

Anna Karowicz*

KOMPLEKSOWA DIAGNOZA I TERAPIA JAKO WARUNKI SKUTECZNOŚCI TERAPII LOGOPEDYCZNEJ DZIECKA Z OPÓŹNIONYM ROZWOJEM MOWY

COMPREHENSIVE DIAGNOSIS AND THERAPY AS
A CONDITION OF SPEECH THERAPY EFFICACY OF CHILD
DIAGNOSED WITH DELAYED SPEECH DEVELOPMENT

Słowa kluczowe: opóźniony rozwój mowy, logopedia, współpraca specjalistów.

Keywords: speech delay, speech therapy, cooperation of specialists.

Wprowadzenie

W przypadku opóźnionego rozwoju mowy konieczne jest kompleksowe wsparcie rozwoju dziecka, bez ograniczania się do stymulacji jedynie mowy. Należy pamiętać o holistycznym postrzeganiu pacjenta – aby wesprzeć mowę, musimy wspierać czynności prymarne, małą i dużą motorykę, umiejętność zabawy, komunikację niewerbalną, naszą relację z dzieckiem, a także rozumienie własnych emocji (Pluta-Wojciechowska, 2015, s. 37). Opóźniony rozwój mowy (ORM) jest problemem, który, jeśli nie zostanie poddany odpowiedniej diagnozie i terapii, może prowadzić do poważnych konsekwencji. Według badań Magdaleny Smoczyńskiej (2012, s. 33) 15–25% dzieci z wcześniej zdiagnozowanym ORM nie będzie miało problemów z pierwotnymi ograniczeniami rozwojowymi, ale 30–50% może przejawiać zaburzenia funkcjonowania językowego i potrzebować interwencji specjalisty ze względu na wady wymowy.

Praca z dzieckiem z opóźnionym rozwojem mowy niesie dużo wyzwań, gdyż trudno od razu znaleźć przyczynę zaburzeń. Gdy dziecko jest starsze, jako logopedzi zajmujemy się zwykle korektą wad wymowy, zaś w przypadku małych dzieci, u których nie ma jeszcze mowy bądź występują jedynie onomatopeje czy

* Państwowa Uczelnia im. Stefana Batorego, Instytut Nauk Społecznych, Kolegium Społeczno-Ekonomiczne, 96-100 Skierniewice, ul. Batorego 64C, e-mail: anna.karowicz@gmail.com, ORCID: 0000-0001-8988-0910.

pojedyncze słowa, konieczna jest stymulacja rozwoju mowy i budowanie umiejętności komunikacyjnych, a przede wszystkim usunięcie przyczyny ORM. Poprawna artykulacja schodzi tutaj na drugi plan, ponieważ priorytetem jest komunikacja umożliwiająca rozwój społeczny i zapewniająca poczucie bezpieczeństwa, w tym możliwość sygnalizowania swoich podstawowych potrzeb.

Termin *opóźniony rozwój mowy* nie jest rozpoznaniem, lecz stwierdzeniem występowania zaburzeń w procesie komunikowania się dziecka. ORM stwarza trudności w diagnozie i planowaniu terapii, gdyż na rozwój mowy dziecka wpływa wiele czynników, takich jak prawidłowo rozwijający się wzrok i słuch, sprawność motoryczno-kinetyczna, zdrowy układ nerwowy, adekwatny do wieku rozwój psychiczny, odpowiednia stymulacja środowiska, prawidłowa budowa anatomiczna narządów mowy (Bogusławska-Wilczyńska, Stopa, Kurywczak, 2000). Terapia ORM powinna zostać wdrożona możliwie jak najszybciej – odkrycie przyczyny problemu i jej eliminacja lub odpowiednio dobrana terapia logopedyczna mogą pomóc dziecku uniknąć problemów w przyszłości. Dzieci z opóźnionym rozwojem mowy nie tylko mówią później, lecz także częściej mają problemy z wadami artykulacyjnymi, co może prowadzić do trudności w kontaktach rówieśniczych. Dziecko nierozumiane lub mówiące niewyraźnie, z widoczną wadą wymowy może być odrzucone, co prowadzi do frustracji, a czasem nawet agresji lub autoagresji (Sołtys-Chmielowicz, 2008, s. 10). Znalezienie przyczyny ORM często nie jest możliwe na jednej wizycie, ale również nie zawsze może ją odkryć sam logopeda. Przyczyny ORM możemy podzielić na zewnętrzne (egzogenne) i wewnętrzne (endogenne). Rozróżniamy więc SORM – samoistny opóźniony rozwój mowy, czyli zaburzenie o charakterze pierwotnym oraz NORM, czyli niesamoistny opóźniony rozwój mowy, z którym mamy do czynienia u omówionych w dalszej części artykułu dzieci, ponieważ opóźnienie rozwoju mowy wynikało u nich z różnego rodzaju czynników: anatomicznych, zdrowotnych czy społecznych. W wielu przypadkach konieczna jest kompleksowa diagnoza, bez której terapia logopedyczna nie byłaby skuteczna. Najczęściej potrzebna jest konsultacja z jednym ze specjalistów: laryngologiem, neurologiem, pedagogiem, psychologiem, ortodontą, okulistą, terapeutą SI, fizjoterapeutą, audiologiem czy foniatrą (Hojda, 2014, s. 283). To wszystko wymusza na logopedzie podstawową wiedzę z wyżej wymienionych specjalności, aby móc domyślać się przyczyny zaburzeń mowy bądź wiedzieć, do jakiego specjalisty skierować pacjenta. Niejednokrotnie terapia logopedyczna musi więc być wspierana również inną, równoległą terapią.

Konieczność kompleksowej diagnozy i terapii

Żyjemy w czasach dynamicznego rozwoju. Prędko rozwijająca się technologia, zmiany środowiskowe, zanieczyszczenia wody czy duża ilość chemii w pożywieniu sprawiają, że z roku na rok rośnie liczba osób z alergią i astmą. Pierwsze

objawy ujawniają się już w drugim miesiącu życia dziecka, a następnie eskalują. Gdy dziecko kończy pół roku można już zauważyć świszczący oddech, sapki, kaszel czy zatkany nos i częstsze oddychanie przez usta. Problemy te wpływają na rozwój mowy, gdyż przewlekłe zapalenia górnych dróg oddechowych prowadzą do powstania niewłaściwych nawyków: oddychania przez usta, wadliwego ssania, połykania, żucia i gryzienia. Wszystkie wyżej wymienione funkcje mają bezpośredni wpływ na kształtowanie się mowy już od okresu niemowlęcego, kiedy niepoprawnie wykształcają się wzorce artykulacyjne głosek. Dodatkowo przerost układu limfatycznego gardła, niedrożność nosa, przerost migdałów podniebiennych bądź gardłowego prowadzą do osłabienia słuchu fizjologicznego czy stanów zapalnych ucha, a w konsekwencji do zaburzonego odbioru mowy z otoczenia, które prowadzi do zaburzeń kontroli słuchowej i nieprawidłowych wzorców słuchowych wyrazów. Dzieci z częstymi chorobami górnych dróg oddechowych jest z biegiem lat coraz więcej, a u części z nich infekcje przyczyniają się do występowania seplenienia. Jeżeli dziecko nie ma możliwości oddychania nosem z powodu np. przerośniętego migdała gardłowego bądź migdałów podniebiennych, zaczyna oddychać przez usta. Język układa się wtedy na dnie jamy ustnej, a często nawet wysuwa przed zęby i przyczynia się do powstawania międzyzębowej realizacji niektórych głosek. Sam przerost migdałów prowadzi więc nie tylko do nieprawidłowego toru oddechowego i większej podatności na infekcje, lecz także wpływa na powstawanie wad zgryzu, może powodować niedosłuch przez ucisk trzeciego migdała na ujście trąbki słuchowej, tworzyć wady wymowy oraz być przyczyną niewłaściwej pozycji spoczynkowej języka i infantylnego przełykania (Marasz, 2013, s. 112–115). Opóźniony rozwój mowy może zatem mieć przyczynę, której logopeda nie jest w stanie samodzielnie zdiagnozować, a tym bardziej poddać terapii. W przypadku przerostu migdałów lub widocznych problemów ze swobodnym oddychaniem, konieczna może być konsultacja z laryngologiem, alergologiem oraz ortodontą.

W przybliżeniu połowa dzieci w wieku przedszkolnym (do 6 roku życia) cierpi na wysiękowe zapalenie ucha środkowego. Choroba ta objawia się zaleganiem płynu w przestrzeniach ucha środkowego przy zachowanej błonie bębenkowej. Problem jest o tyle istotny, że wysiękowe zapalenie ucha środkowego często jest bezobjawowe – dziecko nie skarży się na ból ucha, więc nie jest kierowane do lekarza. W przypadku tej choroby zaburzeniu ulega przewodzenie dźwięku i im dłużej trwa choroba, tym głębszy może spowodować niedosłuch. Dziecko mówi głośniejszym głosem niż wymaga tego sytuacja, jest drażliwe, ma problemy w kontaktach z rówieśnikami i trudności w braniu udziału w zajęciach grupowych (Gryczyńska, 2002, s. 93–96). Z uwagi na dużą częstotliwość występowania tego problemu wśród przedszkolaków, dzieci z opóźnionym rozwojem mowy są często w pierwszej kolejności kierowane do laryngologa, w celu wykluczenia problemów ze słuchem (Marciniak-Firadza, 2019, s. 107). Badania wykonane przez Pruszewicza (Pruszewicz i in., 1994, s. 227–230), podczas których

przebadano 60 dzieci w wieku od 4 do 15 lat ze zmiennym niedosłuchem mieszanym w stopniu umiarkowanym, dowodzą, że opóźniony rozwój mowy występował u wszystkich badanych. Dziwić może fakt, że jedynie 12% z nich miało zaburzenia artykulacyjne, więc ich wada słuchu nie była oczywista do zauważenia. Ponadto badania te wykazały jednak, że niedosłuchy mogą łączyć się również z takimi problemami, jak: niepewność, niechęć do mówienia, nadmierny krytycyzm, a także problemy z koncentracją czy pamięcią (występujące u 20% badanych, co wskazuje na to, że w ich przypadku wskazana jest konsultacja z psychologiem). Jeżeli zatem opóźniony rozwój mowy jest spowodowany problemami ze słuchem, logopeda nie będzie miał zbyt szybkich efektów w pracy z dzieckiem bez leczenia u otolaryngologa. Dodatkowo część dzieci (i rodziców) może potrzebować wsparcia ze strony psychologa oraz pomocy pedagoga w pracy nad koncentracją czy pamięcią. Według badań Violetty Florkiewicz (2013, s. 121) 15 na 19 dzieci wymagających terapii logopedycznej potrzebowało konsultacji również z innym specjalistą (w przypadku dwóch nie było możliwości zdobycia informacji o ewentualnych badaniach, więc tylko jeden nie potrzebował konsultacji z kimś innym niż logopeda). Konsultacje z innymi specjalistami stają się więc nie tylko możliwością, ale koniecznością w prowadzeniu terapii ORM z uwagi na wieloprzyczynowość tego zaburzenia.

Cel artykułu

Opierając się na badaniach, własnej praktyce oraz literaturze, pragnę uzasadnić konieczność kompleksowej, interdyscyplinarnej diagnozy i terapii ORM. Prezentuję tutaj przykłady pacjentów, których terapia logopedyczna byłaby niemożliwa bądź mało wydajna bez współpracy różnych specjalistów. W artykule z 1999 r. możemy przeczytać, że bez znajomości podstaw neurologii, laryngologii, a nawet psychiatrii czy pediatrii postawienie trafnej diagnozy i poprowadzenie efektywnej terapii może być niemożliwe (Obrębowski, Prusiewicz, 1999, s. 126–127). O konieczności interdyscyplinarnej współpracy pisali m.in. Zbigniew Tarkowski i Ewa Humeniuk (2017, s. 21–23), zwracając uwagę na to, że aby diagnoza była pełna, a pacjent miał szansę na najbardziej wydajną terapię, relacja między poszczególnymi specjalistami powinna być symetryczna. Sytuacja logopedów bywa o tyle trudna, że ich zdanie nadal jest traktowane po macoszemu, zwłaszcza w środowisku lekarskim. Z jednej strony jest to sytuacja korzystna, bo logopeda, działając indywidualnie, ma dużą swobodę pracy, jednak z drugiej strony ciąży na nim duża odpowiedzialność i konieczność posiadania rozległej wiedzy również z zakresu medycyny. Fundamentem rozwoju mowy są czynności biologiczne. W obszarze orofacjalnym krzyżuje się droga oddechu i pokarmowa, więc bez zadbania o funkcje prymarne (zwłaszcza oddychanie, jedzenie i picie) uzyskanie sukcesu w terapii może być niemożliwe (Pluta-

-Wojciechowska, 2018, s. 28–29). Logopedzi nie mogą znać się na wszystkim, dlatego możliwość ścisłej współpracy z pozostałymi specjalistami zajmującymi się pacjentem byłaby korzystna przede wszystkim dla pacjenta, ale również niesłaby możliwość rozwoju dla wszystkich osób będących w zespole diagnostyczno-terapeutycznym. W swojej praktyce niejednokrotnie konsultowałam się z innymi specjalistami i to nie tylko w kontekście *stricte* logopedycznym. Jeden z omówionych w niniejszym artykule pacjentów (Piotrek) oprócz problemów z wymową, przerośniętymi migdałami z powodu alergii, w konsekwencji ze słuchem, a także mutyzmem wybiórczym miał też problem z jedzeniem zimnych i słodkich rzeczy. Był pierwszym dzieckiem w moim gabinecie, które przyznało, że nie lubi lodów. Z uwagi na to, że nie widziałam u niego problemów sensorycznych ani niepokojącej wybiórczości pokarmowej, zaczęłam się zastanawiać, skąd mógł się wziąć ten problem i przypomniało mi się moje własne dzieciństwo, kiedy niechęć do lodów i słodczy była spowodowana nadwrażliwością zębów. Podejrzywałam to również u mojego pacjenta. Po konsultacji ze znajomą dentystką dowiedziałam się, że oddychanie przez usta nie tylko negatywnie wpływa na napięcie mięśniowe, przelęganie, pozycję spoczynkową języka, zgryz i kształtowanie się podniebienia twardego, lecz także może być przyczyną nadwrażliwości, ponieważ zęby nie mają wtedy kontaktu ze śliną, która by je przed tym broniła dzięki swoim właściwościom. Rozwiązaniem była fluoryzacja, jednak istotne jest to, że możliwość chociażby telefonicznej konsultacji z innym specjalistą daje szansę na bardziej kompleksową pomoc pacjentowi. Jak widać, logopedyczne problemy są w wielu przypadkach związane z innymi zaburzeniami. Podobnie jest w przypadku dentystów, którzy mogą stwierdzić, że problem np. nadwrażliwości zębów jest związany z laryngologią i logopedią. Na konieczność interdyscyplinarnej diagnozy zwróciły uwagę Jagoda Cieszyńska i Marta Korendo (2015, s. 61–63), pisząc, że zaburzenie którejkolwiek ze sfer życia człowieka wpływa negatywnie na rozwój języka. Jego rozwój opiera się i wynika z właściwego ukształtowania się sprawności motorycznej, manualnej, postrzegania wzrokowego, percepcji słuchowej, dominacji stronnej, pamięci, relacji społecznych, emocji, a nawet zabawy. Podkreślają przy tym, że tylko polisensoryczne poznanie świata przez dziecko pozwoli mu na prawidłowy i wszechstronny rozwój. Relacja między językiem a pozostałymi sprawnościami jest niezmiernie istotna. Jeśli mowa dziecka jest w jakimś stopniu zaburzona, to wpływa między innymi na rozwój społeczny czy umiejętność zabawy. Dziecko ma utrudnioną możliwość poznawania rówieśników, co często jest powodem frustracji, a nawet agresji czy autoagresji. Należy obserwować już noworodki i ich rozwój w zakresie oddychania, ssania i motoryki – jeżeli te czynności są zaburzone, to stwarzają ryzyko powstawania problemów z rozwojem mowy. Logopeda ma więc trudne zadanie i musi umieć chociaż rozpoznać, w którym z aspektów rozwoju może leżeć przyczyna problemów z mową. Choć nie jest specjalistą na przykład od rozwoju motorycznego, to istotna jest umiejętność

zauważenia zaburzeń w obrębie napięcia mięśniowego czy nieodpowiedniej postawy ciała. Każde odstępstwo od normy powinno dać logopedzie odpowiedź, gdzie należy skierować dziecko.

Charakterystyka badań

W przeprowadzonych badaniach własnych wykorzystałam metodę studium przypadku i takie techniki badawcze, jak: wywiad, obserwacja, analiza dokumentów oraz narzędzie badawcze – arkusz wywiadu z rodzicami. Długość wędzidełka sprawdzałam za pomocą próby prof. Barbary Ostapiuk. Na podstawie badań wyłoniłam najczęstsze problemy leżące u podstaw ORM.

W diagnozie i terapii wybranych dzieci konsultacja bądź współpraca z innymi specjalistami były niezbędnym elementem trafnej diagnozy czynników powodujących ORM i zaplanowania skutecznej strategii terapii. Bez multidyscyplinarnej diagnozy terapia byłaby mniej wydajna bądź nie przynosiłaby żadnych efektów z uwagi na brak usunięcia przyczyny problemów z mową. Tylko przy wczesnym zdiagnozowaniu i leczeniu przerostu migdała bądź migdałów możemy zapobiec problemowi ze słuchem. Przy wczesnym rozpoznaniu i podcięciu znacznie skróconego wędzidełka możemy uniknąć takich konsekwencji, jak: zaburzenia pracy żuchwy, nieprawidłowa pozycja spoczynkowa języka, infantylne przełykanie czy wady artykulacyjne. Podobnie jest przy wczesnym rozpoznaniu wady słuchu, wzroku, zaburzeń integracji sensorycznej, alergii, problemów z napięciem mięśniowym i innych problemów, które wymagają głębszej diagnostyki i terapii innych specjalistów.

Badania będące podstawą do napisania tego artykułu przeprowadziłam w prywatnym gabinecie podczas zajęć logopedycznych. Badałam dzieci z ORM w wieku maksymalnie czterech lat. Jednym z narzędzi badawczych był kwestionariusz wywiadu z rodzicami lub opiekunami prawnymi dziecka. Wywiad jest istotną częścią badania logopedycznego. Chociaż dziecko nie bierze w nim czynnego udziału, to daje on wiele informacji o jego dotychczasowym rozwoju i relacji z rodzicem. Rodzice w pierwszej kolejności są pytani o to, czy w rodzinie zdarzały się podobne sytuacje lub wady wymowy. Kolejnym z poruszanych zagadnień jest przebieg ciąży i porodu. Wiele leków branych podczas ciąży może wpływać na dalszy rozwój dziecka. Przykładowo leki rozkurczowe brane w celu podtrzymania ciąży mogą skutkować obniżonym napięciem mięśniowym u noworodka. W takim przypadku maluchem powinien zająć się fizjoterapeuta, jednak jeśli napięcie mięśniowe nie jest obniżone (bądź podwyższone) w sposób znaczący, to może to zostać przeoczone i skutkuje późniejszymi problemami w rozwoju motorycznym, a pośrednio w rozwoju mowy. Rozwój motoryczny również ma wpływ na rozwój mowy – nie bez powodu pierwsze słowa łączy się z pierwszymi krokami dziecka. Istotne są też problemy zdrowotne lub urazy,

jakie dziecko miało. Konieczna jest więc informacja, na co dziecko chorowało, czy przebywało w szpitalu, jak długo to trwało i przez jakich specjalistów było już badane. Ważnym zagadnieniem są również sposoby spożywanych posiłków i ewentualna wybiórczość pokarmowa (ze względu na smaki bądź konsystencję jedzenia), a także sposoby picia oraz ewentualnego używania smoczka. Niezbędne jest również zapytanie rodziców o to, jak dziecko śpi – czy chrapie, moczy poduszkę śliną, przebudza się oraz jak funkcjonuje w ciągu dnia. Pytania są dostosowywane do danego pacjenta – kwestionariusz wywiadu jest jedynie podstawą do uporządkowanej rozmowy z rodzicami. Podczas rozmowy często zadaję nowe pytania pod kątem tego, co dostrzegam w zachowaniu dziecka oraz na podstawie opowieści rodziców. Poznanie sposobów spędzania czasu i ulubionych zabaw dziecka oraz wcześniejsze pytania dają możliwość wstępnego przypuszczenia, z czego może wynikać problem z mową. Jeśli wiemy, że dziecko chrapie, oddycha buzią, jest labilne emocjonalnie, ma problem z jedzeniem większych kęsów pokarmowych, możemy spodziewać się powiększonych migdałków i koniecznej konsultacji z laryngologiem, jak było w przypadku Nikodema. Jeśli usłyszymy od rodzica o dużej wybiórczości pokarmowej i nadwrażliwości w obszarze orofacjalnym (Jakóbiak, Lorens, 2015, s. 70–73), nadwrażliwości na dźwięki czy chodzeniu jedynie w ulubionych ubraniach, możemy podejrzewać u dziecka zaburzenia integracji sensorycznej, którą powinien wykluczyć bądź potwierdzić terapeuta zajmujący się tym zagadnieniem. Dodatkowo, kiedy rozmawiam z rodzicami, dziecko ma okazję do zapoznania się z gabinetem i swobodnej zabawy plastikowymi owocami, warzywami, sztuczkami i talerzami. Sposób zabawy niesie wiele informacji, również o relacji łączącej dziecko z rodzicem. Niejednokrotnie podczas terapii bądź wywiadu zauważam, że w rodzinie istnieje problem z prawidłową komunikacją. Rodzice bywają niezgodni, kłócą się przy dziecku, zmuszają je do powtarzania bądź innych aktywności, na które nie ma ochoty, jak było w przypadku dwójki dzieci omówionych w dalszej części artykułu. Brak spójności w wychowaniu i częste konflikty wpływają negatywnie na funkcjonowanie całej rodziny. Przyczyny opóźnionego rozwoju mowy są niejednokrotnie złożone i uzależnione od siebie nawzajem. Jedynie interdyscyplinarna diagnoza i terapia dają szansę na szybkie rozpoznanie tych przyczyn i pozwolą wprowadzić dostosowaną do dziecka terapię (Bogusławska-Wilczyńska, Stopa, Kurywczak, 2000). Zaburzenia rozwoju mowy nie są jedynie problemami zdrowotnymi, lecz rzutują także na życie społeczne, emocjonalne czy zawodowe (Śliwińska-Kowalska, Niebudek-Bogusz, 2009, s. 35), więc kompleksowa terapia poprawia ogólną jakość życia dziecka i jego najbliższych.

W tabeli 1 zaprezentowałam podstawowe informacje o badanych dzieciach, skupiając się na tym, co najistotniejsze w przypadku multidyscyplinarności. Każde z nich potrzebowało dodatkowej konsultacji, a skuteczność terapii była uzależniona od diagnoz i leczenia innych specjalistów.

Tabela 1. Opis pacjentów z ORM i wskazanie specjalistów koniecznych do postawienia diagnozy

Lp.	Imię i wiek pacjenta	Zauważone problemy	Specjaliści
1.	Adaś 2,5 roku	Brak komunikacji werbalnej – dziecko krzyczy, rzuca się na podłogę, płacze, biega po gabinecie. Ograniczony kontakt wzrokowy. Problemy z rozumieniem poleceń, brak reakcji na słowa rodziców, brak gestu wskazywania palcem. Brak wspólnego pola uwagi i umiejętności zabawy naprzemiennej. Część objawów wskazuje na zaburzenia ze spektrum autyzmu, jednak po paru spotkaniach, dokładnym wywiadzie z rodzicami, ograniczeniu dostępu sprzętów grających i telewizji oraz konsultacji z innymi specjalistami okazało się, że wyżej wymienione objawy są wynikiem zaniedbania środowiskowego. Adam był zalany bodźcami prawopółkulowymi – nieustannie włączony telewizor, dostępność tabletu i telefonu, dużo grających zabawek doprowadziły do przestymulowania.	Psychiatra – wykluczenie autyzmu. Laryngolog – wykluczenie wady słuchu, przerostu migdała gardłowego. Neurolog – wykluczenie problemów neurologicznych. Psycholog – nauka poprawnych relacji w rodzinie, akceptacji emocji, konsekwencji wychowawczej, poprawnej komunikacji.
2.	Nikodem 4 lata	Mówi pojedyncze słowa i zdania składające się z 2–3 wyrazów. Częste infekcje górnych dróg oddechowych, zwłaszcza wiosną. Obniżone napięcie mięśniowe. Przerost migdała skutkował niedosłuchem, otwartą buzią, wiecznym zmęczeniem i rozdrażnieniem, a także wadą zgryzu. Zgryz otwarty, nieprawidłowa pozycja spoczynkowa języka, infantylne przełykanie.	Laryngolog – wycięcie migdała gardłowego i migdałków podniebiennych, kontrola słuchu, dreny. Alergolog – objawy nasilają się na wiosnę, mama zauważyła to już od 2 roku życia chłopca – możliwe alergię. Ortodonta – korekta zgryzu.

Lp.	Imię i wiek pacjenta	Zauważone problemy	Specjaliści
		Ssanie kciuka, gryzienie ubrań, obgryzanie paznokci. Międzyzębowa realizacja głosek szeregu ciszącego oraz [t], [d], [n], [l]. Nadwrażliwość w obszarze orofacjalnym, wybiórczość pokarmowa, zaburzenia żucia. Niechęć do ćwiczeń grafomotorycznych.	Terapeuta SI/rehabilitant – nadwrażliwość, zaburzenia czucia głębokiego, problemy z napięciem mięśniowym.
3.	Leon 3 lata	Mocno skrócone wędzidełko. R gardłowe (również zamiast [l]). Zupełny brak pionizacji języka, międzyzębowa realizacja głosek [t], [d], [n]. Mówi niezrozumiale, choć ma rozbudowane słownictwo, jest bardzo inteligentny. Problemy wychowawcze – rodzice niezgodni, a dziecko „beztresowo wychowane”. Rodzice pozwalają na wszystko, w rodzinie dochodzi do ciągłych negocjacji – syn jest w stanie wyegzekwować wszystko. Ojciec nie pozwala dziecku na „złe” emocje, a przy tym wymaga ciąglego wygrywania – nie pozwala na błędy. Brak konsekwencji skutkuje ciągłymi problemami wychowawczymi. Dziecko steruje rodzicami (Teraz będę ćwiczył tylko u mamy. Tata ma usiąść z nami na dywanie, inaczej nie będę ćwiczył. Nie chcę trzech przykładów, tylko dwa. Chcę inne dwa, nie to, co Pani wybrała. Jeden zrobię ja, a drugi tata itp.). Rodzice bronią dziecka: już mu się znudziło, może teraz coś innego, w domu wyrażanie mu ustępują, do czego się przyznają i nawzajem obwiniają.	Laryngolog – jak najszybsze podcięcie wędzidełka podjęzykowego. Psycholog – by wspomóc rodziców w procesie wychowania, nauczyć kontroli emocji zarówno rodziców, jak i dziecko, zbudować poprawne relacje. Pedagog – wypracować z dzieckiem poprawną komunikację, nauczyć konsekwencji.

Tabela 1 (cd.)

Lp.	Imię i wiek pacjenta	Zauważone problemy	Specjaliści
4.	Karol 4 lata	Mowa niewyraźna, ograniczone słownictwo, problemy z rozumieniem poleceń złożonych. Prawdopodobnie przerośnięty trzeci migdał, znacznie powiększone migdałki podniebienne (uniemożliwiają wygodne przełykanie większych kęsów pokarmowych, chłopiec ma problemy z odruchem wymiotnym, przyjmuje jedynie papkowate konsystencje). Zgryz otwarty, chrapanie, otwarta buzia, infantylne przełykanie. Międzyzębowa mowa głosek t , d , n , l , ś , ż , ć , dź . Utrudniona współpraca z rodzicami – są niezgodni, boją się iść do lekarza. Mama wypiera problem i ciągle wspomina, że jest „lepiej” niż było i częściej oddycha przez nos, a jego brat miał tak samo (choć leczony ortodontycznie) – nieustanny konflikt między rodzicami wpływający znacząco na dziecko.	Ortodonta – korekta zgryzu – zgryz otwarty. Laryngolog – kontrola migdałków, wykluczenie wady słuchu. Psycholog – znalezienie wspólnego sposobu na wychowanie dziecka, komunikacja bez konfliktów.
5.	Martyna 3 lata	Obniżone napięcie mięśniowe (konsekwencja leków rozkurczowych branych podczas ciąży). Częste infekcje górnych dróg oddechowych – prawdopodobna alergia (zwiększone natężenie chorowania na wiosnę). Nieprawidłowy tor oddechowy (oddychanie przez usta). Międzyzębowość głosek szeregu ciszącego oraz t , d , n , l . Niemowlęce przełykanie, nieprawidłowa pozycja spoczynkowa języka.	Fizjoterapeuta – problemy z napięciem mięśniowym. Alergolog – wykluczenie alergii. Laryngolog – konsultacja przerostu migdałów i problemów ze słuchem.

Lp.	Imię i wiek pacjenta	Zauważone problemy	Specjaliści
6.	Piotrek 4 lata	Mutyzm wybiórczy. Silna alergia (bierze leki hormonalne). Przerośnięte migdały podniebienne, konieczna konsultacja migdała gardłowego, problemy ze słuchem. Trudna sytuacja rodzinna (rozwód rodziców, jest pod opieką ojca walczącego o wyłączne prawa rodzicielskie).	Psychiatra – diagnoza mutyzmu wybiórczego. Laryngolog – zdiagnozowane i poddane zabiegowi migdały podniebienne i gardłowy. Zdiagnozowany niedosłuch przewodzeniowy. Psycholog – poprawienie relacji w rodzinie i nauka poprawnej komunikacji.

Źródło: opracowanie własne.

Na podstawie analizy przypadków sześciu wybranych pacjentów mogę stwierdzić, że bez pomocy innych specjalistów diagnoza przyczyny ORM byłaby niemożliwa. Przypadek Karola (4 lata) pokazuje, że terapia przynosiła efekty, jednak zmiany pojawiały się powoli i były krótkotrwałe. Bariera w postaci przerośniętych migdałków podniebiennych i gardłowego sprawiała, że chłopiec mimo ćwiczeń nie był w stanie utrwalić prawidłowej artykulacji, a nieprawidłowy tor oddechowy i zła pozycja spoczynkowa języka utrzymywały się. Rodzice nie chcieli konsultować chłopca z laryngologiem. Zrobili to dopiero po dokładnym wytłumaczeniu konsekwencji takiego postępowania i wskazaniu, jak bardzo chłopiec jest zmęczony, niewyspany, a w dodatku słabo słyszy. Interwencja chirurga miała miejsce dopiero po roku terapii logopedycznej i już miesiąc po operacji wycięcia migdałów było widać poprawę w funkcjonowaniu dziecka. Dopiero po tym terapia logopedyczna zaczęła przynosić szybsze i trwalsze efekty w postaci zmiany toru oddechowego na właściwy oraz nauki poprawnego przełykania i pozycji spoczynkowej języka. Podobnie było w przypadku Martyny (3 lata) – przerośnięte migdały i obniżone napięcie mięśniowe uniemożliwiały jej prawidłowy rozwój mowy oraz wpływały na problemy z oddechem, pozycją spoczynkową języka, planowaniem ruchów artykulacyjnych czy przełykaniem niemowlęcym, mową międzyzębową, a także postawą ciała i planowaniem ruchów w dużej motoryce. Dziewczynka wymagała więc interdyscyplinarnej współpracy fizjoterapeuty, laryngologa i alergologa, z uwagi na gorsze funkcjonowanie i częste chorowanie Martyny na wosnę. Problemem Nikodema (4 lata) dodatkowo była nadwrażliwość w obszarze orofacjalnym i wybiórczość pokarmowa, a do tego zgryz otwarty. Piotrek (4 lata) również trafił do gabinetu ze względu na problemy z migdałkami, jednak jego zachowanie

podczas pierwszych wizyt dało mi sygnał, że jest to bardziej rozbudowany problem. Przez pierwsze dwie wizyty zupełnie się do mnie nie odzywał – graliśmy w gry, w których głos nie był potrzebny, a dziecko używało jedynie gestów. Podczas trzeciego spotkania zaczęły pojawiać się pojedyncze słowa mówione szeptem. U chłopca zdiagnozowano niedosłuch, silną alergię na wiele substancji, a także, po konsultacji ze mną, mutyzm wybiórczy. Z wywiadu przeprowadzonego z rodzicem dowiedziałam się, że Piotrek nie odzywa się w przedszkolu, niechętnie je tam posiłki, woli bawić się oddzielony od grupy albo z jednym wybranym chłopcem, do którego czasem mówi szeptem. Mutyzm wybiórczy przejawiał się również tym, że chłopiec nie odzywał się do obcych osób, nawet we własnym domu. Mówił tylko do najbliższej rodziny. W gabinecie na szczęście oswoił się dosyć szybko – prawdopodobnie miała na to wpływ ciągła obecność taty oraz brak wywieranej presji na mówienie. W każdym z tych czterech przypadków głównym problemem był przerost migdałów, jednak u każdego z dzieci były jeszcze problemy towarzyszące, wymagające konsultacji specjalistów.

Leon i Adam to dzieci, które nie potrzebowałyby logopedy, gdyby zostały poddane wczesnej interwencji. Problemy Adama (2,5 roku) wynikały wyłącznie ze słabej stymulacji ze strony środowiska rodzinnego oraz nadmiaru bodźców prawopółkulowych. Chłopiec próbował przesuwac strony w książce tak, jak robił to na tablecie, miał problemy z koncentracją, kontaktem wzrokowym, rozumieniem. Badania wykluczyły autyzm, wadę słuchu, a także zaburzenia neurologiczne. Redukcja bodźców oraz pomoc w wychowaniu dziecka i nauka poprawnej relacji spowodowały, że zmiana na lepsze była szybka i poprawiła funkcjonowanie całej rodziny. Praca logopedy nie była tu więc najistotniejsza, bo bez psychologa czy pedagoga oraz psychiatry wykluczającego autyzm, rodziców trudno byłoby zmotywować do pracy. Podczas pierwszej wizyty nie widzieli oni bowiem problemów poza tym, że „Adaś po prostu nie mówi, ale jest mądry i wszystko rozumie”. Leon (3 lata) natomiast jest dzieckiem, które budzi refleksję na temat wczesnej interwencji logopedycznej. Chociaż już w szpitalu matka nie była w stanie karmić go piersią, to nikt przez ponad 3 lata nie skontrolował wędzidełka podjęzykowego. Skrócenie było wyraźne (typu I) i zauważalne już po próbie wyciągnięcia języka na brodę. Brak odpowiedniej kontroli budowy aparatu artykulacyjnego doprowadził do tego, że inteligentny chłopiec mówił całkowicie bełkotliwie przy świetnym rozumieniu i bardzo rozbudowanym słownictwie biernym. Miał przy tym problemy z przyjmowaniem stałych pokarmów i był sfrustrowany niemożnością komunikowania się z rodziną i rówieśnikami. Głoskę [l] zastępował [r] gardłowym, co również nie wzbudzało zastrzeżeń rodziny – rodzice byli pewni, że to przejściowy etap. Dziecko mówiło więc o sobie „Reon”, co dodatkowo utrudniało kontakty z dziećmi. U Leona problemem był również brak konsekwencji w wychowaniu oraz niewłaściwe postawy rodzicielskie, przez co niezbędne były terapie nie tylko u laryngologa, lecz także psychologa i pedagoga. Temat skróconych wędzidełek jest rozległy, jednak chciałabym zwrócić uwagę, że

współpraca specjalistów powinna mieć miejsce już od momentu narodzin dziecka, by przeciwdziałać powstawaniu wad wymowy, a także problemów z budową żuchwy, wybiórczością pokarmową, niewłaściwym napięciem mięśniowym czy innymi zaburzeniami.

Podsumowanie

Opóźniony rozwój mowy jest zaburzeniem, którego przyczynę trudno jest odnaleźć. Analiza przypadków wskazanych dzieci ilustruje, jak długą drogę diagnostyczną musi czasem przejść dziecko. Niejednokrotnie rodzice są niechętni do pogłębiania diagnostyki, boją się lekarzy bądź mają do nich ograniczone zaufanie. Czasem bagatelizują problem, twierdząc, że *Piotrek jest po prostu nieśmiały* (dziecko z prawdopodobnym mutyzmem wybiórczym) albo wspominają, że w rodzinie były podobne przypadki i dały sobie radę bez terapii (Karol). W przypadku Adama objawy niemal jednoznacznie wskazywały na zaburzenia ze spektrum autyzmu, a dzięki konsultacji z psychiatrą i neurologiem udało się to wykluczyć i jako przyczynę ORM wskazać przestymulowanie bodźcami prawopółkulowymi. Nadmiar telewizji, tabletu i grających zabawek sprawił, że dziecko miało problem z jakimkolwiek kontaktem – nie tylko werbalnym. Liczne wyżej wspomniane badania (Pruszewicz i in., 1994; Florkiewicz, 2013; Bogusławska-Wilczyńska, Stopa, Kurywczak, 2000; Marciniak-Firadza, 2019; Cieszyńska, Korendo, 2015; Pluta-Wojciechowska, 2018; Smoczyńska, 2012; Hojda, 2014) dowodzą, że terapia ORM wymusza interdyscyplinarną współpracę. Bez znalezienia przyczyny zaburzeń będzie nieefektywna i długotrwała, co będzie rzutować na całościowy rozwój dziecka, a nawet funkcjonowanie rodziny.

Człowiek powinien być postrzegany przez każdego specjalistę w sposób holistyczny. Problemy z mową we wszystkich omówionych przypadkach miały przyczynę, której logopeda nie byłby w stanie usunąć. Objawy (brak mowy lub problemy z mową) mogą być podobne, a ich przyczyny zupełnie różne, dlatego terapia powinna być specjalnie dostosowana do pacjenta. Dodatkowo można zauważyć, że przyczyn ORM jest często więcej niż jedna i wzajemnie na siebie wpływają. W przypadku Karola, Nikodema i Martyny przerośnięte migdały były tylko jedną z przyczyn. Niejednokrotnie konieczna jest zatem konsultacja z więcej niż jednym specjalistą.

Przeprowadzone badania miały na celu udowodnienie, że terapia dzieci z ORM jest trudna do zrealizowania bez znalezienia jej przyczyn. Niejednokrotnie odnalezienie przyczyny wykracza poza kompetencje logopedy, co jest wskaźnikiem do ścisłej współpracy z innymi specjalistami. ORM może być spowodowany nieprawidłowościami rozwojowymi, które często zostają zauważone już w okresie niemowlęctwa. Dzięki temu szybko można wdrożyć kompleksową terapię. Mowa dziecka jest nierozzerwalnie związana z jego rozwojem

psychoruchowym i błędy lub problemy z wczesnego okresu dzieciństwa są później widoczne w rozwoju mowy, więc nie można zapominać o wczesnej interwencji terapeutycznej. Im dłużej trwają dysfunkcje i deficyty, tym trudniej je wycofać i tym większe prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzeń wtórnych (Kaczorowska-Bray, 2015, s. 258). ORM jest diagnozowany przede wszystkim u dzieci przedszkolnych i wczesnoszkolnych, czyli w dynamicznym okresie życia. Skuteczność terapii jest więc ściśle uzależniona od trafnej, interdyscyplinarnej diagnozy, w której będą wzięte pod uwagę różne aspekty rozwoju, a nie wyłącznie mowa, komunikacja czy artykulacja. Badania wskazują zatem nie tylko na konieczność współpracy między specjalistami, lecz także na zasadność kształcenia logopedów z podstaw wiedzy z zakresu medycyny, fizjoterapii czy psychologii i pedagogiki. Warto przemyśleć powstanie placówki podobnej do poradni psychologiczno-pedagogicznej, jednak rozszerzonej chociażby o laryngologa czy fizjoterapeutę. Dzięki temu specjaliści mogliby wymieniać się sporządzonymi przez siebie diagnozami i wspólnie je przedyskutować, co z pewnością przyniosłoby korzyści zarówno dla pacjenta, jak i dla specjalistów, którzy mieliby szansę rozszerzyć swoją wiedzę z innej dyscypliny naukowej.

Bibliografia

- Bogusławska-Wilczyńska A., Stopa A., Kurywczak K. (2000), *Interdyscyplinarna ocena opóźnionego rozwoju mowy*, „Nowa Medycyna”, nr 3.
- Cieszyńska J., Korendo M. (2015), *Wczesna interwencja terapeutyczna. Stymulacja rozwoju dziecka od narodzin do 6 roku życia*, Wydawnictwo Edukacyjne, Kraków.
- Florkiewicz V. (2013), *Medycyna w logopedii – logopedia w medycynie*, [w:] J. J. Bleszyński, *Medycyna w logopedii*, Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk, s. 121–130.
- Gryczyńska D. (2002), *Przewlekłe zapalenie ucha środkowego z wysiękiem u dzieci*, „Otorynolaryngologia”, nr 2, s. 93–96.
- Hojda A. (2014), *Wieloaspektowość i interdyscyplinarność badania dziecka w wieku poniemowlęcym z opóźnionym rozwojem mowy*, [w:] *Interdyscyplinarność w logopedii*, red. A. Hamerlińska-Latecka, M. Karwowska, Wydawnictwo Komlogo, Gliwice, s. 273–287.
- Jakóbiak A., Lorens G. (2015), *Rola wczesnej interwencji logopedycznej w zminimalizowaniu lub zapobieganiu nadwrażliwości oralnej u dzieci przedwcześnie urodzonych*, [w:] *Wczesna interwencja w logopedii*, red. J. J. Bleszyński, D. Baczala, Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk, s. 70–73.
- Kaczorowska-Bray K. (2015), *Diagnoza we wczesnej interwencji logopedycznej*, [w:] *Diagnoza logopedyczna – podręcznik akademicki*, red. E. Czaplewska, S. Milewski, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot, s. 223–259.
- Marasz K. (2013), *Wpływ przewlekłych stanów zapalnych górnych dróg oddechowych na wady wymowy*, [w:] J. J. Bleszyński, *Medycyna w logopedii*, Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk, s. 112–115.

- Marciniak-Firadza R. (2019), *Współpraca logopedy z laryngologiem i foniatrą w procesie rehabilitacji zaburzeń głosu i mowy*, „Logopaedica Lodziensia”, 2, s. 107–117.
- Milewski S., Kuczkowski J., Kaczorowska-Bray K. (red.) (2014), *Biomedyczne podstawy logopedii*, Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk.
- Obrębowski A., Pruszevicz A. (1999), *Współpraca foniatri i logopedy w diagnozowaniu i rehabilitacji zaburzeń procesu komunikatywnego*, „Logopedia”, t. 26, s. 123–128.
- Pluta-Wojciechowska D. (2015), *Wczesna interwencja logopedyczna – moda, postulat czy konieczność*, [w:] *Wczesna interwencja w logopedii*, red. J. J. Błęszyński, D. Baczala, Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk, s. 17–31.
- Pluta-Wojciechowska D. (2018), *Zaburzenia czynności prymarnych i artykulacji. Podstawy postępowania logopedycznego*, Wydawnictwo Ergo-Sum, Bytom.
- Pruszevicz A., Obrębowski A., Świdziński D., Kaczmarek B., Stopa A., Tyczyńska J. (1994), *Wpływ zmiennego umiarkowanego niedosłuchu ocenianego metodami obiektywnymi na rozwój procesu komunikatywnego u dziecka*, Pamiętnik VII Dni Otolaryngologii Dziecięcej w Lublinie, IUNG, Puławy, s. 227–230.
- Smoczyńska M. (2012), *Opóźniony rozwój mowy a ryzyko SLI: wyniki badań podłużnych u dzieci polskich*, [w:] *Interwencja logopedyczna – zagadnienia ogólne i praktyka*, red. J. Porayski-Pomsta, M. Przybysz-Piwko, Wydawnictwo Elipsa, Warszawa, s. 13–39.
- Sołtys-Chmielowicz A. (2008), *Zaburzenia artykulacji – teoria i praktyka*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków.
- Śliwińska-Kowalska M., Niebudek-Bogusz E. (red.) (2009), *Rehabilitacja zawodowych zaburzeń głosu. Poradnik dla nauczycieli*, Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi, Łódź.
- Tarkowski Z., Humeniuk E. (2017), *Diagnoza logopedyczna – interdyscyplinarna czy logopedyczna?*, [w:] *Diagnoza i terapia w pracy logopedy i nauczyciela terapeuty – konteksty teoretyczne i praktyka*, red. E. Jeżewska Krasnodębska, B. Skalbiana, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków, s. 21–23.

Summary

In the times of a constant civilizational progress and a rapid development of medicine and related studies, treating the patient holistically has become necessary in many fields, including speech therapy. The aim of the article is to present the need for interdisciplinary cooperation of specialists such as laryngologists, neurologists, pedagogues, psychologists, orthodontists, ophthalmologists, SI therapists, physiotherapists, audiologists or phoniatrists. Six cases of children with delayed speech development were presented, in which an accurate diagnosis and effective therapy could not be established without consulting other specialists. Another conclusion drawn from the article is that it is essential give the speech therapists an interdisciplinary education. Relevant knowledge in the field of laryngology, pedagogy, orthodontics, physiotherapy, psychology (especially in the therapy of stuttering or selective mutism), sensory integration therapy etc. should become mandatory for speech therapist, who should stay open to interdisciplinary cooperation with other specialists and be careful not to overstep his competences.