B. (1993): *Rehabilitacja małych dzieci z wadą słuchu*. PZWL, Warszawa.
- Gunia G. (2006): *Terapia logopedyczna dzieci z zaburzeniami słuchu i mowy*. Impuls, Kraków.
- Hoffmann B. (2001): *Surdopedagogika w teorii i praktyce*. Towarzystwo Wiedzy Powszechnej, Warszawa.
- Kornaś D. (1999): *Efekty wczesnej interwencji u dzieci niesłyszących w wieku 6 lat [w:] J. Pilecki, S. Olszewski (red.): Wspomaganie rozwoju osób niepełnosprawnych*. Wydawnictwo Akademii Pedagogicznej, Kraków.
- Korzon A. (1992): *Wychowanie słuchowe dzieci z wadą słuchu*. Inograf, Katowice.
- Korzon A. (1996): *Zalecenia Europejskiego Biura Audiofonologii – Komisji „Wczesnej rehabilitacji i diagnozy, współpracy z rodzicami” [w:] R. Ossowski (red.): Trudności w komunikowaniu się osób z uszkodzonym słuchem*. Materiały z II Ogólnopolskiej Konferencji lekarzy, psychologów, pedagogów specjalnych i logopedów. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej, Bydgoszcz.
- Krakowiak K. (1998): *W sprawie kształcenia języka dzieci i młodzieży z uszkodzonym słuchem*. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin.
- Löwe A. (1995): *Wychowanie słuchowe: historia – metody – możliwości*. PWN, Warszawa.
- Périer O. (1992): *Dziecko z uszkodzonym narządem słuchu. Aspekty medyczne, wychowawcze, socjologiczne i psychologiczne*. WSiP, Warszawa.
- Pietrzak W. (1991): *Dzieci z wadą słuchu [w:] I. Obuchowska: Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*. WSiP, Warszawa.
- Plutecka K. (2006): *Kompetencje zawodowe surdopedagoga*. Impuls, Kraków.
- Prillwitz S. (1996): *Język, komunikacja i zdolności poznawcze niesłyszących*. WSiP, Warszawa.
- Pruszewicz A. (1994): *Zarys audiologii klinicznej*. Wydawnictwo Akademii Medycznej, Poznań.
- Rakowska A. (2000): *Jak porozumiewają się dzieci niesłyszące z osobami słyszącymi*. Kraków.
- Rakowska A. (2003): *Język – komunikacja – niepełnosprawność: wybrane zagadnienia*. Wydawnictwo Akademii Pedagogicznej, Kraków.
- Sękowska Z. (2001): *Wprowadzenie do pedagogiki specjalnej*. Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, Warszawa.

- Skarżyński H., Szuchnik J., Mueller-Malesińska M. (2004): *Implanty ślimakowe – rehabilitacja*. Stowarzyszenie Przyjaciół Osób Niesłyszących i Niedosłyszących „Człowiek – Człowiekowi”, Warszawa.
- Szczepankowski B. (1999): *Niesłyszący – Głusi – Głuchoniemi. Wyrównywanie szans*. WSiP, Warszawa.
- Śliwińska-Kowalska M. (2005): *Audiologia Kliniczna*. Mediton, Łódź.
- Wilgocka-Okoń B. (1997): *Dojrzałość szkolna* [w:] W. Pomykało (red.): *Encyklopedia pedagogiczna*. Fundacja Innowacja, Warszawa.
- Wójcik M. (2010): *Proces rehabilitacji dzieci niesłyszących w percepcji matek* [w:] M. Wójcik (red.): *Edukacja i rehabilitacja osób z wadą słuchu – wyzwania współczesności. Heurystyczny wymiar ludzkiej egzystencji*. Akapit, Toruń.



Ewa Kochanowska

**Wspomaganie rozwoju dzieci
z dysfunkcją wzroku**



Dysfunkcje wzroku – podstawy teoretyczne

Wzrok jest dominującym zmysłem, który dostarcza około 80% informacji o otoczeniu. Ponadto *informacje wzrokowe są najbardziej skomplikowane z tych docierających do mózgu i nie mogą być w sposób prosty zastąpione przez pozostałe sensory, np. słuch czy dotyk. W świetle tych danych wydaje się oczywiste, że brak możliwości widzenia lub jego poważne ograniczenie w znaczący sposób wpływają na całość rozwoju małego dziecka* (Majewski, 2002, s. 15). Jak podkreśla G. Walczak, dotychczasowe sposoby wspomagania rozwoju małych dzieci opierały się głównie na instytucjonalnych formach, w ramach których programami obejmowano głównie dzieci od 3. roku życia. Były to przede wszystkim przedszkola specjalne bądź ogólnodostępne oraz oddziały przy szkołach masowych. Natomiast wobec dzieci w wieku od urodzenia do 3 lat podejmowano różne inicjatywy organizowania dla nich i dla ich rodzin pomocy przez różne środowiska lokalne i stowarzyszenia. Pomoc taką otrzymywały jednak głównie dzieci z dużych miast. Ogólnie, jak twierdzi autorka, większość dzieci w tym wieku i ich rodzin do roku 2004 nie miało możliwości korzystania z systematycznego, kompleksowego psychopedagogicznego wsparcia (2005), rozumianego jako wczesna interwencja, która (Gresnigt, 1996):

- zmniejsza skutki wynikające z niepełnosprawności;
- jest niezbędnym warunkiem dalszego rozwoju dziecka;
- umożliwia całej rodzinie przystosowanie do nowej sytuacji związanej z obecnością dziecka niepełnosprawnego;
- uświadamia społeczeństwu obecność dziecka ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi i konieczność zorganizowania mu pomocy;
- poszerza możliwości takiego dziecka i powoduje, że łatwiej radzi sobie ono w szkole.

Niezależnie zatem od typu dysfunkcji wzroku oraz jej przyczyn rodzice i nauczyciele powinni mieć pełne przekonanie o możliwościach rozwo-

jowych dzieci słabowidzących i niewidomych oraz stwarzać jak najlepsze warunki do realizacji ich potencjału. To ogólne przekonanie powinno stanowić podstawę do ustalenia oczekiwań w stosunku do tych dzieci. Dzięki zapewnieniu warunków do rozwoju podstawowych umiejętności potrzebnych w życiu codziennym oraz utrzymywaniu wysokich, ale realnych oczekiwań w stosunku do dzieci z dysfunkcją wzroku, rozwija się u nich wiara w siebie i swoje możliwości, co pozwala im na pełny udział w zajęciach w przedszkolu, później w szkole i we wszystkich przejawach życia społecznego.

W odniesieniu do terminologii związanej z narządem wzroku, jego uszkodzeniami i zaburzeniami spotykamy obecnie wiele ujęć definicyjnych i klasyfikacji zarówno na płaszczyźnie metodycznej, jak i pedagogicznej oraz socjalno-prawnej. W ramach wytycznych dotyczących tzw. wspomagania widzenia, wzrokowej percepcji oraz stosunku do uszkodzeń wzroku R. Walthes przytacza następującą propozycję definicji dotyczącej uszkodzeń wzroku: *Niewidome dzieci nie mogą lub mogą tylko w ograniczonym zakresie uczyć się na podstawie wrażeń wzrokowych. Informacje z otoczenia odbierają one głównie słuchowo lub dotykowo, lub też za pomocą zmysłów skóry, węchu i smaku (...). Słabowidzące dzieci mogą wykorzystać swoje ograniczone możliwości widzenia, wymagają jednak w wielu sytuacjach specjalnego wsparcia. Potrzebują szczególnych instrukcji, pedagogiki rewalidacyjnej oraz pomocy technicznych. Może to być także konieczne w wypadku mniej poważnych uszkodzeń, takich jak pogorszenie wzroku obu oczu lub jednooczność* (2007, s. 41–42). Istnieje wiele klasyfikacji uszkodzeń wzroku, które służą przede wszystkim porównaniom, ale także obserwacji częstotliwości oraz struktury uszkodzeń. Najbardziej popularna z nich to klasyfikacja uszkodzeń wzroku dokonana przez Światową Organizację Zdrowia, co przedstawia tabela.

Tabela 1. Klasyfikacja uszkodzeń wzroku wg WHO

Kategoria	Stopień uszkodzenia	Kryteria (opierające się na ostrości widzenia i polu widzenia zdrowszego oka)
Wzrok normalny		
Wzrok normalny	0	20/25 lub mniej
Wzrok prawie normalny	0	20/30 do 20/60
Ślabowzroczność		
Ślabowzroczność umiarkowana	1	20/70 do 20/160
Ślabowzroczność znaczna	2	20/200 do 20/400
Ślepotą (całkowite zniesienie czynności wzrokowych)		
Głęboka ślepotą	3	20/500 do 20/1000 lub pole widzenia mniejsze niż 10 stopni
Prawie całkowita ślepotą	3	więcej niż 1/1000 lub pole widzenia mniejsze niż 5 stopni
Ślepotą całkowitą (brak poczucia światła)	5	brak wrażliwości na światło

Źródło: Walthes, 2007, s. 41.

Ze względu na stopień ostrości widzenia wyróżnia się 3 podstawowe grupy dzieci z uszkodzonym wzrokiem (Jakubowski, 2001; Walthes, 2007; Dziubińska, 2010):

- Dzieci całkowicie niewidome (całkowicie niewidzące, a także z ostrością wzroku mniejszą niż 5% oraz z bardzo ograniczonym polem widzenia – nie większym niż 20 stopni).
- Dzieci ślabowidzące, które mimo bardzo osłabionego wzroku mogą przy jego pomocy poznawać otaczający świat, korzystać ze wzroku przy czytaniu, pisaniu – w przeciwieństwie do dzieci niewidomych, u których wzrok jest zastępowany innymi zmysłami. Poza zaburzeniami w ograniczeniu pola widzenia i ostrości wzroku czy rozpoznawaniu barw u dzieci ślabowidzących mogą występować jeszcze inne dysfunkcje utrudniające naukę, takie jak: brak lub znaczne osłabienie akomodacji, oczopląs, światłowstręt, zaburzenia adaptacyjne, a także choroby typu jaskra czy zaćma. Dzieci ślabowidzące z obniżoną ostrością wzroku mają z reguły trudności w spostrzeganiu małych przedmiotów, szczegółów większych przedmiotów, małych liter, cyfr i innych znaków graficznych.
- Dzieci ślabowidzące z ograniczonym polem widzenia, mające przede wszystkim trudności w spostrzeganiu przestrzeni. Ograniczenie to powoduje trudności w orientowaniu się w otoczeniu, co negatywnie wpływa przede wszystkim na samodzielne poruszanie się i korzystanie z innych form lokomocji, które są uwarunkowane wzrokową orientacją w przestrzeni. U wielu dzieci ślabowidzących zaburzona jest koordynacja wzro-

kowo-ruchowa, co w konsekwencji obniża sprawność wykonywania różnych czynności praktycznych, zmniejszona jest więc precyzja i wolniejsze tempo działania.

Z przytoczonej wyżej typologii uszkodzeń narządu wzroku u dzieci wynika duża różnorodność problemów, które trzeba rozważyć w działalności edukacyjnej i rewalidacyjnej.

Narząd wzroku może ulec uszkodzeniu na skutek różnych czynników wewnętrznych i zewnętrznych. W wyniku takiego uszkodzenia może nastąpić częściowe lub całkowite zniesienie czynności wzrokowych, czyli całkowita ślepota lub słabowzroczność. U dzieci uszkodzenie wzroku może wystąpić na skutek różnych czynników, wśród których T. Majewski wymienia (1997):

- Czynniki genetyczne, gdy słabowzroczność lub ślepota jest przekazana dziecku dziedzicznie przez rodziców w drodze przekazu uszkodzonych genów. Ma to miejsce np. w przypadku dziedzicznej zaćmy (katarakty), dziedzicznego zaniku nerwu wzrokowego, dziedzicznej wysokiej krótkowzroczności.
- Czynniki wrodzone, gdy uszkodzenie wzroku powstaje w okresie płodowym i spowodowane jest głównie chorobami matki w okresie ciąży. Bardzo niebezpieczne dla płodu są takie choroby kobiety ciężarnej, jak np.: kiła, odra, różyczka czy toksoplazmoza (zakażenie pasożytnicze). Ponadto różnego rodzaju zatrucia w okresie ciąży także mogą się zakończyć uszkodzeniem wzroku nienarodzonego dziecka. Do takich szkodliwych czynników należy również spożywanie alkoholu przez kobietę ciężarną. W tym miejscu trzeba jeszcze wspomnieć o wcześniactwie dziecka.
- Choroby oczu, które mogą wystąpić po urodzeniu się dziecka i w późniejszym okresie życia, jak: jaskra, zaćma, jaglica, nowotwory oka, barwnikowe zwyrodnienie siatkówki itp.
- Choroby ogólne, powodujące uszkodzenie narządu wzroku, jak: cukrzyca, gruźlica, zapalenie opon mózgowych itp.; niewłaściwa dieta (np. pożywienie pozbawione witaminy A); urazy będące wynikiem zabaw niebezpiecznymi dla oczu przedmiotami, wypadków w domu czy szkole lub wypadków drogowych itp.

Niezależnie od rodzaju dysfunkcji wzroku i jej przyczyn podstawą pracy pedagogicznej z dziećmi z zaburzeniami widzenia powinno być budzenie ich wiary we własne możliwości. Przekonanie o normalności i dużym potencjale dzieci z uszkodzonym wzrokiem jest bowiem podstawą powodzenia ich edukacji.

Psychospołeczne następstwa braku widzenia lub uszkodzeń narządu wzroku

Następstwa utraty wzroku są zależne od wieku, w którym dana osoba utraciła wzrok, oraz od tego, czy nastąpiło to nagle czy stopniowo. Wczesna utra-

ta wzroku pozbawia dziecko możliwości wizualnego poznawania świata, w związku z czym sprawą szczególnej wagi jest w tym przypadku zapewnienie mu dopływu informacji o świecie wszystkimi możliwymi sposobami oraz możliwości poznawania otoczenia na skutek jego własnej aktywności i samodzielności. Dziecko niewidome od urodzenia buduje wyobrażenia o świecie i tworzy techniki regulowania stosunków ze swoim środowiskiem według reguł dla niewidomych. Utrata wzroku przez dzieci po 5. roku życia (dzieci ociemniałe) wiąże się z dramatem jej przeżywania, akceptacją braku wzroku i koniecznością przebudowy metod poznawania otoczenia i działania w świecie przystosowanym do możliwości ludzi widzących.

Uszkodzenie wzroku może stanowić poważną barierę w osiągnięciu pełnego rozwoju. Dzieci słabowidzące i niewidome mają ograniczone lub wykluczone możliwości uczenia się w drodze spontanicznej i automatycznej obserwacji rzeczywistości, działań i zachowań innych ludzi. Są narażone na wytworzenie negatywnego obrazu samego siebie. W swoim codziennym życiu napotykać na wiele trudnych sytuacji, z którymi nie zawsze potrafią sobie poradzić. Nie zawsze mają możliwość zaspokojenia wszystkich swoich potrzeb w takim samym stopniu i w taki sam sposób jak inne dzieci. Często narażone są na izolację i inne niewłaściwe zachowania ze strony kolegów, z uwagi na to, że nie są dla nich równymi partnerami. Może to prowadzić do zaniżenia samooceny i poczucia mniejszej wartości, a w konsekwencji do braku wiary we własne siły i możliwości, utraty lub obniżenia motywacji do nauki, łatwego zrażania się trudnościami i niepowodzeniami. Myślenie i przekonanie, że jest się innym i mniej wartościowym, może mieć wpływ na rozwój sfery emocjonalnej dziecka z uszkodzonym wzrokiem. Niekiedy wyraża się to zarówno w obniżonym nastroju, jak i szczególnych reakcjach emocjonalnych na różne sytuacje.

Kolejny problem w funkcjonowaniu psychospołecznym dziecka z uszkodzonym wzrokiem związany jest z ograniczeniem jego samodzielności, co powoduje uzależnienie od innych osób. Może to oznaczać łatwość ulegania wpływom albo zmniejszoną aktywność społeczną. Czasami u podstaw bierności i braku inicjatywy w kontaktach społecznych leży duża nieśmiałość tych dzieci i brak zaufania do innych. Czynnikiem hamującym aktywność i społeczne kontakty dzieci z uszkodzonym wzrokiem jest też odczuwanie wstydu z powodu swojej niepełnosprawności. Nie można również pominąć faktu, że dzieci te nie mają często wzorców zachowań w różnych sytuacjach społecznych i nie wiedzą, jak funkcjonować w grupie. Może to być skutkiem ograniczonych możliwości obserwacji różnych sytuacji społecznych i sposobów reagowania innych, a także izolacji przez środowisko rodzinne lub szkolne, stąd brak możliwości spontanicznego nauczenia się funkcjonowania w okolicznościach. U dzieci z uszkodzonym wzrokiem mogą się rozwinąć niewłaściwe formy zachowania, które będą razić ich kolegów i otoczenie, takie jak

kiwanie się, siedząc na krześle, kręcenie się w kółko itp. (Kowalewski, 1999; Kazanowski, 2010).

Wielospecjalistyczna diagnoza jako podstawa orzekania o stopniu utraty wzroku

Wielospecjalistyczna diagnoza dziecka z dysfunkcją wzroku umożliwia określenie stanu jego aktualnego funkcjonowania w różnych obszarach, a przede wszystkim stopnia wykorzystania przez niego wzroku. Pierwsze symptomy zaburzeń funkcjonowania układu wzrokowego u małych dzieci może zauważyć pediatra w trakcie przeprowadzania badań okresowych bądź w czasie wizyt lekarskich z powodu chorób dziecka. Również rodzice, opiekunowie dziecka, przebywając z nim codziennie w różnych sytuacjach, mają wiele okazji do zaobserwowania jego zachowań i reakcji typowych dla danego wieku dziecka bądź ich braku, co świadczy o tym, że coś jest z dzieckiem nie tak. Rodzice powinni wówczas porozmawiać z pediatrą i uzyskać skierowanie do okulisty (Walczak, 2005, s. 7).

Diagnoza powinna obejmować nie tylko badania medyczne, ale również socjalne. Ocena kliniczna niemowląt czy dzieci z zaburzeniami wzroku ma jednak zasadniczą cechę odróżniającą ją od oceny dorosłych. W przypadku dzieci bada się nie tylko aktualny stan widzenia, ale przede wszystkim możliwości rozwoju widzenia, dlatego też podczas każdego badania trzeba się starać odpowiedzieć na następujące pytania (Walczak, 2005; Sitarczyk, 2006):

- w jakim stopniu i jaki rodzaj widzenia można rozwijać?
- w jakim stopniu i w jakim zakresie dziecko potrafi wykorzystać swój wzrok?
- ile informacji wzrokowych powinno być zrekompensowanych przy pomocy innych zmysłów?

Szukając odpowiedzi, trzeba zdawać sobie sprawę, że ocena wzroku małego dziecka jest bardzo skomplikowana i dlatego diagnosta powinien mieć świadomość, że na reakcje dziecka wpływa m.in.:

- specyfika okresu rozwojowego, w którym znajduje się badane dziecko;
- ogólny stan rozwoju psychofizycznego dziecka;
- przebieg i efekt dotychczasowego leczenia;
- poziom aktywności dziecka po dotychczas zażywanych lekach;
- doświadczenia dziecka zdobyte w analogicznych sytuacjach.

Wielospecjalistyczna diagnoza dziecka z dysfunkcją wzroku jest niezbędna do konstruowania indywidualnego programu edukacyjno-terapeutycznego, daje możliwość zaobserwowania ewentualnych trudności i opóźnień rozwojowych oraz umożliwia znalezienie i określenie mocnych stron dziecka. Diagnoza pozwala stwierdzić, na ile uszkodzenie wzroku wpływa na funkcjonowanie dziecka. Pomaga ustalić, czy wymaga ono usprawnienia w zakresie

orientacji przestrzennej i poruszania się oraz określa, w jaki sposób efektywnie wykorzystać posiadane możliwości wzrokowe, co wiąże się z dobraniem odpowiednich pomocy optycznych i nieoptycznych, z których dziecko powinno korzystać w czasie pracy.

Dziecko niewidome lub słabowidzące uzyskuje orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego na mocy decyzji zespołu orzekającego, działającego w publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej. W orzeczeniu zespół przedstawia diagnozę, zalecenia i uzasadnienie. W diagnozie zawarte są informacje dotyczące możliwości rozwojowych ucznia. W przypadku dziecka z uszkodzonym analizatorem wzroku określane są:

- stopień wykorzystywania wzroku (funkcjonalna ocena widzenia);
- stopień kompensacji percepcyjnej (w jakim stopniu dziecko przetwarza informacje uzyskiwane za pomocą dotyku, słuchu i innych analizatorów do poznawania, orientacji, lokomocji);
- rodzaje deficytów w zakresie funkcji percepcyjno-motorycznych (analiza słuchowa, rozwój ruchowy, lateralizacja i orientacja przestrzenna).

Zazwyczaj rozpoznanie zawiera określenie poziomów przystosowania emocjonalnego i funkcjonowania społecznego. W przypadku dziecka z uszkodzonym analizatorem wzroku określone są także: rodzaj schorzenia, rokowania, towarzyszące choroby, wielkość czcionki, jaką może odczytać, pomoce optyczne i nieoptyczne, z których może korzystać (Sitarczyk, 2006).

Potrzeba wielospecjalistycznej diagnozy w przypadku dzieci z uszkodzonym wzrokiem wynika ze specyficznych, bardzo indywidualnych potrzeb w zakresie organizacji procesu edukacyjnego. Psycholog powinien określić ogólną sprawność umysłową dziecka, stopień kompensacji percepcyjnej (na ile uczeń wykorzystuje informacje uzyskane za pomocą dotyku, słuchu i innych nieuszkodzonych analizatorów do poznania, orientacji, lokomocji itd.), a także określić deficyty w zakresie funkcji percepcyjno-motorycznych. Terapeuta na podstawie danych okulistycznych ma za zadanie ustalić stopień wykorzystywania przez dziecko wzroku wraz z podaniem optymalnych dla dziecka warunków zewnętrznych związanych z pracą wzrokową, tzn. dokonać tzw. funkcjonalnej oceny widzenia. Powinien także określić, z jakich pomocy optycznych i nieoptycznych ma korzystać dziecko i jaką wielkość czcionki może odczytać. Na podstawie wywiadu z rodzicami, rozmowy z dzieckiem, badania za pomocą metod projekcyjnych i obserwacji nauczyciel określa poziom przystosowania emocjonalnego i funkcjonowania społecznego, jak również uzdolnienia kierunkowe i zainteresowania ucznia oraz jego sytuację w środowisku rodzinnym, rówieśniczym i szkolnym. Ważne jest też zwrócenie uwagi, czy dziecko ma oparcie w domu rodzinnym. Jest to niezwykle istotne w pracy z uczniem z wadą wzroku ze względu na jego wolne tempo pracy i wydłużony proces poznawania (Ossowski, 1998).

Wczesna interwencja pedagogiczna w rewalidacji dzieci słabowidzących

Profesjonalną pomoc udzielaną dziecku niepełnosprawnemu, w tym dziecku z niepełnosprawnością wzrokową i jego rodzinie, określa się mianem wczesnej interwencji. Jest to przede wszystkim *szeroko rozumiana i wszechstronna rehabilitacja małego dziecka, najlepiej rozpoczęta tuż po rozpoznaniu przez lekarza choroby czy uszkodzenia, ale także pomoc rodzicom i uczenie ich właściwego postępowania ze swoim synem czy córką* (Utnik, Lisowska, Sękowska, 1996, s. 21).

Wczesna interwencja powinna się w tym przypadku opierać na określonych zasadach, takich jak:

- jak najwcześniejsze rozpoczęcie interwencji, która oznacza pomoc zarówno dziecku, jak i jego rodzinie (najkorzystniejszy moment jej podjęcia to pierwsze półrocze życia dziecka);
- pełna, wielospecjalistyczna i wielostopniowa diagnoza zarówno medyczna (w tym okulistyczna), jak i ogólnorozwojowa dziecka oraz jej stała weryfikacja, które są podstawą do zaplanowania długotrwałego procesu wieloprofilowego usprawniania, terapii i rehabilitacji dziecka;
- opracowanie indywidualnego programu wspomagania rozwoju dziecka, opartego na wiedzy z zakresu psychologii rozwojowej na temat zaburzeń rozwoju dziecka niewidomego i dziecka z osłabionym widzeniem oraz neurofizjologii i patologii rozwoju ruchowego, tyflopedagogiki i surdopedagogiki (przygotowanego przez zespół specjalistów i wdrażanego przy pełnej akceptacji i aktywnym współudziale rodziców);
- prowadzenie wczesnej rewalidacji w sposób regularny, zgodnie z indywidualnym programem wspomagania rozwoju i dostosowanie go do zmieniających się potrzeb i możliwości dziecka;
- po rozpoznaniu potrzeb i możliwości rodziny proponowanie różnych form pomocy rodzinie dziecka: terapii, udziału w grupie wsparcia, pomocy socjalnej, wakacyjnych turnusów rodzinnych;
- partnerski współdział rodziców i specjalistów w procesie terapii i rehabilitacji.

Wielu rodziców małych niewidomych i słabowidzących dzieci uważa, że im więcej czasu dziecko spędza na terapii i im więcej różnych rodzajów terapii otrzymuje, tym jego rozwój będzie postępował szybciej i tym lepszych rezultatów będzie się można spodziewać. Specjaliści wczesnej interwencji powinni więc przekonać rodziców, że w tym wypadku ilość nie przekłada się na jakość. Poza tym ćwiczenie wyizolowanych umiejętności, bez kontekstu sytuacyjnego oraz pełnej znaczenia interakcji z bliską osobą, nie jest efektywne (Orkan-Łęcka, 2003, s. 30). Najlepsze wyniki osiąga się wówczas, gdy praca nad specyficznymi umiejętnościami małego niepełnosprawnego wzrokowo

dziecka wpleciona jest w codzienne, rutynowe aktywności, np. mycie, wycieranie, przewijanie, karmienie, ubieranie, spacer, zabawę. Dzięki temu dziecko może łatwiej zgeneralizować to, czego się nauczyło. Pojawia się znacznie więcej możliwości ćwiczenia poszczególnych umiejętności, niż miałyby to miejsce przy wyspecjalizowanej, wyizolowanej terapii.

Stymulacja widzenia

Programy stymulacji wzrokowej opracowywane są w oparciu o rzetelnie wykonaną diagnozę wzroku. *Stymulacja wzrokowa jest systematyczną próbą pobudzenia rozwoju widzenia, przy zaproponowaniu materiału bodźcowego, odpowiadającego fizjologicznym i psychologicznym zasadom spostrzegania wzrokowego (...). Celem stymulacji widzenia powinno być wykorzystywanie przez dziecko systemu spostrzegania wzrokowego części i efektywniej. Przy stymulacji widzenia nie chodzi o odosobniony trening funkcjonalny oka, ale o pobudzanie zmysłu wzroku przy jednoczesnym włączaniu procesów psychicznych – uczuć, woli, decyzji, motywacji oraz aktywności ruchowej* (Walkiewicz, 2002, s. 39). Ćwiczenia usprawniające wzrok dobiera się zależnie od etapu rozwoju widzenia, na którym znajduje się słabowidzące dziecko i obejmuje następującą ich kolejność (Walkiewicz, 2002, s. 40):

- dobieranie cech, kształtów, obiektów, obrazków, znaków;
- porównywanie podobieństw i różnic między cechami, kształtami, obiektami i znakami;
- rozróżnienie pod względem wielkości, położenia w przestrzeni i szczegółów wewnętrznych;
- porządkowanie według rosnących i malejących rozmiarów, kolejności wydarzeń na obrazkach;
- sortowanie i grupowanie w kategorie ze względu na kształty, cechy, barwy, zbiór, funkcję lub związek;
- rozpoznawanie brakujących części znanych cech, kształtów, obiektów, liter i wyrazów;
- identyfikowanie brakujących części znanych cech, kształtów, obiektów, liter, wyrazów;
- łączenie oddzielnych części w całość z wykorzystaniem układanek, obiektów do manipulacji (początkowo według wzoru, a następnie bez niego).

Stymulacja i wspomaganie rozwoju małego dziecka z niepełnosprawnością wzrokową powinny obejmować wszystkie sfery jego funkcjonowania. Istotne są: rehabilitacja i usprawnianie ruchowe, usprawnianie widzenia w przypadku dzieci słabo widzących, nauka orientacji przestrzennej i terapia mowy. Wczesna rewalidacja niewidzących to rewalidacja fizyczno-zdrowotna, różne formy fizycznej aktywności zapobiegające zwolnieniu tempa rozwoju

i wadom postawy (nauka orientacji i samodzielne poruszanie się, nauka czynności dnia codziennego).

Celem rewalidacji ukierunkowanej na rozwój poznawczy dziecka niewidomego jest ograniczenie konsekwencji poznania rzeczywistości zubożonego o dane wzrokowe oraz podtrzymywanie aktywności poznawczej sprawnych analizatorów. W tym celu podejmowane są działania rewalidacyjne, polegające na stymulowaniu ośrodkowego układu nerwowego, które dotyczy: wzroku, słuchu, smaku, węchu, ruchu, rozwoju mowy, kształtowania pojęć, uwagi dowolnej, kojarzenia i pamięci. Rewalidacja odnosi się też sfery psychospołecznej. Kształtuje się poczucie własnej wartości przez akceptację braku wzroku i rozwój motywacji do wysiłków na rzecz „uczenia się życia” z pomocą innych zmysłów.

Dla dziecka niewidomego lub słabowidzącego rozpoczynającego naukę szkolną bardzo trudnym procesem jest nauka czytania i pisania. Opiera się ona na precyzyjnym rozpoznawaniu liter – ich porównywaniu, odróżnianiu i zapamiętywaniu. Często dochodzi tutaj do mylenia znaków podobnych do siebie pod względem kształtu i wielkości, pojawiają się trudności w zapamiętywaniu obrazu graficznego rzadziej występujących dużych liter, w odróżnianiu układów liter, np. sok – kos. Dzieci, czytając, zniekształcają wyrazy, opuszczają lub powtarzają przeczytane elementy, gubią się w tekście. Długo utrzymuje się u nich technika literowania i sylabizowania, tempo czytania jest wolne i nierytmiczne, występuje słabe zrozumienie tekstu i szybkie męczenie się.

Nauczanie orientacji przestrzennej obejmuje kształtowanie obrazu ciała, manipulowanie przedmiotami, orientację kierunkową, ćwiczenia spostrzegawczości, koncentrację uwagi i ćwiczenia kompensacyjne. Ćwiczenia kompensacyjne – wielozmysłowe – polegają na rozpoznawaniu różnych odgłosów z otoczenia, rozróżnianiu dotykiem faktur przedmiotów, rozróżnianiu dźwięków w małej i dużej przestrzeni, ocenianiu odległości, liczeniu kroków, rozpoznawaniu i ocenianiu przedmiotów, rozpoznawaniu przedmiotów po zapachu itp. Z kolei ćwiczenia manualne i motoryczne obejmują: lepienie z plasteliny i gliny, nawleknięcie koralików, sporządzanie wydzieranek z kolorowego papieru, wycinanie nożyczkami, segregowanie figur geometrycznych i przedmiotów codziennego użytku, wykonywanie czynności samoobsługowych itd. Szczególną rolę odgrywają ćwiczenia orientacji kierunkowej i przestrzennej, tzn. ćwiczenia w schemacie ciała, kształtowanie pojęć przestrzennych, odtwarzanie figur geometrycznych na płaszczyźnie (układanie zabawek, tworzenie kompozycji z figur, odtwarzanie szlaczków literopodobnych, rozpoznawanie przedmiotów podobnych i różniących się) (Golemba, 2007; Nadolna, 2010).

Edukacja dzieci z dysfunkcją wzroku

W Polsce MENiS zapewnia dzieciom z niepełnosprawnością wzrokową możliwość pobierania nauki w systemie szkolnictwa ogólnodostępnego, specjal-

nego i nauczania indywidualnego. Decydują o tym rodzice lub opiekunowie dziecka w porozumieniu z poradniami psychologiczno-pedagogicznymi. Najkorzystniejsze dla rozwoju dzieci słabowidzących jest umieszczenie ich w grupach i klasach integracyjnych, przy czym dziecko powinno wówczas (Kawczyńska-Reguła, Pierzchała, 2001):

- osiągnąć normę poziomu intelektualnego umożliwiającą mu logiczne myślenie i rozwój mowy;
- wykazywać prawidłową działalność pozostałych analizatorów, a zwłaszcza dotyku i słuchu, dzięki którym mogą wytworzyć się dynamiczno-kompensacyjne układy strukturalne;
- posiadać „dom chętny do pomocy”, czyli sprzyjające warunki rodzinne i środowiskowe;
- odznaczać się umiejętnością korzystania z różnych pomocy kompensujących dysfunkcje wzroku;
- znaleźć otwartą na problem niewidzenia i niedowidzenia szkołę (właściwie wyposażona baza, kadra pedagogiczna znająca problematykę tyflopedagogiki).

Dzieci z dysfunkcją wzroku mogą realizować standardy podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz podstawy programowej kształcenia ogólnego dla uczniów szkół podstawowych, gimnazjów i szkół ponadgimnazjalnych, ale proces kształcenia wymaga odpowiedniego dostosowania warunków nauczania do ich możliwości percepcyjnych i tempa uczenia się. Podział dzieci ze względu na uszkodzenia wzroku na podstawowe grupy, tj. dzieci całkowicie niewidome (i ociemniałe), dzieci z resztkami wzroku, dzieci słabowidzące, ma duże znaczenie praktyczne i pedagogiczne, ponieważ stanowią podstawę kwalifikacji dzieci do szkół dla niewidomych, niedowidzących lub masowych. Dzieci niewidome, ociemniałe oraz większość szcążkowo widzących kwalifikuje się do szkół dla niewidomych; dzieci szcążkowo widzące i niedowidzące powinny uczęszczać do szkół dla niedowidzących; dzieci słabowidzące zaś – uczyć się w szkołach masowych. Wybór szkoły należy do decyzji brzemiennej w skutkach, dlatego ma on być podejmowany w sposób rozważny i konsekwentny. Program zajęć edukacyjnych przeznaczony dla uczniów z dysfunkcją wzroku dopuszcza do użytku w danej szkole dyrektor szkoły, na wniosek nauczyciela lub nauczycieli. Nauczyciel może zaproponować program opracowany samodzielnie lub we współpracy z innymi nauczycielami. Zasady oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów reguluje „Rozporządzenie MENiS z dnia 30 kwietnia 2007 r. w sprawie warunków i sposobu oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy oraz przeprowadzania sprawdzianów i egzaminów w szkołach publicznych” (Dz. U. z 2007 r. Nr 83 poz. 562 z późn. zm.), które nakłada na nauczycieli obowiązek uwzględniania podczas oceniania dziecka niewidomego lub słabowidzącego wpływu zaburzeń rozwojowych na jego naukę i zachowanie. Ocenianie win-

no mieć cechy oceniania kształtującego, tzn. uczeń ma wiedzieć, jak podnieść swoją sprawność w zakresie różnych umiejętności oraz posiadanej wiedzy. Powinno ono również bazować na mocnych stronach ucznia i mieć charakter motywujący do pokonywania trudności w nauce. Uczniowie niewidomi lub słabowidzący mają prawo przystąpić do sprawdzianu, egzaminu gimnazjalnego i maturalnego w warunkach i formie dostosowanych do indywidualnych potrzeb psychofizycznych, wskazanych w odpowiednich opiniach lub orzeczeniach, wydanych przez poradnię psychologiczno-pedagogiczną, i zaświadczeniu lekarskim, wydanym przez lekarza specjalistę.

Od roku szkolnego 2011/2012 uczniowie niepełnosprawni przystępują do wszystkich sprawdzianów i egzaminów zewnętrznych na warunkach i w formach dostosowanych do ich niepełnosprawności. W związku z tym otrzymują zestawy zadań (szkoła podstawowa i gimnazjum) oraz arkusze (matura, egzamin potwierdzający kwalifikacje zawodowe) dostosowane do ich niepełnosprawności oraz poszerzony katalog możliwych do zastosowania warunków wymienionych wyżej (Dziubińska, 2010).

Praca nauczycieli z uczniami z dysfunkcją wzroku

Dorośli pracujący z dziećmi z uszkodzonym wzrokiem powinni zdawać sobie sprawę z tego, że dzieci te posługują się odmiennymi technikami funkcjonowania w różnych sytuacjach szkolnych i pozaszkolnych. Sposób funkcjonowania dziecka wyznacza zaś jego potrzeby i określa warunki, jakie należy stworzyć, aby mogło ono skutecznie realizować program nauczania.

W programie edukacyjnym dziecka z wadą wzroku powinny znaleźć się informacje dotyczące zakresu niezbędnych adaptacji treści, metod, form i środków. Należy również ustalić rodzaje i formy zajęć dodatkowych, uwzględniających cele rehabilitacyjne (nauka pisma Braille'a, orientacji przestrzennej, samodzielnego poruszania się, usprawnianie widzenia, zajęcia kompensacyjne i wychowawcze, wykonywanie czynności życia codziennego i – w miarę potrzeb – zajęcia z logopedii, gimnastyki korekcyjnej). Zaburzenie wzroku w szczególności utrudnia, a niekiedy uniemożliwia wykorzystanie informacji, zwłaszcza przekazywanych w formie słowa pisanego, graficznych prezentacji i symboli, dlatego też konieczne jest stosowanie specjalistycznych pomocy informatycznych. Ważne jest także zapewnienie dziecku z uszkodzonym wzrokiem dostępu do różnych pomocy optycznych i nieoptycznych oraz stworzenie możliwości ćwiczenia umiejętności samodzielnego wyboru i używania tych pomocy w zależności od zmiennych warunków otoczenia oraz stosowania ich nie tylko w czasie lekcji, ale również w życiu codziennym.

Nauczyciel pracujący z dzieckiem niewidomym lub słabowidzącym powinien także liczyć się z możliwością występowania u dziecka zachowań takich

jak: niechęć do pracy wzrokowej, skrócenie czasu koncentracji, zwiększona męczliwość, zmniejszona ruchliwość, trudności z wykonywaniem czynności życia codziennego. Problemem, jaki może wystąpić na każdym szczeblu realizacji podstawy programowej, jest wolniejsze tempo pracy dzieci z uszkodzonym wzrokiem, co jest najczęściej wynikiem wolniejszego procesu spostrzegania wzrokowego i stosowania technik dotykowych.

Zdarza się także, że to nauczycie jako pierwsi dokonują wstępnej diagnozy dysfunkcji wzroku u dzieci. O ich występowaniu mogą świadczyć następujące zmiany w wyglądzie i zachowaniu dziecka (Adamowicz-Hummel, 2011, s. 149):

- zaczerwienienie oczu, łzawienie, pojawienie się ropnej wydzieliny;
- pojawienie się tarcia oczu, mrużenia, częstego mrugania, marszczenia się i wykrzywania przy patrzeniu;
- częstsze przecieranie okularów, zdejmowanie ich, odmowa założenia;
- oglądanie, czytanie z bliższej niż zazwyczaj odległości lub odwrotnie – odsuwanie przedmiotów od oczu przy ich oglądaniu;
- szczególny sposób ustawiania oczu, głowy lub całego ciała podczas patrzenia;
- większe zapotrzebowanie na światło lub pojawienie się światłowstrętu;
- niechęć do pracy wzrokowej;
- większa męczliwość, drażliwość, skrócenie czasu koncentracji;
- pojawienie się lub nasilenie błędów: mylenie liter, opuszczanie wyrazów, wierszy w tekście;
- pojawienie się trudności z wykonywaniem czynności życia codziennego;
- zmniejszona ruchliwość;
- pojawienie się kolizji z osobami, przedmiotami podczas poruszania;
- skarżenie się na ból oczu, głowy, zawroty głowy, nudności, pieczenie lub swędzenie oczu.

U dzieci z dysfunkcją wzroku występują charakterystyczne grupy problemów w nauce. Szczególnie trudne do opanowania przez dziecko są pojęcia związane z orientacją przestrzenną, u podstaw której leży zaburzona orientacja w schemacie własnego ciała. Dziecko z dużym ograniczeniem sprawności ruchowej często pozbawione jest pewnych doświadczeń i w konsekwencji ma trudności w rozumieniu i tworzeniu pojęć orientacji przestrzennej, a także innych pojęć matematycznych. To przekłada się na dalsze trudności, m.in. w opanowaniu umiejętności czytania i pisania, a także czytania map geograficznych, problemy z niektórymi działami matematyki, z rysunkami przestrzennymi. Nauczyciel powinien dostosować metody i formy pracy do wymagań rozwojowych dziecka i tak zorganizować otoczenie, aby dało ono dziecku możliwości ruchowego, dotykowego i manipulacyjnego doświadczania przestrzeni w dostępnym zakresie. Szczególnie ważne jest staranne dobieranie pomocy dydaktycznych.

Na wyższych etapach edukacji, na zajęciach z fizyki, chemii czy biologii, demonstrując różne czynności, trzeba zadbać o to, aby uczniowie słabowidzący znajdowali się blisko osoby prezentującej, a uczniom niewidomym należy indywidualnie pokazać sposób wykonania danej czynności, tak by mogli sprawdzić ją dotykiem. Podobnie ćwiczenia na lekcji geografii i biologii, z wykorzystaniem ilustracji i innych materiałów graficznych, powinny być dostosowane do możliwości percepcyjnych uczniów z uszkodzonym wzrokiem. Uczniom niewidomym należy zapewnić możliwość korzystania z książek opracowanych za pomocą pisma Braille'a i książek mówionych, a uczniom słabowidzącym – z książek z powiększoną czcionką. Na zajęciach z wychowania fizycznego, demonstrując różne ćwiczenia fizyczne, nauczyciel powinien zadbać o to, aby uczniowie słabowidzący znajdowali się blisko osoby prezentującej, a uczniom niewidomym należy indywidualnie pokazać sposób wykonywania danych ćwiczeń. Bezwzględnie trzeba przestrzegać zaleceń okulistycznych dotyczących wykonywania niektórych ćwiczeń fizycznych (np. gwałtowne skłony, dynamiczne podskoki itp.). Zalecenia te wynikają z oceny stanu wzroku ucznia i nieprzestrzeganie ich może przyspieszyć proces choroby. Stanowisko komputerowe dla ucznia niewidomego lub słabowidzącego należy wyposażyć w specjalny program powiększający znaki na ekranie oraz w syntezytor mowy.

W działaniach edukacyjnych i terapeutycznych dla dziecka z wadą wzroku nauczyciel powinien zaplanować intensywne działania w obszarze poznawania. Brak wzroku uniemożliwia naśladownictwo, stąd słowo ma dla dziecka ogromne znaczenie, jest jego przewodnikiem w orientacji przestrzennej i innych procesach poznawczych. Dobrze jest, jeśli słowo ma charakter fotograficzny i kinetyczny.

Proponuje się (Majewski, 1997) stosowanie pewnych rozwiązań metodycznych podczas zajęć edukacyjnych z dziećmi i młodzieżą z dysfunkcją wzroku.

Czynności wstępne na zajęciach z dziećmi z wadą wzroku obejmują przede wszystkim: zajęcie przez uczniów swoich miejsc, powitanie, sprawdzenie listy obecności, przygotowanie pomocy optycznych i nieoptycznych wspierających pracę. Powitanie ułatwia dzieciom z zaburzeniami widzenia zorientowanie się, kto jest w klasie.

W trakcie uświadomienia celów i wytworzenia pozytywnej motywacji należy tak zaplanować zajęcia, aby uwzględnić specyfikę funkcjonowania dziecka, wynikającą z braku czy osłabienia wzroku, ale jednocześnie tak, aby osiągnąć zakładane cele. W nauczaniu dzieci niewidomych trzeba maksymalnie wykorzystać słuch i dotyk. Nauczyciel powinien starać się słownie wyjaśnić wszystko, co robi (także to, co pisze na tablicy), aby uczeń mógł w pełni korzystać z lekcji.

Wprowadzając i zapoznając dzieci z nowymi treściami, nauczyciel powinien być świadomy, że dziecko niewidome lub słabowidzące może mieć trud-

ności w dokładnym poznawaniu przedmiotów i zjawisk. Trzeba więc udzielać dodatkowych wyjaśnień i pozwalać na dotykowe poznawanie oglądanych przedmiotów. Dzieci mogą mieć również trudności w rozpoznawaniu niektórych rzeczy, należy zatem dokładnie je opisać.

W trakcie procesu nabywania, uogólniania i systematyzowania pojęć warto pamiętać o tym, że dziecko z wadą wzroku odbiera głównie informacje i wiadomości przekazywane drogą słuchową. Koncentracja na bodźcach słuchowych (słuchanie) jest bardziej nużąca i męcząca, niż skupianie się na bodźcach wzrokowych (oglądanie). Dziecko niewidome lub słabowidzące może więc łatwiej się dekoncentrować. Może to być dla niego niekorzystne i negatywnie odbijać się na poziomie zdobywanych wiadomości i umiejętności. Jeśli nauczyciel spostrzeże, że dziecko jest mniej uważne i znużone, powinien wprowadzić przerwy relaksujące, zadawać pytania i mobilizować je do odpowiadania na pytania związane z omawianym tematem. Powinien także zmieniać formę zajęć (czytanie, oglądanie, pisanie) w czasie lekcji.

Utrwalając nowe treści przez zastosowanie ich w praktyce, dzieciom z uszkodzonym analizatorem wzrokowym należy stwarzać szczególnie dużo okazji do poznawania różnych przedmiotów i zjawisk poza klasą. Najwięcej korzyści przynoszą wycieczki, które przyczyniają się do poznawania przedmiotów i zjawisk, do zdobywania konkretnej wiedzy i lepszego rozumienia, a także do rozwoju umiejętności ich praktycznego wykorzystywania w różnych sytuacjach życiowych. Oczywiście w czasie zwiedzania trzeba udzielać dodatkowych wyjaśnień i pozwalać na dotykowe poznawanie oglądanych przedmiotów.

Oceniając pracę dziecka, nauczyciel powinien doceniać wysiłek włożony w pokonywanie trudności, wyzwalając w uczniu motywację pozytywną. Przystępując do pracy z dzieckiem z dysfunkcją analizatora wzrokowego, nauczyciel będzie miał możliwość konfrontacji własnego obrazu ze spojrzeniem zbudowanym z wykorzystaniem innych zmysłów, a to może uzupełnić jego wiedzę i dać mu wiele satysfakcji z obserwowania postępów ucznia z ograniczonymi możliwościami wzrokowymi w przyswajaniu wiedzy i jej zrozumieniu.

Ze względu na to, że dzieci niepełnosprawne wzrokowo wykazują różny poziom rozwoju fizycznego, motorycznego, psychicznego, w ich edukacji i terapii mają szerokie zastosowanie różnorodne techniki muzykoterapeutyczne i psychoterapeutyczne, takie jak: śpiew, improwizacje wokalne, słuchanie muzyki, improwizacje instrumentalne, rytmika, ćwiczenia mowy, plastyczne i słowne interpretacje muzyki. Różnorodność oraz przemienność stosowanych metod i technik umożliwiają lepszą realizację celów, a także urozmaicają prowadzone zajęcia. Ważne miejsce zajmuje wykonywanie piosenek, które rozwijają muzykalność, kształcą słuch, sprawność głosową, powiększa zasób słownikowy, pobudza wyobraźnię. Przez muzykę, zabawę, tańce można po-

prawić harmonię, estetykę, precyzję ruchów ciała. Ważne miejsce zajmują również ćwiczenia korygujące wady postawy, występujące często u niepełnosprawnych wzrokowo dzieci.

Bardzo ważną rolę odgrywa odpowiednia modyfikacja przestrzeni klasowej, ułatwiająca orientację, tzn. (Kawczyńska-Reguła, Pierzchała, 2001):

- stoliki i krzesła w sali powinny być tak ustawione, by powstała określona ścieżka komunikacji;
- nauczyciel i dzieci powinni zadbać, aby w sali był zachowany porządek, tzn. krzeselka dostawione do stolików, plecaki zawieszane na haczykach lub umieszczone w ustalonym miejscu;
- od początku pobytu w przedszkolu lub szkole należy kłaść nacisk na porządkowanie przez ucznia swoich rzeczy na ławce, półce;
- dobrym pomysłem może być również wykończenie kilku ławek (niekoniecznie tylko dla dziecka niewidomego lub słabowidzącego) specjalną listwą, która jest przymocowana dookoła całego blatu, tak by tworzyła nieco podwyższony brzeg – zapobiegnie to zsuwaniu się z blatu stolika przypadkowo potrąconych rzeczy. Przy ewentualnym zakupie nowego sprzętu warto zaopatrzyć salę lekcyjną w ławki z ruchomymi blatami, które dają możliwość ustawienia się pod różnym kątem, dzięki czemu dziecko słabowidzące może regulować odległość np. do czytanego tekstu, tak by zachować prawidłową postawę ciała;
- w przypadku dziecka słabowidzącego istotna jest także stałość w ustawieniu sprzętu, dlatego też z myślą o nim warto umieścić (najlepiej na poziomie oczu) duże napisy z informacją dotyczącą rozmieszczenia pomocy;
- oznaczenia i podpisy powinny być tak umieszczone, żeby dziecko mogło do nich swobodnie sięgnąć ręką;
- pomoce kilkuelementowe, drobne należy starać się umieszczać w pojemnikach, najlepiej zamykanych;
- dobrze jest również przyjąć zasadę, by drzwi do sali pozostawiać albo zamknięte, albo całkowicie otwarte (dotyczy to zwłaszcza przerw, zaplecza);
- w pierwszych dniach roku szkolnego dobrze jest przeprowadzić dla wszystkich dzieci zajęcia orientacji, dziecko słabowidzące lub niewidome będzie umiało wówczas lepiej zlokalizować toaletę, jadalnię, świetlicę, szatnię, sekretariat, dzięki czemu poczuje się w nowym otoczeniu bezpiecznie i niezależnie;
- w sali należy pomóc dziecku w nabyciu orientacji w ustawieniu mebli, umiejscowieniu stanowisk pracy ulubionych kolegów, biurka nauczyciela, a o ewentualnych zmianach w urządzeniu sali zawsze należy je poinformować.

Konkluzja

Właściwe zaspokajanie szeroko pojętych potrzeb dzieci słabowidzących lub niewidomych uczęszczających do przedszkoli, szkół masowych i klas integracyjnych wymaga specjalistycznego wsparcia. Warto, by praca z dziećmi z dysfunkcją wzroku opierała się na następujących zasadach: *Rodzice i nauczyciele powinni mieć pełne przekonanie o możliwościach rozwojowych dzieci słabowidzących i niewidomych oraz stwarzać im najlepsze warunki do ich realizacji. To ogólne przekonanie powinno stanowić podstawę do ustalenia oczekiwań w stosunku do tych dzieci. Dzięki zapewnieniu warunków do rozwoju podstawowych umiejętności potrzebnych w życiu codziennym oraz utrzymywaniu wysokich, ale realnych oczekiwań w stosunku do dzieci, rozwija się u nich wiara w siebie i swoje możliwości, co pozwala im na pełny udział w zajęciach szkolnych i we wszystkich przejawach życia społecznego. Przeciętne dziecko z uszkodzonym wzrokiem może osiągnąć normalny rozwój psychiczny i społeczny w tym samym czasie, co dziecko normalnie widzące, pod warunkiem, że stworzy się mu korzystne warunki opiekuńcze i edukacyjne* (Majewski, 1997, s. 33).

Warto pamiętać, że wśród dzieci z uszkodzonym wzrokiem, tak samo jak wśród dzieci normalnie widzących, istnieją indywidualne różnice, które są uwarunkowane biologicznie. Są więc wśród nich dzieci o różnym tempie i rytmie rozwoju fizycznego i psychicznego, bardziej lub mniej aktywne, o różnych temperamentach (szybkości i trwałości reakcji) oraz wrażliwości emocjonalnej, bardziej lub mniej zdolne, posiadające różne specjalne uzdolnienia, charakteryzujące się szybszym lub wolniejszym tempem uczenia się i działania itp. Uwzględnianie specyficznych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych dzieci z dysfunkcją wzroku, indywidualnych różnic między nimi, a także właściwe przygotowanie nauczyciela współpracującego ze specjalistami i środowiskiem rodzinnym umożliwiają pełny rozwój dziecka i jego samorealizację we wszystkich płaszczyznach życia.

Bibliografia

- Adamowicz-Hummel A. (2001): *Posługiwanie się wzrokiem przez dzieci słabo widzące* [w:] S. Jakubowski (red.): *Poradnik dydaktyczny dla nauczycieli realizujących podstawę programową w szkołach podstawowych i gimnazjum*. Wydawnictwo MENiS, Warszawa.
- Dziubińska R. (2010): *Model pracy z uczniem niewidomym lub słabo widzącym* [w:] *Podniesienie efektywności kształcenia uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi*. Materiały dla nauczycieli. Cz. 1, 2. Wydawnictwo MENiS, Warszawa.
- Golemba B. (2007): *Dostosowanie otoczenia do potrzeb dziecka słabo widzącego*, „Niepełnosprawność i Rehabilitacja”, nr 2.
- Gresnigt H. (1996): *Znaczenie wczesnej interwencji dla rozwoju małego słabo widzącego dziecka* [w:] G. Walczak (red.): *Problemy wczesnej rehabilitacji niewidomych i słabo widzących dzieci*. WSiP, Warszawa
- Kawczyńska-Reguła B., Pierzchała B. (2011): *Zagadnienia nauczania początkowego dzieci z dysfunkcją wzroku* [w:] S. Jakubowski (red.): *Poradnik dydaktyczny dla nauczycieli realizujących podstawę programową w szkołach podstawowych i gimnazjum*. Wydawnictwo MENiS, Warszawa.
- Kazanowski Z. (2010): *Uwarunkowania integracji społecznej uczniów niewidomych w grupie rówieśniczej*, „Szkoła Specjalna”, nr 1.
- Kowalewski L. (1999): *Psychologiczna i społeczna sytuacja dzieci niepełnosprawnych* [w:] I. Obuchowska (red.): *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*. WSiP, Warszawa.
- Majewski T. (1997): *Poradnik metodyczny dla nauczycieli pracujących z dziećmi z uszkodzonym wzrokiem w systemie integracyjnym*. Wydawnictwo MEN, Warszawa.
- Majewski T. (2002): *Tyflopsychologia rozwojowa: psychologia dzieci niewidomych i słabo widzących*, „Zeszyty Filologiczne”, nr 20.
- Nadolna U. (2009): *Jak wspierać ucznia słabo widzącego w szkole ogólnodostępnej*, „Rewalidacja”, nr 1.
- Orkan-Łęcka M. (2003): *Mama, tata, dziecko, czyli o tym, jak uczyć małe niewidome dziecko w warunkach domowych*. Materiały Tyflopedagogiczne. Wydawnictwo Polskiego Związku Niewidomych, Warszawa.
- Ossowski R. (1998): *Pedagogika niewidomych i niedowidzących* [w:] W. Dykciak (red.): *Pedagogika specjalna*. Wydawnictwo Uniwersytetu Adama Mickiewicza, Poznań.
- Ossowski R. (1999): *Dzieci niedowidzące i niewidome* [w:] I. Obuchowska (red.): *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*. WSiP, Warszawa.
- Sitarczyk M. (2006): *Praca z dzieckiem z dysfunkcją wzroku* [w:] M. Klaczak, P. Majewicz (red.): *Diagnoza i rewalidacja indywidualna dziecka ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi*. Wydawnictwo Akademii Pedagogicznej, Kraków.
- Utnik W., Lisowska A., Sękowska E. (1996): *Jak pomóc dzieciom słabo widzącym? Poradnik dla rodziców, nauczycieli i studentów*, Poli ART Studio, Lublin.
- Walczak G. (2005): *Model wczesnej interwencji/wczesnego wspomaganie rozwoju dzieci z uszkodzonym wzrokiem* [w:] G. Walczak (red.): *Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka z uszkodzonym wzrokiem*. Poradnik dla nauczycieli szkół ogólnodostępnych. Wydawnictwo MENiS, Warszawa.
- Walkiewicz M. (2002): *Funkcjonalna ocena wzroku i proces wspomaganie rozwoju widzenia u dzieci słabo widzących*. Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, Warszawa.
- Walthes R. (2007): *Tyflopedagogika*. GWP, Gdańsk.



Anna Borzęcka

**Wczesna interwencja
i wspomaganie rozwoju małego
dziecka z mózgowym porażeniem
dziecięcym**



Problematyka mózgowego porażenia dziecięcego – definicja, przyczyny i objawy

Każde dziecko ma prawo do rozwoju i jego wspierania, także dziecko z mózgowym porażeniem dziecięcym. W pierwszym okresie życia powinno być ono objęte troską zarówno przez rodziców, jak i lekarzy oraz innych specjalistów. Rozwój takiego dziecka musi być wspomagany przez odpowiedni system oddziaływań wczesnej interwencji i wczesnego wspomagania. *Wczesna interwencja – wczesne wspomaganie rozwoju dziecka – jest to zintegrowany system oddziaływań profilaktycznych, diagnostycznych, leczniczo-rehabilitacyjnych i terapeutyczno-edukacyjnych, których podmiotem jest małe dziecko, wykazujące nieprawidłowości w rozwoju psychoruchowym, oraz jego rodzina* (Fryszkiewicz, 2011, s. 131).

Celem zajęć wczesnego wspomagania jest zapewnienie dziecku warunków sprzyjających optymalnej realizacji jego potrzeb i możliwości rozwojowych (Piszczek, 2002, s. 8).

Rozwój dziecka z mózgowym porażeniem jest nieharmonijny, dlatego ważna jest wczesna, wielospecjalistyczna, kompleksowa i skoordynowana pomoc medyczna, rehabilitacyjna, terapeutyczna oraz rewalidacyjno-wychowawcza. Dziecko powinno być pod stałą kontrolą specjalistów i podlegać wielokierunkowej stymulacji wszystkich zaburzonych sfer rozwojowych. Niezbędna jest systematyczność w postępowaniu rehabilitacyjnym i psychopedagogicznym.

W literaturze naukowej przez pojęcie mózgowego porażenia dziecięcego rozumie się *niepostępujące zaburzenia czynności będącego w rozwoju ośrodkowego układu nerwowego, a zwłaszcza ośrodkowego neuronu ruchowego. (...) Mózgowe porażenie dziecięce nie stanowi określonej odrębnej jednostki chorobowej, lecz jest różnorodnym etiologicznie i klinicznie zespołem objawów chorobowych* (Michałowicz, 2006, s. 12).

Mózgowe porażenie dziecięce to *zbiorne pojęcie – parasol – obejmujące różnorodne, zmieniające się wraz z wiekiem zaburzenia ruchu i postawy (...)*,

znajdujące się w stadium niezakończonego rozwoju, a więc zaistniałe przed urodzeniem dziecka, w czasie porodu lub w pierwszych 3 latach życia (Łosiowski, red., 1997, s. 11).

Od czasu prac J. Little'a i Z. Freuda z ubiegłego stulecia wiadomo, że istnieje ścisły związek przyczynowy pomiędzy nieprawidłowym przebiegiem okresu płodowego i okołoporodowego a stwierdzonymi w późniejszym okresie życia objawami mózgowego porażenia dziecięcego. (Łosiowski, Serejski, red., 1985, s. 35).

W literaturze naukowej uważa się, że przyczyny występowania mózgowego porażenia dziecięcego są bardzo różne. Najczęściej wymienia się następujące czynniki (Zabłocki, 1998, s. 25):

- oddziałujące w życiu płodowym: urazy brzucha matki, niedotlenienie, przewlekłe choroby matki podczas ciąży, zakażenie płodu, zaburzenia rozwojowe, energia promienista, leki i substancje o działaniu toksycznym, palenie tytoniu i picie alkoholu podczas ciąży;
- okołoporodowe: uraz okołoporodowy, niedotlenienie, wcześniactwo;
- po urodzeniu dziecka: urazy mózgu, niedotlenienie, zakażenie ośrodkowego układu nerwowego, zapalenie opon mózgowych, znacznie nasilona żółtaczka noworodka.

Objawy większego czy mniejszego zaburzenia ze strony ośrodkowego układu nerwowego nie od razu manifestują się w swym pełnym kształcie, ponieważ dojrzewający mózg dopiero z czasem ulega pełnej mielinizacji włókien nerwowych, tzn. nerwy stopniowo pokrywają się osłonkami i dopiero w tym stadium przewodzone bodźce docierają bez przeszkód z punktu do punktu, z komórki do komórki. Dlatego warto wiedzieć, jakie momenty z okresu ciąży, porodu i pierwszych dni życia noworodka mogą zaważyć na przebiegu rozwoju dziecka i na co patrzeć w pierwszym kwartale życia naszego synka lub córeczki, aby wystarczająco wcześnie zgłosić się do lekarza i mieć szansę otrzymać niezbędną pomoc (Banaszek, 1994, s. 1).

Istotą mózgowego porażenia dziecięcego jest uszkodzenie narządu ruchu, a wśród obserwowanych objawów najczęściej spotyka się (Michałowicz, 1997, s. 31–32; Mazanek, 2003, s. 10):

1. nieprawidłowe napięcie mięśniowe:
 - spastyczność (wzmoczone napięcie mięśniowe) – powoduje sztywność ruchów i trudności w ich wykonaniu; pojawia się to głównie w próbach stania i chodzenia (tzw. chód spastyczny z tendencją do krzyżowania nóg);
 - wiotkość – obniżone napięcie mięśniowe;
2. niedowład (ograniczenie ruchu) lub porażenie (zniesienie ruchu);
3. atetozę – polega na wykonywaniu ruchów mimowolnych, nie kontrolowanych;

4. ataksję – charakteryzuje się zaburzeniem równowagi, niezbornością ruchów, drżeniem namiarowym kończyn w czasie wykonywania bardziej precyzyjnych czynności.

W wyniku wymienionych zaburzeń u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym mogą wystąpić trudności w prawidłowym ustawieniu głowy, utrzymaniu pozycji (np. siedzącej, stojącej), poruszaniu się, różnego rodzaju zaburzenia sprawności ręki (Mazanek, 2003, s. 10).

Różnorodność zaburzeń ruchowych stała się przyczyną wyodrębnienia 6 postaci mózgowego porażenia dziecięcego (Levitt, 2000, s. 23):

- **kwadriplegia** – niedowład czterokończynowy, porażenie w większym stopniu dotyczy kończyn górnych niż dolnych (**hemiplegia kończynowa**), mogą też występować objawy wrodzonego porażenia rzekomo-opusznego;
- **diplegia** – niedowład głównie kończyn dolnych z jednoczesnym niedowładem (w mniejszym stopniu) kończyn górnych;
- **paraplegia** – niedowład wyłącznie kończyn dolnych;
- **triplegia** – niedowład 3 kończyn;
- **hemiplegia** – niedowład połowiczny, jednostronny;
- **monoplegia** – niedowład jednokończynowy.

Klasyfikacja ta spełnia trzy funkcje: diagnostyczną, prognostyczną oraz kontrolną. Takie ujęcie problemu pozwala bowiem na rozróżnienie prawidłowych i nieprawidłowych komponentów rozwoju psychomotorycznego oraz umożliwia śledzenie progresji objawów, a także kontrolowanie uzyskiwanych efektów usprawniania (Domagalska, 2005, s. 38).

Najbardziej rozpowszechniony jest podział T. Ingrama (Michałowicz, 2006, s. 14–17), uwzględniający kilka postaci klinicznych mózgowego porażenia dziecięcego, co opisano poniżej.

Porażenie kurczowe połowiczne (łac. *hemiplegia spastica*). Pierwsze objawy mogące wskazywać na możliwość istnienia tej postaci mózgowego porażenia dziecięcego ujawniają się najczęściej pomiędzy 3. a 5. miesiącem życia, przy czym zwraca tu uwagę wyraźnie mniejsza aktywność i ograniczenie ruchów kończyn niedowładnych w porównaniu z kończynami po stronie przeciwnej (nieobjętej niedowładem). Zależnie od stopnia deficytu neurologicznego rozróżnia się postać lekką, o średnim nasileniu i postać ciężką. Objawom niedowładu połowicznego towarzyszą często objawy atetozy. Nierzadko w zajętych kończynach stwierdza się zaburzenia czucia. W miarę wzrastania dziecka pojawia się upośledzenie wzrostu niedowładnych kończyn, a także występujące zaburzenia wegetatywne, głównie typu naczyniowego. Stwierdza się niekiedy także nieprawidłowości w polu widzenia. Rozwój umysłowy wielu dzieci jest dobry lub nieznacznie wykracza poza normy. U pewnej liczby dzieci występują zaburzenia mowy, padaczka oraz zaburzenia w sferze emocjonalnej.

Obustronne porażenie kurczowe (łac. *diplegia spastica*). Ta postać mózgowego porażenia dziecięcego obejmuje głównie kończyny dolne (niedowład w kończynach dolnych przeważa nad niedowładem w kończynach górnych). Bywają także takie postaci kliniczne obustronnego porażenia kurczowego, w których występuje niedowład wyłącznie w kończynach dolnych (**paraplegia**). Obustronne porażenie kurczowe zazwyczaj ma charakter wrodzony i szczególnie często występuje u wcześniaków. Tę postać choroby cechuje duża różnorodność obrazu klinicznego, zależna od umiejscowienia zmian i ich nasilenia, jak również innych towarzyszących zaburzeń (słuchu, wzroku, mowy). Rozwój umysłowy dzieci jest w dużym odsetku przypadków z pogranicza normy; głębsze upośledzenie umysłowe zdarza się wyjątkowo. U pewnej liczby dzieci występuje padaczka oraz zaburzenia w sferze emocjonalnej.

Obustronne porażenia połowicze (łac. *hemiplegia bilateralis*), nazywane również czterokończynowym mózgowym porażeniem dziecięcym lub niedowładem czterokończynowym. Występuje w tych postaciach mózgowego porażenia dziecięcego, w których kończyny górne są w większym stopniu niedowładne niż dolne. Jest to jedna z najcięższych postaci mózgowego porażenia dziecięcego. Dzieci wykazują często objawy znacznego upośledzenia umysłowego oraz niekiedy nasilone objawy rzekomoopuszkowe. Wielokrotnie występuje padaczka.

Postać mózdkowa (ataktyczna). Należy do rzadziej spotykanych postaci klinicznych mózgowego porażenia dziecięcego, najczęściej jest wrodzona. Oprócz zespołów mózdkowych spotyka się postaci mieszane, np. ataksja z obustronnym porażeniem kończyn. Najbardziej istotną cechą różnicującą jest stan napięcia mięśniowego, które jest obniżone. Poziom umysłowy dzieci jest zazwyczaj prawidłowy, jednak zaburzenia koordynacji wzrokowo-ruchowej, a także zaburzenia rozwoju mowy znacznie utrudniają im naukę w szkole.

Postać pozapiramidowa. Występuje głównie u wcześniaków. W zależności od rodzajów stwierdzonych ruchów mimowolnych rozróżnia się postaci: dystoniczną, atetotyczną, płasawicą lub przebiegającą (zwłaszcza w pierwszych miesiącach życia) jedynie ze zmianami w napięciu mięśniowym, głównie o typie hipotonii. Często u tego samego dziecka mogą współistnieć różnego typu ruchy mimowolne oraz leworęczność. Dzieci są na ogół dobrze rozwinięte umysłowo. W wielu przypadkach jednak występuje u nich niedosłuch typu odbiorczego lub głuchota, porażenie spojrzenia ku górze, zez oraz niekiedy objawy piramidowe. Napady padaczkowe występują dość rzadko i pojawiają się w późniejszych okresach życia. Stwierdzone są zaburzenia mowy o charakterze dyskinetycznym, a u niemowląt występują trudności w połykaniu pokarmów i ssaniu. U dzieci mogą występować także zaburzenia wegetatywne (duża chwiejność temperatury ciała, nadmierne pocenie się) oraz znaczna skłonność do infekcji (słaby rozwój fizyczny, obniżenie odporności itp.).

Postać mono- lub triparetczna. To postać mózgowego porażenia dziecięcego z zajęciem jednej lub trzech kończyn. Często dotyczy dzieci donośzonych, ma częsty związek z obciążeniem okołoporodowym lub nabytym uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego. Postać triparetczna przebiega z reguły z padaczką oraz zmianami psychicznymi.

Niezależnie od dominujących zaburzeń ruchowych mózgowemu porażeniu dziecięcemu mogą towarzyszyć **objawy współistniejące**, które scharakteryzowano poniżej.

Napady padaczkowe. Uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego z zajęciem ośrodkowego neuronu ruchowego w sposób szczególny sprzyja występowaniu napadów drgawkowych (padaczkowych). Ataki padaczkowe mogą występować w każdej postaci klinicznej mózgowego porażenia dziecięcego. Istnieją jednak wyraźne różnice zarówno w częstości występowania, jak i w ich rodzaju, co jest w dużej mierze zależne od obrazu choroby oraz stopnia dojrzałości układu nerwowego chorego dziecka. Najczęściej jednak występują w postaciach spastycznych, w których dominują zmiany w korze mózgowej. Ataki padaczki mogą ujawnić się w 1. roku życia dziecka lub w latach późniejszych. Napady wczesne – napady skłonów (zespół Westa) w okresie niemowlęcym – bywają na ogół pierwszą oznaką uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego. Rozwój psychoruchowy dzieci, u których stwierdzano wczesne napady, przebiega ze znacznym opóźnieniem, poważnie pojawia się u nich głębsze upośledzenie umysłowe. U dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym w późniejszym okresie życia napady skłonów mogą przejść w uogólnione drgawki toniczno-kloniczne (zespół Lenoxa i Gastauta). Dzieci z częstymi atakami padaczkowymi mogą cofać się w rozwoju, co manifestuje się utratą umiejętności wykonywania poprzednio wyuczonych funkcji. Powtarzające się napady drgawek lub stanów padaczkowych, powodujące upadki i urazy głowy, dodatkowo pogarszają sprawność umysłową dziecka (szczególnie pamięć) i są przyczyną zaburzeń zachowania. Negatywny wpływ na procesy psychiczne mają również stosowane leki przeciwpadaczkowe (Michałowicz, 1993, s. 19–20; 2001, s. 21–25; Mazanek, 2003, s. 16–17).

Upośledzenie umysłowe. Uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego powoduje, że znaczny procent dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym jest opóźnionych bądź upośledzonych umysłowo. Pierwotne uszkodzenie ośrodków mózgowych i spowodowana tym blokada głównych dróg informacji oraz dodatkowo występujące zaburzenia ograniczają zdobywanie wcześniejszych doświadczeń sensoryczno-motorycznych, przyczyniając się do wolniejszego rozwoju umysłowego tych dzieci, i mogą powodować opóźnienie rozwoju, a nie umysłowe upośledzenie (Mazanek, red., 1998, s. 73).

Zaburzenia wzroku. U dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym stwierdza się różnorodne postaci kliniczne upośledzenia funkcji wzroko-

wych: zaburzenia refrakcji (krótkowzroczność, dalekowzroczność, zaburzenia akomodacji), ubytki w polu widzenia, a często także ośrodkowe zaburzenia analizy i syntezy bodźców wzrokowych; może wystąpić oczopląs lub zanik nerwu wzrokowego. Powszechnym zaburzeniem wzroku u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym, a szczególnie diplegią, jest zez (Michałowicz, 2001, s. 25). Często występuje niedowidzenie, a im wcześniej powstaje zez, tym jest ono większe. W leczeniu zezu wczesne rozpoczęcie ćwiczeń ortooptycznych jest bardzo ważne i może dać pozytywne rezultaty. U dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym zaburzenia percepcji wzrokowej mogą być odwracalne. Ma to szczególne znaczenie w ich usprawnianiu, ponieważ w konsekwencji zaburzeń narządu wzroku młodsze dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym mają trudności w spostrzeganiu, w prawidłowym widzeniu barw, kształtów, prawidłowym rozumieniu stosunków przestrzennych (Mazanek, 2003, s. 18).

Zaburzenia słuchu. Występujące u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym uszkodzenia ośrodków ruchowych oraz ich połączeń ruchowo-słuchowych, wzrokowo-słuchowych i innych powodują zakłócenia systemu słuchowo-mownego, w którym składniki sensoryczny i motoryczny są ze sobą ściśle związane, ponieważ analizator słuchowy sankcjonuje i kontroluje artykulację. Zaburzenia słuchu związane są z uszkodzeniem okolic słuchowych, znajdujących się w tylnogórnej części płata skroniowego. Powoduje to zaburzenia słuchu fonematycznego (mownego), czego objawem jest niemożność identyfikacji słyszanych dźwięków mowy. Uszkodzenie pola słuchowo-mnesticznego w okolicy skroniowej utrudnia przechowywanie śladów słuchowych, a uszkodzenie ośrodka Wernicke'ego (tylna część płata skroniowego lewej półkuli) upośledza rozumienie mowy. Jest to przyczyną zaburzenia analizy i syntezy bodźców słuchowych (tzw. głuchoty słownej, zaburzeń mowy typu recepcyjnego). Na skutek problemów ze słuchem dziecko odbiera słowa zniekształcone i tak je przyswaja. Może to prowadzić do powstania mowy zniekształconej, agramatycznej, o ubogim słownictwie i nieprawidłowym akcencie melodycznym (Mazanek, 2003, s. 19–20).

Zaburzenia mowy. To, co dziecku z mózgowym porażeniem dziecięcym nie pozwala mówić poprawnie, nie jest brakiem inteligencji czy wysiłku. Te trudności są skutkiem nieprawidłowości czuciowo-motorycznych (Stecko, 1998, s. 60). Wśród dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym około 70% osób ma różnego stopnia zaburzenia mowy: od najlżejszych z nich – dyslalii, poprzez jąkanie, do dyzartrii i alalii. Zaburzenia dotyczą narządów: artykulacyjnego, oddechowego i fonacyjnego (Stecko, 1997).

Dyzartria – to zaburzenia mowy wynikające z uszkodzenia ośrodków mózgowych i dróg nerwowych unerwiających narządy mowne. Zaburzenia dyzartryczne są spowodowane przede wszystkim uszkodzeniem tych okolic

ruchowych, w których znajduje się ośrodek mowy ekspresyjnej – ośrodek Brocka. Powoduje to uszkodzenie pól ruchowych dla narządów mowy: języka, gardła, żuchwy i krtani, co prowadzi do porażenia wymienionych narządów lub upośledzenia ich czynności. Wyróżniamy 3 postacie dyzartrii: spastyczną, atetotyczną i mózdkową. Objawy dyzartrii są bardzo różne, w zależności od tego, jakie grupy mięśni zostały porażone i w jakim stopniu. Do objawów tych zaliczamy m.in.: trudności w wytwarzaniu głosu, zaburzenia oddychania (charakteryzują się długim wdechem i zbyt krótkim dla prawidłowego wymawiania słów wydechem), zaburzenia artykulacyjne dotyczące pojedynczych głosek i mowy w całości (szczególnie seplenienie i reranie; często występujące u dzieci otwarte usta oraz ślinotok), zmiany w rytmie mowy, melodii i akcentowaniu, wynikające ze złej koordynacji oddychania, fonacji i artykulacji (na skutek nieprawidłowej pracy przepony), mięśni międzybrownych, krtani, gardła, języka i szczęk (Mazanek, 2003, s. 21–22).

Zaburzenia integracji sensorycznej. Termin „integracja sensoryczna” oznacza proces, dzięki któremu mózg człowieka, otrzymując informacje ze wszystkich zmysłów, dokonuje ich rozpoznania, segregowania, selekcji (wzmacniając jedne, a wyhamowując inne dane wejściowe), interpretacji i integracji (powiązania) ze sobą oraz z uprzednimi doświadczeniami i odpowiada na wymagania adekwatną reakcją. Twórczyni teorii i praktyki integracji sensorycznej J. Ayres definiuje integrację sensoryczną jako proces, w którym następuje organizacja dostarczonych do naszego organizmu wrażeń, tak by mogły one być wykorzystywane w celowym, zakończonym sukcesem działaniu (Mazanek, 2003, s. 23). Działanie to autorka określa jako reakcję lub odpowiedź adaptacyjną. Aby nastąpiła reakcja adaptacyjna, mózg musi sortować tysiące wrażeń docierających do naszego ciała przez zmysły, przekształcać je i integrować z innymi odpowiednimi wrażeniami, aby ostateczny rezultat tej aktywności był użyteczny. Wszystkie te procesy odbywają się poza naszą świadomością, jakby automatycznie (np. sięganie po zabawkę), ale żeby dziecko mogło wykonać określone czynności, w obrębie układu nerwowego w sposób nieprzerwany musi dokonywać się ogromna liczba procesów integracyjnych. W rozwoju dziecka z zespołem mózgowego porażenia dziecięcego występuje bardzo dużo nieprawidłowości, które przyczyniają się do zaburzeń integracji sensoryczno-motorycznej. Na skutek zaburzeń narządu ruchu znacznie utrudnione, a czasami wręcz niemożliwe jest poznawanie własnego ciała, a następnie otoczenia. Występują również zakłócenia w przyjmowaniu i przetwarzaniu sensorycznych informacji wejściowych: wzrokowych, słuchowych, czuciowych, proprioceptywnych, przedsionkowych, co przyczynia się do powstania wielu nieprawidłowości w rozwoju dziecka z mózgowym porażeniem dziecięcym (Mazanek, 2003, s. 26).

Deficyty fragmentaryczne. Zaburzenia rozwoju psychoruchowego dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym, będące wynikiem uszkodzenia ośrod-

kowego układu nerwowego i wtórnych tego skutków, przyczyniają się do powstawania deficytów fragmentarycznych w zakresie: koordynacji wzrokowo-ruchowej, lateralizacji, orientacji przestrzennej, orientacji w schemacie ciała, koncentracji uwagi, myślenia abstrakcyjnego, analizy i syntezy wzrokowej i słuchowej (Mazanek, 2003, s. 26).

Metody usprawniania dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym

Zdaniem specjalistów usprawnianie dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym powinno mieć charakter kompleksowej, wielospecjalistycznej terapii. Całościowe usprawnianie dokonuje się stopniowo. Istotne jest, by korzystać z takich metod terapii, które pozwolą na zdobywanie nowych umiejętności. Celem wieloprofilowego usprawniania jest wydobyć z dziecka jego wszystkich możliwości rozwojowych i takie ich realizowanie, aby były możliwie zbliżone do prawidłowych wzorców.

Usprawnianie lecznicze powinno być prowadzone możliwie wcześnie, natychmiast po rozpoznaniu mózgowego porażenia dziecięcego, a nawet jeszcze wtedy, gdy tylko stwierdzi się u dziecka opóźnienie rozwoju psychoruchowego. Wczesne wprowadzenie usprawniania zapobiega wytwarzaniu się u niego nieprawidłowych wzorców ruchowych, stymuluje jego rozwój, a także – jak się przypuszcza – kompensuje istniejące zaburzenia poprzez torowanie nowych połączeń i wytwarzanie nowych luków odruchowych (Czochońska, Rudnicka-Lubicz, 1997, s. 888).

U wszystkich dzieci o wiele łatwiejsze i efektywniejsze jest bowiem tworzenie prawidłowych wzorców ruchowych, zanim rozwój motoryczny zostanie zdominowany przez aktywność prymitywnych wzorców ruchowych z najwcześniejszego dzieciństwa, nieprawidłową aktywność odruchową oraz globalne synergie (Domagalska, Matyja, 2005, s. 148).

Wspomaganie rozwoju we wczesnej interwencji polega nie tylko na stosowaniu specyficznych ćwiczeń, lecz także na prawidłowej pielęgnacji (karmieniu, przewijaniu, noszeniu i zabawie) (Borkowska, 2006, s. 197).

Opieka kompleksowa polega na współdziałaniu lekarza, fizjoterapeuty, nauczyciela, rodziców i dziecka. *Tylko takie podejście do terapii daje szansę na osiągnięcie celu, jakim jest przystosowanie ich do życia w rodzinie i społeczeństwie* (Wójtowicz, Nowak, 2006, s. 66). Efekty usprawniania dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym w dużej mierze zależą od stopnia uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego, czasu rozpoczęcia rehabilitacji oraz od jej systematyczności (Wójtowicz, Nowak, 2006, s. 66).

Omówię teraz wybrane metody usprawniania psychoruchowego dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym.

W terapii stosuje się leczenie ruchem – gimnastykę leczniczą, zwaną kinezyterapią. Jej celem jest przywrócenie sprawności w jak największym stopniu, dając tym samym podstawy dla rozwoju biologicznego i społecznego osoby (Zabłocki, 1998, s. 45).

Do najbardziej rozpowszechnionych metod zalicza się: NDT-Bobath, Vojty, Domana-Delacato, Peto.

Metoda NDT-Bobath. Jest to najbardziej znana metoda na świecie. Założenia jej opracowali Karel i Berta Bobathowie. *Metodę tę nazywa się leczeniem neurorozwojowym. (...) Jest ona najbardziej przydatna w leczeniu niemowląt i dzieci najmłodszych* (Borkowska, Szwiling, 2011, s. 9). Diagnostyczno-terapeutyczna koncepcja Bobathów obejmuje zagadnienia związane z pielęgnowaniem chorego dziecka (prawidłowym podnoszeniem i noszeniem, karmieniem, ubieraniem, rozbieraniem, pilnowaniem prawidłowej pozycji podczas spoczynku, zabawy i nauki), rozpoznawaniem nieprawidłowych wzorców postawy i ruchu na każdym etapie jego rozwoju oraz usprawnianiem (Bober, Kobel-Buys, red., 2006, s. 71–72). Główne zasady usprawniania zaburzonego rozwoju według koncepcji NDT-Bobath obejmują:

- wpływanie na napięcie mięśni (obniżanie napięcia wzmożonego i podwyższanie obniżonego), co jest możliwe dzięki zastosowaniu odpowiednich technik postępowania już od pierwszych miesięcy życia dziecka;
- hamowanie nieprawidłowych odruchów oraz ruchów przez ułatwienie i prowadzenie rękami terapeuty z punktów kluczowych ruchów najbardziej, jak to jest tylko możliwe, zbliżonych do prawidłowych – dzięki temu zostają dostarczone również odpowiednie doznania czuciowe;
- wykorzystywanie zdobytych już umiejętności ruchowych w codziennych czynnościach.

Celem ostatecznym leczenia usprawniającego NDT jest nauczenie dziecka ruchów zbliżonych do prawidłowych, które są funkcjonalne i niezbędne do samodzielnego życia. Aby to było możliwe, praca z dzieckiem powinna być wcześniej rozpoczęta i systematyczna.

Usprawnianie prowadzi się stopniowo, krok po kroku zwiększając wymagania i zmniejszając nieprawidłowości. Bardzo ważne jest uzyskanie współpracy z rodzicami, którzy powinni stworzyć możliwości dla wielokrotnego powtarzania wzorców ruchowych w codziennym życiu, dostarczających – zarówno dziecku, jak i jego rodzinie – radości z osiągniętych postępów (Borkowska, red., 1997, s. 85–89).

Metoda Vojty. Neurokinezyjologiczna diagnostyka metodą Vojty oparta jest na 3 elementach: ocenie motoryki spontanicznej dziecka, wybranych reakcji ułożeniowych oraz wybranych odruchów noworodkowych (Dołyk, 2006, s. 211). Metoda polega na wyzwalaniu odruchu pełzania przez pobudzanie odpowiednich pól w ośrodkowym układzie nerwowym w wy-

niku drażnienia ściśle określonych punktów ciała. Punkty te zostały nazwane „strefami wyzwalań”, a działanie (głównie ucisk) na którąkolwiek z nich wywołuje zawsze identyczną odpowiedź ruchową. W podobny sposób można wywołać odruchowe przetaczanie i kształtować prawidłowe mechanizmy pionizacyjne dziecka (Borkowska, red., 1997, s. 98). W tej metodzie podczas stymulacji ruchowej przyjmuje się 7 prowokowanych reakcji odruchowych, stanowiących podstawę do poszczególnych faz rozwoju ruchowego. Za zakończenie usprawniania metodą Wojty przyjmuje się osiągnięcie przez dziecko stanu, w którym nastąpi u niego prawidłowe pełzanie i początek prawidłowego raczkowania. Metoda przewiduje, iż te osiągnięcia pozwolą na normalne kształtowanie rozwoju na dalszych jego etapach. Ćwiczenia prowadzone są 4 razy dziennie przez 20–39 minut. Dzieci ćwiczą bez ubrań na stole o typie lekarskiej leżanki. Metodę proponuje się małym dzieciom od pierwszych dni życia i stąd duża jej skuteczność (Zabłocki, 1998, s. 59–60).

Metoda Domana-Delacato. Metoda obejmuje stymulowanie rozwoju w 6 najważniejszych obszarach funkcjonowania człowieka: wzroku, słuchu, dotyku, ruchu, mowy oraz sprawności rąk. Terapia polega na bodźcowaniu mózgu pacjenta takimi sygnałami, jakie powinien on otrzymać podczas normalnego rozwoju. Rozwój ruchowy jest stymulowany głównie przez doświadczenie biernych ruchów, zgodnych z idealnym wzorcem ruchowym. Ruchy wykonywane są u dziecka przez 3–5 osób, tak aby można było zachować ich prawidłową strukturę. Program oddechowy obejmuje techniki maseczkowania oraz patterning oddechowy. Usprawnianie wzroku następuje przez stosowanie różnych bodźców wzrokowych, np. błysków świetlnych, pokazywanie kształtów oraz liter i liczb różnej wielkości; kolejnym etapem jest nauka czytania. Na słuch oddziałuje się różnego rodzaju dźwiękami, na dotyk – ukłuciami i szczotkowaniem, a do rozwoju węchu wykorzystuje się ostre, nieszkodliwe zapachy. Ważnym elementem terapii jest odpowiednia dieta, dostosowana do indywidualnych potrzeb pacjenta (Bober, Kobel-Buys, red., 2006, s. 74). W metodzie przyjmuje się wczesne usprawnianie dzieci. Ma ono doprowadzić do tego, by zdrowa część mózgu przejęła zadania części uszkodzonej. Metoda ta wnosi wiele wartości do usprawniania. Jej słabą stroną jest angażowanie wielu osób w ciągu dnia do usprawniania zaledwie jednego dziecka, dlatego ten sposób postępowania nie sprawdza się w warunkach polskich (Zabłocki, 1998, s. 58–59).

Metoda Pető. Jej charakterystyczną cechą jest połączenie w jedną całość usprawniania leczniczego, usprawniania psychopedagogicznego i różnych form adaptacji społecznej. Głównym celem metody jest odpowiednie przygotowanie dzieci niepełnosprawnych do samodzielnego życia. Usprawnianie polega na systematycznym pobudzaniu psychoruchowego rozwoju dziecka w zakresie:

- kontroli postawy i ruchów lokomocyjnych;
- koordynacji wzrokowo-ruchowo-czuciowo-słuchowej, orientacji w czasie i przestrzeni oraz odczuwania własnego ciała;
- życia emocjonalnego, rozwoju osobowości i kontaktów społecznych;
- rozwoju mowy, porozumiewania się gestem, rysowania, pisania, czytania oraz pojęcia o otaczającym świecie.

Odpowiednio zaplanowane ćwiczenia ruchowe i pozostałe zajęcia połączone są zawsze z głośnym mówieniem, liczeniem lub śpiewaniem, a tempo dostosowane jest do możliwości wykonania ich przez dzieci mające największe trudności. We wszystkich zajęciach zwraca się szczególną uwagę na naukę chwytu, podpór i umiejętność utrzymania odpowiednich pozycji, które mają umożliwić dzieciom systematyczne zdobywanie coraz większej samodzielności. Zajęcia z dziećmi prowadzi stale te same, odpowiednio przygotowane osoby zwane konduktorami, dyrygentami czy przewodnikami. Szkoleniem tych specjalistów zajmuje się Instytut im. A. Petö w Budapeszcie (Derulska, 1997, s. 89–94).

Wybrane metody psychopedagogiczne wspomagające rozwój dziecka z mózgowym porażeniem dziecięcym

Ważną rolę w kompleksowym usprawnianiu dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym odgrywają wczesne oddziaływania psychopedagogiczne.

Wyrównywanie deficytów u dzieci z niepełnosprawnością ruchową odbywa się poprzez stosowanie różnych metod wspomagających rozwój psychoruchowy. W odniesieniu do niepełnosprawnego dziecka zajęcia te mają duże znaczenie w jego rozwoju emocjonalnym, poznawczym i społecznym.

Do najbardziej znanych metod należą: metoda usprawniania mowy, metoda ruchu rozwijającego W. Sherborne, programy aktywności – świadomość ciała, kontakt i komunikacja – M. i Ch. Knillów, terapia dźwiękiem przy użyciu mis dźwiękowych.

Metoda usprawniania mowy. Wczesna interwencja logopedyczna od urodzenia wydaje się oczywistym obowiązkiem wobec niepełnosprawnego dziecka. Ćwiczenia logopedyczne obejmują następujące duże obszary oddziaływań:

- usprawnianie aparatu artykulacyjnego w celu zapewnienia możliwości posługiwania się mową,
- stymulację rozwoju mowy poprzez uczenie dziecka systemu porozumiewania się językowo-słownego.

Ćwiczenia motoryki aparatu artykulacyjnego należy rozpocząć możliwie jak najwcześniej. Mając podejrzenia, iż sprawność ruchowa aparatu artykulacyjnego jest zmniejszona (dziecko nie ssie, krztusi się przy połykaniu, należy do grupy ryzyka itp.), należy włączyć ćwiczenia usprawniające w rytm zabie-

gów pielęgnacyjnych. Dziecko z mózgowym porażeniem dziecięcym powinien aktywnie i świadomie wyuczyć się wszystkich zręczności, w tym także prawidłowego jedzenia (Stecko, 1998, s. 65).

Najczęściej stosowaną metodą rehabilitacji w obszarze twarzy i jamy ustnej jest stymulacyjna terapia ustno-twarzowa według koncepcji R. Castillo Moralesa. Daje ona możliwość wczesnego wspomagania dziecka już od pierwszych dni życia i łączy w sobie elementy rehabilitacji sensorycznej, ćwiczeń logopedyczno-gimnastycznych, aktywizowania mięśni mimicznych w 7 punktach neuromotorycznych na twarzy oraz leczenia ortopedyczno-szczękowego (Regner, 2006).

Do usprawniania logopedycznego dziecka z mózgowym porażeniem dziecięcym możliwie wcześnie powinny być włączone ćwiczenia oddechowe. Pierwszym z nich jest nauczenie dziecka wydychania powietrza przez usta. Dziecko dmucha więc na watkę, skrawki papieru, stateczki na wodzie itp. Ćwiczenia oddechowe prowadzi się przez cały okres rehabilitacji, ponieważ wraz z rozwojem wypowiedzi językowych należy zapewnić ich prawidłową realizację oraz ze względu na to, że u dzieci z zaburzeniami analizatora ruchowego na poziomie rozwoju mowy zdaniowej pojawia się jąkanie (Stecko, 1998, s. 65–72).

Wczesna interwencja logopedyczna u dziecka z mózgowym porażeniem dziecięcym ma być jednym z istotnych działań rehabilitacji kompleksowej, a ścisła współpraca wszystkich specjalistów jest tu niezbędna.

Metoda W. Sherborne. W latach 60. opracowano metodę ruchu rozwijającego W. Sherborne. Teoria leżąca u jej podstaw oparta jest na analizie ludzkiego ruchu, dokonanej przez R. Labana. Istotą metody jest korekcja oraz stymulacja psychomotorycznego i społecznego rozwoju dziecka. Ruch stanowi podstawowe narzędzie wspomagające rozwój psychoruchowy dziecka oraz terapię zaburzeń tego rozwoju. Podstawowe założenia metody to rozwijanie poprzez ruch:

- świadomości własnego ciała i usprawniania ruchowego;
- świadomości przestrzeni oraz działania w niej;
- dzielenia przestrzeni z innymi ludźmi i nawiązywania z nimi kontaktu;
- umiejętności relaksu, rozluźnienia, tworzenie okazji do rozładowania napięcia.

Zajęcia odbywają się indywidualnie bądź grupowo i trwają około 30 minut. Partnerami dzieci bywają często ich rodzice. Poczucie wzajemnej bliskości ułatwia akceptację niedoskonałej cielesności dziecka. Ćwiczenia dają poczucie bezpieczeństwa oraz zaufania do siebie i innych. Wykonywane w grupie budują więzi grupowe i interpersonalne (Bogdanowicz, Kisiel, Przasnyska, 1994, s. 38; Sherborne, 1997, s. 11).

Metoda M. i Ch. Knillów. Programy aktywności – świadomość ciała, kontakt i komunikacja. Programom najczęściej towarzyszy muzyka, stano-

wiąca podstawę kontaktu i komunikacji z bardzo niepełnosprawnymi ludźmi. Te metody terapii tworzą ramy, dzięki którym rozwija się kontakt społeczny, ruch i zabawa. Mogą one również stanowić bazę wyjściową dla rozwoju rozumienia i używania języka. Dzięki programom aktywności dziecko staje się świadome powiązań pomiędzy własnymi ruchami a obecnością nauczyciela i muzyka, którzy im akompaniują. Pełna świadomość ciała uzależniona jest od doświadczenia własnych ruchów w relacji z wieloma ludźmi, przedmiotami i sytuacjami. Podstawą jest to, że dziecku jest dane inne niż do tej pory, zaplanowane i systematyczne, doświadczenie ruchów, takich jak: naciskanie i kulanie przedmiotów, obracanie ich, przekładanie różnych przedmiotów, pocieranie ich itp. Dziecko powinno być świadome wykorzystywania swoich rąk, nóg, ust, ramion, stóp i całego ciała podczas używania ich w tak prostych czynnościach, jak jedzenie i ubieranie, oraz podczas zabawy i w komunikacji z innymi (Knill, 1997, s. 7–8).

Terapia dźwiękiem przy użyciu mis dźwiękowych. Jest to metoda innowacyjna w pedagogice, może być wykorzystana także w pracy z dziećmi z mózgowym porażeniem dziecięcym. Metodę masażu dźwiękiem rozwinął w latach 80. P. Hess, który jest niemieckim inżynierem fizyki technicznej. Opracował on i rozwinął metodę masażu dźwiękiem na bazie swoich różnorodnych doświadczeń związanych z dźwiękiem, zdobytych w Nepalu i Tybecie. Do terapii i masażu dźwiękiem stosowane są misy dźwiękowe, które wydają odpowiednie drgania. Z mis wydobywają się tony o różnym zabarwieniu, wibracja dźwięku przepływa przez stopy, nogi, dłonie i twarz (Borzęcka, 2011, s. 103).

Metoda polega na kąpielach dźwiękowych i masażach misami. Celem terapii dźwiękiem jest: stymulacja prawidłowego rozwoju dziecka, relaksacja, rozluźnianie napięcia mięśniowego całego ciała, kształtowanie pozytywnych emocji dziecka, zmniejszenie zaburzeń emocjonalnych, wpływanie na reakcje sensoryczne (słuchowe, dotykowe, wzrokowe), poprawa zdolności koncentracji uwagi, usprawnianie pamięci, wspomaganie ćwiczeń oddechowych, poprawa umiejętności komunikowania się (Hess, 2005; Zurek, Hess, 2005).

Masaż dźwiękiem to forma pracy indywidualnej, polegającej na ułożeniu mis dźwiękowych bezpośrednio na ciele dziecka, zwykle w pozycji leżącej, w ściśle określonych miejscach, które mają zostać stymulowane. Każda z mis posiada odpowiednią częstotliwość. Wdrożenie programu terapii dźwiękiem we wczesnej interwencji wpłynie korzystnie na rozwój dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym, umożliwi maksymalne wykorzystanie ich naturalnego potencjału, a jednocześnie pozwoli zapobiec rozwinięciu lub pogłębieniu się deficytów wynikających z mózgowego porażenia dziecięcego.

Poza wybranymi i opisanymi metodami istnieje wiele innych rodzajów terapii, które wykorzystuje się w usprawnianiu dzieci z mózgowym poraże-

niem dziecięcym. Należą do nich: dogoterapia, hipoterapia, arteterapia, gry i zabawy ruchowe, masaż, metoda dobrego startu, metoda Kepharta, metody relaksacyjne i inne (Zabłocki, 1998; Wójtowicz, Nowak, 2006, s. 76–79).

Konkluzja

Wczesna interwencja i wczesne wspomaganie rozwoju dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym jest szansą na pokonywanie trudności rozwojowych, które w późniejszym życiu utrudniłyby im funkcjonowanie. Tylko wczesna stymulacja może przynieść pożądany, pozytywny efekt. W usprawnianiu ważne jest, by korzystać z takich metod i form terapii, które pozwolą na zdobywanie nowych sprawności i umiejętności przez dziecko z mózgowym porażeniem dziecięcym, przez co zwiększy się jego samodzielność w różnych sytuacjach życiowych, a przede wszystkim pozwoli mu na aktywny udział w życiu rodzinnym i kontakty z rówieśnikami. Planując przyszłość dziecka, warto uwzględnić jego możliwości psychofizyczne i poszukiwać coraz doskonalszych metod i form terapii wspomagających całościowy proces rehabilitacji.

Bibliografia

- Banaszek G. (1994): *Czynniki ryzyka*, „Tu jesteśmy”, nr 1.
- Bober T., Kobel-Buys K. (red.) (2006): *Mózgowe porażenie dziecięce. Z doświadczeń trzyletniego programu rehabilitacyjnego*. Wydawnictwo Akademii Wychowania Fizycznego, Wrocław.
- Bogdanowicz M., Kisiel B., Przasnyska M. (1994): *Metoda Weroniki Sherborne w terapii wspomagania rozwoju dziecka*. WSiP, Warszawa.
- Borkowska M. (red.) (1997): *Dziecko niepełnosprawne ruchowo. Cz. 2*. WSiP, Warszawa.
- Borkowska M. (2006): *Metoda NDT Bobath (Neurodevelopmental Treatment – Bobath) w usprawnianiu dzieci z zaburzeniami rozwoju ruchowego* [w:] B. Cytowska i B. Winczura (red.): *Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju małego dziecka*. Impuls, Kraków.
- Borkowska M., Szwiling Z. (2011): *Założenia i rozwój koncepcji NDT-Bobath* [w:] M. Borkowska, Z. Szwiling: *Metoda NDT Bobath. Poradnik dla rodziców*. PZWL, Warszawa.
- Borzęcka A. (2011): *Funkcjonowanie dziecka z autyzmem w szkole specjalnej* [w:] Z. Gajdzica, M. Bełza (red.): *Wybrane zagadnienia socjalizacji i edukacji osób z ograniczoną sprawnością*. Humanitas, Sosnowiec.
- Czochońska J., Rudnicka-Lubicz Z. (1997): *Usprawnianie lecznicze dzieci z zespołem mózgowego porażenia dziecięcego. Rehabilitacja w chorobach układu nerwowego* [w:] W. Pomykało (red.): *Encyklopedia pedagogiczna*. Fundacja Innowacja, Warszawa.
- Derulska I. (1997): *Metoda Petö* [w:] M. Borkowska (red.): *Dziecko niepełnosprawne ruchowo. Cz. 2*. WSiP, Warszawa.
- Dołyk B. (2006): *Diagnostyka i terapia metodą Vojty we wczesnej interwencji. Zaburzenia ośrodkowej koordynacji nerwowej* [w:] B. Cytowska i B. Winczura (red.): *Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju małego dziecka*. Impuls, Kraków.
- Domagalska M. (2005): *Kliniczne podstawy zaburzeń ruchowych pochodzenia ośrodkowego*. [w:] M. Matyja, M. Domagalska: *Podstawy usprawniania neurorozwojowego według Berty i Karela Bobathów*. Wydawnictwo Akademii Wychowania Fizycznego, Katowice.
- Domagalska M., Matyja M. (2005): *Podstawy usprawniania neurorozwojowego* [w:] M. Matyja, M. Domagalska: *Podstawy usprawniania neurorozwojowego według Berty i Karela Bobathów*. Wydawnictwo Akademii Wychowania Fizycznego, Katowice.
- Fryszkiewicz M. (2011): *Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka w praktyce. Indywidualny program pracy z dzieckiem* [w:] A. Stankowski: *Pedagogiczne aspekty diagnostyki a poradenstwa w teorii a praxi specjalnej pedagogiki*. Verbum, Rużomberok.
- Hess P. (2005): *Misy dźwiękowe – zastosowanie w życiu codziennym*. Nada Brahma, Garbicz. Knill M. i Ch. (1997): *Programy aktywności – świadomość ciała, kontakt i komunikacja*. CMPPP, Warszawa.
- Levitt S. (2000): *Rehabilitacja w porażeniu mózgowym i zaburzeniach ruchu*. PZWL, Warszawa.
- Kobel-Buys K. (2006): *Medyczne aspekty mózgowego porażenia dziecięcego* [w:] T. Bober, K. Kobel-Buys (red.): *Mózgowe porażenie dziecięce. Z doświadczeń trzyletniego programu rehabilitacyjnego*. Wydawnictwo Akademii Wychowania Fizycznego, Wrocław.
- Łosiowski Z. (red.) (1997): *Dziecko niepełnosprawne ruchowo. Cz. 1. Wybrane zaburzenia neurorozwojowe i zespoły neurologiczne*. WSiP, Warszawa.
- Łosiowski Z., Serejski J. (red.) (1985): *Mózgowe porażenie dziecięce. Ośrodek Badawczo-Rozwojowy Pomocy i Sprzętu Szkolnego*, Warszawa.
- Mazanek E. (red.) (1998): *Dziecko niepełnosprawne ruchowo. Cz. 3. Wychowanie i nauczanie dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym*. WSiP, Warszawa.

- Mazanek E. (2003): *Mózgowe porażenie dziecięce. Problemy psychologiczno-pedagogiczne*. Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, Warszawa.
- Michałowicz R. (2006): *Problemy kliniczno-diagnostyczne* [w:] K. Kobel-Buy, T. Bober (red.): *Mózgowe porażenie dziecięce*. Wydawnictwo Akademii Wychowania Fizycznego, Wrocław.
- Piszczek M. (2002): *Wczesne wspomaganie rozwoju*. Cz. 1. „Rewalidacja”, nr 1.
- Regner A. (2006): *Wczesna interwencja logopedyczna wobec dziecka zagrożonego niepełnosprawnością* [w:] B. Cytowska, B. Winczura (red.): *Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju małego dziecka*. Impuls, Kraków.
- Sherborne W. (1997): *Ruch rozwijający dla dzieci*. PWN, Warszawa.
- Stecko E. (1997): *Zaburzenia mowy u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym*, „Rewalidacja”, nr 2.
- Stecko E. (1998): *Zaburzenia mowy i metody ich wyrównywania u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym* [w:] E. Mazanek (red.): *Dziecko niepełnosprawne ruchowo*. Cz. 3. *Wychowanie i nauczanie dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym*. WSiP, Warszawa.
- Wójtowicz D., Nowak B. (2006): *Postępowanie usprawniające dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym* [w:] T. Bober i K. Kobel-Buys (red.): *Mózgowe porażenie dziecięce. Z doświadczeń trzyletniego programu rehabilitacyjnego*. Wydawnictwo Akademii Wychowania Fizycznego, Wrocław.
- Zabłocki K.J. (1998): *Mózgowe porażenie dziecięce w teorii i terapii*. Żak, Warszawa.
- Zurek P.E., Hess P. (2005): *Klangschalen – mit allen Sinnen spielen und lernen*. Verlag Peter Hess, Uenzen.

A decorative graphic consisting of a horizontal dotted line with several overlapping circles of varying sizes and shades of gray. The circles are arranged in a sequence, with some overlapping each other and others positioned further along the line.

Anna Łoś, Joanna Wrońska

**Wspomaganie rozwoju dziecka
z zespołem Downa**

.....

Dzieci są jak nasiona. Trzeba je codziennie podlewać, poświęcać im uwagę i pielęgnować. W takich warunkach nasiona kiełkują, rośliny rosną, a potem zakwitają.
(Shinichi Suzuki)

Zespół Downa – definicja i etiologia

Nazwa „zespół Downa” wywodzi się od nazwiska angielskiego lekarza Langdona Downa, który w 1866 roku zaobserwował specyficzne cechy wyglądu i zachowania u swoich podopiecznych. W 1959 roku francuski genetyk Jarome Lejeune odkrył, że przyczyną odmienności wyodrębnionej grupy jest dodatkowy chromosom pary 21. Zespół Downa jest obecnie jedną z najczęściej występujących patologii genotypu człowieka. Dzieci z tą wadą genetyczną przychodzą na świat z częstotliwością około 1 : 600 (Kaczmarek, 2008).

Można wyróżnić następujące postacie zespołu Downa (Sadowska, Mysiek-Prucnal, Gruna-Ożarowska, 1999):

- 90%–95% przypadków to tzw. **trisomia prosta**, w której dodatkowy chromosom występuje we wszystkich komórkach organizmu; kariotyp przedstawia się następująco: 47, XX, +21 u dziewczynek i 47, XY, +21 u chłopców;
- 5%–6% – **translokacja**, kiedy to jeden z trzech chromosomów 21 lub jego fragment zostaje przeniesiony na chromosom akrocentryczny, zwykle pary 14 lub 22;
- 2%–3% – trisomia 21 występuje w postaci **mozaiki chromosomowej**, która polega na współistnieniu dwóch linii komórkowych: zarówno z prawidłową liczbą chromosomów, jak i z dodatkowym chromosomem 21.

Nadatek materiału genetycznego wyraża się wykształceniem szeregu cech wspólnych w wyglądzie twarzy, rąk, sylwetki ciała, warunkuje odmienne tempo rozwoju umysłowego, powoduje wielopoziomowe zaburzenia metaboliczne, dymorfizm tkankowy, liczne wady narządów wewnętrznych.

Etiologia zespołu Downa nie została w pełni wyjaśniona. Wykazano zależność między wiekiem matki a częstością występowania zespołu Downa u dzieci (powyżej 35. roku życia). Dla matki przed 30. rokiem życia ryzyko urodzenia dziecka z tą wadą genetyczną wynosi ok. 1 : 1000, natomiast po 40.

roku życia ryzyko to wzrasta do ok. 1 : 40. Zespół Downa występuje jednako-
wo często we wszystkich grupach etnicznych i społecznych.

Charakterystyka dziecka z zespołem Downa

Rozwój dzieci z zespołem Downa przebiega nieco inaczej niż ich rówieśników z prawidłowym kariotypem. Dr Stefańska-Klar pisze: *Pamiętajmy, że niemowlęta z zespołem Downa nie są generalnie opóźnione, ale rozwijają się według tej samej co inne dzieci ścieżki rozwojowej, tyle że wolniej* (2003, s. 11). Zdaniem wielu naukowców postrzeganie dzieci o odmiennym rozwoju genetycznym jako upośledzone jest błędne i prowadzi do niedoceniań ich potencjału rozwojowego i indywidualnych zdolności (Midro, 1999). Warto każdą osobę z zespołem Downa traktować indywidualnie, zwracając uwagę na jej szczególne cechy osobowościowe, charakterystyczne tylko dla niej samej. Należy szukać jej zdolności, talentów i stwarzać możliwości ich rozwijania, a jednocześnie pamiętać, że u dzieci z zespołem Downa występują różnorodne dysfunkcje ośrodkowego układu nerwowego oraz narządów zmysłu (wzroku, słuchu, równowagi, dotyku, smaku i węchu). U wszystkich dzieci z tą wadą genetyczną występują nieprawidłowości rozwoju posturalnego. Opóźnienie i dysharmonia rozwoju fizycznego narastają wraz z wiekiem. Największy deficyt dotyczy pomiarów obwodu głowy i długości ciała. Sylwetka dziecka z zespołem Downa jest niskorosła, krótkokończynowa, w grupie dzieci starszych – krępa. Stopy krótkie, płaskie, dłonie małe i szerokie. Głowa ze spłaszczoną potylicą. Charakterystyczne są rysy twarzy dziecka z zespołem Downa: drobne szpary powiekowe, krótkie i skośnie ustawione, mały, krótki, ale szeroki nos, wąskie, krótkie usta, nisko osadzone małżowiny uszne.

U 38% do 78% dzieci z zespołem Downa występuje niedosłuch, co ma istotne znaczenie dla rozwoju mowy. U 60% do 69% występują zaburzenia struktury i funkcji narządu wzroku – najczęściej są to wady reflaksji, w tym nadwzroczność, zez i oczopląs (a wiadomo, że 80% informacji dla mózgu dostarcza narząd wzroku). Nieprawidłowe widzenie u tych niepełnosprawnych dzieci powoduje zaburzenia integracji sensorycznej, opóźnienie rozwoju psychofizycznego i sprawności motorycznych, dlatego konieczna jest wczesna opieka okulistyczna (Sadowska, Mysłek-Prucnal, 2008).

Często u dzieci z zespołem Downa występują (Sadowska, Mysłek-Prucnal, 2008):

- małogłowie, krótkogłowie;
- plamki Brunshfielda: szare lub białe plamki przypominające grudki soli wokół zewnętrznego brzegu tęczęwki, które zanikają w pierwszych 12 miesiącach życia;
- małe, otwarte usta z dużym, wystającym, pobrużdżonym językiem, bez bruzdy środkowej;

- krótka szyja;
- brachydaktylia (krótkie palce);
- wady serca – około 60% chorych ma wrodzoną wadę serca, zwykle przetrwwały wspólny kanał przedsionkowo-komorowy, wady przegrody międzyprzedsionkowej lub międzykomorowej;
- wady przewodu pokarmowego (zwężenie lub atrezja dwunastnicy, atrezja odbytu, choroba Hirschsprunga);
- wady układu moczowego (u 20% dzieci); około 10–30% dzieci z zespołem Downa może wykazywać niestabilność szczytowo-potyliczną i szczytowo-obrotową kręgosłupa szyjnego.

Z innych problemów dotyczących układu kostno-stawowo-mięśniowego należy wymienić: nadmierną ruchomość w stawach, skrzywienie kręgosłupa, dysplazję i zwicnięcie stawów biodrowych oraz złuszczenie głowy kości udowej. U wszystkich dzieci z zespołem Downa występuje hipotonia mięśniowa. Często obserwuje się opóźnione i nietypowe wyrzynanie się zębów. Niekiedy występuje wrodzony brak zębów (agenezja), zęby o nieprawidłowym kształcie oraz choroby szkliwa. Częstym problemem są wady zgryzu (Pietrzyk, 2007).

Rozwój umysłowy dzieci przebiega z opóźnieniem (najczęściej mieści się w granicach upośledzenia lekkiego i umiarkowanego). Problemem w rozwoju umiejętności poznawczych jest zaburzona koncentracja uwagi, deficyty w rozwoju mowy, pamięci oraz zaburzenia percepcji. Pamięć długoterminowa, czyli dotycząca ogólnej wiedzy o świecie i zdarzeń autobiograficznych, jest stosunkowo dobrze rozwinięta. Natomiast występują deficyty w pamięci długotrwałej dotyczącej świadomego zapamiętywania informacji. Badania wykazały, że osoby te mają trudności z krótkoterminową pamięcią słuchową. Pamięć wzrokowa funkcjonuje nieco lepiej (Zasępa, 2008). Myślenie abstrakcyjne i słowno-pojęciowe jest zaburzone. Dzieci mają trudności w uogólnianiu, tworzeniu pojęć, wnioskowaniu oraz dostrzeganiu zależności przyczynowo-skutkowych. Lepiej radzą sobie na płaszczyźnie rozumowania konkretno-obrazowego. Dzieci z zespołem Downa, u których występuje upośledzenie umiarkowanego lub znacznego stopnia, mają trudności z pamięcią świeżą i trwałą, dłuższym skoncentrowaniem się na określonym przedmiocie i czynności, zapamiętywaniem, przechowywaniem, rozpoznawaniem i odtwarzaniem informacji.

Zaburzony jest **rozwój mowy** – w okres wyrazu dzieci z zespołem Downa wchodzi między 18. miesiącem życia a 10. rokiem życia, w okres zdania – znacznie później (Sadowska, Mysłęć-Prucnal, Gruna-Ożarowska, 2008). Mowa często bywa niezrozumiała, widoczne są problemy w artykulacji, płynności mowy, kolejności (zdolności wymawiania dźwięków w odpowiednim porządku wewnątrz słów), brzmieniu, czyli tonie i jakości dźwięków mowy (Kaczmarek, 2008).

Rozwój społeczny dzieci z zespołem Downa również przebiega z opóźnieniem i charakteryzuje go nieharmonijność. Poziom umiejętności społecz-

nych jest jednak zazwyczaj wyższy niż poziom umiejętności poznawczych. Najbardziej zaburzone są czynności w zakresie codziennej toalety, ubierania się, mowy aktywnej (Sadowska, Mysłek-Prucnal, 2008). W relacjach interpersonalnych dzieci ujawniają sympatię i przywiązanie oraz potrzebę kontaktów społecznych. Zakres przeżyć emocjonalnych jest dość bogaty, dzieci mają jednak trudności w funkcjonowaniu w sytuacjach problemowych, wymagających odpowiedniego działania (Kirejczyk, 1981; Wyczesany, 2004).

Od urodzenia u dziecka z zespołem Downa obserwuje się opóźnienie w pojawieniu się prawidłowych wzorców w motoryce spontanicznej oraz nieprawidłowe wzorce postawy i lokomocji: pełzanie na przedramionach, odpychając się kolanami (tzw. foka), raczkowanie na dłoniach i stopach (tzw. niedźwiedziem), siedzenie z nadmiernie szeroko rozstawionymi nogami i okrągłymi plecami, chód na szerokiej podstawie. Dzieci z tą wadą genetyczną uzyskują umiejętność samodzielnego i stabilnego siedzenia średnio w 14. miesiącu życia, a dwunożną lokomocję – w 24. miesiącu życia.

Wsparcie społeczne rodziny dziecka z zespołem Downa

Człowiek jest elementem szerszego systemu rzeczywistości społecznej, w granicach którego jednostka wchodzi w relacje z innymi ludźmi, co umożliwia jej rozwój i zaspakajanie potrzeb fizjologicznych i psychologicznych. Rozważając problematykę wspomagania rozwoju dziecka z zespołem Downa, trzeba pamiętać, że obejmuje ona wspieranie całej rodziny. Jak pisze L. Sadowska: *badania nad oceną i uwarunkowaniami skuteczności wczesnej interwencji leczniczo-wychowawczej u dzieci z zespołem Downa wskazują na dużą rolę środowiska rodzinnego w procesie kształtowania się umiejętności i wyrównywania deficytów ich rozwoju* (Sadowska, 2008, s. 204). Każde dziecko, także to z zespołem Downa, potrzebuje rodziny, by w jej ramach móc się rozwijać i zaspokajać swe potrzeby. Im lepiej funkcjonuje rodzina, tym lepsze szanse na prawidłowy rozwój emocjonalny i społeczny dziecka. Dlatego psycholog czy pedagog pracujący z dzieckiem powinien także uważnie przyglądać się całej rodzinie, by w razie potrzeby podjąć działania ułatwiające jej radzenie sobie z ewentualnymi problemami.

Przed jakimi trudnościami staje rodzina dziecka z zespołem Downa? Zgodnie z założeniami systemowej koncepcji rodziny można zakładać, że pojawienie się w rodzinie dziecka niepełnosprawnego wywrze wpływ na pozostałych członków rodziny, na relacje między nimi oraz na funkcjonowanie rodziny w środowisku. Naukowcy od lat starają się zgłębiać problematykę procesów zachodzących w rodzinach oraz odpowiadać na pytanie, czym rodzina dziecka z zespołem Downa różni się od rodzin posiadających dzieci zdrowe oraz rodzin posiadających dzieci z innym rodzajem niepełnosprawności. Jak wynika z badań, istnieje szeroki zakres różnic indywidualnych mię-

dzy rodzinami z dzieckiem mającym tę wadę genetyczną, nie można więc generalizować. Rodziny muszą borykać się z różnego rodzaju trudnościami, nierzadko wychowanie dziecka wiąże się dla nich z przeżywaniem silnego stresu. Stres i poziom obciążeń jest większy niż w przypadku rodzin wychowujących dzieci o prawidłowym rozwoju. Spośród czynników warunkujących stres u rodziców dzieci z zespołem Downa można wymienić: rodzaj i stopień zaburzeń rozwoju u dziecka, temperament i zaburzenia zachowania, a także czynniki związane z charakterystyką rodzica, m.in.: poczucie kompetencji, osobowość, ograniczenie ról, relacje z partnerem.

Spośród najczęściej zgłaszanych przez rodziny problemów wyróżnić można w szczególności (Danielewicz, Pisula, 2007):

- brak czasu związany z koniecznością sprawowania większej opieki nad dzieckiem niepełnosprawnym;
- silny niepokój o przyszłość dziecka;
- odczuwanie przez matki osamotnienia; nadmiar obowiązków, spowodowany także tym, że ojcowie niewystarczająco włączają się w opiekę nad dzieckiem;
- problemy związane z występowaniem trudnych zachowań u dziecka;
- ograniczenie kontaktów społecznych i przyjacielskich;
- problemy finansowe, lokalowe;
- trudności z radzeniem sobie z własnymi emocjami oraz z reakcjami otoczenia na specyficzne cechy wyglądu zewnętrznego dzieci z zespołem Downa.

Badania wskazują też, że istnieje silny związek pomiędzy satysfakcją z własnego życia rodziców dzieci z zespołem Downa a ich satysfakcją z małżeństwa i relacji rodzic–dziecko. W takich rodzinach na ogół matki wykazują większe napięcie emocjonalne związane z opieką nad chorym dzieckiem, natomiast ojcowie przejmują większą odpowiedzialność za funkcjonowanie systemu rodzinnego. W związku z tym dla ojców inne, zewnętrzne czynniki (np. utrata pracy) mogą być bardziej stresujące niż niepełnosprawność dziecka.

Na stopień dostosowania się ojców do sytuacji ma wpływ płeć i wiek dziecka. Ojcowie chłopców gorzej radzą sobie z akceptacją choroby niż ojcowie dziewczynek. Z niektórych badań wynika, że starsze dzieci są mniej pozytywnie wzmacniane i akceptowane przez ojców niż dzieci młodsze. Matki, które pracują, mają niższy poziom stresu od matek niepracujących. Badania wskazują na dobre przystosowanie się i prawidłową samoocenę u zdrowego rodzeństwa dziecka z zespołem Downa. Rodzeństwo takiego dziecka w zdecydowanej większości deklaruje pozytywne relacje zarówno z rodzicami, jak i z bratem czy siostrą z zespołem Downa (80%) oraz duże zaangażowanie w opiekę nad niepełnosprawnym członkiem rodziny (99%). Sytuacja rodzin dziecka z zespołem Downa zmienia się: stres nasila się, gdy dzieci wchodzi w okres dorastania i dorosłości. Większość rodziców dzieci z tą wadą ge-

netyczną (65–70%) nie przejawia wyższego poziomu psychologicznych i fizycznych obciążeń w związku z opieką nad dzieckiem w porównaniu z innymi rodzinami dzieci niepełnosprawnych. Z badań wynika, że matki dzieci z zespołem Downa przejawiają niższy poziom stresu i depresji, doświadczają większego wsparcia społecznego, bardziej optymistycznie myślą o przyszłości swojego dziecka niż matki dzieci z autyzmem i z zespołem kruchego chromosomu X (Cunningham, 1996; Żyta, 2011).

Większość badanych rodzin pozytywnie radziła sobie z trudnościami adaptacyjnymi, tworząc harmonijne, spójne, usatysfakcjonowane układy rodzinne. Na podstawie długofalowych badań Cunninghama na reprezentatywnej próbie 100 rodzin z dzieckiem z zespołem Downa 75% rodzin zostało ocenionych jako bardzo przywiązane do dziecka. Wskaźnik rozwodów w badanej grupie był niższy niż w populacji ogólnej. Tylko 14% rodziców uznawało, że pojawienie się chorego dziecka miało negatywny wpływ na ich małżeństwo. Uogólniając, rodziny dzieci z zespołem Downa, w porównaniu z rodzinami dzieci z innymi niepełnosprawnościami (np. autyzmem), lepiej radzą sobie z problemami rozwojowymi i wychowawczymi. Są bardziej spójne, rodzice odbierają jako nagradzające relacje z dziećmi, odczuwają mniejszy stres i mniej obciążeń związanych z wychowaniem dziecka (Danielewicz, Pisula, 2007).

Jednymi z najważniejszych kwestii, z jakimi boryka się rodzina dziecka z zespołem Downa, jest akceptacja dziecka przez członków rodziny, akceptacja poszczególnych członków rodziny w nowych rolach społecznych oraz akceptacja rodziny w szerszym środowisku społecznym.

Stres odczuwany przez rodzinę, gdy pada złowrogie słowo „Down” jako diagnoza, rzutuje często na późniejszy rozwój umysłowy ich dziecka. Zamiast ludzkiej istoty widzi się zespół Downa, zamiast uśmiechu i rączek wyciągniętych do mamy – dodatkowy chromosom, zamiast ojcowskiej dumy – łzy żony i matki (...) (Midro, 1999, s. 33).

Wiadomość, że wyczekiwane przez rodziców dziecko ma zespół Downa i już od pierwszych dni swego życia będzie wymagać rehabilitacji lub innej formy terapii, często powoduje, że rodzice mogą się czuć zagubieni i bezradni. Szukają informacji, zdobywają wiedzę na temat możliwych zaburzeń psychoruchowych. Szukają też ludzi, którzy potrafiliby zrozumieć ich problemy. Tego typu kontakty są bardzo cenne: mają funkcję wspierającą, pozwalają osłabić negatywne skutki trudnej sytuacji. Rodzina będzie funkcjonować lepiej, otoczona siecią wsparcia społecznego.

W skład sieci wsparcia społecznego jednostki wchodzi ludzie, grupy i instytucje z bliższego i dalszego otoczenia (rodzice, rodzeństwo, żona, mąż, dzieci, dalsi krewni, przyjaciele, sąsiedzi, koledzy z pracy, specjaliści itp.). Samo wsparcie można rozumieć jako rodzaj interakcji społecznej, podczas której dochodzi do wymiany informacji, emocji, instrumentów działania

i dóbr materialnych. Interakcje wspierające cechuje także to, że zostają podjęte w sytuacji problemowej lub trudnej, a ich celem jest pomoc w rozwiązaniu problemu, przezwyciężeniu trudności. Aby interakcja pełniła rolę konstruktywną, musi istnieć odpowiedniość między rodzajem udzielanego wsparcia a potrzebami odbiorcy (Sęk, 1986; 1991).

Można wyróżnić różne rodzaje wsparcia społecznego (Popiołek, 1996):

- **Wsparcie emocjonalne** – polega na przekazywaniu innym ludziom sygnałów świadczących o tym, że mamy wobec nich przyjazne, ciepłe uczucia. Klimat zrozumienia, akceptacji i bliskości wyrażany jest poprzez komunikaty takie jak: okazywanie bliskości, czułości, zrozumienia, troski.
- **Wsparcie informacyjne (poznawcze)** – może obejmować innych ludzi poprzez przekazywanie informacji pozwalających im na lepsze funkcjonowanie w otaczającej ich rzeczywistości. Wyraża się m.in. poprzez udzielanie rad, wskazówek, sugestii pomagających w rozwiązaniu konkretnego problemu.
- **Wsparcie instrumentalne (rzeczowe)** – wyraża się w przekazywaniu konkretnej pomocy w postaci usług lub przedmiotów materialnych.
- **Wsparcie wartościujące** – ma na celu podniesienie samooceny i poczucia wartości u odbiorcy wsparcia. Wyraża się między innymi poprzez komunikaty typu: „Jesteś dla mnie kimś wartościowym, ważnym, potrzebnym”. Jedną z form wyrażania wsparcia może się stać nakłanianie do wspólnego spędzenia czasu, uczestnictwa w jakiejś rozrywce. Prosząc kogoś, by towarzyszył nam w ciekawych zajęciach, przekazujemy mu komunikat o charakterze wartościującym. Osoba taka dowiaduje się, że jest dla nas ważna i interesująca. Może odczuć, że jej towarzystwo jest dla nas cenne. Wspieramy wartościująco, komplementując innych, wyrażając swe uznanie wobec nich, podkreślając ich zdolności, mówiąc pozytywne rzeczy, zgadzając się z nimi.

Rodzina dziecka z zespołem Downa potrzebuje wsparcia w każdym z powyższych obszarów. Pracując w poradni psychologiczno-pedagogicznej, mamy świadomość, że to właśnie my – pedagodzy, psychologodzy, logopedzi – jako jedni z pierwszych mamy możliwość udzielania rodzinom wsparcia, przede wszystkim emocjonalnego i informacyjnego. Jest rzeczą niezwykle ważną, jakie nastawienie psychiczne mają rodzice wobec niepełnosprawności dziecka – rodzic mający wiarę, że dziecko potrafi wiele osiągnąć, będzie miał zapal do podejmowania wysiłków związanych z terapią.

Warunkiem podjęcia aktywności jest ocena odpowiedniości między posiadanymi możliwościami a wymaganiami sytuacji. Można powiedzieć, że ludzie podejmują działania, które według nich mogą skutecznie wykonać. Im większą wiedzę na temat stymulowania rozwoju osób z zespołem Downa posiadają opiekunowie, tym łatwiej są w stanie radzić sobie z pojawiającym się po urodzeniu dziecka poczuciem bezradności i pesymizmu. Należy wspierać

rodziców w dostrzeganiu umiejętności, zdolności i potrzeb dziecka. Ważne jest także przekazywanie wiedzy na temat różnorodności genetycznych norm rozwojowych, tak by opiekunowie przestali skupiać się na negatywnym odbiorze cech związanych z zespołem Downa i ujrzeni swe dziecko jako niepowtarzalną i wyjątkową osobę, posiadającą także tylko sobie właściwe cechy charakteru i wyglądu.

Trudnym zadaniem, z którym musi się zmierzyć psycholog czy pedagog diagnozujący dziecko w poradni psychologiczno-pedagogicznej, jest przekazanie rodzicowi informacji na temat poziomu funkcjonowania dziecka. Niejednokrotnie dla rodzica bardzo bolesna jest wiadomość, że jego dziecko ocenia się jako osobę upośledzoną, wymagającą na przykład specjalnych form nauczania w przedszkolu czy w szkole. Może na takie informacje reagować wrogością w stosunku do specjalistów, negowaniem informacji o upośledzeniu. Bywa i tak, że wiara rodzica w to, że jego dziecko dorówna rówieśnikom w umiejętnościach szkolnych czy społecznych, jest tak silna, że prowadzi do przestymulowania dziecka. Ważnym elementem pomocy rodzinie będzie w tym wypadku pomoc rodzicowi w zaakceptowaniu dziecka oraz ukazanie, jak wspierać jego rozwój z dostosowaniem form tej pomocy do indywidualnych potrzeb i możliwości dziecka.

Inną ważną kwestią jest funkcjonowanie rodziny w szerszym kontekście społecznym. Często po narodzinach dziecka z zespołem Downa rodzina odczuwa osamotnienie, niezrozumienie ze strony środowiska. Dalsza rodzina, znajomi, sąsiedzi często nie wiedzą, jak zachować się w nowej sytuacji – zaczynają stopniowo wycofywać się z kontaktów. W efekcie sieć wsparcia społecznego rodziny zawęża się. Proces ten pogłębia też fakt, że rodzice mają mniej czasu i sił na podtrzymywanie relacji społecznych – większą część ich życia zajmuje bowiem opieka nad dzieckiem i praca. Rodzina musi się odnaleźć w nowej sytuacji oraz zdefiniować swoje cele i wartości.

Często jest to proces trudny i bolesny. Pojawienie się w rodzinie dziecka zawsze stawia przed rodzicami nieznanne dla nich wyzwania, związane z poznaniem i wychowaniem dziecka. Jeśli dodatkowo wyróżnia się ono z powodu zespołu Downa, jego opiekunowie będą potrzebować do tego więcej siły i odwagi. Może pojawić się obawa nie tylko o zdrowie i życie dziecka, ale także o to, czy rodzice poradzą sobie z nowymi obowiązkami, czy zostaną zaakceptowani przez środowisko społeczne. Kępiński pisze: *lęk przed nową sytuacją nie jest tylko lękiem przed zmianą, lecz też przed własną klęską* (1977, s. 257).

Jako pracownicy poradni staramy się udzielać rodzicom wsparcia informacyjnego na temat form i metod pracy z dzieckiem. Dzięki organizowaniu i prowadzeniu w poradni wczesnego wspomagania rozwoju dziecka pomoc ta udzielana jest niemal bezzwłocznie – zajęcia z małym dzieckiem prowadzone są w obecności i przy współudziale rodzica. Rodzice uczą się nowych sposobów pracy z dzieckiem, mogą też wykorzystywać własne doświadcze-

nia i pomysły, by zachęcić je do jak najlepszej współpracy. Opiekunowie mają możliwość nawiązania bezpośredniego kontaktu z innymi rodzinami dzieci z zespołem Downa w ramach grup wsparcia dla rodziców. Tym samym ich sieć wsparcia społecznego może ulegać rozszerzeniu.

Stymulowanie rozwoju dziecka z zespołem Downa

Dzieci z zespołem Downa, posiadające wielorakie zaburzenia w zakresie niemal wszystkich narządów i układów, wymagają kompleksowego modelu usprawniania, który obejmuje wszystkie sfery ich rozwoju. Program usprawniania powinien być ustalony po wczesnej i szczegółowej diagnostyce. W pracy z dzieckiem ważne jest indywidualne podejście do jego potrzeb. Program ulega zawsze modyfikacji. Na początku przeprowadzona zostaje diagnostyka – wczesna ocena profilu rozwoju psychomotorycznego. W miarę potrzeby stosowana jest ocena zaburzeń integracji sensorycznej, szczególnie badanie narządów wzroku i słuchu, pogłębiona ocena neurologiczna, diagnostyka wad wewnętrznych, diagnostyka logopedyczna, psychologiczna oraz ocena rozwoju społecznego.

Stymulowanie (pobudzenie) rozwoju małego dziecka, a więc jego terapię, należy rozumieć jako świadome, systemowe oddziaływanie specjalistów i środowiska domowego na wszystkie sfery poznawcze w celu optymalnego niwelowania skutków zaburzeń spowodowanych uszkodzeniami genetycznymi lub okołoporodowymi (Cieszyńska, 2008, s. 15).

Zadaniem terapii dziecka z zespołem Downa jest dostarczenie kontrolowanej ilości bodźców sensorycznych w taki sposób, aby dziecko spontanicznie formułowało reakcje adaptacyjne, poprawiające ich integrację. Ćwiczenia powinny być dostosowane do poziomu rozwojowego dziecka – nie mogą być zbyt łatwe ani zbyt trudne. Podstawowe zadania pracy z dzieckiem to zaspokojenie jego potrzeb poznawczych i emocjonalnych przez dostarczenie mu doświadczeń dostosowanych do jego możliwości. Ważne jest zatem uczenie go samoobsługi w czynnościach codziennych, samodzielnego przemieszczania się, jak najsprawniejszego poruszania rękami, słownego komunikowania się z otoczeniem, dbania o wygląd zewnętrzny.

Do poradni trafiają dzieci ok. 3. roku życia (obecnie, z uwagi na prowadzone zajęcia z zakresu wczesnego wspomaganie, coraz częściej wiek dzieci jest niższy). Nie prowadzimy rehabilitacji ruchowej, która jest bardzo istotna w pierwszym okresie życia dziecka. Istnieje wiele metod i form zajęć, które można wykorzystywać w pracy z dzieckiem z zespołem Downa. Z naszych doświadczeń wynika, że w praktyce dobre efekty przynoszą zajęcia prowadzone następującymi metodami: Dobrego Startu M. Bogdanowicz, symultaniczno-sekwencyjną (metodą Wczesnego Czytania prof. J. Cieszyńskiej), Knillów, metodą Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne, a także poprzez

zabawy z materiałami przekształcalnymi, zabawy paluszkowe i zabawy fundamentalne.

Zajęcia z dziećmi i ich rodzicami prowadzone są w formie zabaw, jak piszą J. Marzolla i J. Lloyd: *Kiedyś myśleliśmy, że zabawa i nauka całkowicie się wykluczają, lecz zmieniliśmy zdanie. Teraz mamy pewność potwierdzoną przez ekspertów w dziedzinie nauczania i przez specjalistów w dziedzinie wczesnego rozwoju: zabawa jest nauką, a co więcej, zabawa jest najbardziej efektywną nauką* (Rose, Dryden, 2006, s. 106). Ze względu na potrzeby dzieci z zespołem Downa warto pamiętać, iż tłem zabaw i inspiracją do ich zaistnienia jest aktywność dorosłego, sposób jego zachowania i postawy, które w toku zabawy zostają przez dziecko powielane i odzwierciedlane.

Pracę z rodziną dziecka najczęściej rozpoczynamy od wzmocnienia lub kształtowania więzi emocjonalnych. W tym celu proponujemy m.in. programy aktywności, np. „Dotyk i Komunikacja” Ch. Knilla, przeznaczony dla rodziców dzieci upośledzonych i małych. Jego autor podkreśla, iż program może sprzyjać rozwojowi we wszystkich tych przypadkach, w których nieskuteczne są inne metody niwelujące trudności w komunikacji (Knill, 1997). Ćwiczenia pozwalają na budowanie poczucia bezpieczeństwa i akceptacji u dziecka, co w efekcie pozwala mu pokonać odczuwany początkowo lęk.

Metoda Knillów pomaga w przełamaniu barier związanych z brakiem umiejętności w zakresie kontroli ruchowej. Każdy ruch dziecka wspierany jest w niej przez specjalny akompaniament muzyczny, będący sygnałem konkretnej aktywności. Takie doświadczenia pomagają dziecku stopniowo uniezależnić się od fizycznego wsparcia i używać swego ciała bez pomocy innych i w zgodzie ze sobą. Metoda pozwala też na poprawę koncentracji uwagi. Przechodząc do kolejnych programów, pogłębia się świadomość własnego ciała oraz usprawnia komunikacja i koordynacja (Knill, Knill, 1995; Knill, 1997).

Wspomaganie rozwoju powinno polegać na wielozmysłowej stymulacji psychomotorycznej i społecznej, opartej na ruchu. Ruch, jako czynnik wspomaganie rozwoju, zawiera metoda W. Sherborne, zwana metodą Ruchu Rozwijającego. System ćwiczeń wywodzi się z okresu wczesnego dzieciństwa, z tzw. baraszkowania, które zawiera element bliskości fizycznej i emocjonalnej. Stosowanie metody pozwala na rozwijanie przez ruch świadomości własnego ciała i usprawniania ruchowego, świadomości przestrzeni i działania w niej oraz dzielenia przestrzeni z innymi ludźmi i nawiązywania z nimi kontaktu. Zaletą metody W. Sherborne jest to, iż jej stosowanie przebiega w atmosferze radoszej zabawy, umożliwiając dzieciom zaspokojenie potrzeb psychicznych: bezpieczeństwa, wzrostu i rozwoju. Ponadto „ruch rozwijający” pozwala na osiągnięcie zamierzonych efektów poprzez eliminowanie czynników stresujących, typu: nakaz, przymus, strach, obawa. W metodzie nie stosuje się rywalizacji. Dziecku sprawia ogromną radość bliskość z osobą dorosłą, możliwość wypróbowania swojej siły i narzucanie dominującej roli dorosłemu.

Równoległe z metodą Ruchu Rozwijającego W. Sherborne stosuje się metodę Dobrego Startu. Jak pisze Bogdanowicz: *obie metody mają wiele wspólnych aspektów, w zakresie innych uzupełniają się: MDS rozwija głównie funkcje poznawcze i ruchowe, zaś MRR wspomaga przede wszystkim rozwój emocjonalny, społeczny i także motoryczny* (Bogdanowicz, Barańska, Jakacka, 2007, s. 9).

Metoda Dobrego Startu przeznaczona jest dla dzieci w wieku przedszkolnym i młodszym szkolnym oraz dla dzieci starszych o opóźnionym i nieharmonijnym rozwoju psychomotorycznym. Zajęcia zazwyczaj organizowane są dla grupy dzieci, możliwa jest jednak także praca dziecka w parze z rodzicem. Można także wykorzystywać tę metodę, pracując indywidualnie z dzieckiem o poważniejszych zaburzeniach rozwoju, od czasu do czasu umożliwiając mu włączenie się do wspólnych zabaw z innymi dziećmi. W metodzie Dobrego Startu usprawniane są funkcje słuchowe, wzrokowe, językowe, dotykowo-kinestetyczno-ruchowe. Wzrasta ich integracja. Celem metody jest także kształtowanie lateralizacji oraz orientacji w schemacie ciała i przestrzeni.

Istnieją 3 warianty metody Dobrego Startu: piosenki lub wierszyki i łatwe wzory; piosenki lub wierszyki i wzory literopodobne; piosenki i litery oraz znaki matematyczne (Bogdanowicz, 2007). W swojej pracy z dziećmi z zespołem Downa najczęściej wykorzystujemy 2 pierwsze warianty metody. Zajęcia przebiegają według stałego schematu – stosuje się podział na zajęcia wprowadzające, właściwe i końcowe. Nieodłącznym elementem początkowym zajęć jest piosenka: *Witaj* (imię dziecka) $\times 2$, *jak się masz* $\times 2$, *wszyscy cię witamy, bądź wśród nas* $\times 2$, na melodię „Panie Janie”, której towarzyszą proste gesty, ilustrujące tekst. Po powitaniu dzieci siadają i słuchają piosenki, która jest motywem przewodnim zajęć, a potem rozmawiają na temat jej treści i powtarzają ją. Zasadniczą częścią zajęć w metodzie Dobrego Startu są zajęcia właściwe, w których zawsze wyróżnia się ćwiczenia ruchowe, ruchowo-słuchowe oraz ruchowo-słuchowo-wzrokowe.

Ćwiczenia ruchowe to przeważnie zabawa ruchowa związana z treścią śpiewanej piosenki. Podczas ćwiczeń ruchowo-słuchowych wraca się do piosenki przewodniej, rozdaje dzieciom woreczki z piaskiem, na których mają wystukiwać rytm. Najtrudniejszą częścią zajęć właściwych są ćwiczenia ruchowo-słuchowo-wzrokowe, w których stosuje się wzór graficzny do piosenki. W metodzie Dobrego Startu ostatnią częścią zajęć terapeutycznych są zajęcia końcowe, podczas których prezentuje się prace dzieci, nagradzając je brawami i pochwałami. Sprzyja to z pewnością utrwalaniu u dziecka poczucia własnej wartości oraz pozwala na naukę rozpoznawania i oznaczania własnych prac, angażując pamięć i uwagę. Na zakończenie przeprowadza się też krótkie ćwiczenia relaksujące lub wyciszające.

Metoda symultaniczno-sekwencyjna, metoda Wczesnego Czytania (Cieżyńska, 2011), jest natomiast metodą sylabową, opartą na najnowszych ba-

daniach neuropsychologicznych oraz na wieloletnich doświadczeniach terapeutycznych i logopedycznych J. Cieszyńskiej. Jest skutecznym sposobem nabywania umiejętności czytania ze zrozumieniem.

Kolejność faz i wprowadzanie poszczególnych głosek oraz stopniowanie trudności zadań i pojawiania się paradygmatów sylab są dokładnie określone: etap I – od samogłosek prymarnych do sylaby otwartej; etap II – od sylaby otwartej do pierwszych wyrazów; etap III – czytanie sylab zamkniętych; etap IV – czytanie nowych sylab otwartych i zamkniętych; etap V – samodzielne czytanie tekstów.

J. Cieszyńska (2011) podkreśla, że najważniejsze w pracy tą metodą jest rozpoczynanie zawsze od ćwiczeń łatwych, z których wykonaniem dziecko nie będzie miało trudności. Dziecko rozpoczyna kolejny etap czytania pod warunkiem opanowania poprzedniego. Ważne jest, by pamiętać o przechodzeniu od prawopółkulowego czytania (globalnego, symultanicznego – samogłoski, onomatopeje, całe wyrazy) do lewopółkulowego (sekwencje – sylaby). Pracujemy, zachowując zasady: powtarzanie, rozumienie, nazywanie. Naszym zadaniem jest dążenie do tego, by dziecko wykonywało sprawnie ćwiczenia odczytywania sylab i układania z nich wyrazów. Forma ćwiczeń pozwala na zastosowanie konwencji zabawy, w której wykorzystać można aktywność i działanie dziecka. Materiał sylabowy i wyrazowy można zastosować w różnorodnych grach i zabawach. Metoda ta wyzwała u dzieci pozytywne emocje i dobre nastawienie do czytania (Fabisiak-Majcher, Szmuc, 2008).

U dzieci z zespołem Downa ważną rolę odgrywa stymulacja obszaru ustno-twarzowego w zakresie funkcji oddechowych, pokarmowych i zaburzeń rozwoju mowy, realizowana przez logopedę. Celem zabiegów jest uaktywnienie mięśni związanych z połykaniem, żuciem i artykulacją oraz kontrola domykania jamy ustnej i cofania wysuniętego języka. Jedną z metod często wykorzystywanych w pracy z dzieckiem jest metoda Castillo Moralesa, usprawniająca mięśnie mimiczne twarzy, języka, podniebienia miękkiego i inne. Dzięki terapii można osiągnąć m.in.: poprawę komunikacji werbalnej i niewerbalnej, poprawę ustawienia szczęki, wzmocnienie mięśni warg, języka, zapobieganie niekontrolowanemu ślinieniu się (Regner, 2008).

W terapii dziecka z zespołem Downa znaczną rolę odgrywa stymulacja zmysłów. Wszelkie nieprawidłowości w zakresie funkcjonowania zmysłów prowadzą do powstawania dysfunkcji, wpływając negatywnie na rozwój ruchowy, poznawczy i emocjonalno-społeczny. W celu poprawy funkcjonowania w obszarze odbioru, rozpoznawania, interpretowania informacji pochodzących ze zmysłów często wykorzystywana jest metoda integracji sensorycznej. Metoda ta stanowi kompleksową metodę rehabilitacyjną. Celem terapii jest dostarczenie w sposób kontrolowany odpowiedniej ilości bodźców zmysłowych, zwłaszcza przedsionkowych, proprioceptywnych i dotyko-

wych, tak aby dziecko, tworząc reakcję adaptacyjną, poprawiło integrację tych bodźców. Terapia metodą integracji sensorycznej ma na celu usprawnianie pracy systemów sensorycznych i procesów układu nerwowego, które są podstawą rozwoju innych umiejętności. W czasie terapii stymulowane są zmysły dziecka, ale także usprawniana motoryka mała, motoryka duża i koordynacja wzrokowo-ruchowa (Wiśniewska, 2008). Metoda polega na hamowaniu, eliminowaniu lub ograniczaniu, poprzez stymulację, negatywnych bodźców, które występują przy nadwrażliwości układu zmysłów. Stymulacja dziecka polega na dostarczaniu odpowiednich bodźców poszczególnym zmysłom najczęściej podczas zabawy lub w czasie wykonywania zadań.

Systematyczna stymulacja poszczególnych zmysłów zwiększa aktywność i motywację poznawania, zwiększa chęć do nawiązywania kontaktu, wywołuje zadowolenie i poczucie bezpieczeństwa, doskonali pracę poszczególnych analizatorów, wpływa na rozwój wyższych funkcji – emocjonalnych, społecznych, komunikacyjnych dziecka. Taką stymulację zapewniają zajęcia prowadzone w „Sali Doświadczenia Świata”. Jest to specjalnie wyodrębnione pomieszczenie, wyposażone w różnorodne urządzenia stymulujące rozwój zmysłów. Głównym celem organizowania tego typu sal jest stwarzanie możliwości odbierania nowych bodźców i wzbogacanie doświadczeń.

Ważne oddziaływania prowadzone są również w zakresie usprawniania motoryki małej (tzw. terapia funkcji ręki – ergoterapia). Można tu wykorzystać różne układanki, zabawy konstrukcyjne, rysowanie, zabawy plastyczne, zabawy materiałami przekształcalnymi. Ćwiczenia prowadzone są z zastosowaniem gier i zabaw, tak by sprawiały dziecku dużo przyjemności. Oprócz ćwiczeń ruchowych, nauki czynności dnia codziennego zajęcia zapewniają wykonywanie wspólnie z rodzicami prac plastycznych i technicznych, jednocześnie ćwicząc motorykę i rozwijając zdolności manualne, koordynację ruchową i kreatywność. Celem zabaw jest pomoc w pokonywaniu trudności z wykonywaniem codziennych czynności, takich jak ubieranie i rozbieranie się, a w późniejszym czasie – pisanie.

Bardzo lubianymi przez dzieci i rodziców zabawami są wykorzystywane przez pedagogów w poradni zabawy paluszkowe. Są to, jak pisze W. Szuman, *przenoszone przez tradycję z dziadków i rodziców na dzieci i wnuki zabawy*, które istnieją w Polsce od pokoleń (Szuman, 1991, s. 5). Zabawy paluszkowe angażują nie tylko dziecko, ale też zbliżają do niego dorosłego. Dziecko jest zaangażowane emocjonalnie: zabawa wyzwala uśmiech, co wpływa na procesy oddechowe, które u dziecka z zespołem Downa są bardzo istotne, jego ciało jest aktywne. W zabawach tych dziecko uczy się umiejętności przekazywania swych zamiarów i dążeń, a jednocześnie okazywania radości. Piski, śmiech, okrzyki, które wywołują u dzieci zabawy, świadczą o rozładowaniu napięcia, co sprawia, że dziecko jest swobodne, rozluźnione, a przy tym odczuwa radość z zabawy. Do popularnych zabaw paluszkowych należą m.in.:

„Rak”, „Srocza”, „Przywitanie”, „Jest w lesie chatenka”. Teksty zabaw i opisy można znaleźć w książce W. Szuman „Zabawy z najmłodszymi dziećmi”.

Zabawy fundamentalne to kolejna propozycja, jaką wykorzystujemy z dobrymi efektami w pracy w poradni. Założeniem programu jest połączenie wesołej zabawy ze stymulacją, co pomaga dziecku w zdobywaniu nowych umiejętności. Program zawiera grupy tematyczne, zapisane w odpowiednich książeczkach. Te grupy to: gry pamięciowe, zabawy uczące czytania, zabawy matematyczne, zabawy kreatywne. Zabawy w każdej grupie mają zróżnicowany poziom trudności, który łatwo dostosować do dziecka i jego możliwości. Program opiera się na planie przedstawionym w postaci bloków, obrazujących rozwój dziecka. *Wczesny rozwój dziecka można dobrze przedstawić w postaci szeregu bloków i kamieni węgielnych. Należy je układać w określonych miejscach, krok po kroku, a rezultatem będzie szczęście dziecka* (Colin, Dryden, 2006, s. 14). U podstaw programu są „kamienie węgielne”, czyli zapewnienie dziecku miłości i bezpieczeństwa oraz zabawy. Gry i ćwiczenia, na których opiera się program, dostarczają dzieciom radość, ale mają również cel. Przyczyniają się one do fizycznego, emocjonalnego i intelektualnego rozwoju dziecka. Każda zabawa i gra kształtuje co najmniej jeden blok piramidy.

Dobrze przygotowane i prowadzone działania terapeutyczne powodują u dziecka:

- poprawę rozwoju percepcji zmysłowej;
- poprawę funkcji psychomotorycznych;
- poprawę w zakresie czynności samoobsługowych;
- większą możliwość komunikowania się;
- aktywny udział w rodzinie i grupie rówieśniczej.

Bibliografia

- Aly M. (2004): *Dziecko specjalnej troski*. GWP, Gdańsk.
- Bogdanowicz M. (1994): *Metoda Weroniki Sherborne w terapii i wspomaganiu rozwoju dziecka*. WSiP, Warszawa.
- Bogdanowicz M. (1999): *Metoda Dobrego Startu*. WSiP, Warszawa.
- Bogdanowicz M., Barańska M., Jakacka E. (2007): *Metoda Dobrego Startu. Piosenki do rysowania*. Harmonia, Gdańsk.
- Bogdanowicz M., Kisiel B., Przasnyska M. (1992): *Metoda Weroniki Sherborne w terapii i wspomaganiu rozwoju*. WSiP, Warszawa.
- Cieszyńska J. (2011): *Kocham szkołę! Podręcznik do nauki czytania metodą symultaniczno-sekwencyjną*. WiR, Kraków.
- Cieszyńska J., Korendo M. (2008): *Wczesna interwencja terapeutyczna. Stymulacja rozwoju dziecka od urodzenia do 6 roku życia*. Wydawnictwo Edukacyjne, Kraków.
- Colin R., Dryden G. (2006): *Zabawy fundamentalne. Przewodnik od narodzin do 6 lat. Zabawa jest nauką. Przewodnik dla rodziców*. Transfer Learning, Gdańsk.
- Cunningham C. (1992): *Dzieci z zespołem Downa*. WSiP, Warszawa.
- Cunningham C. (1996): *Families of children with Down syndrome*, „Down Syndrome Research and Practice”, 4(3).
- Cunningham C. (2001): *Dzieci z zespołem Downa. Poradnik dla rodziców*. WSiP, Warszawa.
- Danielewicz D., Pisula E. (2007): *Rodzina z dzieckiem z niepełnosprawnością*. Harmonia, Gdańsk.
- Fabisiaś-Majcher A., Szmuc E. (2008): *Moje sylabki. Ćwiczenia do nauki czytania metodą symultaniczno-sekwencyjną*. WiR, Kraków.
- Kaczmarek B. (2008): *Wykorzystywanie gestów w procesie porozumiewania się osób z zespołem Downa* [w:] B. Kaczmarek (red.): *Wspomaganie rozwoju dzieci z zespołem Downa. Teoria i praktyka*. Impuls, Kraków.
- Kaczmarek B. (red.) (2008): *Wspomaganie rozwoju dzieci z zespołem Downa. Teoria i praktyka*. Impuls, Kraków.
- Kępiński A. (2002): *Lęk*. Wydawnictwo Literackie, Kraków.
- Kirejczyk K. (1981): *Upośledzenie umysłowe*. PWN, Warszawa.
- Knill Ch. (1997): *Dotyk i komunikacja*. CMPPP MEN, Warszawa.
- Knill Ch., Knill M. (1995): *Program Aktywności – Świadomość Ciała, Kontakt i Komunikacja*. CMPPP MEN, Warszawa.
- Midro A. (2009): *Zespół Downa. Przyczyny powstawania, diagnoza i elementy poradnictwa genetycznego* [w:] B. Kaczmarek (red.): *Wspomaganie rozwoju dzieci z zespołem Downa. Teoria i praktyka*. Impuls, Kraków.
- Minczakiewicz E.M. (2010): *Zespół Downa. Księga pytań i odpowiedzi*. Harmonia, Gdańsk.
- Pietrzyk J.J. (2008): *Rola pediatrii pierwszego kontaktu w opiece nad dzieckiem przewlekle chorym – zespół Downa* [w:] B. Kaczmarek (red.): *Wspomaganie rozwoju dzieci z zespołem Downa. Teoria i praktyka*. Impuls, Kraków.
- Popiołek K. (1996): *Psychologia pomocy*. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice.
- Przebinda D. (2003): *Edukacja dzieci i młodzieży z zespołem Downa*, „Światło i Cienie”, nr 4 (42).
- Przyrowski Z. (2001): *Podstawy diagnozy i terapii Integracji Sensorycznej* [w:] Cz. Szmigł (red.): *Podstawy diagnostyki i rehabilitacji dzieci i młodzieży niepełnosprawnej*. Wydawnictwo Akademii Wychowania Fizycznego, Kraków.

- Regner A. (2008): *Wczesne usprawnianie rozwoju mowy dzieci z zespołem Downa z zastosowaniem ustno-twarzowej terapii regulacyjnej* [w:] B. Kaczmarek (red.): *Wspomaganie rozwoju dzieci z zespołem Downa. Teoria i praktyka*. Impuls, Kraków.
- Sęk H. (1986): *Wsparcie społeczne – co zrobić, aby stało się pojęciem naukowym?*, „Przeгляд Psychologiczny”, nr 3.
- Sęk H. (1991): *Społeczno-kliniczne podstawy teoretyczne różnych form pomocy psychologicznej* [w:] H. Sęk (red.): *Społeczna psychologia kliniczna*. PWN, Warszawa.
- Sobolewska A. (2002): *Cela. Odpowiedź na zespół Downa*. W.A.B., Warszawa.
- Sobolewska L. (2008): *Wrocławski Model Usprawniania we wczesnej diagnostyce i terapii dzieci z zespołem Downa* [w:] B. Kaczmarek (red.): *Wspomaganie rozwoju dzieci z zespołem Downa. Teoria i praktyka*. Impuls, Kraków.
- Stefańska-Klar R. (2003): *Dziecko z zespołem Downa. Wczesna rodzicielska interwencja*, „Światło i Cienie”, nr 4 (42).
- Stratford B. (1993): *Zespół Downa*. PZWL, Warszawa.
- Szuman W. (1991): *Zabawy z najmłodszymi dziećmi*. MENiS, Warszawa.
- Wiśniewska W. (2008): *Terapia Integracji Sensorycznej (SI)*, „Przyjaciel”, nr 1 (8).
- Wyczesany J. (2004): *Pedagogika upośledzonych umysłowo*. Impuls, Kraków.
- Zasępa E. (2008): *Przebieg procesów pamięci u osób z zespołem Downa* [w:] B. Kaczmarek (red.): *Wspomaganie rozwoju dzieci z zespołem Downa. Teoria i praktyka*. Impuls, Kraków.
- Żyta A. (2011): *Życie z zespołem Downa. Narracje biograficzne rodziców, rodzeństwa i dorosłych osób z zespołem Downa*. Impuls, Kraków.



Renata Stefańska-Klar

**Całościowe wspieranie
i wspomaganie rozwoju małych
dzieci ze spektrum autyzmu –
podejście autorskie**



Autyzm i inne całościowe zaburzenia rozwoju jako problem teoretyczny i praktyczny

Autyzm to pojęcie używane w różnych znaczeniach i dlatego często mylone, nawet przez specjalistów zajmujących się rozwojem i problemami osób w różnym wieku. Sprzyja tej sytuacji łatwość wyszukiwania interesujących czytelnika pojęć w Internecie, gdzie można znaleźć przeróżne definicje autyzmu, jednakże bez szerszego omówienia ich źródeł i znaczenia w odmiennych kontekstach. Szczególnie mylone jest pojęcie autyzmu właściwego dzieciom z autyzmem jako cechą towarzyszącą schizofrenii (wycofywanie się z aktywności zewnętrznej do świata własnych myśli i wyobrażeń) oraz ze spostrzeganiem świata w sposób skrajnie subiektywny (więc „autystyczny”). Autyzm, o którym będzie mowa w tym rozdziale, to zupełnie inne zjawisko i właściwie jedynie nazwa łączy je z wymienionymi sposobami rozumienia owego pojęcia¹.

Autyzm, który możemy spotkać u małych dzieci (a wraz z wpływem lat u osób w każdym praktycznie wieku), to wczesnie przejawiające się zaburzenie rozwoju o charakterze wieloaspektowym, tj. obejmującym wiele stron funkcjonowania, a tym samym i sfer życia dziecka, wywierając wpływ na życie jego rodziny. Może on mieć różny stopień głębokości, co wiąże się z ilością i natężeniem objawów, oraz może towarzyszyć zarówno upośledzeniu umysłowemu, jak i normalnej czy wyższej niż normalna inteligencji. Towarzyszą mu inne schorzenia lub występuje samoistnie. U dziecka czasami nie rozwija się mowa lub przeciwnie: ma ono bogaty język i mówi płynnie, choć z pewnymi odrębnościami (tzw. zespół Aspergera). Jednak sferą najsilniej dotkniętą są relacje i zachowania społeczne, a także zainteresowania i czynności, w tym uczenie się, zabawa, a często też reagowanie na bodźce. Od jakiegoś czasu używa się pojęcia „spektrum autyzmu”, oznaczającego grupę zaburzeń neurorozwojowych zbliżonych pod względem głównych (osiowych) objawów.

¹ Zainteresowanych pełnym opisem zjawiska odsyłam do wyczerpujących prac E. Pisuli nt. autyzmu u dzieci. W przypadku małych dzieci odpowiednią lekturą jest pozycja autorki: (2005).

W najwcześniejszym okresie, tj. w wieku niemowlęcym, trwającym od urodzenia do końca 1. roku życia, a także w okresie poniemowlęcym (od 12 do 24 miesięcy) autyzm może być trudny do rozpoznania, więc niegdyś w ogóle nie diagnozowano dzieci poniżej 3.–4. roku życia. Obecnie możliwe jest rozpoznawanie charakterystycznych dla spektrum autyzmu oznak w 2., a nawet 1. roku życia dziecka, co pozwala na objęcie jego rozwoju wczesnym wspomaganiami, zapobiegającym pogłębianiu się zaburzeń i stymulującym prawidłowy rozwój.

Obszary zaburzonego rozwoju u niemowląt i małych dzieci ze spektrum autyzmu

Tabela 1. Wczesne osiowe oznaki autyzmu w wieku niemowlęcym i poniemowlęcym w porównaniu z innymi dziećmi w tym samym wieku

Komunikowanie się

Mniej wokalizacji, niezwykła prozodia (niemowlęcy i poniemowlęcy)
 Brak koordynacji między komunikacją werbalną a niewerbalną (poniemowlęcy)
 Mniej wskazywania jako formy prośby (niemowlęcy i poniemowlęcy)
 Mniejsza ilość gestów w ogóle (niemowlęcy, lecz bardziej poniemowlęcy)

Wspólne pole uwagi/uwaga wiązana

Brak inicjowania (poniemowlęcy)
 Mniej dzielenia się przedmiotami, doświadczeniami, zainteresowaniami lub uwagą (niemowlęcy, lecz szczególnie poniemowlęcy)
 Brak reagowania na inicjatywy ze strony innych (niemowlęcy, ale przede wszystkim poniemowlęcy)
 Brak wskazywania (niemowlęcy, lecz szczególnie poniemowlęcy)

Spoteczno-emocjonalne

Atypowe reakcje afektywne (niemowlęcy i poniemowlęcy)
 Rzadsze inicjowanie i mniej reakcji w odpowiedzi na zachowanie innych (niemowlęcy i poniemowlęcy)
 Mniejsze zainteresowanie społecznymi interakcjami / dziecko rzadziej szuka kontaktu fizycznego (niemowlęcy i poniemowlęcy)
 Brak naśladowania zachowań innych osób (niemowlęcy i poniemowlęcy)
 Brak uśmiechu społecznego (niemowlęcy i poniemowlęcy)
 Mniej spoglądania na twarze (niemowlęcy i poniemowlęcy)
 Mniej reakcji na imię, którym jest nazywane (niemowlęcy i poniemowlęcy)

Ograniczone i powtarzające się zachowanie

Więcej stereotypowej / powtarzającej się zabawy przedmiotami (niemowlęcy i poniemowlęcy)
 Więcej powtarzających się ruchów lub pozycji ciała (niemowlęcy i poniemowlęcy)

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Adrien et al., 1993; Osterling, Dawson, 1994; Mars et al., 1998; Baranek, 1999; Werner et al., 2000; Wimpory et al., 2000; Osterling et al., 2002; Maestro et al., 2002; 2005; Wetherby et al., 2004; 2007; Zwaigenbaum et al., 2005; Colgan et al., 2006; Mitchell et al., 2006; Bryson et al., 2007; Landa et al., 2007; Sullivan et al., 2007; Clifford, Dissanayake, 2008; Morgan et al., 2008; Ozonoff et al., 2008.

Tabela 2. Wczesne peryferyczne oznaki autyzmu w wieku niemowlęcym i poniemowlęcym w porównaniu z innymi dziećmi w tym samym wieku

Wygląd zewnętrzny

Większa głowa (wiek niemowlęcy i poniemowlęcy)

Temperament

Bardziej bierne (wiek niemowlęcy i poniemowlęcy)
 Bardziej zdenerwowane / łatwo wpada w nadmierny stres (wiek niemowlęcy i poniemowlęcy)

Uwaga wzrokowa

Atypowe spojrzenie (wiek niemowlęcy i poniemowlęcy)
 Opóźniona utrata zainteresowania / wzrokowa fiksacja na bodźcach niespotecznych (szczególnie wiek niemowlęcy, lecz również poniemowlęcy)

Motoryka duża i mała

Opóźnienia w rozwoju ruchowym: siadanie, przewrót z pleców na brzuszki, lokomocja (wiek niemowlęcy)
 Atypowe wzorce ruchowe w: posturze, raczkowaniu, gestach, ruchach dłoni i palców (wiek niemowlęcy, poniemowlęcy)
 Deficyty w rozwoju ruchów przystosowawczych, takich jak: wyciąganie rąk czy balansowanie ciałem przy upadku, brak prostowania głowy przy przechylaniu ciała w bok (wiek niemowlęcy i poniemowlęcy)
 Atypowa mimika, np. tzw. usta Moebiusa (wiek niemowlęcy i poniemowlęcy)

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Teitelbaum et al., 1998; Courchesne et al., 2003; Teitelbaum et al., 2004; Hazlett et al., 2005; Elder et al., 2008; Fukumoto et al., 2008; Garon et al., 2009.

Etiologia zaburzeń autystycznych u dzieci

Pomimo że nauka zna zjawisko autyzmu od prawie 70 lat, to jednak wciąż nie poznano jego przyczyny i w około 90–95% przypadków etiologię zaburzenia uważa się za niejasną (por. Caronna, Milunsky, Tager-Flusberg, 2008). U pozostałych 5–10% osób autyzm rozpoznaje się jako cechę wtórną wobec podstawowego zaburzenia, powstałą w jego wyniku. Do typowych wtórnych przyczyn autyzmu należą czynniki środowiskowe (np. wczesna ekspozycja na różyczkę), anomalie chromosomalne i zaburzenia genetyczne. Za jedno z najczęstszych genetycznych zaburzeń powiązanych z autyzmem uważa się zespół kruchego chromosomu X, w którym 15–25% osób należących do tej grupy wykazuje również cechy autyzmu (Rogers, Wehner, Hagerman, 2001; Bailey et al., 2004). Również genetyka interesuje badaczy jako znaczący czynnik przyczynowy w etiologii autyzmu (Ritvo et al., 1989). Według Dawson (2008) łączne wystąpienie autyzmu u obojga z bliźniąt jednojajowych przydarza się w 69–95% przypadków, podczas gdy u bliźniąt dwujajowych wskaźnik ten wynosi odpowiednio 3–8%. Ryzyko współwystępowania autyzmu u młodszego rodzeństwa, jeśli jedno lub więcej spośród starszych dzieci cierpi na to zaburzenie, szacuje się na poziomie 2–35% (Landa, Garrett-Mayer, 2006; Zwaigenbaum et al., 2007). W etiologię autyzmu włączone zostały również czynniki środowiskowe, z których najczęściej opisywanym jest wpływ szczepień na regresję autystyczną u dzieci. Badający nie udowodnili jednak przyczynowego związku szczepień z autyzmem (Taylor et al., 1999; Kaye, Meleiro-Montes, Jick, 2001), niemniej jednak jest to trop, który powinno się nadal wnikliwie badać (Pisula, 2005).

Regresja w autyzmie, czyli utrata w połowie 2. roku życia u ok. 15–30% dzieci z tej grupy nabytych wcześniej sprawności językowych, społecznych, a czasem również poznawczych (Baird et al., 2008), stała się powodem uwzględnienia wśród czynników ryzyka autyzmu także i tych środowiskowych oraz behawioralnych. Nie wiadomo jednakże, czy dzieci te przed regresją rozwijały się zgodnie z oczekiwaniami czy po prostu nie zauważono u nich wczesnych oznak autyzmu (Pisula, 2005). Nie ma również jasności co do tego, czy dzieci zaczęły się cofać w rozwoju, czy też rozwój ich sprawności uległ spowolnieniu (Werner, Dawson, 2005; Landa, 2008). Brak też jednoznacznych ustaleń, czy dzieci, które uległy regresji we wczesnych latach życia, różnią się zasadniczo w zakresie swoich osiągnięć rozwojowych (iloraz inteligencji, sprawności językowe i adaptacyjne) od tych, u których nie nastąpiła regresja, gdyż odkrycia mają mieszany charakter (Werner et al., 2005; Baird et al., 2008).

Charakterystyka dzieci ze spektrum autyzmu w wieku od narodzin do 6 lat

Aspekty ogólnozdrowotne

Pomimo że autyzm dotyczy zaburzonego rozwoju psychoruchowego, i to w konkretnych sferach, oraz że sądzono, iż dzieci z autyzmem są zdrowsze i bardziej odporne od pozostałych, od jakiegoś czasu akcentuje się związek tego zaburzenia ze stanem zdrowia całego organizmu i jego możliwym wpływem, jeśli nie na powstanie objawów, to przynajmniej na ich nasilenie. W ciągu ostatnich 10 lat powstały opracowania wskazujące na nieprawidłowo funkcjonujący u wielu spośród tych dzieci układ trawienny oraz na różnorodne nieprawidłowości o charakterze metabolicznym i autoimmunologicznym. Niemowlęta, u których rozwinął się autyzm, pomimo często wysokich ocen w skali Apgar przy swoim urodzeniu miały na ogół kłopoty z nauką ssania piersi i skłonność do zaparc lub biegunek, co wymagało zmodyfikowanej diety. W późniejszym okresie wiele z nich długo (nieraz jeszcze w wieku przedszkolnym, a nawet później) odmawiało spożywania pokarmów stałych. Dość charakterystyczne dla dzieci z autyzmem jest zawężenie tolerowanych potraw do kilku wybranych (w skrajnych przypadkach do jednej), stale spożywanych, często o nietypowym składzie, smaku czy wyglądzie. Temu stanowi rzeczy towarzyszą deficyty w odżywianiu się, awitaminozy lub anemia. Badania laboratoryjne pozwalają stwierdzić lub wykluczyć u dzieci obecność alergii lub/i nietolerancji pokarmowych na określone składniki (np. kazeina i gluten) oraz specyficzne problemy metaboliczne. Związek problemów metabolicznych z autyzmem u części dzieci wynika z obecności podstawowej choroby, np. genetycznej (fenyloketonuria lub celiakia), w której autyzm może stanowić jedno z możliwych sprzężeń objawowych, choć nie musi występować u wszystkich dotkniętych nią dzieci.

Do często spotykanych u dzieci z autyzmem problemów należą infekcje pasożytnicze, takie jak: przerost drożdży w przewodzie pokarmowym (zwłaszcza *Candida Albicans*, stąd często spotykana nazwa „kandydoza”), owsiki czy glista ludzka, którym sprzyja zarówno zachowanie się tych dzieci (lizanie przedmiotów, wkładanie do ust różnych rzeczy itd.), jak i ich preferencje pokarmowe (np. spożywanie wyłącznie potraw mlecznych lub/i mącznych, preferowanie słodczy i słodzonych napojów). Dość mocny okazuje się związek zaburzeń autystycznych ze zdrowiem układu nerwowego ze względu na dość znaczny wskaźnik dzieci z nieprawidłowym zapisem EEG, czy wręcz objawami padaczki, już w niemowlęctwie (zespół Westa) lub w późniejszych latach.

To wszystko sprawia, że zanim rozpocznie się wczesną interwencję o charakterze wspomaganie i wspierania dziecka podejrzanego o autyzm lub właśnie zdiagnozowanego, powinno się rozpocząć od gruntownej oceny stanu jego zdrowia, aby w razie potrzeby mogły zostać podjęte wszelkie niezbędne kroki ze strony pediatrów, gastroenterologów, alergologów, endokrynologów

czy neurologów dziecięcych, dających medyczną podstawę do określenia zakresu i charakteru podejmowanej przez nas terapii². Trzeba poznać zwłaszcza wszelkie przeciwwskazania i koniecznie je uwzględniać w pracy z dzieckiem. Przykładowo, jeśli dziecko nie powinno spożywać cukru z powodu kandydozy, powinno wykluczyć się nagrody pod postacią słodyczy; jeśli jest nadwrażliwe na gluten, nie można używać masy solnej, która jest wykonana z mąki pszennej; jeśli dziecko podejrzewa się o padaczkę, trzeba ostrożnie dobierać bodźce wzrokowe czy dźwiękowe, by nie wywołać ataku itd.

Rozwój dzieci z autyzmem i zagrożonych jego ryzykiem

Panuje opinia, że pod względem **rozwój ruchowego** dzieciom z autyzmem nie można niczego zarzucić, przeciwnie: są zwykle bardziej zwinne niż ich rówieśnicy. Z jednej strony jest w tym wiele racji ze względu na ich ogromną ruchliwość, jednak u wielu dzieci z autyzmem rozwój ruchowy jest opóźniony lub przebiega według atypowego wzorca, co można dostrzec już w okresie niemowlęcym. Oprócz dużej liczby dzieci zwinnych istnieje spora grupa, którą charakteryzuje niezdarność i słaba koordynacja ruchów, co utrzymuje się również w wieku dorosłym. W ogromnej większości przypadków, nawet jeśli rozwój motoryki dużej przebiega w normie, zwykle pozostawia wiele do życzenia sprawność manualna dziecka, które dodatkowo może wykazywać objawy apraksji (zaburzeń w wykonywaniu czynności celowych). Dlatego zarówno wczesne, jak i prowadzone w późniejszych latach wspomaganie rozwoju dziecka z autyzmem może wymagać interwencji skoncentrowanych na usprawnianiu sfery ruchowej.

Sfera rozwoju czynności poznawczych i mowy jest w autyzmie i pokrewnych mu zaburzeniach bardzo specyficzna. Z jednej strony pewne jej obszary mogą być dotknięte w stopniu poważnym już w pierwszym roku życia (przykładowo: rozwój mowy), z drugiej strony dziecko może wykazywać nadmierny wzrost lub atypowy – jednak niebudzący niepokoju – wzorzec umiejętności, zainteresowań, itp. Właśnie w tej sferze daje się wcześniej zauważyć charakterystyczną nierównomierność w zakresie tempa i kierunku rozwoju poszczególnych funkcji poznawczych, takich jak: spostrzeganie, myślenie, pamięć, gotowość do uczenia się, czy wreszcie – uwaga.

Dzieci, u których stwierdzi się w późniejszym czasie autyzm, wcześniej zaczynają wykazywać silne preferencje dotyczące koncentracji wzrokowej, słuchowej, dotykowej itd., przejawiając zdecydowane, wybiórcze zainteresowanie określonymi bodźcami: przedmiotami, stanami otoczenia lub przebiegiem zjawisk widocznych w polu widzenia lub dających się usłyszeć.

² Wyczerpująco poruszają ten problem pozycje napisane przez amerykańskich lekarzy: J. McCandless (2003); J. Pangborn, S. Baker (2005). Kwestie żywieniowe w autyzmie i nie tylko są opisane w książce M. Anuszkiewicz, K. Brzazgoń-Dzięcioł (2008).

Koncentracja na tych bodźcach może trwać długo, w przeciwieństwie do innych bodźców, które są ignorowane, wywołują przelotną uwagę lub wydają się być w ogóle niedostrzegane przez dziecko. Co ciekawe, intensywność bodźca może mieć mały związek z uwagą dziecka – tak jak niezwykle wrażliwie może ono reagować na bodźce bardzo słabe (czasem niedostrzegalne dla innych), to również może „nie zauważać” bodźców wyjątkowo intensywnych (hałas, głośne wołanie, machanie przed jego oczami). Typowo rozwijające się niemowlęta zwykle reagują na to, co jest im znane, lub na bodźce silne i wyraziste. Odpowiadają ożywieniem i tendencją do zajmowania się czymś przez jakiś czas (eksploracja za pomocą rąk i ust, wpatrywanie się w coś połączone z wymachiwaniem rękami, próby osiągnięcia i schwywania tego, następnie potrząsanie, a w drugim półroczu – obracanie trzymanego przedmiotu i oglądanie go z różnych stron, próby rozdzielania na części, próby użycia zgodnie z przeznaczeniem: wkładanie pokarmu i butelki do ust, wyrzucanie rzeczy z łóżeczka lub wózka i obserwowanie ruchu upadającego przedmiotu, zachęcanie innych osób do wielokrotnego podawania przedmiotu, który upadł), aby móc powtarzać cały proces, bacznie się mu przyglądając. Natomiast dzieci z autyzmem lub zagrożone jego ryzykiem nie wykonują złożonych czynności badawczych, typowych dla wczesnych etapów rozwoju, natomiast poznają nowy przedmiot w atypowy sposób, np. mogą się długotrwale w niego wpatrywać, wielokrotnie go trącać w celu wprawienia w ruch lub uderzać otwartą dłońią w interesujący je przedmiot³. Czasem około 1. roku życia zaczyna się **tendencja do wprawiania w ruch wirowy** okrągłych elementów otoczenia, jak pokrywki, talerze, płyty, lub fascynacja obiektami, które wirują niezależnie od dziecka, np. piorącymi się tkaninami, których ruch widać przez okrągłe okienko pralki automatycznej.

U dzieci z autyzmem znacznie przedłuża się poza okres niemowlęcy, a nawet poniemowlęcy, wczesnorozwojowe **badanie otoczenia za pomocą kontaktoreceptorów**, a więc za pomocą wążania, lizania, opukiwania, wielokrotnego dotykania, głaskania tam i z powrotem itp. Dotyczy to także badania osób, co u dzieci bez autyzmu, które w ten sposób „poznawały” ludzi, kończy się definitywnie w okresie poprzedzającym wiek przedszkolny, jako wynik socjalizacji oraz nabycia odmiennych sposobów poznawania świata ludzi i przedmiotów. W przypadku autyzmu i pokrewnych zaburzeń rozróż-

³ W jednym z badań pozwolono ośmiomiesięcznym niemowlętom bawić się butelką ze smoczkiem. Podczas gdy niemowlęta z autyzmem jedynie klepały ją z zapalem otwartą dłońią, zdrowe niemowlęta w tym samym wieku wykonywały o wiele więcej czynności badawczych. Z zainteresowaniem obracały i przechylały butelkę, oglądały ją z różnych stron, badały umocowanie smoczka, wkładały smoczkiem do ust itd., przy czym używały do tego obu rąk i wszystkich palców (Ozonoff et al., 2008).

nianie rzeczywistości społecznej i pozaspołecznej pozostaje do końca życia obszarem trudności i deficytów, mających swoje źródła w anomaliach pracy mózgu, a czasem też i jego budowy.

Dość powszechnym zjawiskiem u niemowląt i małych dzieci z autyzmem jest **istnienie obszarów nadwrażliwości zmysłowej** w zakresie przetwarzania wzrokowego, słuchowego, dotykowego, zapachowego, smakowego i przestrzennego. Nadwrażliwość ta czasem ogranicza się do jednego kanału zmysłowego, a czasem ma charakter polisensoryczny, powodujący łatwość przeciążenia sensorycznego i skłonność do nadmiernego reagowania ucieczką oraz unikaniem w odpowiedzi na pojawienie się bodźca o danym charakterze (czasami dotyczy to wyłącznie konkretnych przedmiotów czy zjawisk). Z nadmiernym reagowaniem wiąże się również zjawisko przeciwnie – **niedobór stymulacji oraz związane z tym poszukiwanie bodźców** o danym charakterze i długotrwałe zajmowanie się nimi. Długotrwała koncentracja na bodźcu czy dostarczającym go obiekcie lub czynności wypiera inne czynności i zainteresowania dziecka i może łatwo nabrać cech uzależnienia, generalizującego się na bodźce/obiekty/czynności dostarczające analogicznej stymulacji. W życiu dziecka centralną rolę zaczynają odgrywać określone obszary działań, które łączy fascynacja danego typu bodźcami lub czynnościami własnymi, dostarczającymi preferowane efekty zmysłowe: dotykowe, dźwiękowe, smakowe, zapachowe czy pochodzące z układu przedsionkowego (np. powstałe w wyniku ruchu obrotowego lub huśtania się). Możemy wówczas obserwować długotrwałe zajmowanie się otoczeniem lub własnym ciałem w jakiś szczególny sposób (co zwykle się nazywa **sensoryzmami**), którego nie daje się zwyczajnie przerwać ani zmienić jego charakteru z powodu silnych protestów dziecka i jego wytrwałości w kontynuowaniu przerwanych dążeń.

U dzieci wykazujących brak deficytów poznawczych, pomimo nietypowego rozwoju, a także u dzieci o dużych zdolnościach intelektualnych można obserwować wczesne zainteresowanie znakami (litery, cyfry i symbole), schematami graficznymi, czynnością czytania. Dzieci, które nabywają, zwykle samodzielnie, umiejętność czytania o wiele szybciej od pozostałych (np. już w wieku 2 lat), a jednocześnie nie towarzyszy temu wyprzedzeniu akceleracja rozwoju we wszystkich pozostałych sferach psychoruchowych, nazywa się hiperlektycznymi. **Hiperleksja** nie chroni przed rozwinięciem się u dziecka pełnoobjawowego autyzmu, choć umiejętność czytania może pomóc w prowadzeniu jego wczesnej terapii oraz w wychowaniu i dalszej edukacji.

Specyficznie przebiega w autyzmie **rozwój mowy**. Dość typowe są anomalie w zakresie wczesnych etapów tworzenia się mowy, jak: wydawanie dźwięków przedwerbalnych i używanie ich do celów społecznych (np. aby przywołać matkę lub odpowiedzieć na wydawane przez drugą osobę dźwię-

ki), naśladowanie dźwięków wydawanych przez innych ludzi, zdolność do prowadzenia dialogu wokalnego z emocjonalnie ważną osobą itd. Dźwięki wydawane przez noworodki i niemowlęta, u których rozpoznano później autyzm, oceniane są często przez ich opiekunów jako niespełniające oczekiwań dotyczących kontaktu z dzieckiem w bardzo wczesnym okresie jego życia. Używano następujących słów, aby opisać swoje wrażenia w odpowiedzi na płacz lub ekspresję wokalną niemowlęcia poniżej 6. miesiąca życia: *inne; dziwne; niezrozumiałe; mylące; jakieś takie mechaniczne, ptasie, zwierzęce; w przypadku innych dzieci rozumiałam ogólnie, o co mogło chodzić, a tu nic, tylko dezorientacja*. Również typowe etapy rozwoju mowy, jak: gruchanie, głużenie, następnie gaworzenie (tj. wielokrotne powtarzanie określonej sylaby), tworzenie pierwszych słów przez powtarzanie sylaby („mama”, „tata”, „baba”) oraz powstawanie mowy telegraficznej (jednowyrazowe zdania) pod koniec 1. roku życia – u dzieci z autyzmem przebiegają z zasady odmiennie, z dużym opóźnieniem lub o wiele szybciej.

U części dzieci z opóźnionym poważnie rozwojem mowy czynność ta ma charakter specyficzny, z ograniczonym słownikiem i powolnym jego rozbudowywaniem, z trudnościami w zakresie tworzenia i rozumienia zdań oraz długo utrzymującymi się skłonnościami do echolalii, zarówno bezpośredniej, jak i odroczonej. Dzieci o rozleglejszych czy bardziej „dorosłych” zainteresowaniach mogą mieć zasób słów znacznie przewyższający ilość i treścią słownictwo przeciętnego 3-, 4- czy 5-latka i w ten sposób maskować echolaliczne podłoże swojej mowy i myślenia oraz związane z tym braki w rozumieniu zagadnień i kontekstów, prostych dla innych dzieci w tym wieku, a nawet młodszych. Ocenia się, że ponad połowa dzieci w ogóle nie rozwija mowy w sposób spontaniczny, stąd niezbędne jest wprowadzenie już na wczesnym etapie wspomaganie, nauki komunikowania się albo za pomocą języka mówionego, a jeśli trzeba, to migowego, albo za pomocą piktogramów, symboli graficznych, liter oraz tekstów⁴. Wczesne wprowadzenie czytania ze zrozumieniem nie tylko wzbogaca kompetencje dziecka, lecz może wspierać i przyspieszać terapię mowy i innych funkcji zaburzonych przez autyzm (por. Cieszyńska, Korendo, 2007, s. 305). J. Cieszyńska proponuje włączyć w terapię małych dzieci z autyzmem własną metodę nauki wczesnego czytania, nazwaną **metodą symultaniczno-sekwencyjną**, gdyż stymuluje obie półkule mózgowe dziecka jednocześnie (Cieszyńska, 2011). U dzieci, które już potrafią czytać, a nadal nie mówią, można wprowadzić naukę porozumiewania się za pomocą metody tzw. ułatwionej komunikacji (Błęszyński, 2008).

⁴ Obszerny przegląd systemów komunikacji zastępujących mowę oraz metody ich nauczania czytelnik znajdzie w pracy pod red. J.J. Błęszyńskiego (2008).

Rozwój emocjonalno-społeczny u dzieci z autyzmem przebiega z reguły zupełnie inaczej niż u rówieśników bez autyzmu. Anomalie te (tabela 1 zawiera ich szczegółowy wykaz) uważa się za zasadnicze, czyli osiowe objawy autyzmu, więc ich obecność w zachowaniu dziecka powinna być znakiem ostrzegawczym dla rodziców i opiekunów.

Wspomaganie rozwoju małych dzieci ze spektrum autyzmu

Ogólna charakterystyka całościowego wspomagania rozwoju we wczesnym okresie życia

W pracy z małymi dziećmi podejrzanymi o autyzm lub ze stwierdzonym zaburzeniem stosuje się wiele strategii i metod, które opracowano w ramach różnych szkół: rozwojowej, behawioralnej, psychodynamicznej czy innych (por. Corsello, 2005), jednak objętość artykułu nie pozwala na ich wyczerpujący opis. Dlatego skupię się na głównych zagadnieniach wczesnego wspomagania dziecka, prezentując swoje własne podejście, które rozwijam i realizuję od wczesnych lat 90. (Stefańska-Klar, 1992; 1993; 1995a,b; 1998; 2000a). Ze względu na zasadę stymulowania i wspierania wszystkich istotnych obszarów rozwoju i funkcjonowania dziecka nazwałam swoje podejście całościowym wspieraniem rozwoju, uwzględniając zarówno wszystkie poziomy regulacji psychicznej wraz z relacjami dziecka z otoczeniem, jak i najważniejsze elementy systemów, w jakich dziecko funkcjonuje i w jakie wejście. Podejście skupia się na aktualnych zadaniach rozwojowych, ale też na tym, co będzie, zarówno na etapie aktualnym, jak i w następnych fazach. W artykule sygnalizuję, jakie zadania rozwojowe stawia przed dzieckiem wiek niemowlęcy i ponimowlęcy oraz jak cele ogólne i szczegółowe terapii mogą stanowić odpowiedź na te zadania. Przykładowe ćwiczenia pochodzą z programów wczesnej terapii dzieci, dla których pracowałam.

Wiek niemowlęcy. Podstawowe zadania rozwojowe w okresie niemowlęcym (od narodzin do ukończenia 1. roku życia) to:

- adaptacja do życia w swoim podstawowym, stałym środowisku (domowym lub placówki stałego pobytu);
- osiągnięcie kompetencji psychoruchowych i emocjonalno-społecznych, stanowiących podstawę prawidłowego rozwoju fizycznego, psychoruchowego i psychospołecznego.

Celem ogólnym terapii na tym etapie jest **wspomaganie rozwoju inteligencji sensoryczno-motorycznej z jednoczesnym przekształcaniem autystycznego wzorca rozwoju**, o ile jest już widoczny w tym okresie. Jeżeli zaczynają wchodzić w grę określone deficyty psychofizyczne i społeczne, terapia polega na próbach rehabilitacji ujawniających się braków, niedoborów i strat, jak również na profilaktyce ich narastania i pojawiania się nowych. Cele szczegółowe/operacyjne wynikają z analizy indywidualnych potrzeb i uwa-

runkowań rozwoju i wychowania danego dziecka. Tabela 3 zawiera szczegółowe cele i ćwiczenia wybrane z programów terapii całościowego wspierania rozwoju, opracowanych dla kilkorga dzieci w wieku od 1 roku i 8 miesięcy do 2 lat i 9 miesięcy, u których, oprócz autystycznego wzorca rozwoju, występowały również deficyty w zakresie ogólnego rozwoju psychoruchowego. Ponieważ odzwierciedlają one oczekiwany poziom kompetencji dziecka przed ukończeniem 1. roku życia, można je stosować w pracy z niemowlętami. Należy jednak najpierw ustalić poziom funkcjonowania dziecka, żeby móc określić **sferę jego aktualnego i najbliższego rozwoju**, czyli do dziecko potrafi zrobić samo, a co jest w stanie wykonać z pomocą zewnętrzną⁵. Cele i odpowiadające im ćwiczenia powinny mieścić się w tych 2 sferach i nie wybiegać do przodu poziomem trudności, gdyż zamiast stymulacji rozwoju możemy spowodować jego zastój, a nawet cofnięcie się.

Tabela 3. Przykładowe cele całościowego wspierania rozwoju i sposoby ich realizacji dla okresu niemowlęcego

Trening uwagi i kompetencji społecznych

Koncentracja uwagi na tym, co prezentuje lub wskazuje druga osoba

Spoleczne dzielenie uwagi (patrzenie na to samo co inna osoba; wspólne oglądanie czegoś przez jakiś czas, np. przeglądanie i omawianie książeczki, badanie zabawki, poznawanie przedmiotu lub zwierzątka itp.)

Nawiązywanie kontaktu wzrokowego z innymi, patrzenie na twarz osoby mówiącej do dziecka i w ogóle patrzenie na twarze ludzi, na to, co wyrażają (uśmiech, smutek, złość, strach, zamyślenie itp.). Można używać do tego zabaw niemowlęcych, które koncentrują uwagę dziecka na twarzy dorosłego, jak „a kuku?” (chować i ukazywać twarz zza zastonki lub zastaniać i odstaniać twarz dziecka), „baran, baran, puc!” (lekko uderzać swoją głową w tułów dziecka, aby potem popatrzeć na nie z bliska i z wyraźnym uśmiechem). Często prowokować dziecko do spojrzenia na swoją twarz, przez ruchy głowy w górę i w dół, z podniesionymi brwiami i uśmiechem, wołając wesoło: *hej, hej* lub jakieś inne przykuwające słowa

Trening naśladownictwa (dźwiękowego i ruchowego, w tym ostatnim – ruchy rąk i nóg, mimika twarzy, otwieranie ust, wysuwanie języka; czynności na przedmiotach, np. stukanie tyżeczką po stole)

Trening interakcji wokalnej i ruchowej (włączanie się w dźwięki i ruchy wydawane przez dziecko, np. lekkie trącanie zawieszanej zabawki, żeby mogło ją chwycić)

Od 3. kwartału trening działania w dialogu (baraszkowanie na tapczanie, podłodze lub trawie, puszczanie do siebie piteczki tam i z powrotem, zabawa w „biorę-daję”, puszczanie baniek mydlanych „raz ty, raz ja”, wydawanie na przemian dźwięków typu „ku-ku”, „bam-bam”, zabawa z wodą: „plusk-plusk” na przemian itp.)

⁵ Proponuję w tym celu posłużyć się dostępnymi skalami osiągnięć rozwojowych, np. autorstwa J. Kielina (2007) czy A. Mikler-Chwastek (2011). „Kamienie milowe” rozwoju poszczególnych sfer znajdują się także w obszernej publikacji J. Cieszyńskiej, M. Korendo (2007). Kompleksową propozycję terapeutyczną, zwaną metodą krakowską, zawiera praca J. Cieszyńskiej (2011).

Trening kompetencji poznawczych

Trening patrzenia z bliska i na odległość. Przemieszczanie wzroku (wodzenie oczami za obiektem przesuwającym w polu widzenia – przed oczami i dalej, uczenie się spostrzegania przedmiotów oddalonych)

Polisensoryczne poznawanie przedmiotów (dotykanie, oglądanie, badanie innymi zmysłami tego samego przedmiotu, kojarzenie poznanych cech z tym samym słowem, nazwą)

Badanie zawartości pojemników, otwieranie i zamykanie, zagłębienie do środka, wkładanie/wsypanywanie/wlewanie i wyjmowanie/wysypywanie/wylewanie

Ćwiczenie wsadzania i wyjmowania, chowania, zamykania, otwierania i odnajdywania w meblach i dużych pojemnikach, jak pudła, lekkie kosze

Zapamiętywanie (odnajdywanie ukrytego przedmiotu – pod kubkiem, pudełkiem, ręcznikiem, kocem, za zastoną, drzwiami itp.)

Poznanie dźwiękowych własności przedmiotów – skupianie uwagi na wydawanych dźwiękach oraz dźwięczenie nimi (stukanie, szeleszczenie, brzęk, świst, chrzęst, dzwonienie itp.)

Kojarzenie przedmiotów użytkowych z ich funkcją (grzebień – czesanie włosów, mydło – mydlenie, napój – picie itd.)

Trening kompetencji manualnych

Badanie i eksplorowanie przedmiotów i materiałów

Usprawnianie funkcji dłoni za pomocą czynności na materiałach o plastycznej strukturze, dających się mieszać, rozrabiać i ponownie sklejać lub rozsmarowywać – bezpiecznych dla dziecka i najlepiej jadalnych

Źródło: opracowanie własne.

Wiek poniemowlęcy. O ile zdolności społeczne zwykle wymagają w tym okresie podobnych ćwiczeń, co te prowadzone w okresie niemowlęcym, o tyle zdolności i umiejętności poznawcze zwykle rozwijają się u dzieci z autyzmem szybciej.

Podstawowe zadania rozwojowe w okresie poniemowlęcym (od 1. do 3. roku życia) to:

- adaptacja społeczna w swoim naturalnym środowisku (rodzina, placówka opiekuńczo-wychowawcza);
- samodzielność praktyczna i emocjonalno-społeczna, wystarczająca do zmiany środowiska wychowawczego (przedszkole, zmiana opiekuna, centrum pobytu dziennego itp.);
- dalszy rozwój kompetencji psychoruchowych i emocjonalno-społecznych, umożliwiający radzenie sobie z nowym środowiskiem społeczno-wychowawczym;
- w przypadku braków i deficytów z okresu niemowlęcego – skupienie się również na tym poziomie.

W tym okresie ważne jest, aby nie tylko ćwiczyć poszczególne sprawności i kompetencje oraz wypracowywać proste zachowania, ale także rozwijać bardziej złożone systemy czynności w powiązaniu z kontekstem otoczenia i różnymi sytu-

acjami. Służą temu **formy aktywności** (zabawy i ćwiczenia) **scalające doznania sensoryczne i odrębne schematy ruchowe oraz poznawcze w złożone, celowe i dostosowane do sytuacji czynności** (patrz tabela 4). Ważne są też określone zasady i ich przestrzeganie przez rodziców, np. zasady sformułowane poniżej.

Dzień M. powinien mieć stałą strukturę, tzn. terapia powinna odbywać się w tych samych porach, aby dziecko nauczyło się w niej uczestniczyć. Poza tym należy wykorzystywać wszelkie nadarzające się sytuacje do usprawniania dziecka. Każdą czynność trzeba dziecku pokazać, upewniając się, że ją widzi i rozumie; czynności powinny być bardzo proste lub podzielone na takie części, które M. jest w stanie wykonać przy pomocy rodziców/opiekunów. Należy nagradzać każdą próbę wykonania, powtórzenia, nawet chęć współpracy. Oglądanie przez M. telewizji powinno być zredukowane do minimum, o ile nie całkiem wycofane – nie tylko nie pomaga, lecz szkodzi, stymulując niewłaściwe części mózgu i podtrzymując stan regresu psychofizycznego (wyłączenie innych zainteresowań, uzależnienie, brak rozwoju)⁶.

Tabela 4. Przykładowe cele całościowego wspierania rozwoju i sposoby ich realizacji dla okresu poniemowlęcego⁷

Trening kompetencji poznawczych i manualnych

Nadal usprawnianie funkcji dłoni za pomocą czynności na materiałach o plastycznej strukturze, dających się mieszać, rozdrabniać i sklejać ponownie lub rozsmarowywać, bezpiecznych dla dziecka i najlepiej jadalnych

Masaż dłoni i palców dziecka za pomocą ręki, tkanin, miękkich szczoteczek, pędzelków
Od 1. do 1,5 roku życia nauka posługiwania się palcem wskazującym w celu pokazania czegoś (zwrócenia na coś uwagi) lub możliwości nazwania tego obiektu (powiedzenia przez dziecko jego nazwy lub zachęcenie je do samodzielnego wypowiedzenia tej nazwy, np. „mama”, „am, am”). Dokonujemy tego przez:

- wskazywanie palcem, żeby coś dostać (znaczenie: TO chcę; daj mi TO);
- wskazywanie palcem czegoś bądź wskazywanie w jakimś kierunku, żeby pokazać coś, co jest ważne lub ciekawe (Co TO jest? Gdzie TO jest? Jak TO się nazywa?)

Poznanie budowy zabawek i prostych urządzeń: wprawianie w różne rodzaje ruchu, jak: pchanie, ciągnięcie, toczenie; rozkładanie–składanie, układanie w pudełku lub pojemniku
Poznanie funkcji zabawek i prostych urządzeń: wożenie pojazdami piasku, klocków, zwierzątek, lalek; używanie zabawek zgodnie z ich funkcją: filiżanki do udawanego picia, grzebienia do czesania, klocków do budowania, pojazdów do jeżdżenia i wożenia ludzi oraz przedmiotów

⁶ Z planu terapii całościowego wspierania rozwoju dla M., wiek 2 lata i 9 miesięcy. Opracowanie własne.

⁷ Tabela nie obejmuje kompetencji społecznych, ponieważ na ogół dzieci z autyzmem w 2., a nawet 3. roku życia wykazują deficyty z okresu poprzedniego, w związku z czym wymagają w terapii cofnięcia się do treningu zachowań poniemowlęcych. Oczywiście nie jest to regułą, zawsze należy zatem pracować z dzieckiem na jego poziomie i w ramach strefy najbliższego rozwoju dziecka. Niestety, objętość tego opracowania nie pozwala na wyczerpujące przedstawienie wszystkich aspektów zagadnienia.

Poznanwanie funkcji graficznych przez zostawianie śladów za pomocą kredek, farb, węgla; uczenie się spozstrzegania ich na tle podłoża; uczenie się kreślenia i malowania zabarwioną wodą na papierze znaków charakterystycznych dla etapu bazgroty
 Nauka tworzenia reprezentacji przez rysowanie dziecku i nazywanie tego
 Nauka rozpoznawania reprezentacji przez oglądanie fotografii znanych osób, zwierząt i rzeczy (trzeba je sfotografować), porównywanie ich z oryginałami
 Rozpoznawanie znanych przedmiotów na wyraźnych obrazkach z jednolitym tłem
 Poznanwanie siebie, swojego ciała i rozpoznawanie siebie w lustrze
 Kojarzenie części ciała z elementem ubioru: buty (pantofle), rękawiczki
 Poznanwanie relacji: przyczyna–skutek w prostych zjawiskach przez obserwację i eksperymentowanie: przelewanie wody z kubka, świecenie po ścianie, uderzanie w bębenek, toczenie lub kopanie piłki itd.
 Uczenie się logiki ludzkich czynności i myśli przez zabawę zwierzątkami i lalkami w naśladowanie prostych i znanych dziecku czynności
 Poznanwanie logiki sytuacji i zdarzeń społecznych oraz nabywanie umiejętności udawania przez zabawy funkcjonalne, jak wożenie autkami ludzi i rzeczy, budowanie drogi i jeżdżenie po niej, karmienie zwierzątek odrobiną jedzenia, ubieranie misia itd.
 Poznanwanie reguł i stosowanie się do nich (stopniowo, od najprostszych i najłatwiejszych)

Aktywności scalające

Masaż dłoni, stóp i całego ciała (tworzenie się schematu ciała, redukcja nadmiernego pobudzenia, przygotowanie do ćwiczeń wymagających kontaktu z czymś dotykaniem)
 Raczskowanie – udawanie zwierzątek, wzajemne naśladowanie
 Baraszkowanie, elementy ćwiczeń Weroniki Sherborne⁸
 Zabawy oparte na schemacie „od siebie na zewnątrz” (toczenie piłeczki, siedząc na podłodze, od siebie do kogoś; jeżdżenie autkiem tam i z powrotem, lecz „przed sobą”)
 Uczenie się samodzielnego jedzenia i picia z kubeczka w różnych warunkach
 Wykonywanie rękami dziecka różnych czynności na przedmiotach i materiałach (stoimy za dzieckiem i, trzymając w rękach jego rączki, mieszamy ciasto żyłką w garnku; ugniatamy i wałkujemy ciasto na stole; rozrabiamy kisiel, który zostanie ugotowany, a potem zjedzony; lepimy coś z masy solnej; przelewamy wodę z kubeczka do kubeczka nad miednicą; malujemy obrazek pędzlem do golenia mocno rozwodnioną farbą itd.)
 Uczenie się prostych wierszyków i śpiewanek ilustrowanych gestami (osoba mówi lub śpiewa i pokazuje, pomaga wykonać dziecku, zachęca do włączania się dźwiękowego)
 Poznanwanie odrębnych przestrzeni w mieszkaniu (topografia otoczenia) zgodnie z ich przeznaczeniem (co się tam znajduje i co tam się robi, a czego się nie robi)
 Różnicowanie sytuacji społecznie odrębnych: jedzenie, zabawa, „praca” (zadania przy stole, wypoczynek, czynności higieniczne)
 Witanie się i żegnanie w przedpokoju z gośćmi i rodzicami
 Pomaganie mamie w kuchni (różne typowe czynności)
 Pomaganie mamie w pokoju gościnnym
 Pomaganie mamie w łazience
 Opanowywanie umiejętności korzystania z nocniczka

Źródło: opracowanie własne.⁸

⁸ Metoda ta została rozpropagowana w Polsce przez Martę Bogdanowicz. Wyboru ćwiczeń można więc dokonać w oparciu o jedną z jej prac, np. pozycja M. Bogdanowicz i D. Okrzesik (2009).

Wiek przedszkolny. Podstawowe zadania rozwojowe w okresie przedszkolnym (od 3. do 6. roku życia) to:

- adaptacja psychofizyczna do zmian związanych z przejściem do środowisk innych niż dom rodzinny;
- sprostanie wyzwaniom stawianym przez nowe miejsca społeczne, takie jak przedszkole i plac zabaw, wraz z pozostałymi, mieszczącymi się poza domem (sklep, miejsce opieki zdrowotnej, odwiedzane domy itp.);
- osiągnięcie gotowości szkolnej;
- w przypadku braków i deficytów z poprzednich okresów: uwzględnienie również poziomów kompetencji i umiejętności nabywanych w wieku niemowlęcym i poniemowlęcym.

Wiek przedszkolny to czas, w którym dziecko musi się zmierzyć z przejściem do innego środowiska: przedszkolnego lub o innym, dziecięcym charakterze (np. bycia w centrum zabaw), a już niebawem szkolnego, i zdać ten egzamin zadowolająco dla siebie i dla otoczenia. Dotyczy to wszystkich dzieci, nie tylko tych z autyzmem, niezależnie też od charakteru nowego otoczenia, czy jest ono takie samo dla wszystkich i ogólnodostępne czy zostało specjalnie przygotowane z myślą o dzieciach przejawiających określony rodzaj trudności. Każde wejście w nowe otoczenie pociąga za sobą doznanie trudności i konieczność przystosowania się, praca z dzieckiem w tym wieku powinna zatem z pewnością uwzględniać ten aspekt jego życia i związanych z nim niezbędnych kompetencji.

Program wspierania powinien obejmować poznawanie nowych rodzajów otoczenia i związanych z nimi zmian w dotychczasowym otoczeniu, stopniowe przyzwyczajanie się do wchodzenia w nowe miejsca i pozostawanie w nich jakiś czas oraz naukę zachowań właściwych dla tych miejsc. Powinny być to zarówno miejsca, które dziecko już zna, lecz zawsze było tam z rodzicami lub innymi osobami, a wizyty w nich odbywały się według takiego samego schematu, jak i przestrzenie zupełnie dla niego nowe. Lista powinna obejmować takie miejsca, jak: sklep, poczta, plac zabaw, park, kościół, muzeum, środki komunikacji miejskiej itd. Następnie należy zająć się poznawaniem miejsc o charakterze edukacyjnym: przedszkola lub szkoły. Najpierw powinno to mieć charakter poznawania „teoretycznego” – przez wiadomości, obrazki, zdjęcia i opowiadania, aby w jakimś momencie móc wybrać się na zwiedzanie przedszkola (w czasie, gdy nie ma w nim dzieci lub jest ich bardzo mało) czy szkoły (na przerwie lub w czasie wolnym od nauki).

Chodzi o to, żeby dziecko mogło nabyć jak najwięcej nowych schematów adaptacyjnych oraz aby spowodować wzrost plastyczności dziecka, która będzie mu potrzebna, gdy zacznie uczęszczać do przedszkola czy szkoły. Dziecko powinno mieć jasny obraz tego, co oznaczają słowa/określenia: „przedszkole”, „szkoła” i „pójść/chodzić do przedszkola/szkoły”, a także znać

wygląd budynku i otoczenia zewnętrznego typowej oraz „własnej” instytucji edukacyjnej dla dzieci, jak również tego, jak zwykle wygląda to w środku: sale w przedszkolu i klasy w szkole, korytarze, szatnia, jadalnia, sala gimnastyczna, sekretariat itp. Dziecko musi też wiedzieć, czego może się spodziewać w tych pomieszczeniach, kogo tam spotka, co zwykle tam się robi i jakie obowiązują zasady. Powinno też wiedzieć, jakich silnych bodźców może się spodziewać (krótki dzwonek co 45 minut i drugi, po przerwie; hałaśliwe przerwy; niespodziewane zachowania ze strony dzieci) i jak sobie radzić z nadmiarem bodźców. To wszystko pomaga w adaptacji psychofizycznej dziecka po przejściu do przedszkola czy szkoły. Oczywiście niezbędna w tych przypadkach jest współpraca ze strony nauczycieli i wszystkich innych pracowników przedszkola czy szkoły – powinni oni dziecko wcześniej poznać, choćby tylko z opisu, i przygotować się na jego przyście, zarówno programowo, jak i strukturalnie, dostosowując, na ile można, do jego potrzeb środowisko, w którym będzie przebywać (ważne jest tzw. spokojne miejsce, przeznaczone do odpoczynku lub wprowadzania dziecka w chwilach krytycznych).

Uczęszczanie do przedszkola, szkoły czy placówki o charakterze opiekuńczo-wychowawczym rodzi konieczność sprostania konkretnym wyzwaniom stawianym przez te miejsca, tj. ich strukturę fizyczną, rozkłady dnia, programy, wymagania, obecność i zachowania znajdujących się tam osób, wreszcie przez stany i właściwości samego dziecka w tych kontekstach. Dlatego wspomaganie i wspieranie rozwoju dziecka z autyzmem, które jest przedszkolakiem, uczniem lub rezydentem jakiejś placówki, powinno uwzględniać potrzeby i wyzwania związane z tym aspektem jego życia. Terapia powinna mieć istotny związek z uczestnictwem dziecka w zewnętrznym programie edukacyjnym, a terapeuta – pozostawać w kontakcie z pedagogami i rehabilitantami pracującymi z dzieckiem w danej instytucji. Dobrze byłoby wspierać wzajemnie efekty swojej pracy i nie stwarzać warunków do zakłócania wyników jednej terapii przez drugą. Wymaga to otwartości wszystkich stron i gotowości do współpracy, a czasem rezygnacji z własnych zamierzeń, żeby nie zakłócać tego, co właśnie osiąga się w przedszkolu czy szkole, jeśli nasza praca powodowałaby taki efekt. Oczywiście, powinno to działać w obie strony, tzn. w czasie, gdy my pracujemy nad pewnymi zmianami u dziecka, pracownicy szkoły czy przedszkola, jeśli nie mogliby wspierać naszych starań, powinni powstrzymać się od tych działań, które opóźniłyby lub niweczyły efekty naszej pracy. Również rodzice powinni być włączeni w cały ten proces, tak by przebiegał on bez zakłóceń, z korzyścią dla dziecka i jego otoczenia w domu oraz poza nim.

Aby powiodło się włączenie dziecka w szkolny system edukacji, musi ono osiągnąć gotowość do nauki szkolnej na niezbędnym, minimalnym poziomie. Pojęcie **gotowości** lub **dojrzałości szkolnej** oznacza zespół określonych

umiejętności, które dziecko winno opanować, aby sprostać wymaganiom stawianym przez naukę w szkole (obojętne, czy jest to szkoła ogólnodostępna czy specjalna, gdyż wszędzie dziecko ma się wykazać określonymi kompetencjami). Aby poradzić sobie w szkole ogólnodostępnej, dziecko powinno (Stefańska-Klar, 2000b, s. 131):

- być dostatecznie rozwinięte fizycznie i ruchowo, zwłaszcza pod względem manualnym;
- umieć zgodnie i przyjaźnie współdziałać z rówieśnikami, licząc się z chęćmi i życzeniami innych oraz wykonywać polecenia dorosłych kierowane do wszystkich dzieci;
- mieć określony zasób wiedzy ogólnej o świecie i dobrze orientować się w otoczeniu;
- umieć intencjonalnie działać, czyli świadomie rozpoczynać czynności skierowane na wybrany cel i wykonywać je aż do osiągnięcia tego celu;
- umieć się porozumiewać w sposób zrozumiały dla rozmówcy z osobą dorosłą i z innymi dziećmi;
- być na tyle dojrzałe emocjonalnie, aby umieć rozstać się z matką na czas pobytu w szkole i panować nad silnymi emocjami, tak by ich gwałtownie nie uzewnętrzniać.

Powyższe kompetencje można rozwijać zarówno w ramach odrębnych programów im tylko poświęconych, jak i podczas takich działań, które pozwalają na jednoczesną realizację określonych celów. W zależności od stopnia przygotowania dziecka oraz natężenia jego trudności związanych z autyzmem nasilenie trudności i deficytów związanych z poszczególnymi kompetencjami szkolnymi może się znacznie różnić. Z reguły te związane z uspołecznieniem i komunikacją będą powodem największych trudności dla dzieci ze spektrum autyzmu, choć wiele dzieci może posiadać deficyty w sferze wiadomości, czynności manualnych i działania celowego. Częste mogą to być dysharmonie w profilu umiejętności i sprawności, np. niektóre dzieci miewają duże problemy z posługiwaniem się przyborami szkolnymi, podczas gdy świetnie opanowały używanie komputera i nalegają, aby pisać na klawiaturze, a inne dobrze liczą i mają świetną pamięć, lecz nie rozumieją poleceń i nie potrafią się skoncentrować na zadaniu. W zależności od potrzeb i możliwości dziecka należy w programie wspierania rozwoju uwzględnić uzupełnienie braków i trening umiejętności zastępczych, tak aby zminimalizować w przyszłości porażki i aby dziecko mogło w jak najwyższym stopniu wykorzystać w szkole swoje mocne strony oraz rozwinąć zdolności.

Bibliografia

- Adrien J.L., Lenoir P., Martineau J., Perrot A., Hameury L., Larmande C., Sauvage D. (1993): *Blind ratings of early symptoms of autism based upon family home movies*, „Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry”, 32(3).
- Anuszkiewicz M., Brzazoń-Dzięcioł K. (2008): *Niepełnosprawność pokarmowa. Jak dieta eliminacyjną wspierać leczenie chorzeń alergicznych, psychicznych, neurologicznych?* Dolnośląski Instytut Doradczy, Wrocław.
- Bailey D.B., Mesibov G.B., Hatton D., Clark R.D., Roberts J.E. (1998): *Autistic behavior in young boys with fragile X syndrome*, „Journal of Autism and Developmental Disorders”, 28(6).
- Baird G., Charman T., Pickles A., Chandler S., Lucas T., Meldrum D., Carcani-Rathwell I., Serkana D., Simonoff E. (2008): *Regression, developmental trajectory and associated problems in disorders in the autism spectrum: The SNAP study*, „Journal of Autism and Developmental Disorders”, 38(10).
- Baranek G.T. (1999): *Autism during infancy: A retrospective video analysis of sensory-motor and social behaviors at 9-12 months of age*, „Journal of Autism and Developmental Disorders”, 29(3).
- Birnbrauer J., Leach D. (1993): *The Murdoch Early Intervention Programme after 2 years*, „Behaviour Change”, 10(2).
- Błęszyński J.J. (red.) (2008): *Alternatywne i wspomagające metody komunikacji*. Impuls, Kraków.
- Błęszyński J.J. (2008): *Wykorzystanie metody Ułatwionej Komunikacji* [w:] J.J. Błęszyński (red.): *Alternatywne i wspomagające metody komunikacji*. Impuls, Kraków.
- Bogdanowicz M., Okrzesik D. (2009): *Opis i planowanie zajęć według Metody Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne*. Harmonia, Gdańsk.
- Bryson S.E., Zwaigenbaum L., Brian J., Roberts W., Szatmari P., Rombough V., McDermott C. (2007): *A prospective case series of high-risk infants who developed autism*, „Journal of Autism and Developmental Disorders”, 37(1).
- Caronna E.B., Milunsky J.M., Tager-Flusberg H. (2008): *Autism spectrum disorders: Clinical and research frontiers*, „Archives of Disease in Childhood”, 93(6).
- Carter A.S., Black D.O., Tewani S., Connolly C.E., Kadlec M.B., Tager F.H. (2007): *Sex differences in toddlers with autism spectrum disorders*, „Journal of Autism and Developmental Disorders”, Vol. 37.
- Cieszyńska J. (2011): *Wczesna diagnoza i terapia zaburzeń autystycznych. Metoda Krakowska*. www.konferencje-logopedyczne.pl [4.11.2013].
- Cieszyńska J., Korendo M. (2007): *Wczesna interwencja terapeutyczna. Stymulacja rozwoju dziecka. Od noworodka do 6 roku życia*. Wydawnictwo Edukacyjne, Kraków.
- Clifford S.M., Dissanayake C. (2008): *The early development of joint attention in infants with autistic disorder using home video observations and parental interview*, „Journal of Autism and Developmental Disorders”, 38(5).
- Colgan S.E., Lanter E., McComish C., Watson L.R., Crais E.R., Baranek G.T. (2006): *Analysis of social interaction gestures in infants with autism*, „Child Neuropsychology”, 12(4).
- Corsello Ch.M. (2005): *Early Intervention in Autism*, „Infants & Young Children”, 18(2).
- Courchesne E., Carper R., Akshoomoff N. (2003): *Evidence of brain overgrowth in the first year of life in autism*, „The Journal of the American Medical Association”, 290(3).
- Elder L.M., Dawson G., Toth K., Fein D., Munson J. (2008): *Head circumference as an early predictor of autism symptoms in younger siblings of children with autism spectrum disorder*, „Journal of Autism and Developmental Disorders”, 38(3).

- Fombonne E. (2005): *Epidemiology of autistic disorder and other pervasive developmental disorders*, „Journal of Clinical Psychiatry”, Vol. 66, Suppl. 10.
- Fukumoto A., Hashimoto T., Ito H., Nishimura M., Tsuda Y., Miyazaki M. et al. (2008): *Growth of head circumference in autistic infants during the first year of life*, „Journal of Autism and Developmental Disorders”, 38(3).
- Garon N., Bryson S.E., Zwaigenbaum L., Smith I.M., Brian J., Roberts W., Szatmari P. (2009): *Temperament and its relationship to autistic symptoms in a high-risk infant sib cohort*, „Journal of Abnormal Child Psychology”, 37(1).
- Green G. (1996): *Early behavioural intervention for autism what does research tell us?* [w:] C. Maurice, G. Green, S. Luce (red.): *Behavioural Intervention for Young Children with Autism*. Austin, Pro-Ed.
- Hazlett H.C., Poe M., Gerig G., Smith R.G., Provenzale J., Ross A., Gilmore J., Piven J. (2005): *Magnetic resonance imaging and head circumference study of brain size in autism: Birth through age 2 years*, „Archives of General Psychiatry”, 62(12).
- Kaye J.A., Melero-Montes M., Jick H. (2001): *Mumps, measles and rubella vaccine and the incidence of autism recorded by general practitioners: A time trend analysis*, „British Medical Journal”, 322(7284).
- Kielin J. (2007): *Profil osiągnięć ucznia. Przewodnik dla nauczycieli i terapeutów z placówek specjalnych*. GWP, Gdańsk.
- Landa R.J. (2008): *Diagnosis of autism spectrum disorders in the first 3 years of life*, „Nature Clinical Practice Neurology”, 4(3).
- Landa R.J., Garrett-Mayer E. (2006): *Development in infants with autism spectrum disorders: A prospective study*, „Journal of Child Psychology and Psychiatry”, 47(6).
- Landa R.J., Holman K.C., Garrett-Mayer E. (2007): *Social and communication development in toddlers with early and later diagnosis of autism spectrum disorders*, „Archives of General Psychiatry”, 64(7).
- Lovaas O., Ivar O. (1987): *Behavioural treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children*, „Journal of Consulting and Clinical Psychology”, 55(1).
- Luiselli J.K., O'Malley Cannon B., Ellis J.T., Sisson R.W. (2000): *Home-based behavioural intervention for young children with autism/pervasive developmental disorder*, „Autism”, 4(4).
- Maestro S., Muratori F., Cavallaro M.C., Pei F., Stern D., Golse B., Palacio-Espasa F. (2002): *Attentional skills during the first 6 months of age in autism spectrum disorder*, „Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry”, 41(10).
- Maestro S., Muratori F., Cesari A., Cavallaro M.C., Paziente A., Pecini C., Grassi C., Manfredi A., Sommario C. (2005): *Course of autism signs in the first year of life*, „Psychopathology”, 38(1).
- Mars A.E., Mauk J.E., Dowrick P.W. (1998): *Symptoms of pervasive developmental disorders as observed in prediagnostic home videos of infants and toddlers*, „Journal of Pediatrics”, 132(3).
- McCandless J. (2003): *Children with starving brains. A medical treatment Guide for Autism Spectrum Disorder*. Bramble Books, Wilton Manors.
- Melero-Montes M., Jick H. (2001): *Mumps, measles, and rubella vaccine and the incidence of autism recorded by general practitioners: A time trend analysis*, „British Medical Journal”, 322(7284).
- Mikler-Chwastek A. (2011): *Sprawdzian rozwoju psychoruchowego niemowląt*. Harmonia Universalis, Gdańsk.

- Mitchell S., Brian J., Zwaigenbaum L., Roberts W., Szatmari P., Smith I., Bryson S. (2006): *Early language and communication development of infants later diagnosed with autism spectrum disorder*, „Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics”, 27(2).
- Morgan L., Wetherby A.M., Barber A. (2008): *Repetitive and stereotyped movements in children with autism spectrum disorders late in the second year of life*, „Journal of Child Psychology and Psychiatry”, 49(8).
- Osterling J.A., Dawson G. (1994): *Early recognition of children with autism: A study of first birthday home videotapes*, „Journal of Autism and Developmental Disorders”, 24(3).
- Osterling J.A., Dawson G., Munson J.A. (2002): *Early recognition of 1-year-old infants with autism spectrum disorder versus mental retardation*, „Development and Psychopathology”, 14(2).
- Ozonoff S., Macari S., Young G.S., Goldring S., Thompson R., Rogers S.J. (2008): *Atypical object exploration at 12 months of age is associated with autism in a prospective sample*, „Autism: The International Journal of Research and Practice”, 12(5).
- Pangborn J., Baker S. (2005): *Autism effective biomedical treatments. Have we done everything we can for this child? Individuality in an epidemic*. DAN!, Boston.
- Pisula E. (2005): *Małe dziecko z autyzmem. Diagnoza i terapia*. GWP, Gdańsk.
- Ritvo E.R., Jorde L.B., Mason-Brothers W., Peterson P., Jenson W., Mo A. (1989): *The UCLA–University of Utah epidemiologic survey of autism: Recurrence risk estimates and genetic counseling*, „American Journal of Psychiatry”, 146(8).
- Rogers S.J., Wehner E., Hagerman R. (2001): *The behavioral phenotype in Fragile X: Symptoms of autism in very young children with fragile-X syndrome, idiopathic autism, and other developmental disorders*, „Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics”, 22(6).
- Sheinkopf S., Siegel B. (1998): *Home-based behavioural treatment of young children with autism*, „Journal of Autism and Developmental Disorders”, 28(1).
- Stefańska-Klar R. (1992): *Całościowe, rozwojowe i integracyjne podejście do terapii dzieci z autyzmem*. Materiał szkoleniowy. WOM, Kraków–Sosnowiec.
- Stefańska-Klar R. (1993): *Zagadnienia wczesnej diagnozy i wczesnej interwencji w autyzmie*. Referat na Ogólnopolskiej Konferencji nt. „Dziecko niepełnosprawne w rodzinie. Socjalizacja i rehabilitacja a możliwości autorealizacji oraz społecznego funkcjonowania”. Lublin, 4–6 III.
- Stefańska-Klar R. (1995a): *Terapia dziecka z autyzmem jako całościowe wspieranie rozwoju*. Materiały Edukacyjne, Sekcja P PTP. Kraków–Katowice–Sosnowiec.
- Stefańska-Klar R. (1995b): *Próba integracji procesów i struktur psychicznych dziecka autystycznego w trakcie nauczania indywidualnego* [w:] Z. Sękowska (red.): *Przygotowanie pedagogów specjalnych do nowych form kształcenia dzieci niepełnosprawnych*. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin.
- Stefańska-Klar R. (1998): *Wczesne rozpoznawanie autyzmu oraz praca z małymi dziećmi przejawiającymi cechy autystyczne*. Seminarium naukowo-szkoleniowe dla lekarzy pediatrów i dyrektorów placówek opiekuńczo-wychowawczych nt. wczesnej diagnozy i interwencji w autyzmie wczesnodziecięcym. Zabrze, 9 IX.
- Stefańska-Klar R. (2000a): *O autorskiej metodzie Całościowego Wspomagania Rozwoju w autyzmie i zespole Aspergera*. Referat na Międzynarodowej Konferencji Naukowej nt. „Dziecko autystyczne XXI wieku”. Częstochowa, 1–3 XII.
- Stefańska-Klar R. (2000b): *Późne dzieciństwo. Młodszy wiek szkolny* [w:] B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.): *Psychologia rozwoju człowieka*. T. 2. PWN, Warszawa.

- Sullivan M., Finelli J., Marvin A., Garrett-Mayer E., Bauman M., Landa R. (2007): *Response to joint attention in toddlers at risk for autism spectrum disorder: A prospective study*, „Journal of Autism and Developmental Disorders”, Vol. 37, Issue 1.
- Taylor B., Miller E., Farrington C.P., Petropoulos M.C., Favot-Mayaud O., Li J., Waight P.A. (1999): *Autism and measles, mumps and rubella vaccine: No epidemiological evidence for a causal association*, „The Lancet”, 353(9169).
- Teitelbaum O., Benton T., Shah P.K., Prince A., Kelly J.L., Teitelbaum P. (2004): *Eshkol-Wachman movement notation in diagnosis: The early detection of Asperger's syndrome*, „Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America”, 101(32).
- Teitelbaum P., Teitelbaum O., Nye J., Fryman J., Maurer R.G. (1998): *Movement analysis in infancy may be useful for early diagnosis of autism*, „Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America”, 95(23).
- Watt N., Wetherby A.M., Barber A., Morgan L. (2008): *Repetitive and stereotyped behaviors in children with autism spectrum disorders in the second year of life*, „Journal of Autism and Developmental Disorders”, 38(8).
- Weiss M. (1999): *Differential rates of skill acquisition and outcomes of early intensive behavioural intervention for autism*, „Behavioural Interventions”, 14(1).
- Werner E., Dawson G. (2005): *Validation of the phenomenon of autistic regression using home videotapes*, „Archives of General Psychiatry”, 62(8).
- Werner E., Dawson G., Munson J., Osterling J. (2005): *Variation in early developmental course in autism and its relation with behavioral outcome at 3-4 years of age*, „Journal of Autism and Developmental Disorders”, 35(3).
- Werner E., Dawson G., Osterling J., Dinno N. (2000): *Brief report: Recognition of autism spectrum disorder before one year of age: A retrospective study based on home videotapes*, „Journal of Autism and Developmental Disorders”, Vol. 30.
- Wetherby A.M., Watt N., Shumway S. (2007): *Social communication profiles of children with autism spectrum disorders late in the second year of life*, „Journal of Autism and Developmental Disorders” 37(5).
- Wetherby A.M., Woods J., Allen L., Cleary J., Dickinson H., Lord C. (2004): *Early indicators of autism spectrum disorders in the second year of life*, „Journal of Autism and Developmental Disorders”, 34(5).
- Wimpory D.C., Hobson R.P., Williams J.M., Nash S. (2000): *Are infants with autism socially engaged? A study of recent retrospective parental reports*, „Journal of Autism and Developmental Disorders”, 30(6).
- Yoder P., Ston W.L., Walden T., Malesa E. (2009): *Predicting social impairment and ASD diagnosis in younger siblings of children with autism spectrum disorder*, „Journal of Autism and Developmental Disorders”, 39(10).
- Zwaigenbaum L., Bryson S., Rogers T., Roberts W., Brian J., Szatmari P. (2005): *Behavioral manifestations of autism in the first year of life*, „International Journal of Developmental Neuroscience”, 23(2-3).
- Zwaigenbaum L., Thurm A., Stone W., Baranek G., Bryson S., Iverson J., Kau A., Klin A., Lord C., Landa R., Rogers S., Sigman M. (2007): *Studying the emergence of autism spectrum disorders in high-risk infants: Methodological and practical issues*, „Journal of Autism and Developmental Disorders”, 37(3).



Rafał Kojs

Zabawa w rozwoju i edukacji dziecka



Zabawa jako forma aktywności dziecka

Zabawa stanowi tę formę aktywności człowieka, która jest obecna w różnych fazach jego rozwoju i pełni w nich różną rolę. W pierwszych latach życia, do wieku przedszkolnego włącznie, stanowi ona dominującą formę aktywności, choć oczywiście nie zanika i w późniejszych okresach rozwojowych. Ten fakt stał się przyczyną od dawna podejmowanej refleksji filozoficznej, studiów i badań naukowych, a w konsekwencji pojawienia się teorii zabaw, bogatej twórczości w zakresie samych zabaw i gier, a także opracowań metodycznych. Duże zainteresowanie różnych środowisk naukowych problematyką zabawy zaowocowało licznymi publikacjami – są to m.in. prace: J. Huizingi (1967), J. Cieślakowskiego (1983), W. Okonia (1987), B. Muchackiej (1992), R. Oertera (1997), H. Scheuerla (1997).

Zabawy i gry są zjawiskiem społecznym i kulturowym, mają także swój wymiar polityczny, militarny i edukacyjny. Wnikają w różne sfery życia człowieka, stwarzając warunki do zaspokajania potrzeb dotyczących m.in. wykazania się pewnymi umiejętnościami, „sprawdzenia się” w różnych sytuacjach, określenia swojego miejsca w grupie, zaprezentowania swoich możliwości i kompetencji. Są sposobem wrastania w grupę społeczną poprzez naśladowanie, przyswajanie pewnych wzorców zachowań, a także – zawierając określone problemy do rozwiązania – motywują do aktywności twórczej.

Za pomocą gier i zabaw dzieci mogą się uczyć we wczesnym dzieciństwie m.in. zróżnicowanych modeli zachowań, decydujących o sposobach ich intelektualnego, emocjonalnego i społecznego funkcjonowania.

Nowoczesne kształcenie powinno zmierzać do rozwijania jednostki według jej predyspozycji intelektualnych i emocjonalnych, dążąc do pobudzania motywów, zainteresowań, tworzenia dogodnych warunków do podejmowania różnorodnych działań kreatywnych, zaznajamiania z systemem akceptowanych społecznie wartości i kształtowania przekonań o potrzebie przestrzegania ich we własnym postępowaniu. Niezbędne jest przy tym stwarzanie dzie-

ciom poczucia bezpieczeństwa, klimatu życzliwości i zaufania między nimi a nauczycielem, sytuacji umożliwiających przeżywanie radości i zadowolenia z osiągniętych sukcesów, jak też pokonywanych trudności, a w konsekwencji umożliwienie im akceptacji samych siebie, poczucia harmonii w kontaktach z innymi ludźmi oraz szeroko pojętym środowiskiem społecznym i przyrodniczym. W propozycjach metodycznych powinny się znaleźć zatem takie oferty działań edukacyjnych, które uwzględniałyby wyżej wymienione postulaty. Wartościową strategią, która w znacznym stopniu spełnia postulat wielostronnej aktywności dziecka, jest zabawa – jej struktura oraz podejmowane czynności pozwalają dziecku poznawać, przeżywać i integrować doświadczenia oraz przekładać je na właściwy każdemu dziecku język działań zabawowych.

W swych analizach zwracam uwagę m.in. na te zabawy, w których dzieci tworzą i modyfikują reguły działań zabawowych (zabawy z regułami), co w wielu przypadkach przyjmuje charakter prostych strukturalnie gier.

Sporo miejsca poświęcam analizie zabawy jako sekwencji zadań i intencjonalnych działań, a także funkcjom zabaw inspirowanych przez dziecko i zabaw edukacyjnych organizowanych przez dorosłych.

Rozwój dziecka

Rozwój dziecka to ciąg nieustannie zachodzących po sobie i obok siebie zmian jego właściwości, to nieustanne naruszanie i przywracanie równowagi tworzącym go, współzależnym strukturom anatomicznym, fizjologicznym i psychicznym. Zmiany te, tak dla otoczenia, jak i dla dziecka, oznaczają w szczególności, iż w określonym przedziale życia dziecka pojawiają się okoliczności szczególnie korzystne lub niekorzystne dla podejmowania pewnych działań opiekuńczych i edukacyjnych, że pojawiają się szanse i zagrożenia jego rozwoju.

Rozwój społeczny wiąże się ze zmianami w przejawianych formach aktywności społecznej, zachodzącymi w poszczególnych okresach życia. Aktywność ta jest wynikiem kontaktów interpersonalnych związanych z uczestnictwem w działalności różnych grup społecznych: rodziny, grupy rówieśniczej, grupy zabawowej itd., z przynależnością do nich. Stanowi ona jeden ze składników rozwoju psychofizycznego, obejmującego także rozwój fizyczny, umysłowy i emocjonalny.

Uspołecznienie dziecka rozpoczyna się już od ok. 3 miesiąca życia i wiąże się z kontaktami z osobami dorosłymi i reakcjami na nie. Mechanizm naśladownictwa i identyfikacji umożliwia dziecku uczenie się zachowań społecznych. W okresie od 2. do 6. roku życia dzieci nawiązują kontakty społeczne, najpierw z osobami z najbliższego otoczenia, a następnie z innymi, szczególnie z dziećmi (Hurlock, 1985).

We wczesnym dzieciństwie dzieci uczą się zróżnicowanych wzorców zachowań: współdziałania (od ok. 4. roku życia), rywalizacji, wspólniałości

ści (gotowość dzielenia się z innymi wzrasta wraz z ograniczeniem egoizmu), pragnienia aprobaty społecznej, współczucia, empatii (odczytywania uczuć innych osób z wyrazu twarzy i rozumienia języka), zależności (motywacji do zachowań społecznych), życzliwości, bezinteresowności, naśladownictwa, okazywania miłości (Hurlock, 1985).

Rozwój procesów poznawczych odbywa się poprzez stopniowy rozwój wrażeń, spostrzeżeń, uwagi, pamięci. U dzieci rozpoczynających naukę szkolną, podobnie jak u młodszych, rozwój spostrzegania idzie w parze z rozwojem zdolności do wyodrębniania poszczególnych przedmiotów i do uogólniania ich cech (Żebrowska, 1977, s. 562–566). U dziecka spostrzeżenia formułują się w procesie aktywnego działania. Stopniowo procesy spostrzegania zaczynają się wyodrębniać i kształtować jako procesy specjalne lub samodzielne i skierowane na jakiś cel. Spostrzeganie staje się procesem kierowanym, podporządkowanym świadomym celom. W ścisłym związku z procesami spostrzegania i obserwacji rozwija się uwaga. Jest ona takim stanem i poziomem aktywności nerwowej w korze mózgowej, który przygotowuje, a następnie podtrzymuje sprawną pracę organizmu w zakresie jego poznawczej orientacji i celowej działalności w otaczającym świecie (Szuman, 1955). A. Brzezińska zwraca uwagę na szczególne znaczenie osób dorosłych w stwarzaniu odpowiednich warunków materialnych i emocjonalnych. Warunki stwarzane przez dorosłych jako „pośredników między dzieckiem a otaczającym światem” decydują o tym, jakie działania może podejmować dziecko, z jakimi ludźmi może mieć kontakty, do jakich przedmiotów ma dostęp (2009, s. 38).

Rozpatrując rozwój dziecka w kontekście jego aktywności, M. Tyszkowa wskazuje na pojawiające się już we wczesnym dzieciństwie dążenia do zwiększenia realnego oddziaływania na świat zewnętrzny. Ujawniają się one w zabawach, dzięki którym dziecko uzyskuje orientację w charakterze czynności i działań oraz w ich strukturze (1990).

Ważna dla prezentowanego zagadnienia jest koncepcja całościowego ujmowania związków między środowiskiem życia dziecka, wychowaniem a jego rozwojem. W koncepcji tej akcentuje się znaczenie interakcji dziecka z dorosłymi i rówieśnikami jako czynnikami wspomagającymi rozwój jego indywidualności. Rozwój postrzega się jako wzajemne dopasowywanie się do siebie możliwości dziecka i oczekiwań innych osób. Doświadczenie przez dziecko różnicy między możliwościami a oczekiwaniami, dostrzeganie przez nie różnicy między ujęciami tego samego zadania z odmiennych punktów widzenia – wywołują „napięcie” i uruchamiają własne poszukiwania dziecka (Brzezińska, Lutomski, Smykowski, red., 1995).

Interesująca z punktu widzenia podjętej problematyki jest koncepcja rozwoju umysłu S.I. Greenspana, w której akcentuje się związek poznania z emocjami. Przede wszystkim jednak wskazuje się na proces wyodrębniania się i kształtowania zachowań intencjonalnych, celowych, co ściśle wiąże się

z problematyką zadań rozwojowych i edukacyjnych. Wskazując na emocjonalne fundamenty rozwoju umysłu i jego biologiczne, psychologiczne, społeczne i kulturowe podstawy, wspomniany autor przedstawia równocześnie edukacyjne konsekwencje swego stanowiska. Wyróżnia on 6 stadiów rozwoju umysłu dziecka: stadium nadawania sensu doznaniom; stadium intymności i powiązania; stadium bezsłownego dialogu, poczucia „ja” i świadomości; stadium społecznych interakcji (cel i interakcja); stadium wyobrażeń, idei i symboli; stadium myślenia emocjonalnego. Etapy te stanowią najgłębsze strukturalne składniki umysłu, podpierające cały późniejszy rozwój (2000). W każdym stadium rozwojowym dzieci i ich środowisko życia muszą rozwiązywać specyficzne dla nich „zadania rozwojowe”.

Rozwój struktur mózgowych określony jest pewnymi prawidłowościami, m.in. kolejnością ich pojawienia się w czasie i możliwościami spełniania odpowiednich funkcji, a także optymalną podatnością na zmiany, właściwą tylko pewnej fazie rozwojowej. Każdy okres rozwojowy dziecka, począwszy od okresu płodowego, wymaga w szczególności zabiegów edukacyjnych sprzyjających pojawieniu się oczekiwanych zmian strukturalno-funkcjonalnych. Zaniedbania wychowawcze rodziców, występujące w najwcześniejszych fazach rozwoju dziecka, a dotyczące oddziaływać na ośrodki podkorowe, prowadzą do zubożenia lub upośledzenia emocjonalnego, społecznego i intelektualnego.

O rozwoju psychofizycznym człowieka, jego sfery biologicznej oraz psychicznej, w tym i osobowościowej, decydują formy jego aktywności, warunkowane zewnętrznymi i wewnętrznymi czynnikami. Zachowania dziecka od najwcześniejszych faz jego rozwoju mają charakter intencjonalny. *Podczas pierwszego roku życia zdolność wyrażania celu prowadzi do bezsłownych wymian między niemowlęciem a rodzicami – „dialogów” za pomocą mimiki i gestów, które dają początek tego co później rozpoznamy jako wyrazy chęci i pragnień. Zanim dziecko nauczy się mówić „ja”, zaczyna rozróżniać inicjatora i odbiorcę konkretnych działań dzięki poczuciu celu, wyrażonemu w tych wymianach* (Greenspan, 2000, s. 71).

Aby intencja zamieniła się w celową akcję, jeden lub kilku opiekunów musi ją odczytać i na nią zareagować, a także nawiązać bezsłowny dialog (Greenspan, 2000). Odpowiednie zadania edukacyjne i społeczna, rodzicielska więź stają się tu oczywiste i konieczne. W dialogu tym wyłania się wyrażenie „ten, na którego dziecko chce wpłynąć”, czyli przedmiot działania, wyłania się dziecięce „ja”, czyli podmiot działania; pragnienie zaś konkretyzuje się jako cel działania. Towarzyszą temu określone środki i sposoby – m.in. płacz, uśmiech, potakiwanie, ruchy rąk. Dziecko na swój sposób kontroluje i ocenia to, co się dzieje. Działając, doświadczając i eksperymentując, nieustannie zdaje się posługiwać wrodzonym, bezsłownym schematem zdania warunkowego: „Co się stanie, jeżeli...”, „Jeżeli A, to B”. W bezsłownym dialogu z dzieckiem mamy zresztą do czynienia z różnorodnością tak zdarzeń, jak i wypowiedzi

modalnych, najwyraźniej widocznych w sytuacjach zabawowych. Osadzone w podejmowanych formach aktywności stanowią olbrzymi potencjał rozwojowy dziecka, bezwarunkowo zależny od środowiska społecznego.

Przyjmując, iż w rozwoju człowieka pierwotną, a przy tym fundamentalną strukturą jego życiowej aktywności jest struktura działania intencjonalnego wraz z wyrażającymi ją i kształtującymi prawidłowościami, pojawiają się pytania: jak się ona rozwija i w jaki sposób wspomagany jest jej rozwój, jaki związek zachodzi między strukturą danego działania a jakością i ilością uzyskanych wyników. Zakładam, iż wskazane struktury należy wspomagać i rozwijać, formułując i zlecając dziecku do wykonania określone zadania, a także stwarzając mu warunki do samodzielnego stawiania sobie celów do realizacji.

Aktywność dziecka wynika z jego potrzeb. Ich różnorodność wyzwala dążenia, wyłania i kształtuje różne formy aktywności. Przyjmuję, iż jest to wewnętrzny stan organizmu, który potrzebuje jakiejś rzeczy lub jakiegoś stanu rzeczy. Jest to także synonim takich pojęć, jak: motyw, podniecie, pragnienie, pożądanie, ochota (por. Reber, 2002). Rozpatrywana problematyka skłania do uwzględnienia w jej analizie koncepcji potrzeb A.H. Masłowa. Wyróżnia on: potrzeby fizjologiczne (pragnienie pokarmu, wody itp.); potrzeby bezpieczeństwa (braku zagrożenia, poczucia bycia zabezpieczonym itp.); potrzeby przynależności i miłości (afiliacji, akceptacji itp.); potrzeby szacunku (osiągnięć, prestiżu, pozycji itp.); potrzeby poznawcze (wiedzy, rozumienia, zaspokojenia ciekawości itp.); potrzeby estetyczne (ładu, piękna, struktury, sztuki itp.); potrzeby samorealizacji (samospelnienia się, realizacji swoich możliwości) (1986).

Najważniejszą potrzebą człowieka, według Masłowa, jest potrzeba samorealizacji, która pojawia się dopiero po zaspokojeniu potrzeb niższych. Zadaniem dorosłego jest zapewnienie dziecku poczucia sytości, ciepła, opieki, otoczenie je miłością oraz okazywanie mu szacunku. Dziecko ustawicznie dąży do osiągnięcia postępu, sięga po nowe, nieznanne, by w sposób nieuświadomiony samorealizować się, przede wszystkim w zabawie, dla zabawy i przez zabawę. Dziecko musi czuć się bezpiecznie, by działać, dla jego rozwoju najważniejsze jest zaspokojenie tej potrzeby. Niedobór poczucia bezpieczeństwa wymaga ustawicznego redukowania. Należy więc zapewnić dziecku poczucie porządku, stałości i powtarzalności zjawisk w świecie, oparcie i opiekę, uwolnić je od lęku i niepokoju. Zadaniem dorosłych jest także pomóc dziecku w samorealizacji, czyli w poznaniu własnych cech oraz ukazaniu możliwych sposobów ich urzeczywistnienia. Zdaniem Masłowa najlepszym sposobem samorealizacji jest twórczość, zadaniem dorosłych zaś jest stwarzanie sytuacji wyzwalających działania twórcze (Masłow, 1986; 1990; Kielar-Turska, 1992). Szczególną rolę w zaspokajaniu i rozwijaniu potrzeb dziecka spełnia jego aktywność zabawowa.

Rola zabawy w rozwoju dziecka i jej osobotwórczy charakter

Aktywność dziecka, podobnie jak aktywność człowieka dorosłego, to ciągle stawianie przed sobą mniej lub bardziej uświadomionych celów i zadań, czyli wybieganie myślą w przyszłość. Równocześnie aktywność ta wyraża się w poszukiwaniu i wskazywaniu środków oraz metod realizacji postawionych celów i zadań. Można wnosić, iż aktywność dziecka posiada charakter nieustannego formułowania problemów i stawiania hipotez oraz – poprzez działania – nieustannego sprawdzania (badania) ich wartości, co jest wyraźnie widoczne w działaniach zabawowych o charakterze badawczym. W ramach tej formy dziecko zaspokaja swe potrzeby, dostosowując się do środowiska zewnętrznego, zmieniając je i zmieniając siebie. Procesem dostosowywania się do środowiska zewnętrznego (przyrodniczego i społecznego), a także jego kształtowania, nieodłącznie towarzyszą procesy uczenia się i poznawania, co jednocześnie oznacza mniej lub bardziej świadome wywoływanie zmian.

Zabawę sytuuje się w obszarze działań swobodnych, związanych z przyjemnością i bezinteresowną kreacją, a więc i wyobraźnią. *W (...) globalnym znaczeniu zabawa jest działaniem wykonywanym dla własnej przyjemności, a opartym na udziale wyobraźni, tworzącej nową rzeczywistość. Choć działaniem tym rządzą reguły, których treść pochodzi głównie z życia społecznego, ma ono charakter twórczy i prowadzi do samodzielnego poznawania i przekształcania rzeczywistości* (Okoń, 1987, s. 44). W przywołanej definicji pojawiły się cechy zabawy i bawiącego się dziecka podkreślające twórczy i podmiotowy charakter zabawy – samodzielność w przekształcaniu i tworzeniu nowej (działaniowej i wyobrażeniowej) rzeczywistości, wpisanej w określone zasady. Dzieci w swych zabawach są twórcami wypowiadającymi się w sposób charakterystyczny dla swojego poziomu rozwojowego – uczą się niezależności myślenia, zaufania do siebie samego, wzmacniają poczucie własnej wartości, uczą się także działania w ramach tworzonych w zabawowych sytuacjach reguł.

Istotną cechą zabawy są przeżycia. R. Oerter zabawie przypisuje szczególny rodzaj przeżywania: „Flow – Eurlebnis”, charakterystyczny również dla niektórych działań typu twórczego, a polegający na: oczywistości i jasności podejmowanych działań; optymalnym zaangażowaniu przy poczuciu pełnej kontroli; wewnętrznej koncentracji; aktywizacji wszystkich dyspozycji; silnym ograniczeniu poczucia czasu (zapomina się o czasie), wtapianiu się w działanie (Oerter, 1999). Traktowanie w zabawie przedmiotów i osób „na niby” daje dziecku wprost nieograniczoną swobodę poruszania się w ustalonym umownie polu znaczeń, pozwala na dowolne kojarzenie bodźców, odwracanie ról, itp. Sprzyja to nabywaniu wzorów i sposobów zachowania oraz przewycięzaniu konfliktów (Scheuerl, 1994).

Spontaniczna aktywność zabawowa dzieci jest motywowana wewnętrznie, wynika z ich potrzeb. Dziecko, podążając tropem wyznaczonym przez zada-

nia rozwojowe, ćwiczy, konstruuje i odgrywa, powołuje do życia przedmioty i sytuacje nowe i wartościowe (rozwojowo), poznaje rzeczywistość. Dlatego *niektóre właściwości zabawy, zwłaszcza zabawy symbolicznej, wprost przywołują na myśl działania twórcze* (Kubicka, 2003, s. 104). Swoboda aranżowania zabawowych sytuacji oraz kreowania przez dziecko przestrzeni zabawy pozwala na podejmowanie samodzielnych przedsięwzięć, zarówno w rzeczywistości, jak i w świecie fikcji. Stąd można przyjąć, że zabawa jest naturalną strategią kształtowania samodzielnych (podmiotowych) działań dziecka – rodzajem twórczości subiektywnej.

Określając sens zabawy, J. Huizinga wskazuje także na inne jej właściwości: zabawa jest przede wszystkim swobodnym działaniem (jest wolnością); nie jest zwykłym, czy też „właściwym” życiem – jest wykraczaniem z takiego życia w sferę tymczasowej aktywności o swoistych tendencjach; ma charakter bezinteresowny; jest przestrzennie odrębna i ograniczona (dzieje się w obrębie określonych granic czasu i przestrzeni); zawiera sama w sobie swój przebieg i sens (jest sensowną całością); jako forma kulturowa przybiera określony kształt (twór duchowy, duchowy skarb); powtarzalność jest jedną z najistotniejszych cech zabawy (cecha ta dotyczy zarówno zabawy jako całości, jak i poszczególnych jej fragmentów); w obrębie miejsca zabawy panuje swoisty i bezwarunkowy porządek; słowa, którymi można nazwać elementy zabawy, po większej części przynależą do dziedziny estetyki (napięcie, równowaga, wyważenie, złuzowanie, kontrast, wariacje, związanie i rozwiązanie, rezultat, oczarowanie) (Huizinga, 1985).

Pojawiające się w zabawach i grach zdarzenia mają swój wymiar psychiczny i społeczny ze względu na towarzyszące dzieciom przeżycia oraz ich skutki. Mogą one daleko wykraczać poza samą zabawę, kształtując stosunek do siebie i otoczenia. Zabawy i gry – poprzez swoją dynamikę, nieustanne zmiany relacji między jej uczestnikami, wywoływane zgodnie z obowiązującymi w niej regułami, zasadami (nakazami, zakazami i uprawnieniami) – ciągle stwarzają okazje do poznawania siebie i innych w odniesieniu do obowiązujących przepisów.

Konsekwencją przeprowadzonej zabawy czy gry może być przeniesienie sposobu poznawania i oceniania jej uczestników i siebie na sytuacje rzeczywiste. Wytworzona więc zostaje potrzeba sprzyjająca tworzeniu norm: próba wyjaśnienia zachowania, próba uzasadniania słuszności lub braku słuszności celu zachowania, próba określenia nadrzędnej zasady dla danego zachowania, próba stworzenia – analogicznie jak w grze – systemu regulacji zachowań. Chodzi tu więc nie tylko o społeczny aspekt norm dotyczących wymagań obowiązujących w zabawie i grze, ale także twórcze ujęcie tych norm.

H. Scheuerl zwraca uwagę na uczenie się przez dziecko zabawy, a więc także norm realizowanych w zabawie. Następuje to poprzez odkrywanie

i tworzenie nowych możliwości, poprzedzające kształtowanie się określonych umiejętności. Zabawa, stawiając przed dzieckiem wymagania, bazuje na wcześniejszych osiągnięciach i wiedzy (Scheuerl, 1994). Pojawiające się w zabawach zadania, powtarzając się z pewną częstotliwością, pozostawiają ślady w umysłach ich twórców i wykonawców. Tworzą w umyśle mniej lub bardziej trwałą sieć połączeń, stanowiących w konsekwencji o funkcjonowaniu dziecka. Powtarzanie określonego rodzaju czynności skierowanych na określone obiekty kształtuje pewien typ zachowań i wynika z wcześniejszych doświadczeń.

W rezultacie podejmowanych przez siebie aktywności zabawowych dziecko zdobywa doświadczenia, wzbogaca się o nowe sposoby działania i nowe rozwiązania, odkrywa dla siebie nowy skrawek rzeczywistości. Bawiące się dziecko jest zainspirowane swoją zabawą, pochłonięte działaniem, uczestniczy w odkrywaniu i tworzeniu rzeczywistości, przywołuje magiczne przestrzenie – niedostępne i chronione tajemnicą wymyślonych reguł. W przypadku dziecięcych zabaw twórczość przejawia się w tych czynnościach i działaniach, które prowadzą do nowych i wartościowych dla dziecka rezultatów – zabawa ułatwia integrowanie zdobytej wiedzy z wiedzą już posiadaną przez dziecko. Twórcze aspekty zabaw dziecięcych szczególnie widoczne są w zabawach tematycznych, konstrukcyjno-plastycznych oraz muzyczno-ruchowych.

Aktywność twórcza przebiega według pewnego porządku. *Pojawia się bardzo wczesnie w życiu jednostki i przejawia się najpierw w zabawie dziecka. Stopniowo rozprzestrzenia się na inne dyscypliny życia – naukę szkolną, na czynności rekreacyjne i zawodowe* (Hurlock, 1985, s. 79).

Analiza procesu twórczego u dziecka wskazuje na to, iż twórcza oryginalność nie mogłaby istnieć bez szczególnie rozwiniętej wyobraźni, dynamizującej i intensyfikującej myśli i uczucia. Wyobraźnia dziecka pełni szczególną rolę w aktywności zabawowej, w której przestrzeń realna wypełnia się fikcją. Działania dziecka zmierzają do rozpoznawania otoczenia, oswajania go i nawiązywania z nim dialogu. Napięcia, jakie powstają pomiędzy poszczególnymi elementami przestrzeni oswajanej przez dziecko, stwarzają wrażenie rozmowy, w której dziecko uczestniczy, rozmieszczając przedmioty, rozrzucając, rozpościerając, przykrywając, opakowując, umieszczając, nakładając, zestawiając, łącząc, rozłączając, przygarniając i odrzucając. Przekształcając przestrzeń, angażując przedmioty w różnorakie relacje, tworząc napięcia, wywołując ruch, dziecko tworzy wydarzenia na pograniczu fikcji i rzeczywistości, sytuacje dynamiczne, kreuje struktury przestrzenne pulsujące życiem, komponuje wydarzenia inspirowane znalezionym przedmiotem czy oswojoną przestrzenią, konstruuje język przestrzenny, elastyczny, pełen niedopowiedzeń i niedookreśleń – przestrzenny język sytuacji. Wraz z transformacjami przedmiotu i przestrzeni zmianom

ulega rzeczywistość zabawowa, struktura „niby świata” i reguły rządzące w tym świecie, co sprawia wrażenie nieustannej, totalnej twórczości.

Struktura i funkcje edukacyjne zabawy

W rozważaniach nad pedagogicznymi aspektami rozwoju dziecka szczególne miejsce zajmują zagadnienia dotyczące jego zachowań intencjonalnych, jego umysłu i języka. Pozostają one w ścisłym związku z celami, zadaniami, organizacją, treścią i edukacyjnymi wymaganiami stawianymi przed rodzicami i dziećmi, nauczycielami i uczniami, wychowawcami i wychowankami. Wskazują one jednoznacznie na fundamentalną rolę działań podejmowanych w tym okresie na rzecz dziecka i przez dziecko oraz na skutki braku takich poczynań lub postępowań szkodliwych (Donaldson, 1986).

Kształcenie powinno dostarczyć dziecku spójnego obrazu rzeczywistości, wymaga więc kształtowania umiejętności integrowania wiedzy o świecie oraz radzenia sobie z wielością i różnorodnością informacji. Dlatego ważny jest dobór takich metod i środków kształcenia, które pozwoliłyby dziecku odkrywać i porządkować rzeczywistość w sposób dla niego atrakcyjny i wartościowy, realizując zadania rozwojowe.

Zadania rozwojowe to stany organizmu, które powinien on osiągnąć pod wpływem oddziaływania czynników biologicznych, społecznych, kulturowych i edukacyjnych, by przejść do etapu charakteryzującego się wyższym stopniem złożoności, zróżnicowania, jakości i ilości spełnianych funkcji. Zadania te wskazują na aktualny i pożądaný stan właściwości biologicznych i społecznych wychowanka; określają, jaki poziom pewnych właściwości biopsychicznych i w jakiej kolejności powinien osiągnąć człowiek w danym przedziale wieku oraz które właściwości ludzkiego rozwoju i w jaki sposób należy wspierać w pracy pielęgnacyjnej i opiekuńczej; wskazują one także na to, które właściwości społeczne, emocjonalne, intelektualne i estetycznego rozwoju należy wspomagać i kształcić. W zadaniach rozwojowych należy więc mieć na uwadze aspekt biologiczno-zdrowotny, osobowo-społeczny, osobowo-przyrodniczy i osobowo-kulturowy. Zadania rozwojowe, uwzględniając tzw. sferę najbliższego rozwoju (Wygotski, 1978), powinny wskazywać i rzutować na cele i zadania edukacji (wychowania, kształcenia), a te – na zadania edukacyjne.

Zabawa/gra, jako systemem zadań, jest najczęściej włączana do zajęć dydaktycznych przez nauczyciela. To on podejmuje taką decyzję, biorąc pod uwagę m.in. cele edukacyjne, które wraz z wychowankami ma osiągnąć. On też stwarza warunki do tego, by zabawa mogła stać się faktem edukacyjnym: przeznacza na nią pewną ilość czasu i dostarcza odpowiednich środków. Decyduje więc pośrednio, proponując określone zadania, jakie typy zachowań mają zostać utrwalone.

Zadania edukacyjne (wychowawcze, kształcące, autoedukacyjne, uczenia się) stanowią odpowiedź na pytanie, za pomocą czego i w jaki sposób realizowane są określone cele edukacji; jak wywołuje się zmiany i kształtuje pożądane cechy psychofizyczne osób i grup społecznych. Są to polecenia wykonania takich działań, których skutki dotyczą pożądanych cech osób lub grup społecznych. Zadania takie są narzędziami realizacji celów edukacji. Odpowiednio uporządkowane i powiązane tworzą system zadań częściowych (szczegółowych, umożliwiających realizację ogólnych zadań – celów edukacji).

Czynności podejmowane przez dzieci w zabawach i grach są wywołane przez zadania (systemy zadań), a wyniki czynności są rozwiązaniami zadań. W obrębie tak rozumianej funkcji mamy do czynienia ze związkiem między zadaniem, które wywołuje czynności (lub sekwencją zadań), a jego (ich) wykonaniem, prowadzącym do określonego wyniku, który może być np. konkretną umiejętnością wyćwiczoną podczas zabawy. O możliwości pełnienia przez określoną zabawę/grę funkcji edukacyjnych świadczą składające się na nią zadania, których rozwiązywanie równoznaczne jest z wykonaniem pewnych czynności. Dostrzeżenie związku pomiędzy określonymi zadaniami i aktywnością, jaką one wywołują, jest szczególnie wartościowe podczas projektowania i inspirowania twórczych działań dzieci (Kubicka, 2003).

Szczególną wartość edukacyjną mają zabawy i gry konstruowane przez same dzieci (Gruszczyk-Kolczyńska, Dobosz, Zielińska, 1996). W takich działaniach dzieci są nie tylko ich użytkownikami, ale także twórcami.

Gry i zabawy edukacyjne są konstruowane lub – jako gotowe – dobierane z myślą o ułatwieniu i uatrakcyjnieniu realizacji celów edukacji, stają się narzędziem ich urzeczywistnienia. I to jest ich główną funkcją – ułatwienie realizacji celów edukacji. Cele i szczegółowe zadania edukacji są wyznacznikami struktury i funkcji gier dydaktycznych.

W analizach zabaw i gier edukacyjnych można wyróżnić 2 płaszczyzny. Pierwsza dotyczy dziecka, a druga przede wszystkim rodziców i nauczycieli. Dziecko, przystępując do zabawy, kieruje się swoimi zainteresowaniami, aspiracjami i potrzebami, w tym potrzebą znaczenia i sukcesu oraz potrzebą utrzymania lub poprawienia swej pozycji w grupie. Sytuacje, w których dzieje się coś, co może zagrażać zajmowanej pozycji lub może ją poprawić, sytuacje, w których pojawia się szansa na sukces – sprzyjają uruchomieniu aktywności dziecka. Szczególnie wyraźne widać to w grach, w których ważne jest zwycięstwo, dla którego dziecko gotowe jest przyjąć warunki jego uzyskania. Te czynności są odpowiedzią na pytanie, co zrobić, by odnieść sukces: czynności są więc funkcją celu, ponieważ cel określa to, co należy robić. Rodzice i nauczyciele, organizując działania zabawowe, odpowiadają na pytanie: za pomocą jakich zabaw i gier (jak organizowanych) kształtować pożądane cechy dziecka.

Każda gra i zabawa jest związana z komunikacją, a tym samym ze stosowaniem pewnego języka, pewnego systemu znaków i znaczeń. Jest języko-

wym systemem reguł wskazujących co, kiedy i jak zrobić, by zwyciężyć; jest systemem nakazów, zakazów oraz uprawnień jej uczestników. Język określający reguły zabawy (tworzone i modyfikowane w trakcie jej trwania) oraz sposób ich rozumienia decyduje o przebiegu zabawy, porządkuje i wyznacza zasady komunikacji w jej ramach.

Zabawy są formami porozumiewania się łączącymi swoisty język (języki) z odpowiednimi technikami porozumiewania się wielodialogowego i wielokanałowego. Jej reguły tworzą określoną rzeczywistość społeczną, tj. rzeczywistość niezależną od jednostki (Piaget, 1967). Ustalają rodzaj i strukturę aktów komunikacji, wyznaczając w obrębie modelu zadania, których dotyczą kolejne działania. Reguły zabawy (gry) lub ustalane przez dzieci w ramach zabaw tymczasowe zasady można uznać za metakomunikację dotyczącą organizacji porozumiewania się. Komunikację w grze i zabawie można rozpatrywać na wielu płaszczyznach, m.in.: komunikacja w ramach zabawy – dzieci realizują cele wewnętrzne zabawy, wywierając wpływ na siebie i przedmioty poprzez interakcje regulowane wytworzonymi lub przyjętymi regułami; metakomunikacja dotycząca organizowania warunków i okoliczności towarzyszących działaniom zabawowym organizowanym przez nauczyciela (rodziców lub opiekunów), a także dzieci modyfikujące zasady zabawy; komunikacja niezwiązana z zabawą, a wpływająca na jej przebieg – przekazy zakłócające ten przebieg (np. zalecenia opiekunów sygnalizujące konieczność zakończenia zabawy, niehałasowania itp.).

W charakterystyce wyznaczników wartości edukacyjnej zadań pojawiających się w zabawach (spontanicznych i organizowanych) istotne wydają się być wyrażenia wskazujące na relacje zachodzące w wypowiedziach oraz w odzwierciedlanej w nich rzeczywistości, a tym samym uruchamiające i rozwijające pewne struktury i czynności intelektualne oraz emocjonalno-wolitionalne, wyrażenia przywołujące podkreślony przez Greenspana problem związku poznania z emocjami. Chodzi o modalny aspekt zabaw i rzeczywistości, w której przebiegają. Modalność jest cechą treści różnorodnych form rzeczywistości, opracowanych w postaci komunikatów zdaniowych, a jej uwzględnienie w procesach edukacyjnych oznacza wykorzystanie przysługujących językowi właściwości do realizacji celów i zadań kształcenia. Świadomość tych właściwości, obecna w procesach edukacji, może prowadzić do racjonalizacji tychże procesów, ich wielowymiarowego i wielokierunkowego ujęcia, do skupienia uwagi na dziecku.

Pojęcie modalności odnosi się do sposobu, w jaki jawi się nam rzeczywistość i w jaki stwierdzamy o niej fakty (na przykład apodyktycznie: *Jest rzeczą konieczną, by...*; problematycznie: *Możliwe, że...*), lub stosunku osoby mówiącej do tego, co jest treścią jej wypowiedzi, wyrażonego głównie przez tryby czasownika, partykuły, niektóre przysłówki, utarte zwroty itp. Relacje zachodzące pomiędzy dzieckiem a otaczającymi go obiektami mogą mieć

charakter: sprawozdawczy, pytający, pragnący i nakazujący, i być wyrażone w zdaniach: oznajmujących, pytających, optatywnych i rozkazujących. Zdania oznajmujące i optatywne mogą być wypowiedane z różnym stopniem przekonania (asercją) i oznaczać przypuszczenie, powątpiewanie i pewność osoby je formułującej (Ajdukiewicz, 1965; Kojs, 2009). W wyrażeniach ujmujących stosunek jednostki do rzeczywistości podstawowym elementem stosunku jest sama jednostka (osoba), a funktorami epistemicznymi są takie funktoiry, jak: *wiem, że...; sądzę, że...; jestem przekonany, że...; umiem...; potrafię...; przypuszczam, że...; wierzę, że...; wątpię, że...* Do wyrażenia stosunku emocjonalnego mogą być użyte następujące funktoiry: *jestem szczęśliwy, że...; cieszę się, że...; przykro mi, że...; obawiam się, że...; ciężko mi, ponieważ...* Z modalnością normatywną związane są funktoiry typu: *muszę...; powinienem...; jest konieczne, aby...; należy...; trzeba...; jest słuszne, aby...; warto, by...; dobrze...; źle...* Do wyrażenia woli i pragnień użyte mogą być takie funktoiry, jak: *żądam, aby...; pragnę, aby...; chcę, aby...; życzę sobie, aby...; lubię...* (Nowakowska, 1979; Kojs, 2009).

Każdy z wymienionych wyżej rodzajów modalności i przysługujących im funktorów służy do określenia relacji zachodzących między pewną, wyróżnioną sferą osoby a jakimś wyróżnionym fragmentem rzeczywistości; jest narzędziem wywoływania, uświadamiania i utrwalania stosunku osoby do otaczającego ją świata. Źródłem i głównym członem tych relacji jest osoba („ja”) lub osoby („my”), co może wskazywać, iż w taki sposób kształtowane są i utrwalane personalne i wspólnotowe struktury poznawczo-emocjonalne, tożsamościowe i podmiotowe (wolicjonalne).

Niektóre z wymienionych wyrażen modalnych wystąpiły w analizowanych przeze mnie zabawach i grach. Językowy charakter reguł pojawiających się w zabawach widoczny jest w nakazach, powinnościach, zakazach i sankcjach, które stanowią – obok zachęty i premii – system motywacji i regulacji czynności występujących przed, w trakcie i po grze (zabawie) dydaktycznej. System ten ma stworzyć warunki do wywołania bardzo ważnej zmiany w procesie dydaktycznym – zmiany przedmiotowego celu edukacji (przyswojenie wiadomości, opanowanie umiejętności) w niezbędny środek gry dydaktycznej. Wiadomości i umiejętności potrzebne są do odniesienia zwycięstwa lub do ubiegania się o zwycięstwo. System ten ma również stworzyć warunki do tego, by środki prowadzące do osiągnięcia sukcesu nie tylko się pojawiły, ale także nabrały dodatkowych cech wartościowych w postaci wyższej sprawności (dokładność, trwałość).

W regułach określających przebieg działań pojawiają się nakazy i zakazy oraz sankcje dotyczące różnych sfer działalności dziecka, w tym dotyczące zachowań społecznych. Można jednak przypuszczać, iż ukształtowane w zabawie działania zostaną wykorzystane przez dziecko w innych obszarach aktywności. Nakazy i powinności przybierają w grach i zabawach postać zdań

rozkazujących, normatywnych lub warunkowych (np.: *zachować ciszę; grę rozpocząć po usłyszeniu sygnału; trzeba zwracać się do kolegi, który posiada kartonik odpowiedniej barwy; jeśli wyrzuciłeś 6 zaczynasz grę...*).

Równie ważne są ograniczenia w postaci zakazów. Oto przykłady: *w czasie wypowiedzi nie wolno przeszkadzać; nie wolno powtarzać nazw przedmiotów, które były już wymienione; nie wolno zaglądać do przeciwnika.*

Uczestnikom zabaw i gier przysługują pewne prawa i przywileje: dziecko, które prawidłowo odgadnie, ma prawo wejść do środka koła i zadawać pytania; dziecko, które pierwsze dostrzegło pomyłkę, ma prawo ją skorygować; grę rozpoczyna ten, kto uzyska największą liczbę oczek... Za każde niespełnienie nakazów lub zakazów uczestnikom zabawy/gry grożą sankcje: mylną nazwę dziecko okupuje fantem; za mylną odpowiedź dziecko odpada z gry; jeśli wyrazy są źle podane, uczestnicy kończą zabawę.

Znaczną część zabaw prowadzą lub współprowadzą same dzieci, co wynika choćby z zasad organizacji samej gry. Przyswajając zasady zabawy (gry) i kolejność ich realizowania, zlecają wykonanie zadań, kontrolują i oceniają ich wykonanie. Można powiedzieć także, że to nie dzieci i rodzice, a także nie uczniowie i nauczyciele, a zasady (współtworzone, modyfikowane i realizowane) kierują jej przebiegiem.

Konkluzja

Rozwój dziecka warunkowany jest wieloma czynnikami: sprzyjającymi i niesprzyjającymi, korzystnymi i niekorzystnymi, stwarzającymi szanse, ale i zagrożenia. O szansach i zagrożeniach rozwoju dziecka oraz możliwościach wspomaganie kształtujących się pozytywnych postaw do świata E.H. Erikson m.in. pisze, iż *prawie wszystko w wewnętrznym rozwoju można przekształcić w konstruktywną i pokojową inicjatywę, jeżeli tylko nauczymy się rozumieć konflikty i lęki dzieciństwa oraz jego znaczenie dla ludzkości. Jeśli jednak przeoczymy lub zbagatelizujemy te zjawiska albo uznamy dzieciństwo za „miłe” (tak jak jednostka zapomina o najlepszych i najgorszych stanach swego dzieciństwa), na zawsze zlekceważymy jedno z wiecznych źródeł zarówno ludzkiej żywotności, jak i lęku, i konfliktu* (Erikson, 2004).

Podobnie, jeśli zlekceważymy potrzeby poznawcze lub emocjonalne, to możemy się przyczynić do tego, że *dziecko będzie nieprzygotowane do czynienia dalszego postępu, zahamowane w zadaniach ustanowienia samoregulacji emocjonalnej, tworzenia związków i rozumienia świata* (Greenspan, 2000).

Wiedza o rozwoju dziecka, zadaniach rozwojowych i zadaniach edukacji oraz o naturalnych strategiach rozwojowych, w szczególności grach i zabawach, powinna być elementem wykształcenia i rozwoju zawodowego nauczycieli, opiekunów, wychowawców i pracowników nadzoru oświatowego. Wiedza o zadaniach edukacyjnych i rozwojowych, wkomponowanych w na-

turalną aktywność dziecka (zadań wynikających z jego potrzeb i dążeń, pojawiających się w zabawach), ułatwia organizowanie różnych wartościowych rozwojowo, edukacyjnych form aktywności.

Szczególną rolę w organizowaniu, zabezpieczaniu i rozwijaniu osobowości twórczej aktywności dziecka spełnia rodzina. Oddziaływanie na dziecko poprzez zabawy i gry jest zarówno powinnością, jak i szansą rodziny. Włączenie się rodziny w proces oddziaływań na dziecko stanowi o jego współuczestnictwie w świecie rodziny. Cechy psychofizyczne członków rodziny i łączące ich więzi uczuciowe oraz poziom życia kulturalnego i materialnego określają w pewnym stopniu zakres możliwych do zaspokojenia potrzeb dziecka, w tym udostępniania informacji i korzystania z nich. Przede wszystkim zaś cechy rodziny stanowią o strategii rozwoju i edukacji dziecka; o jego podmiotowym lub przedmiotowym bytowaniu w rodzinie. I ta strategia określa w zasadzie cały proces komunikacji w tym środowisku, niezmiernie ważny dla dziecka z uwagi na to, iż to rodzina, m.in. poprzez stosowany język, pierwsza zasiedla informacyjnie mózg dziecka i kształtuje jego podstawowe struktury umysłowe.

Bibliografia

- Ajdkiewicz K. (1965): *Logika pragmatyczna*. PWN, Warszawa.
- Brzezińska A. (2009): *Droga do samodzielności. Jak wspomagać rozwój dzieci i młodzieży z ograniczeniami sprawności*. GWP, Gdańsk.
- Brzezińska A., Lutomski G., Smykowski B. (red.) (1995): *Dziecko wśród rówieśników i dorosłych*. Zysk i S-ka, Poznań.
- Cieślikowski J. (1985): *Wielka zabawa*. Ossolineum, Wrocław–Warszawa–Kraków–Gdańsk–Łódź.
- Donaldson M. (1986): *Myślenie dzieci*. Wiedza Powszechna, Warszawa.
- Erikson E.M. (2004): *Tożsamość a cykl życia*. Zysk i S-ka, Poznań.
- Greenspan S.I., Benderly B.L. (2000): *Rozwój umysłu. Emocjonalne podstawy inteligencji*. Rebis, Poznań.
- Huizinga J. (1985): *Homo ludens. Zabawa jako źródło kultury*. Czytelnik, Warszawa.
- Hurlock E.B. (1985): *Rozwój dziecka*. PWN, Warszawa.
- Kielar-Turska M. (1992): *Jak pomagać dziecku w poznawaniu świata*. WSiP, Warszawa.
- Kojs W. (2009): *Modalne aspekty treści kształcenia*, „Chowanna”, R. 52 (65), Tom jubileuszowy.
- Kubicka D. (2003): *Twórcze działania dziecka w sytuacji zabawowo-zadaniowej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Maslow A.H. (1986): *W stronę psychologii istnienia*. PAX, Warszawa.
- Maslow A.H. (1990): *Motywacja i osobowość*. PAX, Warszawa.
- Muchacka B. (1992): *Zabawy badawcze dzieci w przedszkolu*. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej, Kraków.
- Nowakowska M. (1979): *Teoria działania*. PWN, Warszawa.
- Oerter R. (1999): *Psychologie des Spiels*. Beltz, Weinheim und Basel.
- Okoń W. (1987): *Zabawa a rzeczywistość*. WSiP, Warszawa.
- Piaget J. (1967): *Rozwój ocen moralnych dziecka*. PWN, Warszawa.
- Płopa M. (2005): *Psychologia rodziny: teoria i badania*. Impuls, Kraków.
- Reber A.S. (2002): *Słownik psychologii*. Scholar, Warszawa.
- Scheuerl H. (1994): *Das Spiel. Untersuchungen über sein Wesen, seine pädagogischen Möglichkeiten und Grenzen*, Band 1. Beltz, Weinheim und Basel.
- Szuman S. (1955): *Rola działania w rozwoju umysłowym małego dziecka*. Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław.
- Tyszkowa M. (1990): *Zdolności, osobowość i działalność uczniów*. PWN, Warszawa.
- Wygotski L. (1978): *Narzędzie i znak w rozwoju dziecka*. PWN, Warszawa.
- Żebrowka M. (red.) (1977): *Psychologia rozwojowa dzieci i młodzieży*. PWN, Warszawa.



Noty o autorach



Michał BITNIOK – dr n. hum., neurologopeda, Katedra Pedagogiki, Akademia Techniczno-Humanistyczna w Bielsku-Białej, Klinika Neurologii i Neurochirurgii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 5 w Sosnowcu

Anna BORZĘCKA – dr n. hum., oligofrenopeda, międzynarodowy certyfikowany terapeuta II stopnia metody Tomatisa, terapeuta masażu dźwiękiem metodą P. Hessa, Zespół Szkół Specjalnych nr 7 w Katowicach

Małgorzata FIREK-PĘDRAS – dr n. med., specjalista chorób dziecięcych, specjalista diabetologii, Oddział Pediatrii, Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcego Górnośląskiego Centrum Zdrowia Dziecka

Jadwiga GLUŻNIEWICZ – mgr, pedagog specjalny, certyfikowany terapeuta I i II stopnia EEG-Biofeedback, doradca metodyczny, Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy w Będzinie, Kolegium Nauczycielskie w Gliwicach

Iwona JAGOSZEWSKA – dr n. hum., pedagog porównawczy, surdopedagog, rewalidant głuchych i niedosłyszących, tłumacz języka migowego, Ośrodek dla Nieśłyszących we Wrocławiu, Instytut Pedagogiki, Uniwersytet Wrocławski

Ewa KOCHANOWSKA – dr n. hum., pedagog edukacji wczesnoszkolnej, specjalista terapii pedagogicznej, Katedra Pedagogiki, Akademia Techniczno-Humanistyczna w Bielsku-Białej

Rafał KOJS – dr n. hum., pedagog, plastyk, Katedra Pedagogiki, Wyższa Szkoła Biznesu w Dąbrowie Górniczej

Anna ŁOŚ – mgr, pedagog edukacji wczesnoszkolnej, terapeuta, oligofrenopedagog, surdopedagog, terapeuta wczesnej interwencji i wczesnego wspomagania rozwoju, certyfikowany terapeuta Metody Wornkego, terapeuta metody M.Ch. Knillów, Powiatowa Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Będzinie

Marzena MACHOŚ-NIKODEM – dr n. hum., logopeda, specjalista wczesnej logopedii klinicznej, oligofrenopedagog, filolog, Szkoła Podstawowa nr 14 z Oddziałami Integracyjnymi w Zabrze, Ośrodek Wczesnej Interwencji w Zabrze

Agnieszka MIELEWSKA – mgr, logopeda, pedagog, Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna „Lingwista” w Gdańsku

Danuta PLUTA-WOJCIECHOWSKA – dr hab. prof. UŚ, Zakład Socjolingwistyki i Społecznych Praktyk Komunikowania, Uniwersytet Śląski w Katowicach

Katarzyna WĘSIERSKA – dr n. hum., logopeda, Instytut Języka Polskiego, Uniwersytet Śląski w Katowicach, Centrum Logopedyczne w Katowicach

Joanna WROŃSKA – mgr, psycholog, Powiatowa Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Będzinie

Joanna SKIBSKA – dr n. hum., pedagog edukacji wczesnoszkolnej, pedagog specjalny, specjalista terapii pedagogicznej, neurologopeda, Katedra Pedagogiki, Akademia Techniczno-Humanistyczna w Bielsku-Białej

Renata STEFAŃSKA-KLAR – dr n. hum., psycholog, Zakład Edukacji Humanistycznej i Nauk Pomocniczych Pedagogiki Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach, Zakład Psychologicznych Podstaw Edukacji Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Raciborzu

Justyna WOJCIECHOWSKA – dr n. hum., językoznawca, pedagog, Katedra Pedagogiki, Akademia Techniczno-Humanistyczna w Bielsku-Białej



Akademia
Techniczno-Humanistyczna
w Bielsku-Białej

To „(...) interesujący zbiór rozdziałów zogniskowanych wokół problematyki rozwoju małego dziecka. Kategorią łączącą są szeroko pojęte procesy wspierania i wspomagania. (...) Warto w tym miejscu podkreślić, że problematyka wczesnej interwencji i wczesnego wspomagania nie doczekała się w rodzimym piśmiennictwie dużej liczby interdyscyplinarnych i wielopłaszczyznowych opracowań, m.in. dlatego pozytywnie oceniam zamysł opublikowania zbioru tekstów podejmujących wskazane zagadnienia. (...) Praca ma charakter metodyczny, co odzwierciedla także lista autorów poszczególnych rozdziałów, wśród których znajdujemy wielu praktyków – pracowników różnych instytucji podejmujących trud pracy z małym dzieckiem niepełnosprawnym. To kolejny walor książki – stanowi ona cenne źródło wiedzy dla studentów i praktyków.”

Z recenzji dr. hab. prof. UŚ Zenona Gajdzicy

„Waga problemu podjętego w monografii jest ciągle aktualna, gdyż akcentowanie potrzeby wczesnej diagnozy i pomocy oraz podjęcia zróżnicowanych działań zarówno o charakterze pedagogicznym, psychologicznym, jak i innych specjalistycznych generuje konieczność włączenia w nie rodziców (...). Monografia posiada walory poznawcze, ale przede wszystkim praktyczne, napisana bowiem została przez specjalistów zajmujących się problemami wspierania rozwoju osób dotkniętych różnymi niepełnosprawnościami (...). Podjęte zagadnienia przedstawiono w sposób klarowny i przystępny, zatem monografię można polecić szerokiemu gronu specjalistów (...), a także wszystkim zainteresowanym problematyką wspierania dzieci dotkniętych różnymi zaburzeniami (...).”

Z recenzji dr. hab. prof. UZ Zdzistawy Janiszewskiej-Nieścioruk