

DANUTA PLUTA-WOJCIECHOWSKA

Uniwersytet Pedagogiczny, Kraków
Katedra Logopedii i Lingwistyki Edukacyjnej

**Standard postępowania logopedycznego
w przypadku osób
z rozszczepem wargi i podniebienia**

**The Standard of Logopedic Treatment in Patients
with Cleft Lip and Palate**

ROZSZCZEP JAKO WADA ROZWOJOWA

Rozszczep wargi i/lub podniebienia jest najczęściej występującą wadą rozwojową twarzoczaszki, która występuje w formie izolowanej lub w zespołach wad. Jak podaje A. Show i współpracownicy w *The Eurocleft Project 1996-2000*, wada ta pojawia się od 1 na 500 do 1 na 700 żywych urodzeń, czyli od 2,0‰ do 1,42‰ (A. Show i in., 2000, 3). Współczynnik częstości występowania wady, ustalony przez Światową Organizację Zdrowia, wynosi 1,21‰. Na podstawie danych I Ogólnopolskiego Rejestru Rozszczepu Wargi i Podniebienia można powiedzieć, że w 1995 roku współczynnik częstości występowania wady w Polsce wyniósł 1,07 na 1000 żywo urodzonych noworodków (Z. Dudkiewicz, Z. Surowiec, 1996).

Wada rozwojowa twarzoczaszki, o której mowa, powstaje w pierwszym trymestrze ciąży. Jak wynika z doniesień, do tej pory nie wyodrębniono czynnika wywołującego rozszczep. Jednocześnie uznaje się jednak, że czynników takich jest wiele i wskazuje się na wspólnie oddziałujące czynniki genetyczne i środowiskowe.

Rozszczep. Jak podaje J. Bardach: „rozzszczep jest wadą rozwojową, polegającą na częściowym lub całkowitym braku ciągłości anatomicznej tkanek w typowych miejscach występowania zaburzeń w rozwoju embriologicznym twarzy” (J. Bardach 1967, 62).

Rozszczep wargi i podniebienia. Uściślenia wymaga pojęcie rozszczep wargi i podniebienia, którego znaczenie potoczne nie odzwierciedla waż-

nej cechy wady. Jak podkreśla Z. Dudkiewicz (1997), pod pojęciem rozszczep wargi i podniebienia rozumie się różne oblicza przerwania ciągłości elementów jamy ustnej i nosa (Z. Dudkiewicz, 1997, 670). O ważnym aspekcie związanym z wadą rozszczepową pisze A. Mitrinowicz-Modrzejewska, która, określając rozszczep podniebienia jako zaburzenie wieloukładowe, wskazuje tym samym, że zaburzenia dotyczą wielu poziomów, a mianowicie układu oddechowego, fonacyjnego i artykulacyjnego, a zatem sięgają dużo dalej niż zmiany w jamie ustnej (A. Mitrinowicz-Modrzejewska i in., 1965).

Skutki rozszczepu wargi i podniebienia. Przerwanie ciągłości elementów w obrębie wargi i podniebienia jest czynnikiem naruszającym prawidłowy rozwój twarzoczaszki, wpływa na wygląd twarzy oraz na występowanie zaburzeń w przebiegu funkcji biologicznych, w rozwoju mowy. Zaburzenia występujące u dziecka z rozszczepem można zatem podzielić na zaburzenia anatomiczne, zaburzenia dotyczące przebiegu funkcji biologicznych i zaburzenia dotyczące artykulacji w zakresie wszystkich kategorii fonetycznych, w szczególności zaś w odniesieniu do udziału rezonatora nosowego i miejsca artykulacji (D. Pluta-Wojciechowska, 2002, 2006ab). A zatem, charakteryzując skutki rozszczepu dla organizmu dziecka, można opisać deformacje jamy ustnej i jamy nosowej zmieniające się wraz z wiekiem dziecka i prowadzonym leczeniem, a ogólnie — zaburzenia rozwoju środkowej części twarzoczaszki. Kolejne zaburzenia związane są z nieprawidłowym przebiegiem funkcji biologicznych, które w postaci zmieniających się wraz z wiekiem i podjętym leczeniem zaburzeń oddychania i przyjmowania pokarmów wpływają na jakość życia dziecka.

Dotykając istotnych dla funkcjonowania człowieka struktur takich, jak: wargę górną, wyrostek zębodołowy, podniebienie i jama nosowa, należy stwierdzić, że wada rozszczepowa jednocześnie wpływa na rozwój mowy, w tym w szczególności na rozwój sprawności artykulacyjnej. Podstawowa trudność, jaka towarzyszy dziecku z rozszczepem wargi i podniebienia od urodzenia, to niemożliwość separacji jamy ustnej od nosowej oraz separacji jamy ustnej od świata zewnętrznego. U niektórych dzieci, pomimo przeprowadzenia operacji podniebienia, nadal występuje trudność w oddzieleniu jamy ustnej od jamy nosowej za pomocą szczelnego podniebienia i mechanizmu zwarcia podniebienno-gardłowego. Nie oznacza to, że dzieciom tym nie można pomóc. Współczesna chirurgia umożliwia przeprowadzenie operacji korekcyjnych i uzupełniających mających na celu uzyskanie lepszych warunków anatomiczno-czynnościowych dla funkcji biologicznych i mowy.

Ryzyko powikłań. W odniesieniu do dzieci z izolowaną wadą rozszczepu wargi i podniebienia proponuję używać terminu „dziecko z ryzyka powikłań”. Jak pokazują bowiem badania i praktyka, skutki występowania wady

rozszczepowej mogą polegać nie tylko na zaburzeniach w obrębie układu artykulacyjnego, fonacyjnego oraz oddechowego i determinować rozwój sprawności artykulacyjnej w zakresie wszystkich kategorii fonetycznych wraz z towarzyszącymi objawami trudności działania obwodowego aparatu wymowy. Zaburzenia anatomiczno-czynnościowe w obrębie struktur istotnych dla rozwoju komunikacji towarzyszące wadzie rozszczepowej mogą wpływać także na rytm i tempo rozwoju ekspresji werbalnej, a także modyfikować przebieg komunikacji przez występowanie zaburzeń emocjonalno-społecznych na tle wyglądu własnej twarzy i niezrozumiałości mowy. U niektórych dzieci mogą pojawić się także trudności emocjonalne związane z przeżyciami z okresu szpitalnego. A zatem, dziecko z wadą rozszczepową należy traktować jako dziecko z grupy ryzyka opóźnienia w rozwoju mowy oraz z grupy ryzyka zaburzeń emocjonalno-społecznych na tle własnej mowy i/lub twarzy rozszczepowej¹, a także z możliwą reakcją na sytuację leczenia szpitalnego.

Przyjęcie takiej perspektywy patrzenia na dziecko z rozszczepem umożliwia włączenie, oprócz typowych, także specjalnych działań, które będą stymulowały ogólny rozwój mowy, a właściwie komunikacji (a nie tylko rozwój sprawności artykulacyjnej) oraz przeciwdziałały zaburzeniom o charakterze emocjonalno-społecznym. Wskazane powikłania nie muszą, ale mogą wystąpić u dzieci z rozszczepem, co jest wystarczającym powodem, aby im przeciwdziałać lub osłabiać ich siłę, podejmując wczesne działania profilaktyczne.

Wada rozszczepowa a inne wady. Do wady rozszczepowej może dołączyć się inna wada lub wady. Istotne jest zatem rozpoznanie wszystkich występujących u dziecka wad i zaburzeń (R. J. Shprintzen, 2001; K. Golding-Kushner, 2001; K. Gorlin, M. M. Cohen, L. S. Levin, 1990; M. Kot, J. Kruk-Jeronim, 1997; J. Bardach, 1967). Wadzie rozszczepowej może towarzyszyć np. niedosłuch, upośledzenie umysłowe, wady: twarzoczaszki, kończyn, serca, układu pokarmowego i powłok brzusznych, wady układu moczowo-płciowego, niedorozwój nosa, zaburzenia małżowiny usznej, zrośnięcie palców itd.

Stosunkowo często występującą wadą jest sekwencja Robina, w której oprócz rozszczepu podniebienia wtórnego występuje obturacja górnych dróg oddechowych i mikrognacja, co zasadniczo zmienia przebieg oddychania i przyjmowania pokarmów, a dalej mowy (por. B. J. McWilliams, H. L. Morris, Z. Shelton, 1990; E. Sekuła, 2000; Z. Dudkiewicz, E. Sekuła, M. Hortis-

¹ W literaturze funkcjonuje termin „mowa rozszczepowa”, który oznacza, mówiąc ogólnie, charakterystyczne dla dzieci z rozszczepem, zaburzenia realizacji fonemów. Z kolei termin „twarz rozszczepowa” dotyczy charakterystycznych cech wyglądu środkowej części twarzy, które są skutkiem wady rozszczepowej, mimo leczenia chirurgicznego i ortodontycznego.

-Dzierzbicka, 2000; Z. Dudkiewicz, E. Sekuła, W. Piwowar, 2000). Zwróćmy uwagę, że poniższy standard dotyczy dzieci z izolowaną wadą rozszczepową.

Postępowanie lecznicze. Dziecko ze szczeliną w obrębie wargi i/lub podniebienia powinno być objęte opieką medyczną i logopedyczną od urodzenia, a w przypadku wykrycia wady rozszczepowej u nienarodzonego dziecka w łonie matki — od momentu jej stwierdzenia. W skład zespołu specjalistycznego, który zajmuje się dzieckiem, wchodzi zazwyczaj ortodonta, chirurg, foniatra, laryngolog, logopeda, a czasami także psycholog.

Chirurgiczne leczenie rozszczepu wargi i podniebienia nie jest jednorodne, gdyż jak do tej pory nie udało się ustalić jednej uniwersalnej metody leczenia chirurgicznego, a wielość koncepcji postępowania (w Polsce i na świecie) wskazuje i potwierdza złożoność wady oraz konieczność uwzględniania w procedurach leczniczych wielu parametrów. Na świecie obserwuje się tendencje do coraz wcześniejszego zamykania szczeliny rozszczepowej podniebienia, co z punktu widzenia rozwoju mowy jest korzystne. A zatem w zależności od stosowanej w danym ośrodku leczenia wady rozszczepowej procedury leczniczej, szczelina w obrębie wargi i podniebienia bywa zamykana jednoetapowo lub dwuetapowo, co nie oznacza, że po tych operacjach podstawowych dziecko nie jest poddawane innym operacjom korekcyjnym i uzupełniającym (K. Kobus 1992, 1997; Z. Dudkiewicz 1997; Z. Dudkiewicz, M. Hortis-Dzierzbicka, 2000; B. Jaklik, D. Pluta-Wojciechowska, 2007).

Efektywność leczenia dziecka z rozszczepem zależy od różnych czynników. Wśród wielu należy w szczególności wymienić rodzaj zastosowanej procedury leczniczej, a także doświadczenie zespołu leczącego, w szczególności zaś chirurga. Powyższa uwaga skłania do refleksji, że dziecko z rozszczepem wargi i podniebienia powinno korzystać z wielospecjalistycznego leczenia, w szczególności chirurgicznego, w ośrodku zajmującym się dziećmi z wadą rozszczepową, gdyż pracują w nim doświadczeni lekarze posługujący się sprawdzonymi metodami postępowania. Nie oznacza to jednak, że we wszystkich ośrodkach są stosowane te same procedury lecznicze. Podkreślimy jednak, że podjęte zabiegi chirurgiczne, ortodontyczne, a także inne sposoby leczenia i rehabilitacji mają wpływ na późniejsze lata życia dziecka, w tym na jego wygląd i mowę.

ICD-10. W typologii ICD-10 wada rozwojowa w postaci rozszczepu wargi i rozszczepu podniebienia oznaczona jest symbolem Q35–Q37². Szczegółową typologię można znaleźć na portalu: <http://www.portalmed.pl/xml/bazy/icd10>. Typologia ICD-10 wyodrębnia także kilkanaście kategorii dotyczących zaburzeń rozwoju mowy i języka. Jednakże już pobieżna lektura

² Por. <http://www.portalmed.pl/xml/bazy/icd10>.

opracowania pokazuje brak wyraźnego kryterium porządkującego wyodrębnione kategorie. Można jednak przyjąć, że zaburzenia mowy charakterystyczne dla dzieci z rozszczepem znajdują się w grupie F80 określanej jako „specyficzne zaburzenia rozwoju mowy i języka”.

O FILOZOFII POSTĘPOWANIA LOGOPEDYCZNEGO

STRUKTURA OPRACOWANIA

Przygotowany projekt standardu postępowania w izolowanej wadzie rozszczepu wargi i/lub podniebienia obejmuje diagnozowanie, programowanie terapii i zasady postępowania terapeutycznego. W niektórych fragmentach opracowania wydzielony został obszar pomocy rodzicom nienarodzonego dziecka z rozszczepem w okresie prenatalnym, postępowanie z dzieckiem w pierwszym roku życia oraz postępowanie w okresie poniemowlęcym, przedszkolnym i wczesnoszkolnym.

Takie ujęcie zagadnienia uwzględnia różne oblicza pomocy dziecku z rozszczepem i jego rodzicom. Zdając sobie sprawę z pewnej odmienności postępowania z dzieckiem z wadą rozszczepową w pierwszym roku życia i z dzieckiem starszym wahałam się, czy nie należało opracować np. dwóch standardów: dla dzieci w pierwszym roku życia i dla dzieci starszych. Sprawa jest jednak jeszcze bardziej skomplikowana niż się wydaje, albowiem niektóre dzieci mają zespoloną wargę już w 3–4 miesiącu życia, a podniebienie w 9 miesiącu, z kolei u innych wargę i podniebienie są zamykane jednoetapowo w 6–7 miesiącu życia, a u jeszcze innych operacja podniebienia przeprowadzana jest w 15 miesiącu życia, a nawet później. Uznałam jednak, że celem projektu standardu jest nakreślenie ogólnych kierunków diagnozy, programowania oraz postępowania terapeutycznego i dlatego w przedstawionym standardzie znajdują się wyodrębnione kategorie wiekowe. Z pewnością można wydzielić ich więcej, także ze względu na zastosowaną procedurę postępowania chirurgicznego.

Warto zaznaczyć, że szczególną grupą osób z wadą są dzieci z rozszczepem podśluzówkowym. Ten typ rozszczepu nie zawsze jest rozpoznawany przy urodzeniu, co pokazuje znaczna liczba zgłaszających się dzieci w wieku 2–4 lat z nierozpoznanym w latach wcześniejszych rozszczepem podśluzówkowym. Często bowiem dopiero niepokojące objawy zaburzeń w rozwoju mowy, w szczególności w postaci nosowania otwartego, z jakimi zgłaszają się rodzice dziecka do poradni logopedycznej, kierują uwagę logopedy na kompetencję podniebienno-gardłową. To nierzadko logopeda stawia pierwszą hipotezę — rozszczep podśluzówkowy i z jego inicjatywy podejmowane są

medyczne działania diagnostyczne. Jak się wydaje, w przypadku dzieci i dorosłych z podobnym objawem należałoby opracować standard postępowania, który określałby kolejne kroki diagnostyczne prowadzące do sformułowania hipotezy na temat przyczyn stwierdzanych zaburzeń. W grupie przyczyn zaburzeń mowy o charakterze nosowania otwartego znajdują się dzieci nie tylko z nierozpoznanym przy urodzeniu rozszczepem podśluzówkowym, ale także z niedorozwojem podniebienia, niektóre dzieci po tonsylektomii i adenotomii³ itd. (A. Pruszewicz, 1992, 252–253).

Podkreśliśmy, że przygotowany materiał jest autorską propozycją mającą być wstępem do dyskusji na temat algorytmu postępowania logopedycznego w przypadku izolowanej wady rozszczepu wargi i/lub podniebienia. W związku z tym, że wiele problemów związanych z diagnozowaniem, programowaniem i prowadzeniem terapii logopedycznej w przypadku wady rozszczepowej wymaga przyjęcia pewnych ustaleń, poniżej przedstawiam omówienie istotnych założeń związanych z przygotowanym projektem standardu postępowania logopedycznego.

O DIAGNOZIE LOGOPEDYCZNEJ

Wśród najważniejszych cech diagnozy logopedycznej dzieci z rozszczepem należy wymienić w szczególności: wczesność, holizm, multidiagnostyczność⁴, zespołowość⁵, systemowość⁶. Ważną cechą diagnozy, w szczególności w odniesieniu do małych dzieci, jest powiązanie czynności diagnostycznych z momentem rozpoczęcia terapii oraz pomocy rodzinie. Oznacza to wczesne podjęcie możliwych działań rehabilitacyjnych na podstawie objawów mimo niepełnej diagnozy, jeśli diagnoza wymaga dłuższego czasu.

Jako nadrzędny cel wczesnej diagnozy logopedycznej należy uznać: określenie i wyjaśnienie przyczyn zaburzeń w odniesieniu do biologicznych podstaw rozwoju mowy, rozpoznanie wszystkich niepokojących objawów związanych z rozwojem komunikacji, a nie tylko tych, które dotyczą rozwoju sprawności artykulacyjnej, a także uzyskanie odpowiedzi na pytanie, czy mamy do

³ Tonsylektomia to chirurgiczne usunięcie migdałków podniebiennych. Adenotomia to chirurgiczne usunięcie migdałka gardłowego.

⁴ Multidiagnostyczność to uwzględnienie specjalistycznych diagnoz szczegółowych: ortodontycznej, chirurgicznej, foniatrycznej, neurologicznej, psychologicznej itp.

⁵ Zespołowość to cecha postępowania specjalistów biorących udział w przygotowaniu ostatecznej diagnozy, która stanowi podstawę przygotowania programu terapii.

⁶ Podmiotem w szczególności wczesnej diagnozy i interwencji jest nie tylko dziecko, ale także, w pewnym zakresie, jego rodzina rozumiana jako system, co oznacza konieczność ogólnego rozpoznania sposobu adaptacji rodziny do sytuacji urodzenia dziecka z rozszczepem.

czynienia z dzieckiem z izolowaną wadą w postaci rozszczepu, czy też wada rozszczepowa występuje wraz z inną/innymi wadami rozwojowymi lub zaburzeniami? Aby sprostać temu zadaniu konieczna jest znajomość typowych czy wręcz osiowych cech towarzyszących dziecku z wadą rozszczepową od urodzenia. W tym miejscu problem ten zostaje jedynie zasygnalizowany, a nie omówiony i wyczerpany.

CZYNNOŚCI ZWIĄZANE Z KOMPLEKSEM USTNO-TWARZOWYM

Podczas czynności diagnostycznych logopeda ocenia sposób zaangażowania i funkcjonowania narządów mowy w innych niż tworzenie dźwięków mowy czynnościach mających w różnym zakresie związek, czasem bardzo złożony, z rozwojem narządu żucia i mowy, które proponuję określić jako czynności związane z kompleksem ustno-twarzowym. Przyjmując pewne uproszczenia, można powiedzieć, że mogą one mieć charakter pre- i perilingwalny. Uwzględnienie badania tych czynności koresponduje ze stanowiskiem wyrażonym przez S. Grabiasa, który wśród procesów realizacyjnych wymienia „właściwie funkcjonujący obwodowy układ nerwowy i działające bez zakłóceń mięśniowe, a czasami i kostne układy narządów mowy” (S. Grabias, 1997, 31). A zatem, można powiedzieć, że określenia: „funkcjonujący”, „działające bez zakłóceń” oznaczają, iż dla procesów realizacyjnych znaczenie ma funkcjonowanie obwodowego układu nerwowego, mięśniowego i kostnego podczas czynności, w których owe układy biorą udział także poza artykulacją, co jest zgodne ze współczesną wiedzą na ten temat. Do czynności związanych z kompleksem ustno-twarzowym można zaliczyć:

- odruchowe reakcje oralne,
- oddychanie fizjologiczne,
- czynności pokarmowe,
- sposób ułożenia głowy dziecka do snu,
- autozabawy orofacjalne,
- mimika twarzy,
- inne czynności o charakterze fizjologicznym, takie jak ziewanie, chrząkanie, kaszel, chrapanie,
- parafunkcje rozumiane jako niekorzystne dla rozwoju narządu żucia i także mowy stereotypy ruchowe w obrębie narządu żucia (por. D. Pluta-Wojciechowska, 2009ab).

W tym miejscu pragnę zwrócić uwagę na badanie przebiegu czynności pokarmowych, jako jednych z istotniejszych dla funkcjonowania dziecka z wadą rozszczepową, a także dla rozwoju mowy. Rozwijają się one, mówiąc ogólnie i upraszczając pewne zagadnienia, w pewnej sekwencji, chociaż doskonale funkcjonujących coraz dojrzalszych sposobów podaży i przygotowania

pokarmu do przełknięcia przebiega wraz z pojawianiem się kolejnych, nowych sposobów przyjmowania pokarmów. Z drugiej strony, wraz z pojawianiem się dojrzszych form przyjmowania pokarmów następuje (a przynajmniej powinno) wycofywanie formy wcześniejszej — ssania. Można zatem powiedzieć, że rozwój czynności pokarmowych ma z jednej strony charakter symultaniczny⁷, bo poszczególne czynności związane z przyjmowaniem pokarmów, określone kalendarzem i dojrzałością dziecka, współwystępują ze sobą i są doskonałe, z drugiej zaś strony, uczenie się nowych sposobów podaży i przygotowywania pokarmów do przełknięcia przebiega, mówiąc ogólnie, w pewnej sekwencji, bo wraz z rozwojem narządu żucia i dojrzałością ośrodkowego układu nerwowego następuje stopniowe przechodzenie do dojrzszych sposobów przyjmowania pokarmów, które są doskonałe.

Biorąc pod uwagę powyższe zastrzeżenia, można z pewnym uproszczeniem wskazać, że rozwój czynności pokarmowych przebiega od kompleksu ssanie/połykanie do żucia poprzez inicjowanie i doskonalenie innych czynności, takich jak: ściąganie pokarmu z łyżeczki niesamodzielne i samodzielne, picie z kubeczka niesamodzielne i samodzielne, a wraz z pojawianiem się odpowiednich do wieku zębów — odgryzanie niesamodzielne i samodzielne, gryzienie, żucie (D. Pluta-Wojciechowska, 2009b) z jednoczesnym wycofywaniem się ssania. Szczególnym rodzajem czynności związanej z wymienionymi wyżej różnymi sposobami podaży i przygotowania pokarmu do przełknięcia jest połykanie, które także jest przedmiotem badania logopedycznego.

Jak do tej pory w logopedii nie ustalono dokładnych kryteriów oceny przebiegu różnych sposobów podaży i przygotowania pokarmu do przełknięcia, które, jako jedne z istotniejszych czynności związanych z kompleksem ustno-twarzowym, są przedmiotem badania także w innych zaburzeniach. Uwzględniając strukturę poszczególnych czynności pokarmowych, w tym konieczność zaprojektowania rodzaju regulacji karmienia stosowanych u dzieci z wadą rozszczepową, proponuję, aby logopeda oceniał przebieg przyjmowania pokarmów, wykorzystując następujące kryteria:

- pozycja dziecka w trakcie karmienia oraz położenie głowy w stosunku do podłoża,
- rodzaj stosowanych do karmienia akcesoriów i ich cechy,
- sposób trzymania transportera pokarmu przez dorosłego/dziecko,
- ułożenie transportera pokarmu w stosunku do głowy dziecka,
- miejsce ulokowania transportera pokarmu w jamie ustnej,
- cechy pokarmu (konsystencja i faktura),

⁷ Termin symultaniczny używany jest przez J. Cieszyńską w odniesieniu do metody nauki czytania określanej jako metoda symultaniczno-sekwencyjna.

- porcjowanie,
- tempo podaży pokarmu,
- sposób przygotowania gałki pokarmowej,
- układ i ruch warg, języka oraz żuchwy podczas badanej czynności pokarmowej, w tym podczas polykania,
- rodzaj napięcia mięśniowego w obrębie kompleksu ustno-twarzowego towarzyszący badanej czynności pokarmowej, w tym podczas polykania,
- struktura przebiegu badanej czynności pokarmowej (w aspekcie zgodności z normą oraz zgodności z regulacjami stosowanymi ze względu na charakter wady) wraz z rejestracją ewentualnie występujących zakłóceń, często o charakterze nieliniowym.

Wydaje się, że zaproponowane kryteria oceny mogą być stosowane w badaniu czynności pokarmowych u dzieci z innymi niż rozszczep wadami i zaburzeniami.

O REALIZACJI FONEMÓW

OGÓLNA FILOZOFIA BADANIA

W związku z tym, że wada rozszczepowa jest zaburzeniem wieloukładowym, pojawia się konieczność uwzględniania w badaniu różnych parametrów składających się na zaburzenia realizacji fonemów występujących w tej grupie osób. Wiedza na temat trudności związanych z tworzeniem dźwięków mowy przez osoby z wadą rozszczepową skłania do wyodrębnienia dwóch ważnych kategorii badania. Proponuję w badaniu uwzględnić cechy fonetyczne tworzonych głosek z uwzględnieniem wszystkich kategorii fonetycznych, w tym rezonansu, oraz objawy trudności działania obwodowego aparatu wymowy. Choć występują one względnie jednocześnie, ukazują nieco inny wymiar zaburzeń dźwiękowych realizacji fonemów.

UJĘCIE ZAGADNIENIA

Podstawowym kryterium oceny jest słuchowo-artykulacyjna zgodność/ niezgodność badanej głoski z normą przyjętego systemu fonologiczno-fonetycznego oraz fizjologia tworzenia dźwięków mowy. W zależności od sposobu ujęcia problematyki zaburzeń mowy występujących u dzieci z rozszczepem, wyróżnia się ogólnie dwie lub jedną kategorię zaburzeń, a mianowicie: w przypadku ujęcia: zaburzenia artykulacji i nosowanie (ujęcie pierwsze) mamy do czynienia z dwiema kategoriami. Z kolei w przypadku ujęcia zaburzenia artykulacji, w tym nosowanie (ujęcie drugie, logopedyczne), występuje jedna kategoria zaburzeń, w której każdy z wyznaczników artykulacji normatywnej,

jakie określa fonetyka, zajmuje jednakowo ważne miejsce i nie jest wydzielone obok innych, tak jak to ma miejsce w pierwszym ujęciu.

Perspektywa logopedyczna, która znalazła wyraz w drugim ujęciu, ma znaczenie li tylko teoretyczne. Istotnym motywem dla jej przyjęcia jest podkreślenie konieczności jednakowego badania i dokładnego opisywania wszystkich kategorii cech fonetycznych, jakie oferuje fonetyka (por. D. Pluta-Wojciechowska, 2002, 2006ab).

METODA BADANIA

Logopedyczne badanie realizacji fonemów w przeciętnym gabinecie odbywa się zazwyczaj za pomocą metody słuchowo-wzrokowej. Ograniczenie tego sposobu postępowania wiąże się z dźwiękami, których sposobu i miejsca powstawania nie można zobaczyć w jamie ustnej, chociaż występują pewne symptomy. Mowa w szczególności o dyslokacjach, które występują poza jamą ustną w postaci, np. zwarć i szczelin gardłowych oraz krtaniowych (J. E. Trost, 1981; R. Wyatt, D. Sell, J. Russell, A. Harding, K. Harland, E. Albery, 1996; D. Pluta-Wojciechowska, 2006ab).

W logopedycznej ocenie realizacji fonemów ustnych wykorzystuje się także próby, które mają na celu w sposób precyzyjniejszy ujawnić i ułatwić w ten sposób rozpoznanie cech rezonansowości, np. próba Gutzmana, próba Czermaka, a także inne (por. A. Pruszewicz, 1992, 250; I. Styczek, 1981, 361–362). Reasumując można powiedzieć, że w badaniu realizacji fonemów logopeda posługuje się metodą wielozmysłową (metoda słuchowo-wzrokowo-dotykowa), gdyż wykorzystuje swój zmysł słuchu, wzroku, dotyku, a w pewnym zakresie korzysta z metody eksperymentalnej, ponieważ przeprowadza próby testowe w celu ujawnienia lub potwierdzenia cech słyszanego rezonansu.

Ograniczona wielkość opracowania nie pozwala na zamieszczenie obszernych wyjaśnień związanych z występującymi w przypadku dzieci z rozszczepem zaburzeń realizacji fonemów. Warto jednak wskazać, że patofonetyka mowy rozszczepowej uświadamia złożoność etiologii występujących nienormalnych realizacji fonemów, które mogą, w obliczu wielości przyczyn, przybierać niezwykle formy (J. E. Trost, 1981; R. Wyatt i in., 1996; D. Pluta-Wojciechowska, 2006ab, 2009a). Efektem tego może być sytuacja, w której przedmiotem zainteresowania słuchacza staje się nie treść przekazywanej intencji, ale jej forma.

SYSTEM WOKALICZNY

Ocena systemu wokalicznego powinna uwzględnić podstawowe kryteria fonetyczne, a w szczególności różne oblicza naruszenia równowagi oralno-nazalnej.

SYSTEM SONANTYCZNY

Przyjmując częściowo ujęcie D. Ostaszewskiej i J. Tambor (1997), w opisie spółgłosek podstawowych proponuję zastosować cztery kryteria opisu: udział rezonatora nosowego, główne miejsce artykulacji, sposób artykulacji, udział więzadeł głosowych, które dla potrzeb poznawczych i ekonomiki wywodu można określić w sposób skrótowy jako: rezonansowość, lokacja, modalność, sonantyczność⁸ (patrz tab. 1).

Tabela 1. Wyznaczniki opisu spółgłosek podstawowych, czyli „kryteria mierzenia spółgłosek” a kategorie ukazujące ogólny charakter zaburzenia cechy normatywnej⁹

| Wyznaczniki opisu spółgłosek podstawowych, czyli „kryteria mierzenia spółgłosek” | Kategorie ukazujące ogólny charakter zaburzenia cechy normatywnej |
|--|---|
| Udział rezonatora nosowego (rezonansowość) | dysrezonansowość |
| Główne miejsce artykulacji (lokacja) | dyslokacja |
| Sposób artykulacji (modalność) | dysmodalność |
| Udział więzadeł głosowych (sonantyczność) | dysonantyczność |

Uwaga. Dokładne objaśnienie przedstawionych terminów zostało zamieszczone w pozycji D. Pluta-Wojciechowska (2006b).

Z kolei tabela 2 zawiera projekt opisu systemu spółgłosek podstawowych według czterech kryteriów. W poszczególnych polach logopeda wpisuje wynik badania, określając konkretny sposób zaburzenia cechy normatywnej, np. w przypadku występowania dorsalnej artykulacji głoski [t] logopeda wpisuje w rubryce *lokacja* określenie — „dorsalność”, w przypadku [ʒ] artykułowanego międzyzębowo, szczelinowo, bezdźwięcznie i z emisją nosową logopeda wpisuje w rubryce *rezonansowość* — „emisja nosowa”, w rubryce *lokacja* — „międzyzębowość”, w rubryce *modalność* — „szczelinowość”, w rubryce *sonantyczność* — „bezdźwięczność”. Inny przykład: w przypadku wystąpienia zaburzeń rezonansu nosowego odnośnie do głosek nosowych, logopeda zaznacza w rubryce *rezonansowość* wynik badania, wpisując określenie —

⁸ Termin *sonantyczność* wiąże się z łacińskim słowem *sonans -tis* ‘dźwięczący’. W proponowanej konwencji oznacza udział więzadeł głosowych. Zdaje sobie sprawę, że termin ten, wprowadzony przeze mnie ze względów poznawczych i dla ekonomiki wywodu, nie jest doskonały, gdyż słownikowa definicja terminu *sonant* oznacza „spółgłoskę o funkcji zgłoskotwórczej, występującą jako środek sylaby”. A zatem termin *sonantyczność* jest wieloznaczny. Zwróćmy jednak uwagę, że pierwotne znaczenie terminu *sonans -tis* wiąże się z czymś, co dźwięczy, a zatem może dotyczyć udziału więzadeł głosowych, które mają znaczenie w tworzeniu cech fonetycznych opisywanych jako dźwięczność, bezdźwięczność.

⁹ Por. sposób ujęcia wyznaczników opisu spółgłosek podstawowych u B. Rocławskiego (2001, 224), a także D. Ostaszewskiej i J. Tambor (1997, 27), D. Pluty-Wojciechowskiej (2006b).

„nosowanie zamknięte” lub „dysnazalność”. Poniższy projekt opisu systemu podstawowych spółgłosek może być stosowany w przypadku innych typów dyslalii.

Tabela 2. Propozycja protokołu badania spółgłosek podstawowych

| Głoska | Wyniki badania | | | |
|--------|----------------|---------|------------|----------------|
| | rezonansowości | lokacji | modalności | sonantyczności |
| n | | | | |
| ń | | | | |
| m | | | | |
| p | | | | |
| b | | | | |
| f | | | | |
| v | | | | |
| t | | | | |
| d | | | | |
| s | | | | |
| z | | | | |
| c | | | | |
| ʒ | | | | |
| ʃ | | | | |
| ʒ | | | | |
| č | | | | |
| č | | | | |
| l | | | | |
| r | | | | |
| ĩ | | | | |
| ś | | | | |
| ź | | | | |
| ć | | | | |
| ź | | | | |
| k | | | | |
| g | | | | |
| x | | | | |
| ɥ | | | | |

Źródło: opracowanie własne.

W badaniu należy uwzględnić mowę spontaniczną i powtarzanie różnych jednostek języka, a także różne pozycje badanych głosek w wyrazie. Konieczne jest sprawdzenie sposobu wymowy badanej głoski w kontekście z samogłoskami i ze spółgłoskami.

OBJAWY TRUDNOŚCI DZIAŁANIA OBWODOWEGO APARATU WYMOWY I ZJAWISKA IM TOWARZYSZĄCE

W przypadku osób z rozszczepem, w szczególności w odniesieniu do osób z niekompetencją podniebiennie-gardłową, mogą wystąpić współruchy mimiczne twarzy, które towarzyszą realizacji fonemów ustnych. Można je potraktować jako zaangażowanie niezwykłych i specyficznych narządów mowy, które mają powstrzymać ucieczkę powietrza przez nos. Zwróćmy także uwagę, że takie cechy, jak: rodzaj napięcia mięśni mimicznych twarzy, obręczy barkowej, szyi itd., sposób oddychania podczas mówienia określają jakość realizacji fonemów i mogą mieć związek z przyjętą przez dziecko z rozszczepem strategią radzenia sobie z niekompetencją podniebiennie-gardłową (VPI). Niektóre z nich wpływają także na stronę wizualną, estetyczną mowy, np. współruchy mimiczne twarzy. Proponuję zatem w trakcie badania realizacji fonemów oceniać cechy, które w różny sposób i w różnym zakresie mogą być związane lub towarzyszyć trudnościom działania obwodowego aparatu wymowy. Podstawowym sposobem badania jest wykorzystanie metod opartych na obserwacji i dotyku.

O DIAGNOZIE RÓŻNICOWEJ

Podstawą diagnozy różnicowej zaburzeń mowy występujących u dzieci z rozszczepem jest uwzględnienie, z jednej strony, wiedzy na temat typowych/reprezentatywnych cech zaburzeń, jakie obserwujemy w tej grupie osób, z drugiej zaś, konfrontacja obserwowanych objawów i patomechanizmu z innymi zaburzeniami charakteryzowanymi za pomocą cech typowych. Innymi słowy chodzi o stwierdzenie występowania (lub nie) wyróżniających w stosunku do innych zaburzeń cech objawów oraz ich patomechanizmu. Zespół takich cech reprezentatywnych nosi nazwę określonego zaburzenia mowy.

W przeciwieństwie do innych rodzajów zaburzeń dźwiękowych realizacji

- w odniesieniu do rezonansowości: nosowanie otwarte, emisja nosowa i nosowe turbulencje, nosowanie zamknięte, rezonans *cul-de sac*,
- w odniesieniu do lokacji: dyslokacje poza jamą ustną (zwarcia i szczeliny krtaniowe, zwarcia i szczeliny gardłowe, tylne nosowe frykcje), bilokacja (tzw. podwójne miejsce artykulacji), brak lub zaburzenia ruchomości wargi górnej, częstsze występowanie utylnienia artykulacji, w tym w postaci tylnojęzykowości,
- w odniesieniu do modalności: tzw. słaba artykulacja,
- w odniesieniu do sonantyczności: udźwięcznianie,
- w odniesieniu do objawów trudności działania obwodowego aparatu wymowy: współruchy mimiczne twarzy.

O NIEKTÓRYCH PODSTAWACH PROGRAMOWANIA TERAPII LOGOPEDYCZNEJ

PATOMECHANIZM ZABURZEŃ

Analiza wyników badania logopedycznego i wyników badań innych specjalistów umożliwi wyjaśnienie patomechanizmu występujących zaburzeń. Ze względu na strukturę wady rozszczepowej szczególnej uwagi wymaga analiza patomechanizmu zaburzeń oddychania, przyjmowania pokarmów i realizacji fonemów, w tym w sposób niezwykle rozważny rezonansowości, co umożliwia określenie realnych możliwości logopedycznej pomocy dziecku (por. R. Wyatt i in., 1996, 147).

Należy jednak zwrócić uwagę, że, w związku ze stosowaniem różnych procedur leczniczych, warunki rozwoju funkcji biologicznych i rozwoju mowy, a zatem także rodzaj stwierdzanych objawów, mogą być odmienne u dzieci operowanych w różnych ośrodkach. Należy dokładnie rozeznąć efektywność i ograniczenia metod logopedycznej terapii, gdyż likwidacja niektórych zaburzeń wymaga zastosowania innych sposobów niż logopedyczne.

GLOBALNY OBRAZ PRZYPADKU

Diagnoza jest podstawą określenia rokowań i — co się z tym wiąże — programu terapii logopedycznej. W rozpoznaniu należy uwzględnić nie tylko sfery i cechy, które wymagają korekty, ale także te niewymagające interwencji. Taka postawa jest kontynuacją myśli S. Grabiasa na temat zakresu diagnozy, który wskazuje, że jej przedmiotem powinny być nie tylko zaburzenia komunikacji językowej, w tym realizacji fonemów, ale także realne możliwości komunikacyjne (por. S. Grabias, 1997), które należy wykorzystać w projektowaniu i prowadzeniu terapii. Chodzi zatem o uwzględnienie także diagnozy pozytywnej.

TYPOLOGIA ZABURZONYCH CECH

Na podstawie objawów zaburzeń i ich przyczyn, a także znajomości metodyki postępowania logopedycznego, logopeda określa możliwości i ograniczenia metod terapii logopedycznej, co wiąże się z kolejnym etapem postępowania — projektowaniem programu terapii. W obrębie stwierdzonych zaburzeń, czyli obszarów wymagających interwencji, należy zatem wyodrębnić:

— cechy nienormatywne, które można zmienić za pomocą metod terapii logopedycznej,

— cechy nienormatywne, których likwidacja wymaga na początku zastosowania innych niż terapia logopedyczna metod postępowania (np. operacji chirurgicznej), a zatem nie można ich zmienić za pomocą terapii logopedycznej w istniejących warunkach strukturalnych,

— cechy nienormatywne, których natężenie można zmniejszyć za pomocą terapii logopedycznej (na danym etapie rozwoju i leczenia dziecka) przez skierowanie przebiegu danej czynności na tory zbliżone do normatywnych.

Takie podejście do diagnozy w znacznej mierze ułatwia prognozowanie efektywnego programu terapii i pozwala unikać nierealnych celów, które nie mogą być spełnione ze względu na konieczność podjęcia innych niż terapia logopedyczna procedur. Kluczowe pytanie brzmi: czy za pomocą metod terapii logopedycznej jestem w stanie pomóc dziecku i w jakim zakresie, czy też likwidacja zaburzenia wiąże się z zastosowaniem najpierw metod medycznych lub psychologicznych?

Innymi słowy, chodzi o wyprofilowanie zaburzeń na tle innych funkcji przebiegających w normie lub wręcz przyspieszonych, a także wskazanie ograniczeń terapii logopedycznej. Taki rodzaj refleksji powinien towarzyszyć logopedzie podczas przeprowadzania diagnozy, nie tylko w przypadku wady rozszczepowej.

DWIE DROGI UCZENIA SIĘ GŁOSEK: NATURALNA I USTRUKTURALIZOWANA

Programowanie terapii dziecka z wadą rozszczepową wymaga refleksji dotyczącej sposobu nabywania głosek. Poniższe rozważania są propozycją, która umożliwi w pewnym zakresie uporządkowanie tej problematyki, a dalej, programowanie terapii logopedycznej. Przemyślenia dotyczące rozwoju sprawności artykulacyjnej u dzieci z rozszczepem, jakie przedstawiam poniżej, towarzyszyły mi nie tylko podczas przygotowywania projektu standardu, ale są także stałym elementem podczas terapii logopedycznej, którą prowadzę z dziećmi z wadą rozszczepową.

Dziecko z rozszczepem nabywa umiejętności realizacji fonemów w postaci głosek za pomocą dwóch dróg: naturalnej i ustrukturalizowanej. Pierwsza

z nich ma charakter naturalny, spontaniczny. Dzieje się to, mówiąc ogólnie i upraszczając pewne zagadnienia, poprzez słuchanie, obserwowanie, naśladowanie, tworzenie głosek. Oczywiście, taka droga jest charakterystyczna także dla dzieci zdrowych. Dodajmy jednak, że u dzieci z wadą rozszczepową naturalna droga uczenia się głosek przebiega w zmienionych rozszczepem warunkach strukturalnych oraz, co ważne, z wykorzystaniem odmiennych, w porównaniu do dzieci zdrowych, doświadczeń związanych z kompleksem ustno-twarzowym z wczesnego i późniejszego okresu postnatalnego, a także prenatalnego.

Druga droga to uczenie się głosek za pomocą specjalnych metod, zabiegów i strategii, które stosuje logopeda lub rodzic pouczony przez logopedę. Uczenie się głosek drugim sposobem odbywa się z wykorzystaniem fachowej wiedzy i umiejętności logopedy, ma charakter ustrukturalizowany i planowy, rzec by można wręcz — laboratoryjny. Druga droga niejednokrotnie w pewnych zakresach naśladuje drogę naturalną, często jednak logopeda stosuje specjalne zabiegi i sekwencję głosek, które uwzględniają charakter zaburzeń oraz warunki realizacyjne pacjenta. Rodzaj podejmowanych zabiegów ma zatem charakter terapeutyczny. Stają się one swoistego rodzaju antidotum w odniesieniu do występujących zaburzeń i prowadzą, poprzez ich zastosowanie, do nauczenia głoski normatywnej, co nie jest możliwe na drodze naturalnej. Na tej drodze, którą można nazwać drogą ustrukturalizowaną, odbywa się usprawnianie realizacji fonemów rozumiane jako procedura postępowania logopedycznego stosowanego w odniesieniu do osób z rozszczepem. Droga ta oparta jest na strategiach związanych z poszczególnymi etapami usprawniania realizacji fonemów.

Wyróżnienie dwóch dróg uczenia się głosek nie oznacza ich rozłączności. Wręcz przeciwnie — jak pokazuje praktyka, dziecko jednocześnie może przyswajać głoski spontanicznie na drodze naturalnej i uczyć się głosek w sposób specjalnie i fachowo zaaranżowany. Zdarza się często, że pod wpływem terapii logopedycznej niektóre głoski normatywne (w miejsce nienormatywnych) pojawiają się drogą naturalną, chociaż logopeda ich nie ćwiczył. Taki efekt terapii jest oczekiwany i bardzo cenny, a nazywany bywa pewnego rodzaju autokorekcją. Logopeda może także, poprzez planowe działania profilaktyczne wpływać na naturalną drogę nabywania głosek.

Ze względu na strukturę wady rozszczepowej, odmiennosc wczesnych doświadczeń związanych z kompleksem ustno-twarzowym, znajomość patofonetyki i patomechanizmu mowy rozszczepowej, od urodzenia powinny być zatem programowane działania tworzące bazę dla nauki głosek nabywanych zarówno drogą naturalną, jak i ustrukturalizowaną.

KONSTRUOWANIE PRZEDPOŁA ARTYKULACJI

Dla naturalnej i ustrukturalizowanej drogi uczenia się głosek należy tworzyć bazę, przygotowanie, podwaliny od urodzenia poprzez eliminowanie pojawiających się cech niepożądanych, stymulowanie cech poświadanych lub poprzez zmniejszanie nasilenia występowania cech nienormatywnych w zakresie czynności związanych z kompleksem ustno-twarzowym. Zespół takich zabiegów można nazwać konstruowaniem przedpoła artykulacji. Użycie słowa „konstruowanie” ma na celu wskazanie, że chodzi o wielowątkowe przygotowanie, które nie sprowadza się do prostej sumy elementów, ale ma charakter systemowy i powiązany, a związki czynności będących przedmiotem interwencji z rozwojem sprawności artykulacyjnej są złożone. W konstruowaniu przedpoła dla naturalnej i ustrukturalizowanej drogi uczenia się głosek wykorzystywana jest przede wszystkim znajomość prawideł rozwoju czynności związanych z kompleksem ustno-twarzowym oraz znajomość logopedycznych metod usprawniania tych czynności i prowadzenia profilaktyki. Sposób i zakres realizacji zadań związanych z konstruowaniem przedpoła naturalnej i ustrukturalizowanej drogi uczenia się głosek zależy od wieku dziecka i jego warunków anatomiczno-czynnościowych, a także dojrzałości ośrodkowego układu nerwowego.

INSTRUMENTY I STRATEGIE

Cele postępowania logopedycznego wiążą się z wyborem procedury, którą w przypadku dzieci z rozszczepem S. Grabias określa jako usprawnianie realizacji fonemów (S. Grabias, 1997). Podkreślmy, jeżeli zaburzenia rozwoju mowy polegają wyłącznie na zaburzeniu realizacji fonemów. Jeśli jest inaczej, oprócz usprawniania realizacji fonemów należy zastosować inną procedurę i określić hierarchię lub równorzędność stosowanych procedur.

W przypadku wady rozszczepowej zalecana procedura logopedyczna, jaką jest usprawnienie realizacji fonemów (S. Grabias, 1997), wiąże się z ustrukturalizowaną drogą nabywania głosek. W moim rozumieniu dotyczy ona usprawniania w zakresie wszystkich kategorii fonetycznych, również likwidowania lub zmniejszania nosowania otwartego, co wynika z logopedycznej perspektywy ujęcia zaburzeń dźwięków mowy w przypadku wady rozszczepowej. Zakres i sposób prowadzenia terapii dotyczącej nosowania otwartego jest z pewnością specyficzny, ale także w pewnym zakresie podobny do nauki prowadzącej w efekcie do uzyskania normatywnej lokacji, modalności i sonantyczności. Można przyjąć, że, w sensie ogólnej metodologii, ustrukturalizowana droga nabywania głosek, czyli usprawnianie realizacji fonemów przebiega zazwyczaj w następującej kolejności:

- konstruowanie przedpola artykulacji,
- przygotowanie do usprawniania realizacji fonemów (w formie ćwiczeń intencjonalnych i z wykorzystaniem strategii warunków progowych) z uwzględnieniem całego ciała, regulacji napięcia mięśniowego, ćwiczeń oddechowych, ćwiczeń warg i podniebienia (w przypadku rozszczepu wargi i podniebienia szczególnej troski wymaga podnoszenie sprawności wargi górnej i podniebienia miękkiego), języka, ruchomości żuchwy oraz ćwiczeń percepcji dźwięków mowy,
- wybór głoski do terapii i jej kontekstu fonetycznego, czyli ustalenie rodzaju sekwencji terapii głosek i ich kontekstu fonetycznego,
- nauka głoski/głosek z wykorzystaniem optymalnej metody,
- polaryzacja głoski,
- aktywizacja głoski w różnych strukturach języka, co wiąże się z ćwiczeniami koordynacji oddechowo-fonacyjno-artykulacyjnej,
- wprowadzanie głoski do mowy potocznej.

Wyżej wymienione elementy ustrukturalizowanej drogi nabywania głosek można nazwać metaforycznie instrumentami terapii. Są one modyfikowane w zależności od możliwości realizacyjnych dziecka. A zatem logopeda zmienia sposób postępowania w poszczególnych etapach usprawniania realizacji fonemów w zależności od warunków realizacyjnych pacjenta, charakteru objawów i ich patomechanizmu. Innymi słowy, logopeda wykorzystuje dany instrument („gra” na nim), w różny sposób stosując określone strategie postępowania. Kluczowe pytanie, które towarzyszyć powinno logopedzie w programowaniu terapii brzmi następująco: jakie należy podjąć działania, jeżeli pacjent charakteryzuje się możliwościami X, a jakie mając możliwości Y? Pamiętajmy bowiem, że w przypadku dzieci z rozszczepem, a także z innymi deformacjami w obrębie twarzoczaszki proces usprawniania realizacji fonemów i jego efektywność w znacznej mierze zależy od możliwości realizacyjnych, a u dzieci z zaburzeniami słuchu również percepcyjnych.

Naturalna droga uczenia się głosek, a także ustrukturalizowana, może przebiegać w znacznie odmiennych warunkach anatomicznych, gdyż niektóre dzieci mają zamykane podniebienie dopiero w 15. miesiącu życia, a niektóre nawet później. Z kolei u innych dzieci szczelina w obrębie podniebienia jest zamykana w pierwszym roku życia. Praktyka pokazuje także, że wyniki leczenia chirurgicznego i ortodontycznego mogą być odmienne nawet u dzieci z tym samym typem rozszczepu, co ukazuje wielość i złożoność czynników determinujących uformowanie wargi, wyrostka zębodołowego, podniebienia i jamy nosowej. Wiedza na temat patofonetyki i patomechanizmu zaburzeń tworzenia głosek w przypadku wady rozszczepowej upoważnia do antycypowania zaburzeń i podejmowania wczesnych działań profilaktycznych i przy-

gotowawczych do nauki głosek zarówno drogą naturalną, jak i ustrukturalizowaną.

DIAGNOZOWANIE

KATEGORIE DIAGNOZY

Zwróćmy uwagę, że paradygmat diagnozy logopedycznej w przypadku dziecka z rozszczepem wargi i/lub podniebienia zmienia się w zależności od wieku badanego i związanego z nim kalendarza rozwoju funkcji biologicznych, psychomotorycznych, mowy, a także możliwości czynnościowych, jakie wynikają z leczenia, w tym w szczególności chirurgicznego. Oznacza to, iż niektóre kategorie diagnozy są uwzględniane tylko w pewnym okresie życia dziecka, np. odruchowe reakcje oralne. Biorąc pod uwagę całokształt badanych obszarów we wszystkich latach życia dziecka, diagnoza logopedyczna powinna uwzględniać następujące kategorie.

— Wywiad dotyczący następujących zagadnień:

- 1) typ rozszczepu,
- 2) przebieg dotychczasowego leczenia chirurgicznego, ortodontycznego, laryngologicznego i foniatrycznego oraz leczenia innych specjalistów, w tym korzystanie z ewentualnej diagnozy i terapii psychologicznej i/lub terapii logopedycznej,
- 3) rodzaj i czas najbliższych zabiegów chirurgicznych, ortodontycznych, laryngologicznych,
- 4) przebieg rozwoju psychomotorycznego,
- 5) przebieg rozwoju mowy,
- 6) przebieg rozwoju czynności związanych z kompleksem ustno-twarzowym,
- 7) rodzina dziecka jako podstawowe środowisko wychowawcze,
- 8) funkcjonowanie dziecka w środowisku przedszkolnym, szkolnym i rówieśniczym,
- 9) postępy edukacyjne dziecka.

— Budowa i sprawność narządów mowy:

- 1) okolica podnosowa, czyli rejon pomiędzy nosem a wargą górną,
- 2) warga górna,
- 3) przedsionek,
- 4) zgryz,
- 5) wyrostek zębodołowy,

- 6) podniebienie twarde i miękkie, w tym w szczególności możliwość uzyskania separacji oralno-nazalnej za pomocą szczelnego podniebienia i kompetencji podniebiennie-gardłowej,
 - 7) język,
 - 8) struny głosowe¹⁰.
- Czynności związane z kompleksem ustno-twarzowym:
- 1) odruchowe reakcje oralne,
 - 2) oddychanie fizjologiczne,
 - 3) przebieg czynności pokarmowych,
 - 4) sposób ułożenia głowy dziecka do snu,
 - 5) autozabawy orofacjalne,
 - 6) mimika twarzy,
 - 7) parafunkcje.
- Stan słuchu fizjologicznego, fonetycznego i fonemowego¹¹.
- Realizacja fonemów z uwzględnieniem:
- 1) cech fonetycznych tworzonych głosek w aspekcie wszystkich kategorii fonetycznych (z wykorzystaniem metody słuchowo-wzrokowo-dotykowej oraz specjalnych prób badania rezonansu głosek ustnych),
 - 2) objawów trudności działania obwodowego aparatu wymowy i zjawisk im towarzyszących:
 - a) współruchy mimiczne twarzy,
 - b) zmiany napięcia mięśni twarzy, szyi, barków itp.
 - c) fonacja,
 - d) oddychanie w trakcie mówienia (droga i typ oddychania, długość fazy wydechowej, gospodarka powietrzem wydechowym),
 - e) podparcie oddechowe,
 - f) postawa ciała podczas mówienia.
- Ogólna zrozumiałość mowy.
- Ogólny poziom rozwoju psychomotorycznego.
- Poziom rozwoju semantycznych i syntaktycznych sprawności językowych i komunikacyjnych.
- Emocjonalno-społeczne skutki mowy i twarzy rozszczepowej.
- Ogólny sposób adaptacji rodziny do sytuacji urodzenia dziecka z wadą rozszczepową.

¹⁰ Ocena strun głosowych jest możliwa do przeprowadzenia przez foniatrę, a w przypadku badania logopedycznego o konieczności przeprowadzenia takiej konsultacji orzekamy na podstawie cech słyszanej fonacji.

¹¹ Zakres badania słuchu fonetycznego i fonemowego powinien uwzględniać charakter stwierdzonych zaburzeń realizacji fonemów.

ANALIZA WYNIKÓW BADAŃ SPECJALISTYCZNYCH

Wyjaśnienie występujących zaburzeń komunikacji językowej powinno odbywać się z wykorzystaniem wyników badań specjalistycznych, którym poddawane jest dziecko, w tym także badań przeprowadzanych na prośbę logopedy. Istotną rolę w ustalaniu przyczyn zaburzeń pełnią również wyniki logopedycznych badań narządów mowy (które mogą stać się także przedmiotem konsultacji medycznej), jak również wyniki badania słuchu fonetycznego i fonemowego oraz informacje zawarte w wywiadzie.

Do najważniejszych badań specjalistycznych należą: badanie foniatryczne (w szczególności obiektywna ocena kompetencji podniebieno-gardłowej, potwierdzenie rodzaju nosowania i określenie jego przyczyn), ortodontyczne, laryngologiczne, neurologiczne, psychologiczne, konsultacja chirurgiczna.

Wyniki badań specjalistycznych powinny być wykorzystane w diagnozie logopedycznej, w tym w różnicowaniu zaburzeń występujących u dzieci z rozszczepem w porównaniu z innymi, w określeniu patomechanizmu zaburzeń, w prognozowaniu oraz projektowaniu terapii.

DIAGNOZA RÓŻNICOWA

Występujące u dzieci z izolowaną wadą rozszczepową zaburzenia w rozwoju, w tym w szczególności w odniesieniu do funkcji biologicznych i rozwoju sprawności artykulacyjnej, a także zaburzenia rytmu i tempa rozwoju mowy należy zróżnicować w odniesieniu do:

a) zaburzeń w różnym stopniu i zakresie naruszających rozmaite sfery rozwoju dziecka od urodzenia, jak:

- mózgowe porażenie dziecięce,
- różny stopień opóźnienia rozwoju psychoruchowego,
- różny stopień upośledzenia umysłowego,
- autyzm,
- mutyzm,
- głuchota i niedosłuch,
- alalia,
- niedokształcenie mowy o typie afazji.

b) zaburzeń dźwięków mowy o etiologii odmiennej niż rozszczep wargi i podniebienia, a występujących w innych typach dyslalii obwodowej, dyslalii podkorowej i dyslalii korowej,

- c) rozwojowej niedoskonałości sprawności artykulacyjnej,
- d) cech gwarowych.

ROZPOZNANIE LOGOPEDYCZNE

W typologii zaburzeń mowy trudności, jakie towarzyszą dziecku z rozszczepem w rozwoju mowy, określane są jako dysglosja (I. Styczek, 1982; S. Grabias, 1997) lub jako dyslalia obwodowa, w formie anatomicznej, ruchowej — dysglosja (H. Mierzejewska, D. Emiluta-Roza, 1997), palatolalia. Jeżeli przyjąć, że dyslalia to zakłócenia dźwięków mowy, a dodanie przymiotnika (obwodowa, podkorowa, korowa) wskazuje lokalizację defektu (H. Mierzejewska, D. Emiluta-Roza, 1997), to zakłócenia dźwięków mowy występujące u osób z izolowaną wadą rozszczepu wargi i podniebienia można określić jako dyslalia rozszczepowa (D. Pluta-Wojciechowska, 2006b) lub dysglosja rozszczepowa.

Trudno odnaleźć w terminologii adekwatne określenie dla dzieci z rozszczepem, u których występuje pewne opóźnienie lub zahamowanie w rozwoju mowy, czasem także na tle przebytych trudnych chwil podczas pobytu w szpitalu. Być może, traktując termin „alalia” jako objaw, można mówić o alalii rozszczepowej. Problem ten wymaga jednak dalszych badań i ustaleń.

PROGRAMOWANIE TERAPII

CELE POSTĘPOWANIA LOGOPEDYCZNEGO

NADRZĘDNY CEL TERAPII LOGOPEDYCZNEJ

Główny cel terapii logopedycznej w przypadku dziecka z rozszczepem wargi i/lub podniebienia powinien być związany z wyposażeniem go w efektywne umiejętności komunikacji. Efektywne i zadowolające komunikowanie się z innymi ludźmi, pomimo występujących na pewnym etapie zaburzeń sprawności artykulacyjnej, powinno być celem nadrzędnym. Z kolei usprawnianie realizacji fonemów jest jednym z ważnych celów w dążeniu do celu nadrzędnego.

Takie podejście do zaburzeń mowy w przypadku osób z rozszczepem wynika z głębokiej refleksji, która jest związana z faktem, że niektóre cechy warunków anatomiczno-czynnościowych wynikających z wady, nawet przy bardzo dobrym leczeniu chirurgicznym i prawidłowej terapii logopedycznej, w przypadku pewnej grupy osób z wadą rozszczepową, mogą uniemożliwiać uzyskanie całkowicie normatywnej realizacji fonemów, a przynajmniej w pewnym okresie życia. Zaprezentowany tu nadrzędny cel terapii wynika również z uwzględnienia ryzyka powikłań, o czym pisałam na wstępie.

POMOC RODZICOM NIENARODZONEGO DZIECKA Z ROZSZCZPEM

Celem wczesnej interwencji w okresie prenatalnym prowadzonej przez logopedę (we współpracy z lekarzami) jest przygotowanie rodziców na uro-

dzenie dziecka z wadą rozszczepową, która została stwierdzona w łonie matki podczas badania lekarskiego. Podstawą pomocy rodzicom jest udzielenie wsparcia emocjonalnego.

DZIECKO W PIERWSZYM ROKU ŻYCIA

W przypadku małych dzieci z izolowaną wadą rozszczepu wargi i/lub podniebienia najważniejsze cele postępowania od urodzenia, w sensie operacyjnym, wiążą się z profilaktyką wystąpienia cech niepożądanych/nienormalnych, likwidacją lub osłabieniem natężenia pojawiających się cech niepożądanych/nienormalnych w zakresie różnych czynników związanych z rozwojem mowy, w tym w szczególności w obrębie czynności związanych z kompleksem ustno-twarzowym oraz w rozwoju mowy.

Ogólne cele wczesnej interwencji w pierwszym roku życia można ująć w sposób następujący: konstruowanie przedpola artykulacji w zakresie czynności związanych z kompleksem ustno-twarzowym, przygotowanie obwodowego aparatu wymowy do artykulacji ze szczególnym uwzględnieniem wargi górnej i podniebienia, przeciwdziałanie niekorzystnym z punktu widzenia rozwoju sprawności artykulacyjnej cechom tworzonych dźwięków, stymulowanie funkcji psychomotorycznych i rozwoju mowy, a szeroko komunikacji, jak również tworzenie sprzyjających rozwojowi komunikacji warunków o charakterze emocjonalno-społecznym. Dodajmy, z uwzględnieniem kalendarza stosowanej procedury postępowania chirurgicznego i ortodontycznego ośrodka leczenia wady rozszczepowej, pod opieką którego jest dziecko. Można wręcz powiedzieć, że logopeda uzupełnia pracę chirurga i ortodonta. Zwróćmy jednak uwagę, że z uwagi na odmienną czas i sekwencji operacji zamykania szczeliny rozszczepowej szczegółowe cele terapii logopedycznej będą odmienne.

DZIECKO W WIEKU PONIEMOWLĘCYM, PRZEDSZKOLNYM I WCZESNOSZKOLNYM

Najważniejszym celem terapii logopedycznej w okresie poniemowlęcym, przedszkolnym i wczesnoszkolnym jest rozwój umiejętności komunikacji w zakresie sprawności językowych i komunikacyjnych. Jednym z ważniejszych celów jest czuwanie nad prawidłowym rozwojem stosownych do wieku czynności związanych z kompleksem ustno-twarzowym, usprawnianie realizacji fonemów w zakresie wszystkich kategorii fonetycznych, a nie tylko nosowania. Dodajmy — zgodnie z możliwościami anatomiczno-czynnościowymi, a także z uwzględnieniem ewentualnie występujących objawów trudności działania obwodowego aparatu wymowy. Z punktu widzenia efektywnej komunikacji istotna jest rozbudowa i doskonalenie językowych sprawności semantycznych i następnie, wraz z progresją rozwoju mowy, także syntak-

tycznych, oraz rozwijanie i doskonalenie sprawności komunikacyjnych. Nie bez znaczenia są cele związane z czuwaniem nad prawidłowym rozwojem psychomotorycznym, emocjonalno-społecznym w kontekście ryzyka zaburzeń związanych z mową i twarzą rozszczepową, a także pomoc w tworzeniu sprzyjających rozwojowi i wychowaniu dziecka z rozszczepem postaw rodziców.

Wielowątkowe ujęcie celu terapii w okresie poniemowlęcym, przedszkolnym i szkolnym koresponduje z przyjęciem postawy uwzględniającej ryzyko powikłań, co znajduje wyraz w traktowaniu dziecka z rozszczepem jako pacjenta, u którego może wystąpić opóźnienie w rozwoju mowy, a także zaburzenia emocjonalno-społeczne związane nie tylko z mową i twarzą rozszczepową. Konsekwencją takiej postawy jest podejmowanie od urodzenia działań profilaktycznych przez stymulowanie rozwoju mowy i rozwijanie cech sprzyjających samoakceptacji i efektywnej komunikacji pomimo istniejącej wady i jej skutków. Z drugiej strony, wymienione wyżej cele są związane z dostrzeganiem roli rodziców w wychowaniu dziecka.

STRATEGIE I METODY

POMOC RODZICOM NIENARODZONEGO DZIECKA Z ROZSZCZPEM

W przypadku pracy z rodzicami nienarodzonego dziecka, u którego wykryto wadę rozszczepową w okresie prenatalnym należy wykorzystać przede wszystkim strategię opartą na oddziaływaniach psychologicznych, ale także na działaniach edukacyjnych i informacyjnych dotyczących istoty i skutków wady rozszczepowej, możliwości i charakteru logopedycznej pomocy dziecku i jego rodzinie w okresie postnatalnym. A zatem, z punktu widzenia sposobu oddziaływania na dziecko, logopeda posługuje się metodami wpływu pośredniego. W programowaniu terapii logopedycznej należy uwzględniać w szczególności metody psychologiczne, gdyż przedmiotem oddziaływania są postawy i emocje rodziców.

DZIECKO W PIERWSZYM ROKU ŻYCIA

Wykorzystując profil diagnostyczny, logopeda ustala zadania stymulujące w obrębie sfer istotnych dla rozwoju komunikacji, a wynikających ze sfery najbliższego rozwoju oraz przeprowadza korektę pojawiających się cech niepożądanych/nienormatywnych w obrębie czynności związanych z kompleksem ustno-twarzowym, a także w obrębie ważnych dla rozwoju komunikacji sfer, w obrębie rozwoju mowy, w tym sprawności artykulacyjnej (co może być związane ze stosowaniem przez dziecko wzorców zastępczych). Podstawową strategią postępowania jest prowadzenie stymulacji cech pożądaných i korek-

ta niekorzystnych wzorców w obrębie czynności związanych z kompleksem ustno-twarzowym oraz rozwojem mowy, a także profilaktyka parafunkcji.

Ważnym elementem w tworzeniu korzystnych warunków dla rozwoju mowy jest modelowanie postaw rodziców, które będą sprzyjały rozwojowi i wychowaniu dziecka z wadą. Wśród istotniejszych zadań należy wymienić: udzielanie wsparcia psychicznego, prezentację postawy tzw. „realnego optymizmu” (A. Kluz, I. Tymecka, 2000; B. J. McWilliams, H. L. Morris, R. L. Shelton; D. Pluta-Wojciechowska, 2006a), pomoc rodzicom w adaptacji do sytuacji urodzenia z wadą rozwojową, co wiąże się ze spostrzeganiem własnego dziecka, jako dziecka z rozszczepem, a nie jako dziecka rozszczepowego, profilaktykę wystąpienia w rozwoju zaburzeń emocjonalno-społecznych, a dotyczących np. sytuacji urazowych związanych z zabiegami leczniczymi, pobytem w szpitalach itp., inne zadania pojawiające się w toku rozwoju i dojrzewania dziecka.

Stosowane metody postępowania obejmują w szczególności: logopedyczne metody wpływu bezpośredniego (np. masaż logopedyczny, pokaz karmienia) i pośredniego (instrukcja, rozmowa, udział rodziców w warsztatach na temat stymulacji rozwoju mowy), psychologiczne (np. budowanie kontaktu terapeutycznego, sposób udzielania wsparcia emocjonalnego), pedagogiczne (wykorzystywanie metod, zasad i form pracy pedagogicznej). Najważniejszą strategią postępowania jest uwzględnianie prawidłowości rozwojowych związanych z rozwojem psychomotorycznym, rozwojem mowy, a szeroko komunikacji, jak również prawidłowości rozwoju czynności związanych z kompleksem ustno-twarzowym, w tym regulacji stosowanych u dzieci z rozszczepem (np. zasady karmienia dziecka z wadą rozszczepową) z uwzględnieniem procedur leczenia ortodontycznego i chirurgicznego.

DZIECKO W WIEKU PONIEMOWLĘCYM, PRZEDSZKOLNYM I WCZESNOSZKOLNYM

W projektowaniu terapii logopedycznej w okresie poniemowlęcym, przedszkolnym i wczesnoszkolnym należy uwzględnić, co następuje:

1. Rozwój psychomotoryczny:
 - stymulowanie rozwoju psychomotorycznego,
 - przygotowanie do nauki czytania i pisanie w zakresie adekwatnym do wieku.
2. Mowa:
 - rozwijanie wielorakiej ekspresji werbalnej z wykorzystaniem kodu językowego, parajęzykowego i niejęzykowego,
 - doskonalenie i rozwijanie sprawności semantycznych i w dalszej kolejności, zgodnie z progresją rozwoju mowy, także sprawności syntaktycznych oraz sprawności komunikacyjnych,

— konstruowanie przedpola artykulacji w obrębie czynności związanych z kompleksem ustno-twarzowym w zakresie adekwatnym do wieku i możliwości anatomiczno-czynnościowych, w tym profilaktyka lub likwidacja parafunkcji,

— usprawnianie kompleksu ustno-twarzowego za pomocą ćwiczeń aktywnych i biernych; szczególne miejsce zajmują w tej grupie ćwiczenia podniebienia miękkiego i wargi górnej, a także języka,

— usprawnianie realizacji fonemów w odniesieniu do wszystkich kategorii fonetycznych, w tym likwidacja lub zmniejszanie natężenia nosowania otwartego wraz z likwidacją lub zmniejszaniem natężenia objawów trudności działania obwodowego aparatu wymowy z uwzględnieniem realnych możliwości anatomiczno-czynnościowych oraz z wykorzystaniem zalecanej metodologii (patrz uwagi zawarte w rozdziale *O filozofii postępowania logopedycznego*).

3. Sfera emocjonalno-społeczna:

— rozwijanie cech związanych z rozwojem emocjonalno-społecznym dziecka, które będą przeciwdziałać ewentualnemu pojawieniu się lub nasileniu trudności o charakterze emocjonalno-społecznym na tle mowy i twarzy rozszczepowej, a także sytuacji leczenia szpitalnego i ambulatoryjnego,

— budowanie pozytywnego obrazu siebie mimo istniejącej wady,

— wzmacnianie mocnych stron, w tym istotnych dla komunikacji.

4. Postawy rodziców:

— pomoc w kształtowaniu się sprzyjających rozwojowi mowy i osobowości dziecka postaw rodziców, przeciwdziałanie postawom skrajnym,

— dostarczanie rodzicom wiedzy na temat wady rozszczepowej i jej skutków dla rozwoju dziecka, w tym dla rozwoju mowy oraz możliwości pomocy,

— informowanie rodziców na temat możliwości leczenia i pomocy psychologiczno-pedagogiczno-socjalnej dziecku z rozszczepem i jego rodzinie.

5. Edukacja:

— zachęcanie rodziców do udziału dziecka w zajęciach w grupie rówieśniczej, np. na terenie przedszkola,

— współpraca z placówkami oświatowymi.

Szczególnym sposobem postępowania jest oparcie terapii logopedycznej na prawidłowościach rozwojowych w odniesieniu do poziomu i struktury rozwoju, w tym wykorzystanie sfery najbliższego rozwoju w projektowaniu zadań stymulujących i korygujących, które są oparte na pomocy dorosłego. Istotne jest wykorzystanie strategii psychologicznej dotyczącej zasad budowania kontaktu terapeutycznego zarówno z dzieckiem, jak i z rodzicami oraz wykorzystanie prawidłowości procesu uczenia się.

STRATEGIE POSTĘPOWANIA W PRZYPADKU USPRAWNIANIA REALIZACJI FONEMÓW

Ogólna metodologia usprawniania realizacji fonemów została omówiona w rozdziale zatytułowanym *O filozofii postępowania logopedycznego*. Usprawnianie realizacji fonemów u dzieci z rozszczepem zależy od warunków realizacyjnych, które determinują wybór strategii. A zatem, stosowany podczas terapii instrument postępowania¹² należy modyfikować w zależności od możliwości realizacyjnych pacjenta. Na uwagę zasługują w szczególności następujące cechy warunków realizacyjnych, które mogą mieć wpływ na wybór strategii postępowania, a mianowicie:

- przyczyna braku separacji oralno-nazalnej,
- przestrzeń uaktywnienia nienormalnych stref i narządów artykujących, czyli naruszenie układu, pozycji i czynności elementów biorących udział w tworzeniu głosek,
- przyjęta przez dziecko strategia radzenia sobie z niekompetencją podniebiennie-gardłową,
- rodzaj objawów trudności działania obwodowego aparatu wymowy.

W przypadku usprawniania realizacji fonemów u dzieci z rozszczepem można wykorzystywać różne strategie, np. strategię terapeutycznej sekwencji głosek. Niektóre z nich mają charakter specjalny i wynikają ze znajomości patomechanizmu w przypadku mowy rozszczepowej, np. strategia blokowania nozdrzy (której nie należy nadużywać i stosować w określony sposób i w określonych okolicznościach). Szczegółowy opis kilkunastu proponowanych strategii, w tym strategii specjalnych, i związanych z nimi założeń myślenia taktycznego przedstawię w innym opracowaniu (I. Łyżyczka, 1978; K. Golding-Kushner, 2001; V. Lechta, 2002; B. J. McWilliams, H. L. Morris, R. L. Shelton, 1990; D. Pluta-Wojciechowska, 1999, 2000, 2006b).

Wśród metod postępowania należy wskazać na logopedyczne metody wpływu bezpośredniego i pośredniego, ale także metody pedagogiczne i psychologiczne.

ORGANIZACJA POSTĘPOWANIA

Terapia logopedyczna, w zależności od szczegółowych celów terapii ustalonych dla konkretnego dziecka, może być zorganizowana w następujących formach:

- logopedyczne sesje terapeutyczne,
- portfolio, czyli zeszyt ćwiczeń,

¹² Patrz wyjaśnienie terminu „instrument terapii”, jakie zostało zamieszczone w rozdziale *O filozofii postępowania logopedycznego*.

- udział dziecka w zajęciach z grupą rówieśniczą,
- udział dziecka w zajęciach grupowych o charakterze socjoterapeutycznym,
- udział dziecka w zajęciach grupowych rozwijających ekspresję werbalną,
- udział dziecka w turnusie rehabilitacyjnym dotyczącym terapii mowy,
- udział rodziców małych dzieci z rozszczepem w warsztatach o charakterze edukacyjnym i wspierającym.

POSTĘPOWANIE TERAPEUTYCZNE

ORGANIZACJA ETAPÓW TERAPII. DOBÓR ŚRODKÓW I POMOCY

Podstawą wszelkich oddziaływań w przypadku pracy z dzieckiem z wadą rozszczepową i/lub jego rodzicami jest udzielenie wsparcia emocjonalnego oraz budowanie kontaktu terapeutycznego w oparciu o wiedzę i umiejętności psychologiczne. Etapy terapii logopedycznej wynikają z charakteru stwierdzonych zaburzeń związanych ze stosowaniem wzorców zastępczych i/lub aktualnego poziomu rozwoju w kontekście pożądanego poziomu i struktury rozwoju, a także z zastosowanej procedury leczenia chirurgicznego i ortodontycznego.

Takie ujęcie terapii logopedycznej koresponduje z podstawowymi założeniami teorii L. Wygotskiego o znaczeniu sfery najbliższego rozwoju i — co się z tym wiąże — ze sposobem wyznaczania i następnie wykonywania zadań stymulujących oraz korygujących, w których istotną rolę odgrywa pomoc dorosłego. Środki, formy realizacji i pomoce są dobierane w zależności od projektowanych zadań, które mogą mieć charakter długoterminowy lub krótkoterminowy.

PROWADZENIE DOKUMENTACJI

Wśród dokumentacji terapii logopedycznej można wymienić: kartę badania logopedycznego, zapis prowadzonych ćwiczeń w trakcie sesji terapeutycznych, zeszyt ćwiczeń dziecka, nagrania wideo mowy dziecka z różnych etapów terapii.

WERYFIKACJA HIPOTEZ DIAGNOSTYCZNYCH

W przypadku małych dzieci w pierwszym roku życia, okresowa ocena efektów terapii powinna być przeprowadzana co około 3 miesiące (poczynając od diagnozy w kilka dni po urodzeniu, najczęściej po wizycie u ortodonta) i koniecznie po operacjach podstawowych, czyli po chirurgicznym zamknię-

ciu wargi i podniebienia. Z kolei częstość wizyt poświęconych na terapię jest regulowana postępami dziecka i wynika z etapu terapii.

W przypadku wolnych postępów nabywania mowy, utrzymywania się nosowania otwartego, realizacji poza jamą ustną, współruchów mimicznych twarzy i innych cech nienormalnych związanych z artykulacją koniecznie należy dokonać weryfikacji hipotez diagnostycznych. Może to ułatwić przeprowadzenie badań specjalistycznych, w szczególności badania foniatrycznego, ale także laryngologicznego, neurologicznego, psychologicznego.

MODYFIKACJA PROGRAMU TERAPII

W zależności od postawienia nowych hipotez diagnostycznych, a także zmieniających się warunków anatomiczno-czynnościowych, co jest związane w szczególności z prowadzonym leczeniem chirurgicznym, laryngologicznym i ortodontycznym logopeda powinien modyfikować program terapii. Wynika to z pojawienia się nowych możliwości logopedycznej terapii, związanych ze stworzeniem nowych warunków anatomicznych i czynnościowych.

ZAKOŃCZENIE

Na koniec warto zadać pytanie: jakie jest miejsce logopedy w wielospecjalistycznym zespole leczącym dziecko z rozszczepem wargi i podniebienia? Jeżeli przyjmiemy, że logopeda uzupełnia pracę chirurga, a w pewnych zakresach także ortodonta, to należy wskazać, że terapia logopedyczna jest ważnym sposobem pomocy dziecku z rozszczepem zarówno przed operacją/operacjami, pomiędzy operacjami, jak również i po podstawowych operacjach chirurgicznego zamknięcia szczeliny rozszczepowej, a także po operacjach korekcyjnych i uzupełniających. Warto podkreślić, że efektywność stosowanych procedur chirurgicznych odbywa się między innymi poprzez ocenę jakości mowy, w tym w szczególności rezonansowości i lokacji.

Tak określone miejsce logopedy w zespole wielospecjalistycznym świadczy nie tylko o znaczeniu terapii logopedycznej, ale wskazuje także na konieczność współpracy i współdziałania ze specjalistami, a przede wszystkim posiadania wiedzy na temat stosowanych w medycynie procedur leczniczych. Logopeda powinien być aktywnym członkiem wielospecjalistycznego zespołu leczącego dziecko z rozszczepem. Taka postawa wymaga jednak znajomości nie tylko procedur logopedycznych, ale także medycznych.

Przygotowane opracowanie ma pełnić rolę rekonesansu zagadnień związanych ze standardem postępowania logopedycznego w przypadku izolowanej wady rozszczepu wargi i/lub podniebienia. Ograniczone ramy publikacji nie pozwalają na wypełnienie szczegółową treścią wyodrębnionych kategorii dia-

gnozy, sposobu analizy o charakterze eksplikacyjnym i zasad konstruowania programu terapii, w szczególności zaś proponowanych strategii postępowania. Moją intencją było nakreślenie pewnego rodzaju filozofii postępowania, która może pełnić rolę przyczynku do dyskusji.

BIBLIOGRAFIA

- Bardach J., 1967, *Rozszczepy wargi górnej i podniebienia*, Warszawa.
- Dudkiewicz Z., Surowiec Z., 1996, *Raport z Pierwszego Ogólnopolskiego Rejestru Rozszczepu Wargi i Podniebienia*, [w:] *II Konferencja Robocza — rehabilitacja mowy. Rozszczep wargi i podniebienia*, red. Z. Dudkiewicz, Warszawa, s. 9–16.
- Dudkiewicz Z., 1997, *Rozszczep wargi i podniebienia w świetle współczesnych poglądów*, „Medycyna Wieku Rozwojowego”, t. 1, nr 4, s. 668–678.
- Dudkiewicz Z., Hortis-Dzierzbicka M., 2000, *Rozszczep wargi i/lub podniebienia — standard postępowania*, „Standardy Medyczne”, t. 5 (8), s. 28–33.
- Dudkiewicz Z., Sekuła E., Hortis-Dzierzbicka M., Piwowar W., Dłuski E., 2000, *Sekwencja Robina — nowy standard postępowania leczniczego*, „Standardy Medyczne. Miesięcznik dla Lekarzy Pediatrów”, nr 3 (9), s. 56–58.
- Dudkiewicz Z., Sekuła E., Piwowar W., Hortis-Dzierzbicka M., 2000, *Mechanizm podniebienno-gadłowy odpływu żołądkowo-przełykowego w sekwencji Robina*, „Medycyna Wieku Rozwojowego”, t. 4 nr 3, s. 297–306.
- Golding-Kushner K., 2001, *Therapy Techniques for Cleft Palate Speech & Related Disorders*, Singular Thomson Learning. Australia–Canada–Mexico–Singapore–Spain–United Kingdom–United States.
- Grabias S., 1997, *Mowa i jej zaburzenia*, „Audiofonologia”, t. 10, s. 3–20.
- Jaklik B., Pluta-Wojciechowska D., 2007, *Program wielospecjalistycznego leczenia dzieci z rozszczepem wargi i podniebienia*, „Forum Logopedyczne”, nr 13, s. 40.
- Kluz A., Tymecka I., 2000, *Kompleksowa opieka nad dzieckiem z wadą urodzoną twarzoczaszki*, „Pielęgniarstwo”, nr 6 (35), s. 17–20.
- Kobus K., 1992, *Nowe koncepcje i metody w leczeniu rozszczepów wargi i podniebienia*, „Polski Przegląd Chirurgiczny”, t. 64, s. 453–462.
- Kobus K., 1997, *W poszukiwaniu skutecznych metod leczenia rozszczepów wargi i podniebienia*, „Polski Przegląd Chirurgiczny”, t. 69 nr 12, s. 1342–1352.
- Kot M., Kruk-Jeronim J., 1997, *Współistnienie rozszczepów wargi i/lub podniebienia z innymi wadami urodzonymi*, „Czasopismo Stomatologiczne”, t. L, nr 9, s. 622–627.
- Lechta V. i in., 2002, *Terapia narzużonej komunikacyjnej schipności*, Martin.
- Łyżyczka I., 1978, *Metody rehabilitacji wymowy u dzieci z rozszczepem podniebienia*, „Logopedia”, 13, s. 53–57.
- McWilliams B. J., Morris H. L., Shelton R. L., 1990, *Cleft Palate Speech*, B. C. Decker, Philadelphia.
- Mierzejewska H., Emiluta-Rozya D., 1997, *Projekt zestawienia form zaburzeń mowy*, „Audiofonologia”, t. 10, s. 37–48.
- Mitrinowicz-Modrzejewska A., Pawłowski Z., Tluchowski W., 1965, *Wady rozwojowe podniebienia jako zaburzenia wieloukładowe*, [w:] seria: *Rozprawy Wydziału Nauk Medycznych*, R. X, t. 1, Warszawa.
- Ostaszewska D., Tambor J., 1997, *Podstawowe wiadomości z fonetyki i fonologii współczesnego języka polskiego*, Katowice.

- Pluta-Wojciechowska D., 1999, *Wybrane zagadnienia terapii mowy dzieci z rozszczepem podniebienia*, „Logopedia”, 26, s. 149–161.
- Pluta-Wojciechowska D., 2000, *Językoznawczy model terapii mowy dziecka z rozszczepem podniebienia*, [w:] *Teoretyczne podstawy metod usprawniania mowy — Afazja — Zaburzenia rozwoju mowy*, red. H. Mierzejewska, M. Przybysz-Piwkova, Warszawa, s. 109–123.
- Pluta-Wojciechowska D., 2002, *Realizacja fonemów języka polskiego u osób z rozszczepem podniebienia pierwotnego i/lub wtórnego — przegląd wybranych problemów, stanowisk, propozycji*, „Logopedia”, 31, s. 199–225.
- Pluta-Wojciechowska D., 2006a, *Urodzę dziecko z rozszczepem, czyli o filozofii wczesnej interwencji logopedycznej w przypadku dzieci z rozszczepem podniebienia*, „Logopedia”, 35, s. 125–142.
- Pluta-Wojciechowska D. 2006b, *Zaburzenia mowy u dzieci z rozszczepem podniebienia. Badania — Teoria — Praktyka*, Bielsko-Biała.
- Pluta-Wojciechowska D. 2009a, *Podstawy patofonetyki mowy rozszczepowej. Dyslokacje*, (w przygotowaniu do druku).
- Pluta-Wojciechowska D., 2009b, *Przebieg i ocena czynności pokarmowych jako jedno z kryteriów badania logopedycznego*, (w przygotowaniu do druku).
- Sekula E., 2000, *Zasady postępowania pediatrycznego w sekwencji Robina w świetle badań własnych*, „Medycyna Wieku Rozwojowego”, t. 4, nr 3, s. 285–295.
- Pruszewicz A., 1992, *Foniatrya kliniczna*, Warszawa.
- Rocławski B., 2001, *Podstawy wiedzy o języku polskim dla glottodydaktyków, pedagogów, psychologów i logopedów*, Gdańsk.
- Show A., Semb G., Nelson P., Brattström V., Mölsted K., Prahł-Andersen B., 2000, *The Eurocleft Project 1996–2000*, Amsterdam–Berlin–Oxford–Tokyo–Washington DC.
- Shprintzen R. J., 2001, *Syndrome Identification for Speech-Language Pathology: An Illustrated Pocket Guide*, San Diego. Za: K. Golding-Kushner, *Therapy Techniques for Cleft Palate Speech & Related Disorders*. Singular Thomson Learning. Australia–Canada–Mexico–Singapore–Spain–United Kingdom–United States 2001, s. 48.
- Styczek I., 1981, *Logopedia*, Warszawa.
- Syndromes of the Head and Neck*, 1990, red. R. J. Gorlin, M. M. Cohen, L. S. Levin, New York.
- Trost J. E., 1981, *Articulatory additions to the classical description of the speech of persons with cleft palate*, „Cleft Palate J.”, 18, s. 193–203.
- Wyatt R., Sell D., Russell J., Harding A., Harland K., Albery E., 1996, *Cleft palate speech dissected: a review of current knowledge and analysis*, „British Journal of Plastic Surgery”, s. 143–149.
- <http://www.portalmed.pl/xml/bazy/icd10>.