

URSZULA JĘCZEŃ

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

## Standard postępowania logopedycznego w przypadku oligofazji

---

### The Standard of Logopedic Treatment in Oligophasia

Oligofazja — zaburzenia mowy występujące u dzieci i osób dorosłych upośledzonych umysłowo. Możliwości porozumiewania się osób upośledzonych umysłowo kształtują się na tle globalnie opóźnionego rozwoju psychofizycznego. „Opóźnione w rozwoju i zaburzone w największym stopniu są czynności o najwyższej organizacji, czyli te, które najpóźniej wykształcają się w ontogenezie. Są to przede wszystkim myślenie i mowa” (H. Natowska, 1987, 87). „Zaburzenia myślenia uznaje się za osiowe objawy upośledzenia umysłowego” (W. Pilecka, 2001, 17). Niedostateczny rozwój procesów poznawczych (percepcji, myślenia, uwagi, pamięci oraz procesów emocjonalno-motywacyjnych) u dzieci upośledzonych umysłowo utrudnia opanowanie kompetencji językowej i komunikacyjnej w zadowalającym stopniu.

Stopień niedorozwoju mowy — co potwierdzają liczne badania — rośnie wprost proporcjonalnie do stopnia upośledzenia umysłowego. Oznacza to, że im głębszy jest deficyt intelektualny, tym poziom opanowania kompetencji językowej i komunikacyjnej jest niższy (J. Kostrzewski, 1966, 1978).

Istnieją dwa zupełnie odmienne modele funkcjonowania językowego osób upośledzonych umysłowo — model charakteryzujący lekki stopień niepełnosprawności oraz drugi, właściwy dla osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną (Z. Tarkowski, 1999; G. Jastrzębowska, O. Pelc-Pękala, 1999). Jednak nawet w obrębie jednej grupy, np. wśród dzieci z lekkim upośledzeniem umysłowym obserwujemy zindywidualizowany poziom opanowania języka, który uzależniony jest nie tylko od deficytu poznawczego, ale także od

współwystępujących zaburzeń zachowania, czyli: zachowania impulsywnego, pozbawionego przemyśleń, braku inicjatywy, samodzielności.

## DIAGNOZOWANIE LOGOPEDYCZNE ODNOSZĄCE SIĘ DO LEKKIEGO STOPNIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI INTELEKTUALNEJ F70 ISD-10 (69-55IQ WECHSLERA)

Ze względu na specyfikę zaburzeń mowy w oligofazji ważne jest, aby na samym początku ustalić w przypadku każdego dziecka podstawową przyczynę utrudniającą porozumiewanie się (czy są to: wady wymowy, zbyt ubogie słownictwo, trudności w budowaniu tekstu, czy też trudności wynikające z braku rozumienia sytuacji społecznych — a zatem szeroko pojęte sprawności natury komunikacyjnej, w tym sprawność sytuacyjna, społeczna i pragmatyczna).

W upośledzeniu umysłowym stopnia lekkiego napotykaemy opóźniony rozwój mowy. Opóźnienie tego typu może być symptomem zaburzeń o różnej etiologii, dlatego objawy opóźnionego rozwoju mowy nie muszą wskazywać na upośledzenie umysłowe.

W tym celu przeprowadzamy pozostałe badania, potwierdzające lub wykluczające wstępną hipotezę co do diagnozy logopedycznej.

Diagnoza oligofazji winna opierać się na: danych z wywiadu, obserwacji spontanicznego zachowania oraz wnikliwej analizie wszelkiego typu zachowań werbalnych.

**Wywiad** powinien dostarczyć informacji na niżej podane tematy.

— Przebieg ciąży i porodu, gdyż przyczyny powodujące upośledzenie umysłowe mogą pojawić się w okresie prenatalnym (nieprawidłowości genetyczne, infekcje wrodzone, toksyny), perinatalnym (wcześniactwo, okołoporodowa encefalopatia niedotleniowo-niedokrwienna) oraz postnatalnym (infekcje OUN, urazy czaszkowo-mózgowe, niedobory pokarmowe). Pozyskiwanie tychże informacji należy rozłożyć na kilka następujących po sobie spotkań z rodzicami.

— Przebieg rozwoju psychofizycznego: motoryka, mowa, czynności samoobsługowe, rozwój zabawy, występowanie stereotypii zachowań, sztywności myślenia; ocena reakcji dziecka w sytuacjach społecznych — znanych i nieznanymi dla niego.

— Występowanie w rodzinie zaburzeń rozwojowych o różnej etiologii i patogenezie (upośledzenia umysłowego, głuchoty i niedosłuchów, alalii prolongaty, afazji dziecięcej) oraz chorób psychicznych i neurologicznych.

— Przebyte choroby, urazy psychiczne i fizyczne.

- Warunki rozwoju i wychowania dziecka.
- Przeprowadzone badania specjalistyczne (jeśli takowe były przeprowadzone).

**Obserwacja zachowań spontanicznych** pozwala na dostrzeżenie współwystępujących niekiedy z niedorozwojem umysłowym zespołów autystycznych, nadpobudliwości psychoruchowej, gwałtownego i destruktywnego zachowania, infantylności uczuciowego oraz nietrwałości zainteresowań, które to zachowania często połączone są z zaburzeniami somatycznymi, takimi jak: blednięcie lub czerwienienie, bóle brzucha lub głowy itp.

**Analiza zachowań językowych** ma między innymi na celu sprawdzenie, czy i w jakim stopniu komunikaty kierowane do dziecka spotykają się ze zrozumieniem, czy reakcje na pytania i polecenia są adekwatne i zrozumiałe dla otoczenia, czy mają charakter słowny czy gestowo-mimiczny? Czy niewłaściwa reakcja dziecka lub brak reakcji jest wynikiem braku rozumienia, czy przejawem zaburzeń w nadawaniu?

#### 1. Sprawdzenie zasobu leksykalnego.

Dzieci upośledzone umysłowo w stopniu lekkim rozumieją więcej słów niż ich używają (podobnie jak dzieci z normą intelektualną), jednak cechuje je uboższy zasób słownika umysłowego przede wszystkim o pojęcia nadrzędne — kategoryzujące zjawiska, abstrakcyjne — nazywające uczucia, postawy moralne, wartości oraz pojęcia określające stosunki czasowo-przestrzenne. Dominującymi częściami mowy są: rzeczowniki konkretne, przymiotniki nazywające cechy przedmiotów postrzegane zmysłami, czasowniki pokazujące człowieka w ruchu i działaniu.

#### 2. Sprawdzenie poziomu gramatycznego wypowiedzi.

W wypowiedziach dzieci obserwujemy błędne konstrukcje zdaniowe wynikające z niezajomości reguł gramatycznych, przewagę zdań pojedynczych (współrzędnie złożonych łącznie) nad zdaniami złożonymi.

#### 3. Ocena poziomu artykulacyjnego wypowiedzi.

W grupie dzieci upośledzonych umysłowo w stopniu lekkim występują zniekształcenia fonetycznej budowy wyrazu na skutek istniejących wad wymowy, takich jak: seplenienie, reranie, ubezdźwięcznianie głosek, niewłaściwa wymowa głosek *k*, *g*, w zależności od pozycji zajmowanej w wyrazach; elizje głosek oraz ich deformacje.

#### 4. Ocena sprawności aparatu artykulacyjnego, fonacyjnego i oddechowego.

#### 5. Ocena sprawności komunikacyjnych w zakresie form narracyjnych: opisu i opowiadania oraz form dialogowych, z uwzględnieniem językowej sprawności sytuacyjnej, społecznej i pragmatycznej.

W przypadku dzieci upośledzonych w stopniu lekkim pamięć zarówno świeża, jak i trwała jest słabsza niż u pozostałych dzieci. Obserwujemy poważne deficyty w procesie zapamiętywania zdań i treści opowiadań, a także odtwarzania z pamięci przebiegu zdarzeń. Po upływie czasu dzieci lekko upośledzone umysłowo opowiadają nie to, co faktycznie postrzegają w danym momencie, lecz to, co wiedzą o danym zjawisku, przedmiocie lub rzeczy. Mają one trudności z utrzymywaniem uporządkowanego przebiegu dialogu, same inicjują go rzadko.

6. W badaniu diagnostycznym należy ponadto wykonać próby określające: poziom motoryki dużej, sprawności manualne i grafomotoryczne; zbadać lateralizację, koordynację wzrokowo-ruchową, analizę i syntezę wzrokową oraz przeprowadzić badanie spostrzegania słuchowego.

7. Badania specjalistyczne. W razie istniejącej potrzeby (w celu upewnienia się, co do diagnozy bądź jej wykluczenia) logopeda kieruje dziecko na badania psychologiczne, neurologiczne bądź ogólnolekarskie — w razie istniejących wad narządów zmysłu.

## PROGRAMOWANIE TERAPII

Postępowanie logopedyczne zmierza do skonstruowania programu kształcenia poszczególnych umiejętności językowych w oparciu o możliwości i predyspozycje dziecka. Ze względu na to, że dzieci upośledzone nie stanowią jednolitej grupy i obserwuje się u nich różnorakie zaburzenia mowy, w każdym przypadku należy budować indywidualny program oddziaływania językowego. Wstępna diagnoza winna być weryfikowana w trakcie ciągłej obserwacji i terapii logopedycznej. Należy pamiętać, że nie ma jednej, niezawodnej recepty na wspieranie rozwoju tych dzieci. „Każde dziecko rozwija się w swoim rytmie, ma swoje uzdolnienia i trudności. Wszystkie stosowane przez nas oddziaływania powinny być dobrane do jego indywidualnych potrzeb i możliwości psychofizycznych” (M. Kastory-Bronowska, 2002, 37). „W rehabilitacji dziecka upośledzonego umysłowo najistotniejsza jest zabawa. (...) Trzeba docierać do dziecka przez to, co ono lubi najbardziej” (A. Sobolewska, 2002).

### 1. Organizacja postępowania terapeutycznego.

Zajęcia logopedyczne winny odbywać się co najmniej raz w tygodniu w warunkach gabinetowych. Czas trwania terapii powinien wynosić około 30–45 minut. Terapia w gabinecie logopedycznym często nie obrazuje faktycznego poziomu językowego dziecka, a zatem należy uczyć rodziców i opiekunów, aby zwracali uwagę na zachowania językowe dziecka w warunkach naturalnych (domu, szkole itp.).

Zajęcia gabinetowe mają charakter spotkań indywidualnych, niemniej jednak zajęcia grupowe (muzyczne, plastyczne, parateatralne) są również wskazane.

## 2. Postępowanie logopedyczne.

- A. Rozwijanie sprawności językowych: ćwiczenia artykulacyjne, leksykalne, fleksyjne, słowotwórcze i składniowe.
- B. Nazywanie relacji przestrzennych.
- C. Rozwijanie sprawności komunikacyjnych: społecznej, sytuacyjnej i pragmatycznej.
- D. Ćwiczenia komunikacyjne w zakresie tworzenia form dialogowych i monologowych, w tym opisu i opowiadania.
- E. Budowanie wiedzy o otaczającej rzeczywistości w umysłach dzieci.
- F. Wzbogacanie słownictwa biernego i czynnego.
- G. Podtrzymywanie spontanicznej aktywności słownej.

### DIAGNOZOWANIE LOGOPEDYCZNE ODNOSZĄCE SIĘ DO UMIARKOWANEGO I ZNA CZNEGO STOPNIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI INTELEKTUALNEJ F71, F72 — ISD-10 (54–40 I 39–25 IQ WECHSLERA)

Diagnoza logopedyczna wiąże się nie tylko z oceną możliwości komunikacyjnych dziecka, ale również oceną umiejętności niezbędnych do porozumiewania się, takich jak: nawiązywanie i podtrzymywanie kontaktu wzrokowego, lokalizacja źródła dźwięku, naśladownictwo itp.

Zupełnie odmienną grupę stanowią dzieci z zespołem Downa, które osiągają zróżnicowany poziom rozwoju umysłowego — od dolnych granic normy rozwojowej do upośledzenia głębokiego. W pracach poświęconych tej problematyce czytamy, że większość dzieci z zespołem Downa funkcjonuje na poziomie upośledzenia umiarkowanego i znacznego — 91%, zaś 6,5% jest upośledzonych w stopniu lekkim, a u 2,5% stwierdzono upośledzenie głębokie (R. Michałowicz, J. Ślenzak, 1982).

Badania dowodzą, że zdolności intelektualne i rozwój społeczny osób z zespołem Downa zależą od warunków środowiskowych oraz podjęcia przez rodziców wczesnej interwencji co do stymulacji opóźnionego rozwoju psychomotorycznego dziecka (C. Cunnungham, 1994, B. Stratford, 1993).

Niezbędna jest w tym celu kompleksowa diagnoza obejmująca: ocenę somatyczną stanu dziecka, ocenę rozwoju ruchowego, emocjonalnego i społecznego, w tym rozwoju mowy, która w przypadku małych dzieci powinna być

ponawiana, ponieważ wraz z rozwojem będzie się zmieniać (M. Kastory-Brownowska, 2002). Diagnoza logopedyczna winna być poprzedzona: diagnozą pediatryczną w celu stwierdzenia lub wykluczenia wad w obrębie poszczególnych układów i części ciała, badaniem cytogenetycznym oraz specjalistyczną diagnozą przede wszystkim kardiologiczną i neurologiczną. A to wszystko ze względu na specyfikę zaburzeń somatycznych, osobowości i temperamentu oraz anomalii związanych z aparatem artykulacyjnym, fonacyjnym i oddechowym.

Programowanie terapii logopedycznej w przypadku dzieci z zespołem Downa rozpoczynamy od diagnozy niemowlęcego aparatu artykulacyjnego, nauki oddychania przez nos i wyrobienia nawyku prawidłowego połykania (H. Waszczuk, 2003). Najczęściej stosowaną metodą rehabilitacji w obszarze twarzy i jamy ustnej jest terapia ustno-twarzowa według koncepcji 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 siedmiu punktach neuromotorycznych na twarzy oraz leczenia ortopedyczno-szczękowego.

Praca z dzieckiem w 1. roku życia powinna przebiegać na podstawie indywidualnego programu z zakresu wczesnej profilaktyki logopedycznej (A. Regner, 2008).

Dokonując oceny różnorodnych zaburzeń występujących u dzieci z zespołem Downa, zawsze należy uwzględniać dużą różnorodność cech klinicznych charakterystycznych dla tego zespołu. Od samego początku (u niemowląt) zwraca uwagę znaczne obniżenie napięcia mięśniowego, wiotkość więzadeł i zwolniony rozwój motoryczny (B. Odowska-Szlachcic, 2008). Obserwuje się dystrofię twarzy — skośne ustawienie szpar powiekowych, zmarszczkę nąkątą (pozorującą zezą), kąciki warg skierowane ku dołowi; zaś w obrębie jamy ustnej: wysoko wysklepione podniebienie, duży język, który jest ciężki, mało ruchliwy lub wiotki i tym samym utrudnia artykulację. Ponadto należy pamiętać, że u dzieci z zespołem Downa bardzo często występują zaburzenia w obrębie narządu słuchu i wzroku. Ubytki słuchu najczęściej dotyczą dźwięków o wysokiej częstotliwości, co bezpośrednio wpływa na rozpoznawanie i rozumienie słów oraz na elementy prozodyczne mowy (melodię, akcent i rytm wypowiedzi) (B. Odowska-Szlachcic, 2008, 138).

Wysoką skuteczność i trwałe efekty w pracy z dziećmi z zespołem Downa uzyskuje się, stosując terapię Integracji Sensorycznej, której założenia oparte są na neurofizjologicznych mechanizmach kompensacyjnych w obrębie układu nerwowego. Logopeda IS powinien sprawdzić napięcie mięśniowe głównie w obrębie policzków, warg i języka oraz ocenić stopień ruchomości narządów

artykulacyjnych. Nie mniej ważna jest długość wydechu i umiejętność wciągania powietrza oraz rodzaj toru oddechowego (przez usta lub przez nos) (*ibidem*, s. 141).

W dalszej kolejności przechodzimy do kształcenia poprawności artykulatoryjnej oraz rozwijania sprawności komunikacyjnych poprzez budowanie wiedzy o otaczającej rzeczywistości.

Wiele dzieci z zespołem Downa w początkowym okresie rozwoju mowy przedkłada gesty nad komunikację werbalną. Zwykle dzieci wykorzystują gesty w sposób naturalny, głównie jako formę kompensującą trudności w mówieniu. Korzystanie z gestów traktujemy jako etap przejściowy (podobnie jak w przypadku dzieci prawidłowo rozwijających się). Należy pamiętać, że skuteczne posługiwanie się gestami musi iść w parze z rozumieniem mowy, a zatem należy wykorzystywać każdą okazję, by kojarzyć język z obrazami. „Z badań wynika, że większość dzieci z zespołem Downa powoli rezygnuje z używania znaków w momencie pojawienia się mowy (około 4.–5. roku życia)” (B. B. Kaczmarek, 2008, 119).

Osoby upośledzone w stopniu umiarkowanym i znacznym cechuje dość poważnie opóźniony rozwój mowy. W swoich wypowiedziach często posługują się holofrazami — jednowyrazowymi wypowiedziami, które pełnią różne funkcje pragmatyczne. Realizują intencje, budując wypowiedzi w postaci monosylab lub pojedynczych słów zniekształconych brzmieniowo. Zrozumienie tych wypowiedzi utrudnia bełkotliwa, niewyraźna artykulacja, spowodowana występowaniem zespołów wad wymowy o zróżnicowanej etiologii i patogenizie. Duży wpływ na taką a nie inną artykulację mają współlistniejące dysfunkcje oddychania, polykania oraz wady zgryzu. Diagnostyka logopedyczna zmierza w kierunku oceny zdolności rozumienia mowy (na poziomie pojedynczych słów, prostych poleceń słownych — próśb i pytań) oraz nadawania mowy (nawiązywania rozmowy i jej podtrzymywania). Szczególną trudność sprawia tym dzieciom przechodzenie podczas rozmowy z pozycji mówcy do roli słuchacza i na odwrót. Ich wypowiedzi są krótkie, stereotypowe i często zupełnie niezgodne z treścią wypowiedzi partnera. Obserwujemy wyraźną przewagę środków niewerbalnych: elementów prozodycznych, ruchów pantomicznych nad znakami językowymi. Osoby z tej grupy wykazują wyraźne trudności w werbalizowaniu swoich myśli i pragnień, dlatego też usprawnianie kompetencji komunikacyjnej jest sprawą priorytetową.

Diagnostyka logopedyczna winno przebiegać wedle tych samych etapów, które zostały wyznaczone dla lekkiego stopnia, a mianowicie — wywiad, obserwacja zachowań spontanicznych, analiza zachowań językowych.

Badania specjalistyczne — w przypadku tych dzieci, bardzo często ujawniają się wady narządów zmysłów, porażenia i niedowłady kończyn, wady

serca, padaczka, stany depresji itp., a zatem istnieje potrzeba wykonania badań ogólnolekarskich oraz specjalistycznych, w tym: neurologicznych, genetycznych, audiologicznych, okulistycznych i psychiatrycznych.

### PROGRAMOWANIE TERAPII

Stymulacja rozwoju mowy nie może ograniczać się tylko do kształcenia kompetencji językowej. Wydaje się ważniejsze to, aby dziecko prawidłowo realizowało swoje wypowiedzi, dostosowując je do rangi odbiorcy i sytuacji społecznej. Dzieci zwykle prawidłowo rozumieją tylko sytuacje znane z osobistego doświadczenia, wielokrotnie powtarzane, w których występują „osoby znaczące” (rodzice, rodzeństwo, koledzy, opiekunowie itp.).

### ORGANIZACJA POSTĘPOWANIA TERAPEUTYCZNEGO

Terapia mowy winna przebiegać w dużej mierze w warunkach naturalnych, domowych, w trakcie wykonywania różnorodnych czynności. Z racji tego, że dzieci należy objąć stałą opieką logopedyczną, a efekty terapii pojawiają się po dłuższym czasie, to właśnie rodzice i opiekunowie, odpowiednio poinstruowani przez logopedę, ponoszą duży ciężar terapii. Terapia indywidualna powinna być łączona z terapią grupową (4-, 6-osobowa grupa), gdyż czasami możliwości wynikające ze współzawodnictwa mobilizują dziecko.

### POSTĘPOWANIE LOGOPEDYCZNE

1. Rozwijanie sprawności komunikacyjnych — społecznej, sytuacyjnej i pragmatycznej.
2. Praca nad rozumieniem mowy oraz znaczeniem słów.
3. Kształcenie poprawności artykulacyjnej.
4. Ćwiczenia ogólnorozwojowe z elementami zabawy, logorytmiki, muzykoterapii.
5. Metody oparte na kontakcie z ciałem:
  - a) paluszkowe zabawy,
  - b) elementy kinizjologii edukacyjnej — wybrane ćwiczenia z *Gimnastyki mózgu*,
  - c) ćwiczenia ruchowo-słuchowo-wzrokowe oparte na Metodzie Dobrego Startu,
  - d) Ruch Rozwijający Weroniki Sherborne,
  - e) Dotyk i komunikacja oraz Programy aktywności: Świadomość ciała, Kontakt i komunikacja Christophera Knilla.



6. Zabawy plastyczne.
7. Zajęcia z żywiołami — poranny krąg, czyli stymulacja polisensoryczna według pór roku.
8. Hipoterapia i dogoterapia.

## BIBLIOGRAFIA

- Cunningham C., 1994, *Dzieci z zespołem Downa. Poradnik dla rodziców*, Warszawa.
- Jastrzębowska G., Pelc-Pękala O., 1999, *Diagnoza i terapia mowy upośledzonych umysłowo*, [w:] *Logopedia. Pytania i odpowiedzi*, red. T. Galkowski, G. Jastrzębowska, Opole, s. 775–787.
- Kaczmarek B. L., 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, s. 103–132.
- Kastory-Bronowska M., 2002, *Wczesna interwencja*, [w:] *„Bardziej Kochani”. Z myślą o tobie. Informator dla rodziców małych dzieci z zespołem Downa. Wydanie specjalne*, Warszawa, s. 37–42.
- Kostrzewski J., 1966, *Stadia rozwoju mowy a choroba Downa*, „Roczniki Filozoficzne KUL”, 14, 4, s. 85–98.
- Kostrzewski J., 1978, *Podstawy współczesnej diagnostyki psychologiczno-klinicznej niedorozwoju umysłowego u dzieci*, [w:] *Z zagadnień psychologii dziecka umysłowo upośledzonego*, red. J. Kostrzewski, Warszawa, s. 43–76.
- Michałowicz R., Ślenzak J., 1982, *Choroby układu nerwowego dzieci i młodzieży*, Warszawa.
- Nartowska H., 1990, *Opóźnienia i dysharmonie rozwoju dziecka*, Warszawa.
- Odowska-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*, Kraków, 133–153.
- Pilecka W., 2001, *Psychoruchowy rozwój dzieci o obniżonej sprawności umysłowej*, [w:] *Stymulacja psychoruchowego rozwoju dzieci o obniżonej sprawności umysłowej*, red. W. i J. Pileccy, Kraków, s. 9–34.
- Regner A., 2008, *Wczesna interwencja logopedyczna wobec dziecka zagrożonego niepełnosprawnością*, [w:] *Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju małego dziecka*, red. B. Cytowska i B. Winczury, Kraków, s. 239–251.
- Sobolewska A., 2002, *Cela. Odpowiedź na zespół Downa*, Warszawa.
- Stratford B., 1993, *Zespół Downa. Przeszłość, teraźniejszość, przyszłość*, Warszawa.
- Waszczuk H., 2003, *Poradnik logopedyczny dla rodziców dzieci z zespołem Downa*, Gdańsk.