

URSZULA JĘCZEŃ
Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin
Zakład Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego

Podstawowe ograniczenia w rozwoju dzieci z zespołem Downa

Basic Development Limitations in Children with Down Syndrome

STRESZCZENIE

W artykule przedstawione zostały kluczowe deficyty w rozwoju dzieci z zespołem Downa, które decydują o przebiegu terapii logopedycznej. Obniżenie sprawności intelektualnej, zaburzenia w rozwoju zmysłowym, nieprawidłowości w budowie aparatu artykulacyjnego oraz nieprawidłowy rozwój sfery społeczno-emocjonalnej, to ograniczenia, które opóźniają rozwój językowy dzieci zwłaszcza w pierwszych latach ich życia. Jednak zwolnione tempo uczenia się języka nie oznacza, że dziecko nie uczy się go wcale, tylko nabywanie tej umiejętności jest dużo wolniejsze niż tempo życia.

Słowa kluczowe: deficyty w rozwoju, niepełnosprawność umysłowa, integracja sensoryczna, relacje interpersonalne.

SUMMARY

The present paper presents the key deficits present in the development of children with Down syndrome, which determine the course of speech therapy. The reduction of intellectual capacity, the impairment of perception development, irregularities in the anatomy of speech organs and incorrect socio-emotional development, all of them constitute the limitations which result in the delays in language acquisition by children especially in their early years. Nevertheless, the retarded language acquisition does not mean that the child would not master the language at all, but rather it means that this process is much slower than the pace of life.

Keywords: development deficits, mental retardation, sensory integration, interpersonal relationships.

WPROWADZENIE

„W każdej skłonności natury ludzkiej, danej nie w postaci gotowej, lecz jedynie w zarodku, tkwi przyrodzone dążenie do wyjścia ze stanu martwoty i nieumie-

jętności do stania się siłą w pełni rozwiniętą. (...) Oko chce patrzeć, ucho – słyszeć, nogi – chodzić, a ręka – chwytać, serce pragnie kochać i wierzyć, a umysł myśleć (Pestalozzi 1973, 8). Stwierdzenie zaczerpnięte od pedagoga i myśliciela z pierwszej połowy XIX wieku J. H. Pestalozziego, prekursora ówczesnej wiedzy na temat spontanicznego dążenia małych dzieci do samorozwoju i „elementarnego”¹ ich uczenia, możemy, z całą odpowiedzialnością, odnieść do dzieci z zespołem Downa, które w pierwszych miesiącach swojego życia znajdują się na poziomie, który można nazwać „elementarnym” (por. Olechnowicz 1999, 51). Mimo wspomagania ich rozwoju² i wczesnej stymulacji nie wszystkie mają zagwarantowany sukces. Braki w osiągnięciach nierozzerwalnie związane są z: obniżeniem sprawności intelektualnych, zaburzonym rozwojem fizycznym, zmysłowym, społecznym i emocjonalnym, jak również z nieprawidłowym rozwojem językowym, który jest zwykle częściej opóźniony niż u dziecka rozwijającego się prawidłowo. Liczne badania pokazują, że dzieci dotknięte tym zespołem zaczynają wymawiać pojedyncze słowa dopiero w trzecim roku życia, a niekiedy i później. Najczęściej odnotowywanymi zjawiskami są: luka pomiędzy językiem receptywnym a ekspresywnym; tzw. skoki rozwojowe (dziecko długo nie mówi, po czym następuje eksplozja słów, których używa, a następnie znowu mówi zdecydowanie mniej) i etapowość procesu kształtowania mowy. Okresy kształtowania mowy u dzieci z zespołem Downa nie przebiegają równolegle z wiekiem życia dziecka i nie nadążają za nim (Kostrzewski 1966; Minczakiewicz 2001; Kaczmarek 2008). Jednak potrzeba komunikowania się z innymi jest najwyższą potrzebą psychiczną każdego człowieka (por. Kaczan 2008, 353). Jest nieodzownym warunkiem realizacji wszystkich innych potrzeb i ma ogromne znaczenie dla rozwoju intelektualnego dziecka (por. Krakowiak, Panasiuk 1992). Zwolnione tempo uczenia się języka nie oznacza, że dziecko nie uczy się go wcale. Tylko nabywanie tej umiejętności jest zdecydowanie wolniejsze niż tempo życia. Zarówno dla rodziców, jak i logopedów bardzo ważne winno być to, że dziecko rozwija się i robi postępy, „że kolejne kroki rozwojowe następują i dziecko n i e s t o i w m i e j-

¹ Swoją system pedagogiczny nazwał Pestalozzi „elementarnym”, gdyż proces kształcenia rozpoczyna się od chwili narodzin dziecka. Na tym etapie dziecko jeszcze niczego nie potrafi i rodzic lub terapeuta opiera się na „zarodkach” umiejętności, za: H. Olechnowicz, *O elementarnym kształceniu najmłodszych dzieci* [w:] *U źródeł rozwoju dziecka. O wspomaganiu rozwoju prawidłowego i zakłóconego*, red. H. Olechnowicz, Warszawa 1999, s. 51–69.

² Według jednej z definicji – rozwój człowieka to proces jego wzrastania i nabywania doświadczeń, dążenie do osiągnięcia konkretnych umiejętności życiowych (...). Możliwości tego rozwoju zależą od genetyki i środowiska – od mózgu, który ma swoje nieprzekraczalne bariery, określone przez geny, oraz od warunków, w których dziecko żyje, od jego własnej aktywności i metod wychowania. Istotny jest więc potencjał rozwojowy wyznaczony przez genetykę, ale duże znaczenie ma także środowisko i aktywne, ukierunkowane wychowanie K. Rożnowska, *Dziecko z zespołem Downa. Jaka to musi być miłość*, Warszawa 2007, s. 76.

scu – najważniejszy jest systematyczny rozwój dziecka (...). Ważniejsza jest sekwencja etapów, a nie moment, w którym się zaczynają” (Kaczmarek 2008, 105).

Rozwój każdego człowieka uzależniony jest od wielu czynników, które możemy określić jako potencjalne możliwości. Do najważniejszych z nich możemy zaliczyć m. in.: wrodzone zadatki rozwojowe tkwiące w samej strukturze organizmu (w genach); środowisko, w którym wychowuje się dziecko; własna aktywność dziecka, jego możliwości związane z nabywaniem nowych umiejętności i doświadczeń; metody i sposoby pracy wykorzystane w trakcie wspomagania rozwoju małego dziecka oraz oczekiwania względem niego – im wyższe one są, tym lepsze rezultaty się uzyskuje, (por. Piotrowicz, www.rozwoj-dziecka-z-zespolem-downa).

Dzieci z zespołem Downa mają swoje tzw. mocne i słabe strony (tzw. opóźnienia, dysharmonie i dysfunkcje) związane z rozwojem zarówno w sferze fizycznej, poznawczej, jak też osobowościowej i emocjonalno-motywacyjnej, które wpływają na ich rozwój i wyznaczają paradygmaty postępowania terapeutycznego. Skoro rozwój dzieci z zespołem Downa jest opóźniony, należy go wspomóc i przyspieszyć. Rodzice i terapeuci powinni pamiętać, że interwencja w rozwój powinna być jak najwcześniejsza – najlepiej rozpocząć ją zaraz po urodzeniu dziecka, a nie później niż do trzeciego roku życia. Gdyż „(...) mózg człowieka od urodzenia rozwija się najszybciej do siódmego roku życia i w tym czasie może zapisać najwięcej informacji płynących z otoczenia. Do szóstego miesiąca życia mózg dziecka podwaja swoją wagę urodzeniową. Do trzeciego roku życia spełnia już 70% anatomicznych funkcji mózgu dorosłego człowieka, zaś w wieku 7–8 lat kończy się dojrzewanie anatomiczne i później już tylko doskonalą swoje funkcje. Do trzech lat rozwój intelektualny jest najbardziej intensywny (...) Niemowlę z zespołem Downa dużo śpi, jest mało aktywne (...). Jeżeli nie będziemy je nakłaniać do aktywności (...) stracimy wielką szansę na mobilizowanie jego rozwoju. Tego czasu już się nigdy nie nadrobi” (Rożnowska 2007, 85). Zdaniem m.in.: C. Cunningham (1993), E. Minczakiewicz i J. Błęszyńskiego (2012) konieczne jest podjęcie wczesnej terapii logopedycznej chociażby z takiego powodu, że część dzieci z tym zespołem już w pierwszych miesiącach swego życia „wykazuje niezwykle aktywność, dobrą spostrzegawczość, silnie zarysowujące się tendencje do naśladownictwa, dobrą pamięć mechaniczną, łatwość w nawiązywaniu nowych znajomości, co ułatwia im nawiązywanie kontaktu ze środowiskiem, z najbliższymi im osobami, zwłaszcza z matką” (*ibid.* 2012, 69).

CEL ARTYKUŁU

W artykule przedstawione zostaną te bariery w ich rozwoju, które decydują o jakości pracy logopedycznej i wpływają na rozwój umiejętności komunikacyjnych.

1. Niepełnosprawność umysłowa i opóźniony rozwój psychoruchowy

Jest to tzw. cecha kardynalna osób z zespołem Downa. Wielu badaczy starało się określić poziom rozwoju intelektualnego, czyli tzw. iloraz inteligencji – IQ, podstawowe zdolności dzieci z zespołem Downa w zakresie szeroko rozumianego myślenia. (m. in.: Carr 1985; Kostrzewski 1963; 1965; 1970; Smoleńska 1962; Zasepa 2003 i inni). Zdaniem tychże, stan niepełnosprawności intelektualnej jest najczęściej umiarkowanego i znacznego stopnia. Średni iloraz inteligencji spośród 100 przebadanych przez Quaytman (za: Kostrzewskim 1963), osób wynosił 44, zaś najwyższy IQ uzyskany w tej grupie był równy 52. W badaniach własnych J. Kostrzewskiego (1963) spośród 122 osób: 5,7% funkcjonowało na poziomie głębokiego stopnia niepełnosprawności, 89,4% na poziomie znacznego i umiarkowanego stopnia, zaś 4,9% na poziomie stopnia lekkiego. Dzisiaj dzieci z zespołem Downa są inne niż przed kilkunastu czy kilkadziesiątu laty. Mają zazwyczaj wyższy stopień inteligencji. Według L. Sadowskiej, M. Mysłek-Prucnal i A. Gruny-Ożarowskiej (2008, 51) większość dzieci z zespołem Downa cechuje lekka lub umiarkowana niepełnosprawność intelektualna. Niektóre dzieci są w większym stopniu niepełnosprawne, inne mają inteligencję niemal na normalnym poziomie. Obserwuje się jednak stałe zmniejszanie się IQ wraz z wiekiem. Zdaniem badaczy wiek dojrzałości społecznej u dzieci z zespołem Downa jest zazwyczaj wyższy od wieku inteligencji o 3 lata. W związku z powyższym, profil rozwoju społecznego np. pięcioletków z zespołem Downa jest zbliżony do profilu zdrowych trzylatków.

Rozwój intelektualny dzieci z zespołem Downa badali w Polsce: J. Kostrzewski (1963; 1965; 1970), J. Smoleńska (1967) i E. Zasepa (2003), wykorzystując w swoich badaniach następujące techniki: wywiad, Skalę Inteligencji Stanford–Bineta, Skalę Dojrzałości Społecznej Dolla, Skalę Inteligencji Psyche Cattell, Skalę Podstawowych Zdolności Szkolnych Kostrzewskiego, Skalę Wnioskowania Logicznego Niepokójczyckiej oraz Skalę Percepcji Słuchowej Słowa Kostrzewskiego. Podsumowując wyniki badań tych autorów można stwierdzić, że spośród poszczególnych procesów intelektualnych najlepiej rozwinięta jest spostrzegawczość (np. dzieci wskazywały brakujące części rysunku, rysowały pokazaną figurę itp.); uwaga u badanych dzieci była bardzo krótkotrwała, wyłącznie o charakterze mimowolnym; myślenie konkretno-obrazowe; zaś takie operacje umysłowe, jak: wnioskowanie, syntetyzowanie, tworzenie sądów i pojęć, wy-

krywanie podobieństw i różnic między przedmiotami, wyobrażenia twórcze były praktycznie niedostępne; pamięć mało pojemna funkcjonowała na bardzo niskim poziomie.

Zdaniem E. Zasepy (2003) dzieci z zespołem Downa w trzech grupach badanych w wieku od 10–13 lat (z prostą trisomią, z translokacją i z mozaiką) charakteryzuje średni ogólny poziom rozwoju podstawowych zdolności szkolnych. Wskazuje to na znaczny stopień niepełnosprawności umysłowej. Jedyne dzieci z mozaikowym rodzajem zespołu Downa uzyskały istotnie wyższe wyniki niż ich rówieśnicy z prostą trisomią i translokacją na poziomie zdolności werbalnych i zdolności niewerbalnych. Wszystkie trzy grupy uzyskały niskie wyniki w zakresie zdolności percepcji słuchowej słowa. Również wyniki innych badań psychologicznych wskazują, że u dzieci z zespołem Downa szczególnie upośledzone są zdolności kojarzenia słuchowego oraz pamięci słuchowej (zdecydowanie lepiej rozwinięta jest percepcja wzrokowa oraz pamięć wzrokowa). Przyczyną tychże trudności mogą być nieprawidłowości w funkcjonowaniu receptora słuchowego, np. podwyższony próg słyszenia w obu lub jednym uchu, co świadczy o obwodowym zaburzeniu słuchu oraz nietypowym rozwoju i dojrzewaniu drogi słuchowej (m. in. Pilecki i in. 1996 za: Zasepa 2003, 160). Wahający się stopień utraty słuchu ma związek z zapaleniem ucha środkowego i nieprawidłowościami w rozwoju tego narządu (m. in. wąskie kanały słuchowe, które wraz z wiekiem powiększają się).

2. Nieprawidłowości w budowie obwodowego aparatu artykulacyjnego

Charakterystyczną cechą dzieci z zespołem Downa są małe kości szczęki, a więc także małe usta (w porównaniu z rozmiarem języka, który wbrew utrwalonemu przekonaniu jest normalnej wielkości³), wywinięta dolna warga, żuchwa przesunięta w dół i do przodu. Obserwujemy słabo wykształcone zatoki przynosowe lub zupełny ich brak, ponadto powiększone migdałki podniebienne i trzeci migdał wpływają na sposób oddychania. Dziecko oddycha przez usta. Oddychanie to skutkuje częstymi infekcjami górnych dróg oddechowych, zapaleniami gardła, krtani, oskrzeli, z kaszlem, chrypką i zmniejszona wydolnością oddechową (za: Kaczmarek 2008, 107–108). Na uwagę zasługuje wyższe i węższe podniebienie oraz mniejsza szczeka – która jest przyczyną trudności związanych z utrzymaniem języka w ustach. Wiotkość mięśni języka powoduje wysuwanie go między wargi, co ogranicza przepływ powietrza przez jamę ustną i nosową. Dziecko rekompensuje te braki, wypychając język do przodu w kie-

³ Według niektórych polskich badaczy (powołując się na najnowsze prace, np. Minczakiewicz, Bleszyński 2012, 68) język jest za duży, ciężki i mało elastyczny, czasem poorany głębokimi bruzdami – język geograficzny; utrudnia on w dużym stopniu lub nawet całkowicie udaremnia prawidłową artykulację.

runku podniebienia twardego (Regner 2008, 83). Te wszystkie nieprawidłowości w budowie jamy ustnej przyczyniają się do powstających trudności w żuciu i połykaniu (dysfagia). Różnice w budowie anatomicznej dotyczą również zbyt wysoko umiejscowionej krtani, obrzęku fałdu głosowego oraz wad zgryzu w postaci zgryzu otwartego i przodozgryzu, przerw pomiędzy zębami, ząbkowaniem opóźnionym i nieregularnym.

Wahający się stopień utraty słuchu, który ma związek z zapaleniem ucha środkowego i nieprawidłowościami w rozwoju tego narządu (m.in. wąskie kanały słuchowe, które wraz z wiekiem powiększają się) jest kolejną istotną przyczyną utrudniającą rozwój mowy.

Jednak najistotniejszym czynnikiem hamującym rozwój mowy jest niskie napięcie mięśniowe (tzw. hipotonia) języka, warg, podniebienia miękkiego i mięśni oddechowych. To właśnie wiotkość mięśni oddechowych i fonacyjnych utrudnia swobodne panowanie nad nimi, a co za tym idzie, wczesne generowanie dźwięków, odpowiednie ssanie i połykanie.

Zdaniem M. Sustrovej (1999, za: Kaczan 2008, 351) u dzieci z zespołem Downa występuje ograniczenie zdolności do maksymalnego wdechu i wydechu, a więc pojemność życiowa płuc (suma wdechu i wydechu) jest zmniejszona. Ograniczenie pojemności płuc związane jest z brakiem stabilności mięśni jamy brzucha, pasa barkowego oraz patologicznego wysuwania języka, przez co ograniczony jest przepływ powietrza przez jamę ustną i nosową.

Jak zauważają logopedzi, fonacja u dzieci z zespołem Dowa jest słaba i przerywana krótkimi oddechami, zaś czas trwania głoski jest skrócony.

3. Deficyty integracji sensorycznej

U dzieci z zespołem Downa obserwujemy deficyty integracji sensorycznej. J. Ayres zdefiniowała integrację (SI) jako „proces, w którym następuje organizacja dostarczanych do naszego organizmu wrażeń, tak aby mogły być wykorzystane w celowym, zakończonym sukcesem działaniu” (za: Maas 1998, 18). Innymi słowy jest to prawidłowa organizacja bodźców napływających przez receptory. Mózg rozwijającego się dziecka otrzymuje informacje ze wszystkich zmysłów (wzroku, słuchu, równowagi, dotyku, propriocepcji), rozpoznaje je, segreguje, interpretuje i integruje z wcześniejszymi doświadczeniami. Na tej podstawie tworzona jest tzw. reakcja adaptacyjna (odpowiednia do zaistniałej sytuacji). Rozwojowi dzieci z zespołem Downa towarzyszą nieprawidłowości integracji sensorycznej. Oznacza to, że ich układ nerwowy niewłaściwie organizuje napływające z otoczenia bodźce zmysłowe. Dysfunkcje dotyczą zarówno rozwoju ruchowego, jak i procesów percepcyjnych, a wynikają z niewłaściwego funkcjonowania struktur anatomicznych mózgu oraz małej liczby doświadczeń sensorycznych, spowodowanej opóźnionym rozwojem ruchowym w pierw-

szym okresie życia dziecka (por. Odowska-Szlachcic 2008, 133–153; 2010; Wiśniewska 2012, 16–170). Objawy zaburzeń integracji sensorycznej u dzieci z zespołem Downa mogą przejawiać się m.in.: obniżonym napięciem mięśniowym, zaburzonymi reakcjami równoważnymi, nadwrażliwością dotykową, słuchową, węchową, niezgrabnością ruchową, słabą percepcją własnego ciała, obniżoną wrażliwością na bodźce, wzmożoną męczliwością, niskim poziomem sprawności motorycznej rąk (grafomotoryka, czynności samoobsługowe), słabą koordynacją wzrokowo-ruchową i nadpobudliwością (por. www.wspomaganie-rozwoju-dziecka-z-zespołem-downa). Wszystkie operacje umysłowe uwarunkowane są prawidłowym rozwojem zmysłowym, a dysfunkcje w zakresie procesów sensorycznych, niepoddawane terapii, hamują rozwój dziecka. Dlatego też uzasadnione są oddziaływania terapeutyczne, poprzedzające i jednocześnie idące w parze z terapią logopedyczną, mające na celu: pobudzanie zmysłów, integrację zmysłowo-ruchową oraz wypracowanie somatognozji⁴. Tego typu zabiegi, rozpoczęte możliwie jak najwcześniej, pozwolą „wykorzystać” niezwykle zdolność mózgu do zmian i modyfikacji, tzw. plastyczność kompensacyjną (zgodnie z założeniami metody integracji sensorycznej), dzięki której możliwe jest tworzenie się nowych połączeń neuronalnych. Mechanizm ten pozwala na częściowe lub całkowite wyeliminowanie wielu dysfunkcji rozwojowych.

4. Funkcjonowanie społeczno-emocjonalne

W literaturze przedmiotu czytamy, że różne aspekty funkcjonowania społeczno-emocjonalnego dzieci i dorosłych z zespołem Downa są ich mocną stroną, a ich postępowanie jest adekwatne do oczekiwań społecznych (por. Żyta 2011, 39), niemniej jednak występują u nich dość często tzw. zachowania problemowe, które mogą negatywnie wpływać na ich funkcjonowanie w środowisku. Do takich zachowań możemy zaliczyć: upór, społeczne wycofywanie się, mówienie do siebie, hiperaktywność, stereotypie ruchowe, zwiększony poziom lęku i depresji, objawiający się m.in. apatią i autoagresją, niewłaściwe zachowania społeczne (np. odmawianie wykonywania poleceń, nieprzestrzeganie reguł społecznych, rzucanie się na podłogę, uporczywy płacz, niszczenie przedmiotów), zachowania kompulsywne (np. porządkowanie przedmiotów, uporczywe powtarzanie czynności, nadmierne przywiązanie do konkretnych przedmiotów)⁵.

⁴ Wszelkie zabiegi podejmowane przez matki nie tylko dzieci z zespołem Downa, ale też dzieci prawidłowo rozwijających się pozwalają najmłodszym noworodkom, które nie mają jeszcze poczucia własnego ciała, własnej odrębności fizycznej, na poznanie i poczucie siebie, a „(...) ręce matki, często nieświadome, są najmądrzejszym nauczycielem. Szczególnie znaczenie ma kontakt z rękami dziecka, dotykanie jego dłoni, ponieważ ręce są narzędziem poznawania” (*U źródeł rozwoju dziecka. O wspomaganiu rozwoju prawidłowego i zakłóconego*, red. H. Olechnowicz, 1999, s. 127).

⁵ Szerzej na ten temat pisze A. Żyta (2011, 39). Na temat zachowań problemowych pisała także: E. Zasępa, *Psychospołeczne funkcjonowanie osób z zespołem Downa*, Kraków 2008.

Zachowania problemowe występują z większą częstotliwością w porównaniu z osobami o prawidłowym rozwoju intelektualnym, choć z mniejszą niż u osób z niepełnosprawnością intelektualną bez zespołu Downa (Zasępa 2008, 15).

Trudności w uczeniu się języka powiązane są z deficytami w rozwoju społecznym i emocjonalnym. Zdaniem niektórych badaczy „serdeczność, uczuciowość są przejawiane przez osoby z zespołem Downa w różnych sytuacjach jakby rutynowo, nieprzystosowawczo, bez prawdziwego rozumienia innych, czy też ich intencji i emocji, co w wielu przypadkach może prowadzić do różnych trudności w interpersonalnych interakcjach”⁶ (za: Zasępa 2008, 100–101).

Powszechnie wiadomo, że rozwijanie sprawności oraz umiejętności językowych i komunikacyjnych może odbywać się w domu, przedszkolu i szkole. Niezwykle doniosłą rolę odgrywają w tym procesie rodzice, zwłaszcza mamy. Od zastosowanych przez nie wczesnych, niekiedy bardzo prostych, form stymulacji, zależy w znacznej mierze, czy i w jaki sposób dziecko będzie potrafiło porozumiewać się z otoczeniem. Dziecko potrzebuje stałego kontaktu emocjonalnego z osobami, do których czuje się przynależne (Rakowska 2003, 130–131).

Ważnym czynnikiem stymulującym rozwój mowy i języka w wieku szkolnym w przypadku dzieci z zespołem Downa jest edukacja w szkole masowej, a nie w szkołach specjalnych. Badacze tego aspektu rozwojowego stwierdzają, iż nauka wśród zdrowych rówieśników przyczynia się do lepszych wyników w umiejętnościach szkolnych i komunikacji słownej z dwu przyczyn: rówieśnicy sprawnie posługujący się językiem mówionym stymulują rozwój mowy u dzieci z omawianym zespołem oraz dzieci uczestniczą we wszystkich lekcjach i jednocześnie mają indywidualne wsparcie. Mimo wielu korzyści, edukacja tych dzieci wraz z prawidłowo rozwijającymi się rówieśnikami nie przyczynia się do lepszej integracji społecznej, nie „owocuje zawieraniem przyjaźni”, przyczynia się jednak do osiągnięcia lepszych wyników w zakresie umiejętności szkolnych i poszerzenia ogólnej wiedzy o rzeczywistości. Jednak wciąż dużym plusem szkół specjalnych jest zdecydowanie lepszy kontakt z grupą rówieśniczą o podobnym poziomie funkcjonowania poznawczego, co ma ogromny wpływ na ich samopoczucie (por. Żyta 2011, 48–49).

Ogromną rolę w rozwoju emocjonalnym odgrywa rodzina. To właśnie rodzice jako pierwsi uczą dzieci praktycznego opanowania emocji, rozbudzają ciekawość i zainteresowanie światem (por. Olechnowicz 1999, Minczakiewicz 2001). Jak pisze J. Cieszyńska „(...) poznanie świata przez dziecko dokonuje się w środowisku kształtowanym przez rodziców i terapeutów. Ta koncepcja u m y s ł u r o z -

⁶ Deficyty w rozpoznawaniu emocji innych osób autorzy (Wishart, Picairn 2000, za Zasępa 2008) próbują powiązać z nieprawidłowościami występującymi w układzie nerwowym, w zmniejszonej objętości kory limbicznej w przedmózgowiu, która zawiera jądro migdałowe odpowiedzialne za kontrolę emocji.

szerzonego o najbliższe otoczenie człowieka wydaje się przydatna do konstruowania optymalnych strategii terapeutycznych dla dzieci z zaburzeniami rozwojowymi. (...) Innymi słowy, im bardziej rozbudowany zasób słownictwa dziecka, im lepsze jego językowe umiejętności, tym większe szanse na rozwój funkcji poznawczych. (...) Terapia rozwojowa, kształtując i stymulując funkcje słuchowe, wzrokowe, motoryczne, dotykowe, smakowe, węchowe, buduje system językowy konieczny do komunikacji, zabawy i pełnienia ról społecznych” (Cieszyńska 2011, 129).

WNIOSKI

W niniejszym artykule zostały nakreślone tylko podstawowe problemy wpływające na rozwój mowy i komunikacji u dzieci z zespołem Downa. Mam nadzieję, że większość rodziców i logopedów zdaje sobie sprawę z faktu, że wspieranie rozwoju jest najistotniejszą i kluczową sprawą dla każdego dziecka. „Rozwój to nie wyścig”, terapia zarówno logopedyczna, jak i psychologiczna czy pedagogiczna powinna być nastawiona na „rozumienie dziecka”, odkrywanie jego mocnych i słabych stron, potencjalnych możliwości i zagrożeń oraz „czuwanie nad rozwojem dziecka”. Rozwój będzie przebiegał pomyślnie, jeżeli postaramy się pamiętać o kilku wskazówkach, a mianowicie: starajmy się nie ograniczać aktywności dziecka, pozwólmy mu zaspokajać jego ciekawość i potrzebę ruchu; nie wyręczajmy dziecka, jeśli coś już potrafi zrobić samodzielnie; wyznaczajmy jasne, klarowne granice i bądźmy konsekwentni w swoich postanowieniach. Stosujmy zasadę stopniowania trudności, stwórzmy jak najwięcej okazji do osiągnięcia sukcesów oraz opisujmy słowami wykonywane czynności. Każde z dzieci ma różne tempo pracy, cechuje się zróżnicowanym stopniem męczliwości inaczej reaguje na uwagi i polecenia, dlatego zawsze należy pamiętać o indywidualnym programie terapii dla każdego dziecka z zespołem Downa (por. też: Rose, Dryden 2009, 11; Pilecki, Olszewski, Żurek 1998, 17–18).

BIBLIOGRAFIA

- Carr J., 1985, *The development of intelligence*. [w:] *Current approaches to Down's Syndrome*, red. D. Lame, B. Stratford, London–New York–Sydney–Toronto.
- Cieszyńska J., 2011, *Wczesna diagnoza i terapia zaburzeń autystycznych. Metoda krakowska*, Kraków.
- Maas V., 1998, *Uczenie się przez zmysły. Wprowadzenie do teorii integracji sensorycznej dla rodziców i specjalistów*, tłum. E. Grzybowska, Z. Przyrowski, M. Ślifirska, Warszawa.
- Minczakiewicz E. M., 2001, *Jak pomóc w rozwoju dziecka z zespołem Downa. Poradnik dla rodziców i wychowawców*, Kraków.

- Minczakiewicz E., Błęszyński J., 2012, *Niepelnosprawność intelektualna jako zaburzenie współwystępujące*, [w:] *Diagnoza i terapia logopedyczna osób z niepełnosprawnością intelektualną. Teoretyczne determinanty problemu*, red. J. Błęszyński, K. Kaczorowska-Bray, Gdańsk, 65–129.
- Kaczan T., 2008, *Wczesna rehabilitacja mowy i jej znaczenie u dzieci z zespołem Downa*, [w:] *Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju małego dziecka*, red. B. Cytowska, B. Winczyra, Kraków, 349–362.
- Kaczmarek B. B., 2008, *Wykorzystywanie gestów w procesie porozumiewania się osób z zespołem Downa*, [w:] *Wspomaganie rozwoju dzieci z zespołem Downa – teoria i praktyka*, red. B. B. Kaczmarek, Kraków, 103–132.
- Kostrzewski J., 1966, *Stadia rozwoju mowy a choroba Downa*, „Roczniki Filozoficzne KUL”, 85–98.
- Kostrzewski J., 1963, *Poziom i dynamika rozwoju umysłowego w chorobie L. Downa*. Nieopublikowana praca doktorska, Lublin, Archiwum Biblioteki Głównej KUL.
- Kostrzewski J., 1965, *The dynamics of intellectual and social development in Down Syndrome: results of experimental investigations*, „Roczniki Filozoficzne”, 13 (4), 5–32.
- Kostrzewski J., 1970, *Dynamika indywidualnego rozwoju intelektualnego w zespole Downa z uwzględnieniem rozwoju jednostki z pełną i niepełną trisomią chromosomu z grupy G*, „Roczniki Filozoficzne”, XVIII, 4, 55–81.
- Krakowiak K., Panasiuk M., 1992, *Komunikacja językowa i jej zaburzenia. Umiejętności komunikacyjne dziecka z uszkodzonym słuchem*, Lublin.
- Odwoska-Szlachcic B., 2008, *Metoda Integracji Sensorycznej w diagnozie i stymulacji rozwoju psychoruchowego dziecka z zespołem Downa. Wspomaganie rozwoju mowy w oparciu o metodę SI*, [w:] *Wspomaganie rozwoju dzieci z zespołem Downa – teoria i praktyka*, red. B. B. Kaczmarek, Kraków, 133–153.
- Odwoska-Szlachcic B., 2010, *Metoda integracji sensorycznej we wspomaganiu rozwoju mowy u dzieci z uszkodzeniami ośrodkowego układu nerwowego*, Gdańsk.
- Olechnowicz H., 1999, *O elementarnym kształceniu najmłodszych dzieci*, [w:] *U źródeł rozwoju dziecka. O wspomaganiu rozwoju prawidłowego i zakłóconego*, red. H. Olechnowicz, Warszawa, 51–69.
- Pilecki W., Sobieszczkańska-Łampicka M., Jagielski J., Noga L., 1996, *Ocena słuchu u dzieci z zespołem Downa w świetle słuchowych potencjałów pniowych*. „Pediatria Polska”, LXXI, 3, s. 217–221.
- Pilecki J., Olszewski S., Żurek T., 2002, *Zasady i metody pracy z osobami głębiej upośledzonymi umysłowo*, [w:] *Usprawnianie, wychowanie i nauczanie osób z głębszym upośledzeniem umysłowym*, red. J. Pilecki, Kraków, 11–31.
- Pestalozzi J. H., 1973, *Łabędzi śpiew*, tłum. R. Wroczyńska i R. Wroczyński, Wrocław.
- Rose C., Dryden G, 2009, *Zabawy fundamentalne. Chodzę, mówię, rozumiem*, tłum. I. Nowak, Gdańsk.
- Rakowska A., 2003, *Język, komunikacja, niepełnosprawność. Wybrane zagadnienia*, Kraków.
- Regner A., 2008, *Wczesne usprawnianie rozwoju mowy dzieci z zespołem Downa z zastosowaniem ustno-twarzowej terapii regulacyjnej (utr)*, [w:] *Wspomaganie rozwoju dzieci z zespołem Downa – teoria i praktyka*, red. B. B. Kaczmarek, Kraków, 79–88.
- Rożnowska K., 2007, *Dziecko z zespołem Downa. Jaka to musi być miłość*, Warszawa.
- Sadowska L., Mysłək-Prucnal M., Gruna-Ożarowska A., 2008, *Medyczne podstawy zaburzeń struktury i funkcji u dzieci z zespołem Downa*, [w:] *Wspomaganie rozwoju dzieci z zespołem Downa – teoria i praktyka*, red. B. B. Kaczmarek, Kraków, 37–62.
- Smoleńska J., 1967, *Badania psychologiczne dzieci z chorobą Downa*, [w:] *Z zagadnień oligofrenii dziecięcej*, red. K. Kirejczyk, Warszawa.

- Sustrova M., 1999, *Nutrition and Down Syndrome*, Bratislava.
- Wiśniewska M., 2012, *Nadzieje terapeutyczne XXI wieku*, „Przyjaciel” 1 (32), 16–17.
- Zasępa E., 2003, *Rozwój intelektualny dzieci z zespołem Downa*, Warszawa.
- Zasępa E., 2008, *Psychospołeczne funkcjonowanie osób z zespołem Downa*, Kraków.
- Żyta A., 2011, *Życie z zespołem Downa. Narracje biograficzne rodziców, rodzeństwa i dorosłych osób z zespołem Downa*, Kraków.

Źródło internetowe:

www.wspomaganie-rozwoju-dzieci-z-zespołem-downa