

Wanda Kostecka

1 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką w Lublinie

DIAGNOZA I TERAPIA LOGOPEDYCZNA DZIECKA Z WCZESNĄ NIEPŁYNNOŚCIĄ MOWY – STUDIUM PRZYPADKU

Celem artykułu jest prezentacja przypadku niespełna trzyletniego, dwujęzycznego dziecka z wczesną niepełnością mowy. Autorka przedstawia teoretyczne podstawy prowadzonych badań: definiuje rozwojową niepełność mowy i jąkanie wczesnodziecięce, omawia jawne i ukryte objawy jąkania oraz ich graficzne wizualizacje (góry lodowe). Kolejno prezentuje charakterystykę dziecka na podstawie wywiadu i obserwacji uczestniczącej, analizę ilościową i jakościową jąkania oraz ramowy program terapii rodzinnej.

Słowa kluczowe: rozwojowa niepełność mowy, jąkanie, terapia mowy

Niepełność mówienia u małych dzieci pojawia się najczęściej w wieku od 2 do 6 lat. Na okres ten przypada bardzo intensywny rozwój mowy. Dziecko wraz z doświadczeniem gromadzi zasób słownictwa, nabywa reguły gramatyczne, usprawnia swój aparat mowy. Z tego powodu wiele dzieci w okresie wczesnego dzieciństwa doświadcza epizodów niepełności mowy. U części tych dzieci niepełność ma charakter przejściowy, co określa się terminem rozwojowa niepełność mówienia (RNM). Jednakże są w tej grupie dzieci, u których niepełne mówienie przeradza się w jąkanie wczesnodziecięce (JW). Wczesna interwencja logopedyczna powinna mieć charakter diagnostyczny, pośredni przez najbliższe otoczenie dziecka i bezpośredni – terapia logopedyczna polegająca na stosowaniu ćwiczeń (zabaw) kształtujących płynność mowy. Terapia rodzinna ma na celu tworzenie środowiska sprzyjającego rozwojowi płynnej mowy poprzez modyfikowanie sytuacji komunikacyjnych w rodzinie.

Celem artykułu jest prezentacja przypadku dziecka (2,8 r.ż.) we wczesnym okresie niepełności: jego diagnozy i terapii logopedycznej. Tekst zawiera podstawy teoretyczne przeprowadzonych badań, charakterystykę dziecka na podstawie wywiadu i obserwacji uczestniczącej, analizę ilościową i jakościową jąkania oraz ramowy program terapii rodzinnej.

1. Teoretyczne podstawy badań

Rozwojowa niepełność mówienia (RNM) a jękanie wczesnodziecięce (JW)

W literaturze przedmiotu spotykamy różne określenia i zakres zainteresowań badaczy zaburzeniami płynności mowy u dzieci. W grupie dzieci dotkniętych tą przypadłością coraz częściej spotyka się takie, które są bardzo inteligentne i ich rozwój językowy jest niezwykle szybki. Zdarza się, że zaburzenia płynności mowy pojawiają się u nich wcześniej. Najwięcej danych dotyczących zaburzeń płynności mowy dotyczy dzieci w wieku przedszkolnym – od 3. do 6. roku życia (Tarkowski 1992, 2001; Tarkowski, Humeniuk, Dunaj 2011; Tarkowski, Skorek 2009; Węsierska 2013a, 2013b; N.G. Ambrose i E. Yairi 1999; W. Carl i Jr. Dell 2008; KostECKA 2000 i in.).

Definicje rozwojowej niepełności mówienia oraz jękania wczesnodziecięcego przytacza Z. Tarkowski (1992). RNM określa jako normalną niepełność mówienia, stanowiącą zjawisko rozwojowe, natomiast jękanie wczesnodziecięce – jako patologiczną niepełność mówienia, powstałą w wieku przedszkolnym lub wcześniej. Rozróżnienie RNM i JW nie jest łatwe, a ma kluczowe znaczenie w diagnozie i terapii logopedycznej.

W literaturze dotyczącej jękania u dzieci nie ma jednomyślności w przyjęciu kryteriów różnicujących RNM i JW. Występuje jedynie zgodność, że należy wziąć pod uwagę wszystkie czynniki, które mogą w jakimkolwiek stopniu wpływać na to zaburzenie mowy

Przyczyny jękania nie zostały jednoznacznie ustalone mimo wysiłku wielu badaczy prezentujących różne dyscypliny naukowe. Biorąc pod uwagę dziecko jako badany przypadek, warto przytoczyć poglądy R. Byrne na ten temat (1989: 13–14). Do przyczyn jękania autorka zalicza:

- występowanie jękania u niektórych członków rodziny, dziedziczenie lub wyuczona reakcja członków danej grupy społecznej na niepełność osoby jąkającej się;
 - opóźnienie rozwoju mowy lub artykulacji u dziecka;
 - obecność wielu, a czasami nawet jednej sytuacji przynoszącej stres emocjonalny.
- R. Byrne (1989) stwierdza, że z rozwojem jękania związane są trzy fakty:
- **czynniki predysponujące**, czyli rodzinnie występujące przypadki jękania, opóźniony rozwój mowy i artykulacji, trudności natury koordynacyjnej przy precyzyjnych ruchach koniecznych do mówienia;
 - **czynniki wywołujące** – okoliczności szokowe, wypadki, choroby, oddzielenie od rodziców, pójście do przedszkola lub szkoły, urodzenie następnego dziecka;
 - **czynniki podtrzymujące** – dotyczą niekorzystnych sytuacji, które się przedłużają, działając ciągle, np. zbyt duże wymagania dotyczące mówienia lub

zachowania, napięta i pełna lęku atmosfera domowa, zwiększony krytycyzm otoczenia w stosunku do dziecka.

Nie mamy wpływu na czynniki predysponujące. Nie zawsze jesteśmy w stanie uchronić dziecko przed sytuacjami stresowymi w jego życiu codziennym. Możemy jedynie uczyć je radzić sobie z nimi, gdy wystąpią. Najtrudniejsze są czynniki podtrzymujące, które zwykle doprowadzają do rozwoju zaburzenia. Czynniki wywołujące i podtrzymujące możemy modyfikować, współpracując ze środowiskiem dziecka, i w ten sposób nie dopuścić do dalszego rozwoju jękania.

Rozwój jękania

Dla celów diagnozy i terapii zaburzonej płynności mówienia warto wyodrębnić trzy fazy rozwoju jękania u dzieci: 1. wczesną nie płynność; 2. jękanie na pograniczu; 3. uporczywe jękanie (Kostecka 2000: 36–60).

Wczesna nie płynność charakteryzuje się widocznymi i słyszalnymi objawami jękania. Aby dokonać ich oceny w mowie dziecka, bierzemy pod uwagę: rozwój mowy i języka dziecka, ilość mowy nie płynnej, rodzaj nie płynności, okresy mowy nie płynnej, od kiedy mowa jest nie płynna, co dziecko odczuwa mówiąc, co myśli o nie płynności, zmiany w jego życiu, życie rodzinne.

Jękanie na pograniczu odnosi się do przejścia z jednej fazy w drugą rozwoju jękania. Zwraca się tu większą uwagę na jękanie ukryte. Dziecko na tym etapie jest już bardziej świadome tego, jak mówi. Zaczyna zauważać to w niektórych sytuacjach komunikacyjnych jako problem. Mogą pojawić się u niego negatywne reakcje emocjonalne związane z mową. Rozwijająca się powoli świadomość może doprowadzić do ukrywania czy unikania jękania. W jękanii na pograniczu logopeda powinien wziąć pod uwagę zachowania dziecka: świadomość zaburzenia, niepokój, unikanie mówienia itp.; reakcje dziecka na epizody jękania, odczucia w związku ze swoją nie płynnością.

Uporczywe jękanie charakteryzuje się negatywnymi uczuciami i postawą nieakceptującą jękania. Dzieci uporczywie jękające się widzą siebie jako „jąkałę”, a nie kogoś, komu nie udało się powiedzieć jakiegoś słowa. Odpowiednio zamieniają swoje zachowania, próbują ukryć jękanie, unikają sytuacji, które pozwoliłyby innym odkryć problem. Stają się prezentować siebie jako dobrych mówców, co czasem powoduje nasilenie jękania. W jękanii uporczywym jawne objawy mogą przybrać cięższą postać. Ukrywane jękanie i związane z nim odczucia stają się jego zasadniczą cechą (Kostecka 2000: 57–59).

Jawne i ukryte objawy jękania

Łatwiej jest ocenić cechy charakterystyczne rozwoju jękania u dzieci (wczesna nie płynność, jękanie na pograniczu oraz uporczywe jękanie), gdy ustalimy, które objawy są jawne, a które ukryte. Jawne objawy jękania to te zachowania,

które można zidentyfikować u jękającego się, ponieważ je widzimy i słyszymy. Objawy ukryte pozostają w związku z myślami i odczuciami dziecka.

Jawne objawy jękania to:

- powtarzanie – niektóre dźwięki, sylaby, słowa, frazy mogą być powtarzane nawet kilka razy, np. „Mama, mama, mama powiedziała mi, mi”; „Gdzie jest moja t – t – torba?”; powtórzenia mogą być wypowiedzane spokojnie, powoli albo bardzo szybko następować po sobie;
- przeciąganie – poszczególne dźwięki mogą być znacznie przedłużane, np. „czuję się żżż-le”; Przeciąganie może być łagodne lub może pojawiać się napięcie, tak jakby dziecko chciało „wypchnąć” słowo z ust;
- pauzy – jeśli występują na początku wypowiedzi, wówczas dziecko z trudem próbuje rozpocząć mówienie, czasem używa dodatkowych dźwięków jako „starterów”; przerwy zdarzają się też w środku zdań, np. „chcę... oglądać... telewizję...”; czasami odnosi się wrażenie, że dziecko nie może znaleźć właściwego słowa, a czasem, że znając słowo, „walczy”, aby je wypowiedzieć; pauzy pojawiają się również w połowie wyrazów, np. „Mój bra-t jest czasami nie-dobry”; często też słowa lub frazy nie są kończone;
- zatrzymanie toku mowy – zdarza się, że dziecko „zastyga”, zanim zacznie mówić; obserwuje się to również w trakcie mówienia – mięśnie oddechowe, fonacyjne lub artykulacyjne pozostają przez chwilę w bezruchu, aż nastąpi moment, w którym się odblokują, umożliwiając dziecku kontynuowanie wypowiedzi;
- wypełniacze – do wypowiedzi wtrącane są dodatkowe słowa lub dźwięki niemające żadnego sensu, np. „Ja lubię, wiesz, lubię, te... te, wiesz, ciastka najbardziej”; „Ja yyyy- pójdę, yyyy- pójdę już do domu”;
- problemy z przepływem powietrza – są to głównie zakłócenia w oddychaniu; dziecko czuje to tak, jakby nie miało wystarczającej ilości powietrza do zakończenia wypowiedzi; niektóre dzieci biorą częste wdechy, zachłystując się powietrzem, mówią na wdechu lub urywają wypowiedź;
- współruchy – podczas wypowiedzi mogą się ujawniać grymasy na twarzy oraz ruchy całego ciała: dziecko mruga oczami, odchyła głowę do tyłu, tupie nogą i kojarzy te fakty z mówieniem; gdy słowo zostanie wypowiedziane poprawnie, ruchy zwykle są powtarzane przy następnych sytuacjach nieradzenia sobie z płynnością i tak wzorzec się utrwała.

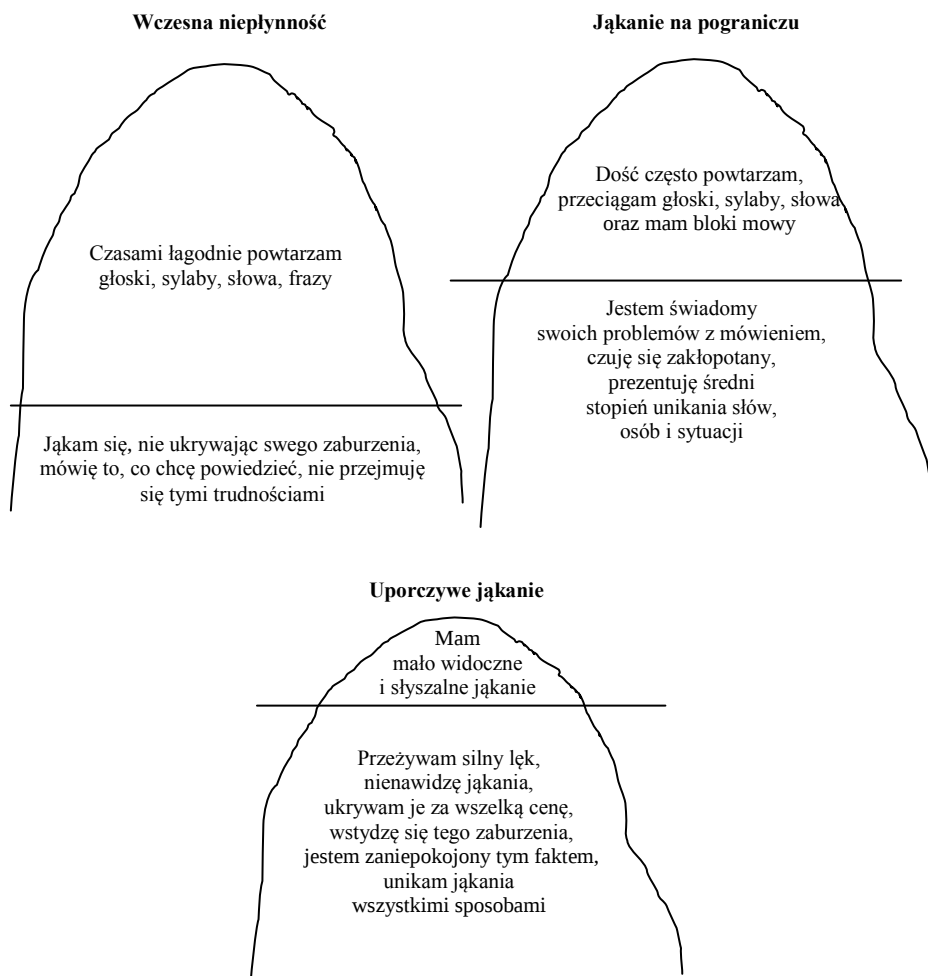
Ukryte objawy jękania to:

- unikanie kontaktu wzrokowego – dziecko nie patrzy na słuchacza, gdy ma kłopoty z wypowiedzeniem jakiegoś słowa; sam fakt odwracania się od słuchacza może zwrócić uwagę tej osoby, że coś nie jest w porządku; skutek takiego zachowania jest zwykle odwrotny do oczekiwań dziecka, które poprzez patrzenie w inną stronę chce odwrócić uwagę od swoich trudności w wypowiedzaniu się;

- unikanie mówienia – dziecko czasem unika wypowiadania pewnych słów lub dźwięków, które wydają mu się trudne do wymówienia; używa wtedy innych wyrazów mających podobne znaczenie; często dziecko zmienia też całe zdania, aby uniknąć wypowiedzenia wyrazu, wiedząc, że się zająknie, w ostateczności rezygnuje z mówienia, prosi rodziców, kolegę, aby je wyręczył, udaje, że nie wie, co powiedzieć, wzrusza ramionami, sprawia wrażenie, że zapomniało lub jest czymś zajęte; dziecku wydaje się, że lepiej mieć opinię mniej inteligentnego niż jękającego się;
- unikanie niektórych sytuacji – dziecko dostrzega, że jego mówienie w pewnych sytuacjach sprawia mu trudności, czasem wydaje mu się, że wymagania danej sytuacji przekraczają jego możliwości; oczekiwanie w kolejce i zamówienie posiłku w stołówce, zgłoszenie się przy odczytywaniu listy obecności czy rozmowa przez telefon stają się barierami nie do pokonania; dziecko zaczyna unikać trudnych dla niego sytuacji: idzie do sklepu samoobsługowego, spóźnia się do szkoły, aby nie odpowiadać podczas czytania listy obecności, traci stopniowo przyjaciół, gdyż nie umawia się i nie spotyka z kolegami; ukryte aspekty jękania sprawiają, że życie dziecka staje się ograniczone;
- izolowanie się od świata zewnętrznego – dzięki mowie komunikujemy się z innymi ludźmi; jeśli odczuwamy lęk przed mówieniem, to porozumiewanie się zostaje w pewien sposób zaburzone, czujemy się wówczas odizolowani od otaczających nas ludzi; jękające się dziecko może również zostać odsunięte od rówieśników, co znajduje odzwierciedlenie np. w sposobie spędzania czasu wolnego: zamiast uczestniczenia w zabawach grupowych dziecko chętnie przebywa w domu, znajduje sobie zajęcia, które może wykonywać samotnie; jeżeli nie angażuje się w działania wymagające interakcji z rówieśnikami, to jest to problem, który trzeba wziąć pod uwagę w terapii logopedycznej.

„Góry lodowe” jako obraz jękania

Objawy jawne i ukryte jękania we wczesnej niepełności, jękania na pograniczu oraz uporczywego jękania można przedstawić jako obraz gór lodowych (Kostecka 2000: 49). Cechą charakterystyczną dla góry lodowej jest jej część widoczna. Reszta pozostaje pod wodą. Ponieważ jej nie widzimy, nie bardzo zdajemy sobie sprawę z niebezpieczeństwa, jakie ze sobą niesie. Góra lodowa dziecka we wczesnej niepełności jest prawie cała nad wodą. W fazie na pograniczu jękania obraz zaczyna się zmieniać – część podwodna zwiększa się w miarę rozwoju świadomości dziecka o jego zaburzeniu. Góra lodowa uporczywego jękania niemal cała zanurzona jest pod wodą.



Ryc. 1. Obraz gór lodowych

2. Metodologia badań własnych

Przedmiotem prezentowanych badań jest diagnoza i terapia logopedyczna w przypadku dziecka z wczesną niepełnością. Autorka pracy stawia sobie następujące problemy badawcze: 1. Jakie objawy zaburzonej płynności mówienia występują u chłopca?, 2. Czy jest to wczesna niepełność, jąkanie na pograniczu czy uporczywe jąkanie?, 3. Jakie są przyczyny tego zaburzenia? Nasuwają się dalsze pytania: 4. Jaka terapia będzie właściwa w danym przypadku?, 5. Jakie jest rokowanie wyleczenia?

Metodą stosowaną w klinicznych badaniach jest studium przypadku (Nowak 1970). Ma ona na celu wszechstronny opis jednostki z uwzględnieniem bogatego zestawu zmiennych – ich wartości, a także zależności pomiędzy nimi.

Do opisu przypadku potrzebna jest diagnoza, którą S. Ziemiński (1973) określa jako rozpoznanie stanu rzeczy i jego tendencji rozwojowych. Badania diagnostyczne powinny zawierać dwa etapy: 1. eksploracyjny, odkrywający badane zjawisko i jego genezę oraz występujące zależności; 2. weryfikacyjny, sprawdzający trafność postawionej diagnozy. Diagnoza kliniczna jest szczególnym przypadkiem diagnozy psychologicznej prowadzonej dla celów praktycznych. Osoba badana będąca przedmiotem zainteresowań klinicznych poddana jest diagnozie w celu ustalenia oddziaływania terapeutycznego.

Studium przypadku jako metoda stosowana w logopedii powinna zawierać:

- zebranie korpusu wypowiedzi dziecka;
- wykonanie podstawowych badań logopedycznych i dodatkowych (głównie psychologiczno-pedagogicznych);
- przeprowadzenie analizy uzyskanych próbek wypowiedzi dziecka;
- odniesienie wyników do teorii i badań porównawczych.

W niniejszych badaniach zastosowano metodę wywiadu i obserwacji uczestniczącej podczas diagnozy i wstępnej terapii. Dokonano analizy dokumentów medycznych dziecka. Do przeprowadzenia wywiadu wykorzystano kwestionariusz *Dziecko nie płynnie mówiące. Wywiad z matką* autorstwa Z. Tarkowskiego i in. (2011: 148–153). Dotyczy on informacji o:

- osobie udzielającej wywiadu,
- dziecku nie płynnie mówiącym,
- rodzinie dziecka,
- ogólnym rozwoju dziecka,
- rozwoju jego mowy,
- rozwoju nie płynności mówienia.

Organizacja i przebieg badań

Zebranie korpusu wypowiedzi dziecka odbyło się w naturalnych sytuacjach życiowych chłopca: w domu rodzinnym, czasami na spacerze, podczas zabaw, posiłków, z udziałem rodziców, babci, rówieśników. Wzięto też pod uwagę wypowiedzi chłopca podczas pobytu w gabinecie logopedycznym. Nieoceniony okazał się telefon komórkowy, na który mama i babcia nagrywały wypowiedzi chłopca. Wywiad z mamą dziecka przeprowadzono na kilku spotkaniach z logopedą zgodnie z wyżej wymienionym kwestionariuszem wywiadu. Okazało się, że mama nie była przekonana co do trafności swoich odpowiedzi, szczególnie dotyczących informacji o rozwoju nie płynności mówienia u dziecka. Poprosiła

o dwa tygodnie na obserwację chłopca. Po dwóch tygodniach częściowo odpowiedziała na pytania, jednak jej opis był bardzo ogólnikowy. Fakt ten wzięto pod uwagę w procesie terapii logopedycznej.

3. Opis przypadku

Charakterystyka dziecka na podstawie wywiadu oraz obserwacji

Olek urodził się w lutym 2014 roku. W momencie pojawienia się niepełności miał 2 lata i 8 miesięcy. Ma czteromiesięczną siostrę Kasię (ur. w lipcu 2016 roku). Z relacji mamy wynika, że jej pierwsza ciąża przebiegała prawidłowo, choć przeżywała wiele sytuacji stresowych. Obawiała się, że straci lubianą przez siebie pracę – uczyła w prywatnej szkole językowej angielskiego i hiszpańskiego. Chłopiec urodził się o czasie, siłami natury. Stan dziecka w momencie urodzenia był bardzo dobry (10 pkt Apgar) i okres rozwoju dziecka do 2 lat przebiegał prawidłowo. Atmosfera rodzinna dziecka jest poprawna. Warunki materialne zaspokajają najważniejsze potrzeby Olka i jego siostry. Chłopiec zaczął chodzić, gdy miał 1 rok. Z obserwacji rodziców i babci, a także logopedy wynika, że Olek posługuje się prawą ręką i prawą nogą. Pierwsze słowa u chłopca pojawiły się już ok. 1. roku życia, a pierwsze proste zdania – ok. 2. roku życia. W rodzinie ojca chłopca jego brat był osobą jękającą się. Olek sypia przeważnie w swoim łóżeczku, ale wolałby jak dawniej, z rodzicami. Obecnie w łóżku rodziców najwięcej czasu spędza malutka Kasia. Olek jest o nią bardzo zazdrosny, podszczypuje siostrę i czasami mówi pieszczotliwie, żeby zwrócić uwagę mamy na siebie. Chłopiec zmienił się po narodzeniu siostry – stał się niespokojny, ma trudności z zasypianiem, czasami przejawia reakcje złości lub gniewu z błahego powodu, często bez uzasadnienia płacze. Olek przebywa głównie z mamą, jest do niej nadmiernie przywiązany, „bez końca by się do niej przytulał”. Brakuje mu na co dzień taty, który całymi dniami przebywa w pracy: jest nauczycielem swojego ojczystego języka – hiszpańskiego.

Rodzice w domu rozmawiają głównie w języku hiszpańskim, bo tata słabo mówi po polsku. Natomiast gdy mama rozmawia z dziećmi, używa języka polskiego. Olek ma babcię, która jest z wykształcenia filologiem polskim i bardzo dużo czasu poświęca wnukowi, czytając mu książeczki i wspólnie rozmawiając o ciekawych rzeczach. Chłopiec bardzo lubi swoją babcię i w jej obecności jest spokojny – wtedy mówi mu się łatwiej. Z relacji mamy i babci wynika, że Olek już od 2. r.ż. mówił dużo i poprawnie, z dużym zasobem słów. Jego wymowa w języku polskim jest prawidłowa pod względem fonetycznym. Z językiem hiszpańskim chłopiec ma większe trudności. Od momentu pojawienia się niepełności (od 2,8 r.ż) zaczął mówić mniej, szczególnie w obecności obcych osób i w nowych dla siebie sytuacjach. Okres występowania niepełnego mówienia trwa już trzy

miesiące. Objawy niepełnego mówienia występują przeważnie na początku wypowiedzi, ale zdarzają się także w dowolnych jej miejscach, szczególnie gdy rozmawia z ojcem lub mniej znanymi osobami i gdy coś opowiada zafascynowany (np. relacje ze spacerów w parku, z zabaw z kolegami). Podczas mówienia rodzice zauważają u chłopca nadmierne napięcie mięśni całego ciała, zbędne ruchy ciała (np. ręką). Niepełność mówienia u chłopca nie występuje ciągle, pojawia się i znika. Szczególnie zauważalna jest, gdy opowiada coś ciekawego albo rozmawia z kimś ważnym, nawet podczas zabawy z rówieśnikami. Wówczas powtarza sylaby i słowa, krótkie frazy, a nawet przeciąga samogłoski, a także stosuje wtrącenia, embolofraze, np. aaa... eee... yyy... nonono.... tototo.... Tym wypowiedziom czasami towarzyszy smutna mina chłopca albo pobudzenie ruchowe. Mama i babcia, obserwując chłopca, twierdzą, że nie ma on świadomości jąkania i nie przejmuje się swoimi trudnościami, zawsze kończy wypowiedź.

Analiza ilościowa i jakościowa przeprowadzonych badań

Korpus wypowiedzi badanego chłopca składa się z nagranych spontanicznie próbek: dialogu i monologu. Ogólnie zebrano tekst zawierający 654 słów (1230 sylab), w tym 420 słów (830 sylab) – dialogu oraz 234 słów (400 sylab) – monologu. Wskaźnik niepełności mówienia obliczono, podstawiając uzyskane dane do poniższego wzoru:

$$\text{Wskaźnik niepełności mówienia} = \frac{\text{Liczba objawów niepełności}}{\text{Liczba wypowiedzianych sylab}} \times 100\%$$

W przypadku monologu na 400 wypowiedzianych sylab przypadło 124 objawów niepełności i to pomnożone przez 100% dało wynik 3,1%. W wypowiedziach dialogowych na 830 sylab zidentyfikowano 320 objawów niepełności. Podstawiając do powyższego wzoru, uzyskano wskaźnik 3,3%. Średni procent niepełności mówienia u chłopca, obliczony jako suma wyników dwóch prób: monologu i dialogu podzielona przez 2 wyniósł 3,2% (tab. 1).

Tab. 1. Wskaźniki niepełności mówienia w wypowiedziach chłopca

Rodzaj wypowiedzi	Liczba objawów niepełności	Liczba wypowiedzianych sylab	Wskaźnik niepełności mówienia
Monologowe	124	400	3,1%
Dialogowe	320	830	3,3%
Razem/średnio	444	1230	3,2%

Przeprowadzone badania ilościowe wskazują, że wskaźnik niepełności mówienia w przypadku dialogu jest wyższy niż w monologu. Być może dziecku łatwiej jest mówić do siebie niż rozmawiać z drugą osobą.

W analizowanych rozmowach i monologu z udziałem nie płynnie mówiącego chłopca wystąpiły następujące objawy:

- powtarzanie sylab, słów i krótkich fraz;
- embolofrazje, wtrącenia samogłosek: aaaa.., eeee.., yyy.., oraz sylab: no.. no.. no.., to.. to.. to.., ma.. ma, głównie na początku wypowiedzi;
- rewizje jako epizody poprawiania źle wypowiedzianego słowa lub krótkiej frazy np. chciałem małe.. małego konika;
- przeciąganie samogłosek w środku wypowiedzi np. paani proszę pić, naa stole leczy mój piesio.

Biorąc pod uwagę diagnozę różnicową JW i RNM, należy stwierdzić, że u badanego chłopca przeważają objawy RNM (tab. 2).

Tab. 2. Diagnoza różnicowa JW i RNM u badanego dziecka

Kryterium		Jąkanie wczesnodziecięce (JW)	Rozwojowa nie płynność mowy (RNM)
Lingwistyczne	Dominujące objawy	Powtarzanie głosek i sylab, przeciąganie głosek, blokowanie	Powtarzanie słów i fraz, embolofrazje, rewizje
	Częstość objawów	Powyżej 3% (3,2%)	Poniżej 3%
	Lokalizacja objawów	W dowolnym miejscu wypowiedzi	Przeważnie na jej początku
Biologiczne	Wzmózone napięcie	Występuje w niewielkim stopniu	Nie występuje
	Współruchy	Występują (ruch ręką)	Nie występują
Psychologiczne	Logofobia	Pojawia się	Nie występuje
	Świadomość jąkania	Pojawia się	Nie występuje
Społeczne	Odbiór wypowiedzi	Jąkanie w ocenie matki	Niejąkanie w ocenie logopedy
Rozwojowe	Czas trwania nie płynności	Co najmniej pół roku	Kilka miesięcy (3 miesiące)
	Okresy nie płynności	Wydłużają się	Skracają się (ze zmienną tendencją)

Źródło: opracowanie własne na podst.: Tarkowski i in. (2011: 21).

U chłopca rozwojową nie płynność mówienia charakteryzuje:

- powtarzanie słów i fraz, embolofrazje, rewizje;
- lokalizacja objawów przeważnie na początku wypowiedzi;
- niewystępująca logofobia oraz świadomość jąkania;
- krótki czas (3 miesiące) trwająca nie płynność;
- skracające się okresy nie płynności ze zmienną tendencją.

Ryzykiem jąkania wczesnodziecięcego mogą być następujące fakty:

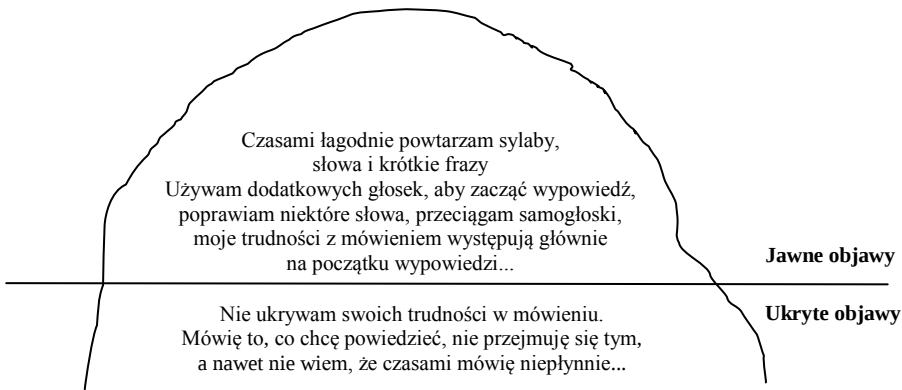
- częstotliwość występujących objawów nie płynności mówienia przekraczająca zaledwie 0,2% przy normie 3%;

- występujące w niewielkim stopniu wzmożone napięcie mięśniowe oraz gest ręką;
- występowanie jąkania u syna w ocenie matki.

Dodatkowy wpływ na rozwój jąkania wczesnodziecięcego mogą mieć:

- czynniki predysponujące – jąkanie w rodzinie (u brata ojca);
- czynniki wywołujące – urodzenie następnego dziecka;
- czynniki podtrzymujące – rywalizacja o względy mamy, dwujęzyczność w rodzinie, ciągła nieobecność ojca.

Podsumowując przeprowadzone badania chłopca, warto przedstawić je na modelu góry lodowej (wczesna nie płynność) i opisać jako jawne i ukryte objawy zaburzonej płynności mowy.



Ryc. 2. Góra lodowa badanego dziecka. Wczesna nie płynność

4. Ramowy program terapii rodzinnej dziecka z wczesną nie płynnością¹

Cele terapii:

1. Diagnoza – identyfikacja zachowań dziecka z nie płynnością mówienia oraz jego najbliższego otoczenia w sytuacjach rodzinnych.
2. Terapia pośrednia – stwarzanie sprzyjającego środowiska dla kształtowania płynności mówienia dziecka przez identyfikację i modyfikację różnych sposobów komunikowania się językowego w rodzinie.

¹ Ramowy program terapii rodzinnej... jest wynikiem wieloletniej autorskiej terapii logopedycznej dzieci z zaburzoną płynnością mówienia na podstawie wiedzy zdobytej podczas szkolenia w The Michael Palin Centre for Stammering Children w Londynie. Autorka artykułu uczestniczyła w intensywnym kursie terapii płynności mowy dla dzieci w lipcu 1998 roku. Inicjatorką i autorką programu była prowadząca Lena Rustin przy współudziale Wielle Botterill oraz logopedów asystujących (Kostecka 1998).

3. Terapia bezpośrednia – wspomaganie rozwoju mowy, płynnego mówienia u dziecka jękającego się przez stosowanie ćwiczeń zabawowych uczących naturalnego oddechu, swobodnego przepływu powietrza, miękkiego kontaktu narządów artykulacyjnych, utrzymywania kontaktu wzrokowego oraz zwolnionego tempa mówienia.

Zajęcia terapii logopedycznej odbywają się w gabinecie logopedycznym: jedna sesja tygodniowo (90 minut) przez okres 9 tygodni. Rodzice kontynuują ją przez kolejne 3 miesiące, utrwalając zaplanowany program pod kierunkiem terapeuty.

Sesja I

Wstępna diagnoza i omówienie przebiegu terapii Wyznaczenie pierwszego zadania dla rodziców

Na pierwszej godzinie logopeda, stwarzając atmosferę zabawy, słucha, w jaki sposób mówi dziecko i jak się zachowuje, a także obserwuje reakcje jego rodziców. Druga godzina przeznaczona jest na przeprowadzenie wywiadu z rodzicami dotyczącego rozwoju mowy ich dziecka oraz omówienie przebiegu terapii. Dziecko pozostaje pod opieką terapeuty wspomagającego bądź – w razie konieczności – z jednym rodzicem.

Głównym zadaniem dla rodziców jest prowadzenie codziennych (ramowo ustalonych) zajęć zabawowych ze swoim dzieckiem według następującej instrukcji:

- zabawa powinna trwać co najmniej 5 minut;
- dziecko wybiera rodzaj czynności; nie może to być czytanie książki, oglądanie telewizji, gra komputerowa czy zabawa na podwórku;
- miejscem zabaw powinno być pomieszczenie, w którym nikt ani nic nie przeszkodzi i nie rozproszy uwagi w zabawie;
- rodzice, bawiąc się ze swoim dzieckiem, zwracają uwagę na to, co ono robi i co mówi;
- po upływie seansu zapisują swoje spostrzeżenia w kwestionariuszu, uwzględniając: datę zabawy, opis zajęcia, uwagi dotyczące tego, co mówiło i jak się zachowywało dziecko oraz jakie towarzyszyły temu uczucia.

Sesja II

Relacje rodziców z przeprowadzonych zabaw z dzieckiem

W spotkaniu uczestniczą tylko rodzice, którzy przynoszą ze sobą wypełniony kwestionariusz. Rozmowa terapeuty i rodziców dotyczy ich zachowania podczas codziennych pięciominutowych zabaw oraz uważnej obserwacji dziecka. Rodzice powinni wiedzieć, czym było zajęte dziecko w czasie zabawy i jakie było jego samopoczucie. Ważny jest osobisty komentarz rodziców na

temat ich roli w przezwyciężaniu trudności w mówieniu dziecka. Jaka postawa i jakie uczucia towarzyszyły rodzicom w czasie, kiedy dziecko objawiło niepełny mowy? Pod koniec spotkania logopeda informuje rodziców o nagraniu pierwszej sesji filmowej podczas następnego spotkania. W dalszym ciągu rodzice kontynuują pięciominutowe zabawy z dzieckiem oraz wypełniają kwestionariusz.

Sesja III

Nagranie pierwszej sesji filmowej

Na spotkanie przychodzą rodzice z dzieckiem; w czasie spotkania nagrywana jest pierwsza sesja filmowa. Dziecko inicjuje zabawę lub jest ona ustalana wspólnie. Rodzice po kolei bawią się z dzieckiem. W czasie, gdy terapeuta omawia i przygotowuje nagranie, dziecko jest pod opieką terapeuty wspomagającego bądź jednego z rodziców. Rodzic, który przygotowuje nagranie, jest także osobą prowadzącą zabawę z dzieckiem. Po pięciominutowej, ukończonej sesji filmowej każdy z rodziców wypełnia kwestionariusz.

Sesja IV

Omówienie pierwszej sesji filmowej

Obecni są tylko rodzice. Rodzice wspólnie z terapeutą oglądają pierwszą sesję filmową. Dokonują szczególnej analizy nagrania dotyczącej zmian, jakie zaszły bądź nie w zachowaniu dziecka i rodziców. W analizie brane są pod uwagę także informacje rodziców zawarte w kwestionariuszu z ostatniego tygodnia współpracy zabawowej z dzieckiem w domu. Rodzice mówią o uczuciach, jakie towarzyszyły im w czasie zabaw w domu i podczas sesji filmowej. Identyfikują się ze swoim zachowaniem w czasie realizacji filmu i na co dzień. Poszukują błędów w swoim zachowaniu. Wobec odkrytych problemów wspólnie ustalana jest lista zachowań, na które w przyszłości należy zwrócić uwagę:

1. Jak szybko rozmawiamy?
2. Czy mówimy po kolei?
3. Czy słuchamy uważnie siebie nawzajem?
4. Czy nie zadajemy zbyt dużo pytań?
5. Kto mówi najwięcej i czy jest to uzasadnione?
6. Czy używamy zrozumiałych słów i prostych zdań?
7. Czy czekamy chwilę, zanim odpowiemy dziecku?
8. Czy nie jesteśmy zbyt natrzący w mówieniu?

Jeżeli terapeuta dochodzi do wniosku, że rodzice nie są jeszcze gotowi, by podejść do drugiej sesji filmowej, sam prezentuje zajęcia pokazowe z dzieckiem.

Sesja V

Zajęcia pokazowe logopedy

Zajęcia pokazowe miały już miejsce podczas pierwszej sesji, kiedy przez godzinę terapeuta „bawił się” z dzieckiem, by wytworzyć życzliwą atmosferę i zaprzyjaźnić się z nim. Rodzice wówczas mogli zaobserwować właściwe zachowanie się względem dziecka z zaburzoną płynnością mówienia. Logopeda tak programuje pięciominutową zabawę, aby zwrócić uwagę na te błędy rodziców, które popełniają najczęściej w czasie kontaktów z dzieckiem. Może to być propozycja kilku zabaw pięciominutowych, jeżeli oczywiście dziecko ma dobre samopoczucie i chce w nich uczestniczyć. Zajęcia pokazowe logopedy są rejestrowane. W przyszłości mogą służyć jako cenna pomoc i instruktaż dla rodziców.

Po zakończeniu sesji filmowej logopeda wypełnia kwestionariusz dziecka. Rodzice wzbogaceni o nowe doświadczenia w dalszym ciągu prowadzą w domu pięciominutowe zabawy i zapisują swoje spostrzeżenia w kwestionariuszu.

Sesja VI

Omówienie zajęć pokazowych przeprowadzonych przez logopedę

Na zajęcia przychodzą tylko rodzice. Logopeda wspólnie z nimi ogląda sesję filmową, następnie rodzice omawiają zachowanie i postępowanie logopedy i w związku z tym zachowanie i reakcje dziecka. Dodatkowo analizowane są notatki logopedy sporządzone w kwestionariuszu dziecka oraz spostrzeżenia rodziców z pracy z dzieckiem z ostatniego tygodnia. Wyciągają wnioski co do dalszej pracy z dzieckiem, kontynuując pięciominutowe zajęcia w domu. Rodzice bogaci o nowe doświadczenia sami przygotowują drugą sesję filmową.

Sesja VII

Nagranie drugiej sesji filmowej

Są to kolejne wspólne pięciominutowe zajęcia z dzieckiem, które rejestrujemy. Spotkanie przebiega podobnie jak pierwsze, z tą różnicą, że rodzice sami przygotowują zabawy oraz mają wiedzę o tym, co należy zmienić w swoim postępowaniu, i starają się to realizować. Relacje z sesji filmowej rodzice zapisują w kwestionariuszu. W dalszym ciągu w domu realizują zabawy z dzieckiem i zapisują swoje spostrzeżenia w kwestionariuszu.

Sesja VIII

Omówienie drugiej sesji filmowej

Obecni są tylko rodzice. Logopeda i rodzice oglądają uważnie film, czytają wspólnie obserwacje w kwestionariuszu, analizują, co udało się zmienić i o ile

zmieniło się zachowanie dziecka. Jeżeli rodzice nauczyli się na tyle, by radzić sobie z trudnościami w czasie pięciominutowych zabaw, to logopeda sugeruje, by rozszerzyć czas zabaw na coraz dłuższy. Rodzice w dalszym ciągu pracują z dzieckiem w domu. Włączają do zajęć i zabaw babcię, dalszą rodzinę, znajomych. Relacje z każdego spotkania zapisują w kwestionariuszu.

Sesja IX

Podsumowanie dotychczasowej terapii

Terapeuta razem z rodzicami dokonuje analizy przebiegu terapii, zaczynając od etapu pierwszego i kończąc na etapie ósmym. Relacje rodziców i zapisy z kwestionariusza pozwalają zdecydować, czy rodzice są gotowi pracować z dzieckiem w sposób samodzielny przez trzy następne miesiące pod kontrolą logopedy w domu i poza domem. Jeżeli dziecko poczyniło postępy w płynności mówienia, to rodzice prowadzą terapię w domu i przenoszą wyuczone po dłuższym treningu zachowania na coraz to inne sytuacje. Wszystkie spostrzeżenia zapisują po każdym dniu w kwestionariuszu i pod koniec tygodnia przesyłają na pocztę elektroniczną logopedy. Terapeuta sprawdza kwestionariusze i kontaktując się przez e-mail, udziela konsultacji rodzicom. W przypadku braku postępów w terapii bądź niewielkich osiągnięć logopeda za zgodą rodziców podejmuje dalszą terapię z dzieckiem w poradni. Cały proces logopedyczny zaczyna się od początku bądź od określonego miejsca, które ustala logopeda po dokładnej analizie kwestionariusza i rozmowie z rodzicami.

Sesja X

Konsultacja logopedyczna po trzech miesiącach samodzielnej pracy rodziców

Logopeda stwarza sytuację zabawową, by sprawdzić płynność mówienia dziecka i zachowanie się rodziców. Następnie tylko z rodzicami omawia przebieg przeprowadzonej terapii oraz udziela rad na dalszych sześć miesięcy. Rodzice, znając wyuczone zachowania z poprzedniego okresu terapii, stosują je w każdej sytuacji życiowej dziecka, włączając środowisko rodzinne, rówieśnicze i ew. przedszkolne. Następne konsultacje wyznaczone są za 1 rok i za 2 lata, jeżeli zaistnieje taka konieczność.

Zakończenie

W przypadku Olka, chłopca we wczesnej niepełności, zastosowano diagnostyczne, pośrednie i bezpośrednie oddziaływanie terapeutyczne, stosując ramowy program terapii rodzinnej. Część diagnostyczna zawierała obserwację i monito-

rowanie objawów nie płynności mówienia oraz zachowań dziecka w jego różnych sytuacjach życiowych. Zebrano próbki spontanicznych wypowiedzi chłopca i obliczono wskaźniki nie płynności mowy. Dokonano analizy zachowań Olka oraz jego rodziny podczas komunikowania się. Oddziaływanie pośrednie polegało na wprowadzeniu oczekiwanych zmian (interakcji między członkami rodziny) dla kształtowania się płynności mowy. Rodzice poznali, co sprzyja płynności mowy ich dziecka, a co jest niekorzystne. Uznali, że należy:

- utrzymywać kontakt wzrokowy podczas mówienia;
- zwolnić tempo własnego mówienia;
- mówić po kolei, nie przerywać dziecku, gdy mówi;
- nie zadawać zbyt wielu pytań;
- nie kończyć za dziecko wypowiedzi;
- słuchać swego dziecka z uwagą i komentować jego wypowiedź;
- nie nakłaniać do mówienia przy obcych;
- odwracać uwagę od niepowodzeń w mówieniu;
- zachęcać i chwalić dziecko, budując poczucie jego własnej wartości.

Powyższe zalecenia mają być wdrażane stopniowo. Zostały one ustrukturyzowane w ramowym programie terapii rodzinnej. Oddziaływanie bezpośrednie to zabawy rozwijające płynną mowę dziecka przez: zwalnianie tempa mówienia, naturalny oddech, swobodną fonację i artykulację. Do obecnej chwili w ramach programu terapii rodzinnej zrealizowano 9 sesji terapeutycznych i stwierdzono znaczne postępy w płynności mówienia dziecka oraz w sprzyjającym funkcjonowaniu komunikacyjnym całej rodziny. Przez następne 3 miesiące rodzice będą kontynuowali terapię w domu.

Celem dalszych oddziaływań będzie przeniesienie (transfer) wyuczonych, pozytywnych zachowań na coraz to inne sytuacje życiowe dziecka, rozszerzając przy tym czas sytuacji zabawowych i zadań codziennych. Spostrzeżenia z dalszej terapii rodzice zapiszą w kwestionariuszu, utrzymując stały kontakt z logopedą. Terapię należy kontynuować do momentu, aż dziecko będzie mówiło płynnie.

Po roku dalszej terapii, kiedy Olek ukończył 3 lata i 8 miesięcy, dokonano: diagnozy płynności mowy dziecka, analizy notatek rodziców z rozszerzonych zabaw i zadań codziennych oraz wywiadu z nimi. Stwierdzono, że u chłopca utrzymuje się płynność mowy na bardzo dobrym poziomie.

Literatura

- Ambrose N.G., Yairi E., 1999, *Normative disfluency data for early childhood stuttering*, „Journal of Speech, Language and Hearing Research” 42, s. 296–302.
- Byrne R., 1989, *Pomówmy o zacinaniu*, Warszawa: PZWL.
- Carl W., Dell Jr., 2008, *Terapia jękania u dzieci w młodszym wieku szkolnym. Podręcznik dla logopedów*, Kraków: Impuls.

- Nowak S., 1970, *Metodologia badań socjologicznych*, Warszawa: PWN.
- Kostecka W., 1998, *Kurs terapii płynności mowy dla dzieci*, Londyn, lipiec 1998, „Logopedia”, t. 25, s. 166–167.
- Kostecka W., 1999, *Pomoc logopedyczna dziecku jękającemu się*, „Logopedia”, t. 26, s. 67–85.
- Kostecka W., 2000, *Dziecko i jękanie*, Lublin: Polskie Towarzystwo Logopedyczne – Zarząd Główny.
- Kostecka W., 2001a, *Ramowy program diagnozy i terapii wczesnej niepełności*, „Biuletyn Logopedyczny”, nr 2, s. 37–40.
- Kostecka W., 2001b, *Terapia rodzinna dziecka z niepełnością mówienia*, „Biuletyn Logopedyczny”, nr 3, s. 38–44.
- Tarkowski Z., 1992, *Jękanie wczesnodziecięce*, Warszawa: WSiP.
- Tarkowski Z., 2001, *Jękanie*, Warszawa: PWN.
- Tarkowski Z., Skorek E., 2009, *Research on stuttering in-pre school and school children*, Zielona Góra: Uniwersytet Zielonogórski.
- Tarkowski Z., Humeniuk E., Dunaj J., 2010, *Diagnoza i terapia jękania w wieku przedszkolnym*, „Otolaryngologia”, 9 (3), s. 112–114.
- Tarkowski Z., Humeniuk E., Dunaj J., 2011, *Jękanie w wieku przedszkolnym*, Olsztyn: Wydawnictwo UWM.
- Rustin L., Botterill W., Kelman E., 1996, *Assessment and Therapy for Young Dysfluent Children, Family Interaction*, London: Whurr Publishers Ltd.
- Węsierska K., 2013a, *Badanie wpływu zastosowania podejścia Palin PCI w terapii jękania w polskojęzycznego dziecka – studium indywidualnego przypadku* [w:] *Interakcyjne uwarunkowania rozwoju i zaburzeń mowy*, red. M. Michalik, A. Siudak, H. Pawłowska-Jaroń, „Nowa Logopedia”, t. 4, Kraków: Collegium Columbinum, s. 295–316.
- Węsierska K., 2013b, *Udział rodziców w procesie interwencji logopedycznej w jękaniiu małych dzieci* [w] *Rozwój i jego wspieranie w perspektywie rehabilitacji i resocjalizacji*, red. A. Sobczak, D. Müller, Łódź: Wydaw. Uniwersytetu Łódzkiego, s. 11–21.
- Ziemski S., 1973, *Problemy dobrej diagnozy*, Warszawa: PWN.

Diagnosis and speech and language therapy of a child with early non-fluent speech – a case study

Summary

The goal of the paper is to present a case of a bilingual child under three with early non-fluent speech. The author presents theoretical bases for the carried out research: she defines developmental non-fluent speech and early childhood stuttering, she discusses overt and hidden symptoms of stuttering and their graphic visualisations (icebergs). She shows characteristics of the child based on an interview and participating observation, quantitative and qualitative analysis of stuttering and a framework programme of family therapy.

Key words: developmental non-fluent speech, stuttering, speech therapy