

MAGDALENA KRYŻBA

Studio Terapii Mowy, Brzeziny, Polskie Towarzystwo Logopedyczne

Oddział w Łodzi

WSTĘPNA DIAGNOZA LOGOPEDYCZNA W PRACY POCZĄTKUJĄCYCH LOGOPEDÓW

Gdy trafia do mnie pacjent, rozpoczynam moje działania diagnostyczne. Na pierwszym spotkaniu oceniam, co jest prawidłowo rozwinięte stosownie do wieku. Gdy zauważam nieprawidłowości, doszukuję się ich przyczyn. Problemy, z jakimi trafiają pacjenci, są bardzo zróżnicowane i dotyczą osób w różnym wieku. O tym wie każdy praktyk.

Pacjent wymaga od logopedy odpowiedniego narzędzia diagnostycznego. Inaczej wykonam diagnozę u dzieci, które są w fazie przedjęzykowej, a zupełnie inaczej u tych posługujących się językiem. Sprawdzam gotowość do porozumiewania się, dążenie do kontaktów i współdziałania. Ważne są sposoby porozumiewania się dziecka z otoczeniem. Nawet gdy nie używa mowy, komunikuje się poprzez gesty, melodię mowy lub ruchy ciała w formie komunikatów. Zawsze należy zwracać uwagę na sygnały, jakie przesyła dziecko. Mogą one być wydawane w funkcji sygnałów-apeli lub sygnałów-symptomów. Czasem dziecko wpatruje się w przedmiot, który chce dostać. Jeśli jest to możliwe, dokonuję wywiadu środowiskowego z najbliższą osobą z otoczenia dziecka i przeglądam jego dokumentację medyczną. Podstawowym dokumentem, z którym rodzic/opiekun przychodzi na pierwszą wizytę, jest Książeczka Zdrowia Dziecka. Dowiaduję się z niej o przebiegu porodu, o liczbie punktów, jakie uzyskało dziecko zaraz po urodzeniu (Apgar), o stanie napięcia mięśni, o samodzielnym oddychaniu, o odruchach (układzie nerwowym). Wykorzystanie tych informacji niekiedy bywa najważniejsze przy szukaniu przyczyn nieprawidłowości. Dzisiaj dzieci są częściej badane, mają więcej wypisów ze szpitali niż dawniej i innych zaświadczeń czy opinii specjalistów mogących mieć ogromne znaczenie dla logopedy stawiającego diagnozę i planującego terapię. Sądzę, że powoli oddala-

my się od czasów, gdzie rola logopedy kończyła się na postawieniu diagnozy i działaniach terapeutycznych. W dzisiejszych czasach efekt pracy jest najważniejszy. Wyniki terapii pacjentów decydują o wartości pracy wykonywanej nie tylko przez nas logopedów, ale nauczycieli, psychologów. Dlatego w kartach logopedycznych, wciąż ulepszanych dziennikach zajęć lub gotowych publikacjach zawsze powinien się znaleźć ostatni punkt: ewaluacja procesu terapeutycznego/uzyskane efekty pracy.

Kolejne badania, które przeprowadzam, to ocena budowy i sprawności aparatu mowy. Dostępne karty do badań są wystarczające, by każdy mógł ocenić budowę i sprawność artykulatorów. Z mojego doświadczenia wynika, że nie zawsze badanie to uda się przeprowadzić na pierwszym spotkaniu. Nie wszystkie dzieci dadzą sobie zajrzeć do buzi, a mało które pozwoli na dotykanie szpatułką (konieczne przy ocenie zgryzu i wędzidełka podjęzykowego), nie znając i nie ufając terapeutce. Sądzę, że musimy być wyrozumiali i nic nie robić u dziecka na siłę. Oceniając warunki anatomiczne: budowę nosa, przegród nosowych, wielkość języka, długość i elastyczność wędzidełka podjęzykowego, budowę żuchwy, stan uzębienia, zgryz, budowę podniebienia, warto zwrócić uwagę na jeszcze jeden bardzo ważny narząd, mający ogromny wpływ na realizację wokalizacji. Mam na myśli migdałki; w skład ich wchodzi: migdałek gardłowy, migdałki trąbkowe, migdałki podniebienne i migdałek językowy. Migdałki stanowią barierę dla czynników chorobotwórczych, pełnią funkcję immunologiczną. Zdarza się, że dochodzi do częstych zapaleń samych migdałów. W przypadku częstych angin albo w przypadku przerostu migdałków podniebiennych może dochodzić do problemów z oddychaniem. Wskazane jest ich operacyjne wycięcie. W mojej praktyce zawodowej spotykam się z nowym problemem. Dzieci mają coraz częstsze stany zapalne górnych dróg oddechowych nasilające się wczesną wiosną i wczesną jesienią. Tor oddychania jest ustny. Przy stanach przewlekłych zmienia się budowa anatomiczna twarzy. Wygląda się fałda wargowo-nosowa, mięsień okrężny ust zmienia swoje napięcie, górna warga wygląda się i spłaszcza, dolna rozciąga się i wydłuża do dołu (twarz adenoidalna). Taka zmiana powoduje kolejne nieprawidłowości: żuchwa opada do dołu, a na dnie jamy ustnej leży język, (wiadomo, że prawidłowe ułożenie języka jest takie, że przy zwartych ustach i przymkniętych zębach opiera się on o podniebienie). Jeśli język leży płasko na dole, zmienia się jego środek ciężkości, a masa układa się niewłaściwie i nienaturalnie, buzia jest wciąż otwarta. Wtedy często zaburzona może być realizacja dźwięków z szeregu: (sz, ż, cz, dż, l, r). W jaki sposób my logopedzi możemy poradzić sobie z taką sytuacją?

Przed wszystkim powinniśmy zaproponować rodzicom wizytę u specjalisty, w tym przypadku alergologa (by nie przedłużać stanów przewlekłych, powodując w ten sposób powikłania). Możemy również zaproponować konsultację u otolaryngologa lub laryngologa, by ocenił stan anatomiczny i, jeśli jest potrzeba, zastosował odpowiednie leczenie. Kolejnym naszym krokiem powinno być włączenie zestawu ćwiczeń wzmacniających górną wargę i pionizujących język. Jeśli widoczna jest już zmiana w przesunięciu żuchwy w kierunku poprzednim, to konieczne są ćwiczenia ją cofające. Przy większych zmianach zalecamy konsultację z ortodontą.

W związku z ciągłą aktywnością tzw. trzeciego migdała pojawiają się jeszcze inne problemy. Dzieci mają zatkanie trąbki słuchowej (migdał aktywny produkuje płyn, który zalewa ucho.) Niewłaściwe leczenie lub jego brak doprowadzają do powstania stanów przewlekłych, spowodowanych zalegającym płynem, i w konsekwencji stałe, nieodwracalne ubytki słuchowe. Niektórzy logopedzi, pediatrizy sugerują usunięcie trzeciego migdała i przycięcie bocznych przygardłowych. W mojej 8-letniej praktyce kilkakrotnie spotkałam dzieci przed i po wycięciu migdałów. Muszę stwierdzić, że usuwane migdały coraz częściej odrastają (obserwacja z praktyki własnej). Uważam, że decyzję o usunięciu migdałów powinien sugerować jedynie laryngolog lub otolaryngolog. Mowa dzieci z bardzo powiększonym migdałem jest możliwa do usłyszenia i rozpoznania zaraz po wejściu dziecka do gabinetu. Jest kluskowata, tłumiona. W mojej praktyce udało mi się znaleźć sposób, by mimo ograniczeń sprawdzić czy trzeci migdał jest aktywny i powiększony. Metodę tą stosuję rutynowo, przy każdym badaniu budowy artykulatorów. Migdał może być większy, jest to często uwarunkowane genetycznie. Ważne, by nie powodował zmian anatomicznych i innych powikłań w strukturach artykulatorów. Proszę, by dziecko odchyliło głowę do tyłu, metalową szpatułkę przykładam tuż pod nos. Zadaniem dziecka jest otwarcie buzi i swobodne oddychanie. Jeśli na szpatułce pojawią się jednocześnie dwa kółeczka pary, to jest dla mnie jasne, że dziecko ma przepływowość prawidłową. Jeśli natomiast nie ma przepływu powietrza wydychanego, nie pojawiają się ślady wydechu lub pojawia się tylko w jednym ujściu, to oznacza, że trzeci migdał, który jest osadzony na ścianie gardła, jest na tyle duży, że pod wpływem siły przyciągania ziemskiego odchyła się ku tyłowi, blokując ujście powietrza z części gardłowej do jamy nosowej. Zwykle u dzieci zdrowych migdał nie powinien blokować ujścia powietrza. Co natomiast zrobić, gdy migdał jest duży i powoduje problemy z torowością oddychania? Migdał jest aktywny w wieku wczesnodziecięcym, organizm traktuje go jako barierę ochronną dla drobnoustrojów,

blokując wejście w przestrzeń gardłową. Około 7–8 roku życia u większości populacji zanika. Jako logopeda zauważam tę właściwość i zawsze mam nadzieję, że rodzicowi uda się trafić do rozsądnego lekarza, który potrafi lekami obkurczać migdały. Każdy rok u dziecka jest ważny, ponieważ oddala go od zabiegu usuwania (obecnie u dzieci stosuje się najczęściej zabieg chirurgiczny lub laserowy, mniej inwazyjny, niektórzy otolaryngolodzy stosują krioterapię).

Wydanie pełnej diagnozy logopedycznej u dzieci w młodszym wieku przedszkolnym to co najmniej dwa spotkania, o czym warto poinformować rodziców w czasie pierwszej wizyty.

Oceniam stan przyswojenia systemu językowego. Interesuje mnie, w jaki sposób pacjent realizuje dłuższe wypowiedzi, oceniam dialog. Szczególnie ważna jest ocena form morfologicznych i operacji słowotwórczych. Dokonuję oceny jednostek elementarnych – wszystkich dźwięków mowy. Badam słuch fonemowy, kinestezję artykulacyjną, pamięciowe mechanizmy mowy. Badając lateralizację, robię to standardowo – oko, ręka, noga i ucho. U dzieci, które mają opóźniony rozwój mowy lub wykazują innego rodzaju problemy – ważne jest sprawdzenie lateralizacji usznej. Wykonuję to, prosząc dziecko, by odebrało dzwoniący telefon lub podaje pudełeczko z małutkimi grzechoczącymi elementami, by posłuchało. Próbę powtarzam 3 razy. Często zdarza się, że przy zaburzeniach w korze słuchowej mimo pełnej lateralizacji oka, ręki i nogi, ucho wciąż cechuje zmienność. Badanie warto powtarzać za każdym razem w czasie spotkań, by mieć pełny obraz, w jakim czasie dokonała się pełna lateralizacja uszna. Jeśli występują trudności, wspomagam w trakcie terapii treningami słuchowymi i zestawami ćwiczeń.

Rozsądny logopeda jest w stanie ocenić poziom kompetencji językowej i komunikacyjnej u każdego pacjenta niezależnie od jego wieku. Dziwi mnie podejście wielu logopedów pracujących w poradniach, przedszkolach, którzy twierdzą, że dwu- trzylatek jest za mały, by rozpocząć terapię logopedyczną. W polskim piśmiennictwie i literaturze przedmiotu można znaleźć doskonale pomoce diagnostyczne dostosowane do wieku i rodzaju zaburzeń. Mają bogatą szatę graficzną, są niezastąpioną pomocą dla dobrego terapeuty mowy. Zwykle dołączone są do nich opisy, w jaki sposób przeprowadzić badanie. Każdy logopeda powinien mieć w swoim warsztacie pracy kilka kart przeznaczonych do badania logopedycznego lub jedną rozbudowaną, zawierającą wszystkie możliwe próby, które przeprowadza w zależności od przypadku, z jakim przyjdzie mu się spotkać w pracy. Tylko szczegółowo przeprowadzona diagnoza i odpowiednio zaplanowany proces terapeutyczny gwarantuje widoczne efekty

pracy. Pracując w kilku miejscach, jest to trudne, ale można to zorganizować tak, by każdy pacjent miał swoją kartę i plan pracy. Jest to dla mnie jasne, że kończąc rok szkolny, każdy logopeda oprócz sprawozdania z liczby przyjmowanych dzieci powinien poświęcić kilkanaście minut, by uzupełnić proces ewaluacyjny i wpisać uzyskane wyniki pracy. Jest to cenne, ponieważ od nowego roku, po przerwie wakacyjnej logopeda wie, od czego dalej rozpocząć swoje działania terapeutyczne. Drodzy logopedzi, nie martwcie się i bez obaw wpisujcie uczciwie efekty oraz dalsze kierunki swoich działań. Jestem praktykiem i wiem dobrze, że wyniki pracy uzależnione są od systematyczności ćwiczeń naszych pacjentów w domu. Zaznaczmy to na koniec w podsumowaniu. Tylko wtedy budujemy obraz zgodny z prawdą. Bądźmy wiarygodni i uczciwi. Przeraża mnie często wypowiedziana przez rodziców opinia, że logopeda nie może wiele pomóc. Mówią, że dzieci uczęszczają na zajęcia logopedyczne przez kilka lat, a ich problemy się nie zmniejszają. Wskazówki dla rodziców, w jaki sposób mają rozwijać i stymulować rozwój mowy u swoich małych dzieci, okazują się bezcenne. Prawidłowo edukowani rodzice są najlepszym sposobem na zapobieganie wadom wymowy u dzieci. Stąd tak ważne są zajęcia profilaktyczne w przedszkolach z grupami dzieci 3-letnich. W zupełności wystarczą one, by nie doprowadzić do wad wymowy u dzieci 5–6 letnich.

Logopeda powinien być traktowany jak „lekarz mowy, nauczyciel mowy”. Wszystkie zadania i ćwiczenia rodzice powinni powtarzać ze swoimi dziećmi regularnie i sumiennie. Tylko wtedy efektywność naszych działań będzie widoczna natychmiast. Nie obwiniam rodziców. Sądzę, że problem ma zupełnie inne podłoże. Rodzice nie mogą uczestniczyć w terapii logopedycznej, ponieważ nie ma ich w tym czasie w szkole lub przedszkolu. Tu powinna zadziałać pomysłowość logopedów, którzy mają obowiązek przeprowadzać pogadanki profilaktyczne w miejscu swojej pracy, nie tylko na zebraniach dla rodziców dzieci z problemami, ale na ogólnych spotkaniach semestralnych. Logopeda powinien serdecznie zapraszać rodziców na zajęcia, które prowadzi z ich dziećmi. Niedopuszczalne jest, by rodzic nie mógł uczestniczyć w terapii, jeśli tego chce. Pracuję już 8. rok i jeszcze nigdy żaden dyrektor placówki oświatowej nie odmówił mi możliwości przeprowadzenia pogadanki z rodzicami czy nauczycielami. Na tych właśnie zebraniach warto uświadomić rodzicom potrzebę zajęć specjalistycznych i konieczność ciągłego utrwalania wypracowanych efektów w trakcie terapii. Pracujemy ciężko, mamy wiele dzieci a mało godzin. Na efekt naszej pracy składa się wiele czynników. Nie pozwólmy, by logopeda kojarzył się

wyłącznie z „dmuchaniem na wiatraczki” i przypadkowo rozdawanymi wierszykami i kolorowankami.

W jaki sposób logopeda jest postrzegany w placówce, gdzie pracuje, to w dużej mierze zależy od nas samych. Nie bójmy się rozmawiać z rodzicami, edukujemy, informujemy i bądźmy aktywni. Pamiętajmy, że logopeda jest nie tylko potrzebny, gdy u dziecka zaczynają się problemy z mową. Działajmy także prewencyjnie i informacyjnie.

Drodrozy logopedzi, mam nadzieję, że dzieląc się moimi doświadczeniami, sprawdzonymi sposobami postępowania, ułatwię Wam trudną pracę, wymagającą wielu starań i pomysłowości. Znajdziecie dużo satysfakcji z wykonywanej pracy, a Wasi pacjenci z ogromnym zapałem i siłą będą zdobywać wciąż nowe umiejętności komunikacyjne, pozwalające na jeszcze lepszy kontakt z rówieśnikami i otaczającym światem.

BIBLIOGRAFIA

- Affolter F., 1997, *Spostrzeganie, rzeczywistość, język*, Warszawa.
- Bochenek A., Reicher M., 1989, *Anatomia człowieka*, t. II, Warszawa.
- Jaśkowski P., 2009, *Neuronauka poznawcza. Jak mózg tworzy umysł*, Warszawa.
- Jauer-Niworowska O., 2009, *Dyzartria nabyta. Diagnoza logopedyczna i terapia osób dorosłych*, Warszawa.
- Jauer-Niworowska O., Kwasiborska J., 2009, *Dyzartria. Wskazówki do diagnozy różnicowej poszczególnych typów dyzartrii*, Gliwice.
- Latkowski B., 1998, *Otolaryngologia. Gardło i krtani*, Warszawa.
- Michalak-Widera I., 2009, *Logopedyczny test dla dzieci i młodzieży*.
- Paluch A., Drewniak-Wołosz E., Mikosza L., 2005, *Afa-skala. Jak badać mowę dziecka afatycznego?*, Kraków.
- Pisula E., Danielewicz D., (red.), 2005, *Wybrane formy terapii i rehabilitacji osób z autyzmem*, Kraków.
- Rocławski B., 2001, *Podstawy wiedzy o języku polskim dla glottodydaktyków, pedagogów, psychologów i logopedów*, Gdańsk.
- Rocławski B., 2012, *Słuch fonemowy i fonetyczny. Teoria i praktyka*, Gdańsk.
- Tarasiewicz B., 2003, *Mówię i śpiewam świadomie. Podręcznik do nauki emisji głosu*, Kraków.