

Tomasz Woźniak* 

Postępowanie logopedyczne w przypadku dzieci z niewielkim nasileniem nie płynności mówienia

Speech-Language Therapist Procedure in Case of Children
with Mild Speech Disfluency

Słowa kluczowe: logopedia, terapia logopedyczna, nie płynność mówienia, jąkanie

Keywords: speech and language therapy, speech disfluency, stuttering

Wprowadzenie

Artykuł podejmuje niezbyt często opisywaną w polskim piśmiennictwie kwestię postępowania logopedycznego w przypadku dzieci od 2. do 7. roku życia z niewielkim nasileniem nie płynności mówienia [por. Tarkowski, 1992]. Niewielkie nasilenie nie płynności jest charakterystyczne zarówno dla rozwojowej nie płynności mówienia (RNM), jak i dla łagodnego jąkania wczesnodziecięcego. Za niewielkie nasilenie nie płynności przyjmuję wartość do 5% sylab nie płynnych w wypowiedzi, bez jakościowych symptomów towarzyszących, wskazujących na patologię, w tym głównie bez napięcia mięśniowego. Proponowane w artykule zasady diagnozowania i działań terapeutyczno-profilaktycznych – opracowane na podstawie metaanalizy danych z literatury przedmiotu oraz własnej praktyki logopedycznej – mogą być przydatne i skuteczne zarówno w przypadkach RNM, jak i łagodnego jąkania wczesnodziecięcego.

Diagnozowanie nie płynności u dzieci jest stosunkowo częste. Badania populacyjne nad występowaniem nie płynności u dzieci dowodzą, że około 5% wszystkich dzieci między 2. a 6. rokiem życia przechodzi przez okres nie płynności trwający sześć miesięcy lub dłużej, z czego około trzech czwartych przezwycięża ten problem w dzieciństwie, zwykle do 7. roku życia. Proporcja płci w początkowym stadium występowania

* Uniwersytet Łódzki, Wydział Filologiczny, Zakład Dialektologii Polskiej i Logopedii, ul. Pomorska 171/173, 90-236 Łódź, e-mail: tomasz.wozniak@uni.lodz.pl, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6745-9639>.

niepłynności mówienia wynosi 1: 1, ale wśród dzieci, u których niepłynność sama nie ustępuje – czyli głównie dzieci jękających się – jest trzy do czterech razy więcej chłopców niż dziewczynek. Jednak próby interpretowania tych obserwacji poprzez genetyczne podłoże dalekie są od satysfakcjonujących rozstrzygnięć [Felsenfeld, 2002].

Warto przy tej okazji zwrócić uwagę na fakt skuteczności oddziaływań terapeutycznych w wieku przedszkolnym w przypadkach stwierdzonego jękania. Przy prawidłowym wpływie środowiska (terapia pośrednia) w 65% przypadków jękanie może ustąpić w wieku przedszkolnym, w 74% przypadków ustępuje całkowicie do wczesnego wieku szkolnego (często już także przy bezpośredniej interwencji logopedycznej), częściej u dziewczynek niż u chłopców [Guitar, 2005]. Podjęcie interwencji terapeutycznej w przypadku nawet łagodnego jękania wczesnodziecięcego jest zatem głęboko uzasadnione.

Ważne jest zrozumienie procesów leżących u podstaw takiego stanu rzeczy. Przede wszystkim należy stwierdzić, że nie ma wystarczających dowodów na wywodzenie niepłynności w jękanii z nadmiernego napięcia mięśniowego, przyczyn psychogennych czy błędów wychowawczych. Dużo lepiej udowodnione są teorie, których podstawą jest twierdzenie, że przyczyny jękania leżą w budowie i funkcjonowaniu mózgu. Dysponujemy obecnie wieloma wynikami obiektywnych badań, opartych na neuroobrazowaniu, które potwierdzają tę tezę. Prowadzą one do następujących wniosków:

- Jękające się dzieci w porównaniu z niejękającymi się rówieśnikami mogą wykazywać osłabioną funkcjonalną i strukturalną łączliwość zarówno w sieciach neuronowych obszarów słuchowo-motorycznych (odpowiedzialnych za autokontrolę), jak i w połączeniach jąder podstawnych z obszarami wzgórzowo-korowymi (odpowiedzialnych za planowanie wypowiedzi „naprzód”), przede wszystkim w lewej półkuli mózgu [Chang, Zhu, 2013].
- U jękających się dzieci może dochodzić do odmienności w zakresie organizacji istoty białej w mózgu (struktur odpowiedzialnych za połączenia), szczególnie w obszarach wymienionych wyżej, ale i w innych rejonach mózgu (prawa półkula i ciało modzelowate – struktura łącząca obie półkule), co powodowane jest subtelnymi różnicami dotyczącymi rozwoju istoty białej między 3. a 10. rokiem życia [Chang i wsp., 2015].
- Powyższe wyniki korelują również z badaniami strukturalnymi mózgu jękających się dorosłych, kiedy porównuje się ich wyniki z wynikami osób bez jękania. Badania te potwierdzają znaczące anomalie w zakresie pęczka łukowatego, a więc tego obszaru istoty białej, który – łącząc ze sobą obszar skroniowy z czołowym, zwłaszcza w półkuli lewej – odpowiedzialny jest za funkcje ruchowe mowy [Cieslak i wsp., 2015].
- Badania wykazały również znaczącą redukcję przepływu krwi, a więc redukcję aktywności, w ośrodku Broki u jękających się osób. Nasilenie objawów jękania jest wprost proporcjonalne do stopnia redukcji przepływu krwi [Desai i wsp., 2017].

Należy zatem stwierdzić, że – w świetle najnowszej wiedzy – przyczyną niepełności w jękananiu w większości przypadków są neuroanatomiczne i neurofunkcjonalne różnice na poziomie mózgu, dokonujące się w okresie kształtowania się połączeń, głównie w istocie białej. Dotyczy to przede wszystkim osłabienia połączeń w obwodach planowania i kontroli wypowiedzi, gdzie gęstość połączeń jest dwu-, trzykrotnie mniejsza. Może to prowadzić do opóźnień w przetwarzaniu informacji i wiązać się z zaburzeniami lateralizacji w zakresie słuchowej kontroli wypowiedzi – może wystąpić kompensacyjne wykorzystywanie prawej półkuli i lewego ucha do kontroli wypowiedzi u praworęcznych. U większości jękakających się obserwuje się dominację lewego ucha w zakresie autokontroli słuchowej. Badania nad audiogennymi uwarunkowaniami zaburzeń mowy, prowadzone przez Zdzisława M. Kurkowskiego, dowodzą, że 65% osób jękakających się ma przewagę ucha lewego w autokontroli słuchowej (przy uwzględnieniu rodzaju przewodnictwa sygnału mowy – w tym wypadku: kostnego). Jednocześnie 75% spośród badanych wykazywało dominację ucha prawego dla rozumienia mowy. Lewouszne słuchanie powoduje przechodzenie sygnału najpierw do półkuli prawej, a następnie przejście informacji przez ciało modzelowate do półkuli lewej, właściwej dla kontroli mowy [Kurkowski, 2013, s. 219–220].

Obok czynników biologicznych, które są podstawą jękania i należą do tzw. czynników predysponujących, istnieją jeszcze czynniki wyzwalające i podtrzymujące jękanie, wśród których zauważamy wiele zmiennych środowiskowych. Możemy do nich zaliczyć wzajemne relacje w rodzinie, szkole czy miejscu pracy oraz styl komunikowania się. Wczesne relacje w rodzinnym domu mają potężną siłę oddziaływania na kształtowanie się osobowości człowieka, jego późniejsze relacje z innymi ludźmi, nastawienie do siebie i świata. Jak się okazuje, czynniki środowiskowe i psychologiczne mogą również mieć wpływ na kształtowanie przebiegu funkcji związanych z kontrolą płynności mowy na poziomie organizacji połączeń w mózgu. Wczesne warunkowanie instrumentalne prawdopodobnie wpływa na układ połączeń i, wykorzystując neuroplastyczność młodego mózgu, pozwala na płynną mowę. Potwierdza się to w pracy z małymi dziećmi jękakającymi się, na przykład w programie Lidcombe [Onslow, Packman, Harrison, 2003; Harrison, Onslow, 2010]. Praca ze środowiskiem rodzinnym jest uznawana za jeden z fundamentów terapii jękakających się dzieci.

W przypadku RNM niepełność powinna całkowicie zaniknąć samoistnie między 5. a 7. rokiem życia, co wskazuje na inny rodzaj przyczyn jej wystąpienia, to jest na czynniki predysponujące, pierwotne, mające – w świetle współczesnej wiedzy – opisane wyżej podłoże neuroanatomiczne i neurofunkcjonalne. Należy także pamiętać o istnieniu przywołanych czynników psychologicznych i społecznych: wyzwalających i podtrzymujących niepełność, mających wprawdzie wtórny charakter, ale wyraźnie oddziałujący na jakość i nasilenie niepełności. Niektórzy rodzice mogą być bardzo zaniepokojeni występującymi niepełnościami, co powoduje u nich częste reakcje lękowe i błędy w relacjach emocjonalnych i komunikacyjnych z dzieckiem. Może to doprowadzić do obniżenia samooceny dziecka, a w skrajnych

przypadkach do wystąpienia trudności komunikacyjnych. Dokładna diagnoza, wsparcie rodziców i wskazanie właściwych sposobów postępowania przez logopedę jest najlepszym rozwiązaniem [Guitar, Conture, 2012].

Według współczesnej refleksji naukowej za najczęstsze przyczyny normalnej nie płynności mówienia w okresie między 2. a 7. rokiem życia uznaje się procesy psycholingwistyczne: opanowywania mowy, przechodzenia od informacji danej do nowej, syntaktycznego planowania wypowiedzi [Tarkowski, 1992; 1999; Guitar, Conture, 2012]. Prawdopodobnie należałoby także uwzględnić procesy biologiczne, głównie formowania się sieci połączeń w istocie białej [por. Chang i wsp., 2015], ale teza taka czeka dopiero na udowodnienie.

Dzieci z RNM wykazują normalną niepłynność mówienia. Oznacza to, że pomiędzy 18. miesiącem życia a 3. rokiem życia w wypowiedziach tworzonych przez dziecko możemy odnaleźć powtórzenia słów, sylab i głosek najczęściej na początku frazy, przeważnie jednokrotne. Objawy te nie powinny występować zbyt często (poniżej 5% w próbie sylabowej). Po 3. roku życia dodatkowo mogą pojawić się także pauzy wypełnione (dźwięki wtrącone, np. *yyy, aaa*). Nie mają one jednak charakteru spastycznego. Za normalne należy także uznać to, że zjawiska te mogą się nasilić w momentach zmęczenia, ekscytacji, pośpiechu, złego nastroju. Wypowiedzi dziecka mogą być również mniej płynne, gdy dzieci mówią na nowy, trudny temat lub gdy ktoś zadaje im pytania i żąda odpowiedzi. Jednak ogólne zwiększenie niepłynności trwa zwykle kilkanaście tygodni, a potem znacząco się zmniejsza. W czasie występowania niepłynności dzieci przeważnie nie wykazują zaniepokojenia, lęku, złości czy frustracji.

Aby postępowanie z dzieckiem o niewielkim nasileniu niepłynności mówienia było skuteczne, należy podjąć działania praktyczne, obejmujące opisane niżej kierunki:

- przeprowadzenie dokładnej diagnozy dziecka z niepłynnością mówienia, w celu uzyskania pewnego obrazu jego trudności;
- nawiązanie i zorganizowanie współpracy z rodzicami;
- dokonanie wyboru działań prewencyjno-terapeutycznych;
- ocena efektywności podjętych oddziaływań.

Diagnoza

Schemat czynności diagnostycznych w ocenie dziecka z niewielką niepłynnością pozostaje taki jak w przypadku innych osób z występującymi zaburzeniami płynności mowy [Woźniak, 2008a]. Bierzemy pod uwagę kolejno:

- ocenę płynności mówienia (ilościową i jakościową);
- ocenę symptomów towarzyszących;
- wywiad;
- inne badania specjalistyczne, jeśli są wskazane.

Zasadnicza różnica w przebiegu diagnozy u małych dzieci w porównaniu z dziećmi w wieku szkolnym, młodzieżą i dorosłymi dotyczy zastosowanych technik i narzędzi diagnostycznych. Podstawowymi technikami diagnostycznymi stają się obserwacja w zabawie, ocena wypowiedzi w gabinecie i środowisku pozagabinetowym, a narzędzia testowe muszą być dostosowane do wieku dziecka. Podstawą jest stworzenie przyjaznej atmosfery i zainteresowanie małego pacjenta wykonywanymi zadaniami. Jeśli dziecko odmawia współpracy i nie bawi się dobrze w czasie sesji diagnostycznych, należy przyjąć, że to logopeda popełnia jakiś błąd.

Nie stawiamy diagnozy w czasie jednego spotkania. Diagnozowanie powinno obejmować minimum dwa, trzy spotkania, organizowane w odstępie jedno- lub dwutygodniowym, co pozwala na większą precyzję w opisie objawów i uchwycenie dynamiki rozwoju nie płynności. Jedno ze spotkań diagnostycznych może odbyć się nawet bez udziału dziecka i wiązać się na przykład z analizą nagrań jego wypowiedzi w sytuacjach pozagabinetowych oraz przeprowadzaniem wywiadu z obojgiem rodziców.

Ocena płynności mówienia (ilościowa i jakościowa)

Ocenę płynności mówienia możemy przeprowadzić na przykład na podstawie prób przeznaczonych dla dzieci w *Próbie sylabowej do oceny nie płynności mówienia* [Kurkowski, 2007]. Oceniamy kolejno czynności powtarzania, nazywania obrazków, realizacji dialogu i – opcjonalnie – ciągów zautomatyzowanych (np. recytacja wierszyka). Zgodnie z przyjętymi założeniami oceny należy dokonywać także w sytuacjach pozagabinetowych; prosimy rodziców o nagrywanie mowy dziecka w różnych sytuacjach codziennych. Włączenie do procesu diagnostycznego rodziców ma duże znaczenie także dla działań profilaktyczno-terapeutycznych.

Ocena ilościowa jest podstawą orzeczenia o nasileniu nie płynności. Obecnie na świecie przyjmuje się za normę wartość 2% występowania nie płynności w próbie sylabowej. Potwierdzają ten fakt badania Kurkowskiego [2007], w których metodą sędziów kompetentnych analizowano wypowiedzi 200 osób w wieku od 6 do 28 lat. Wyniki tych analiz pozwalają uznać za płynną wypowiedź, w której nasilenie objawów nie przekracza 3% u dzieci i 2% u dorosłych w próbie sylabowej. Jednak dane te wymagają dodatkowej interpretacji.

Interesujące wyniki przynosi zestawienie danych zawartych w pracy Kristjany Einarsdóttir i Rogera Inghama [2005, s. 263]. Przedstawili oni wyniki badań dotyczących nie płynności mowy dzieci w okresie rozwoju mowy, porównując dzieci jąkające się z ich płynnie mówiącymi rówieśnikami. Zestawienie prezentowanych przez autorów danych wskazuje, że średnia norma dla próby wyrazowej wynosi 5,79%, natomiast dla próby sylabowej 5,25%. W świetle powyższych ustaleń różnica między oceną za pomocą próby sylabowej lub wyrazowej wydaje się mało istotna. Zwraca na to także uwagę J. Scott Yaruss [1997], zauważając, że w przypadku dzieci przeważają słowa jednosylabowe, a u dorosłych, w potocznej wypowiedzi, średnia długość używanych form wyrazowych wynosi 1,5 sylaby. Należy zaznaczyć, że omawiane

wyniki odnoszą się do języka angielskiego. Można jeszcze dodać, że Morton Cooper za wartość graniczną uznał 5% nie płynnie realizowanych wyrazów, w większości sytuacji wymagających mówienia, obserwowanych przez co najmniej pół roku, zarówno u dzieci, jak i u dorosłych [Tarkowski, 1992].

W konkluzji można przyjąć, że maksymalną granicą normy jest wynik do 5% całkowitej nie płynności ocenianej w próbie sylabowej. Wynik większy/równy 5% uznamy zatem za patologiczne ilościowo nasilenie nie płynności. Na uznanie tego wyniku za wartość graniczną wpływa zarówno uwzględnienie przypadków rozwojowej nie płynności mówienia, założenie pewnego zakresu tolerancji dla określenia granic normy (podobnie jak „odchylenie standardowe”), jak i doświadczenia z praktyki klinicznej.

Ocena jakościowa w praktyce logopedycznej traktowana jest jako równie ważne kryterium. Nawet mniejsza niż 5% nie płynności liczba ewidentnie patologicznych symptomów nie płynności może zadecydować o diagnozie jąkania lub gielkotu. O patologicznym lub fizjologicznym charakterze nie płynności decyduje przebieg objawów oraz ocena symptomów towarzyszących.

Za patologiczne uznamy: przeciągnięcia dźwięków z widocznym napięciem mięśniowym, pauzy związane z zatrzymaniem realizacji dźwięku, dłuższe niż 2–3 sekundy, z towarzyszącym napięciem mięśniowym, powtórzenia sylab i głosek we wszystkich pozycjach dźwiękowych, ale też wyrazów i fraz, więcej niż raz, stosowanie dźwięków wtrąconych („pauz wypełnionych”): typowych (yyyy...) i nietypowych (yśst..., aee...), bez uzasadnionej przyczyny.

Za normalne uznać należy: przeciąganie dźwięków bez napięcia mięśniowego, zwykle związane z zastanawianiem się, pauzy nienapięte (trwające zwykle do 2–3 sekund), powtórzenia fraz, wyrazów i sylab w nagłosie (przeważnie tylko raz), stosowanie typowych pauz wypełnionych w momentach dalszego planowania wypowiedzi.

Ocena symptomów towarzyszących

Oceniając symptomy towarzyszące nie płynności mówienia, powinno się zwrócić uwagę na występowanie wysiłkowego podnoszenia napięcia mięśniowego w czasie artykulacji. Prawie zawsze wskazuje ono na stan patologiczny i generuje następne reakcje, które z czasem stają się nawykowe, to jest: zaburzenia toru oddechowego oraz koordynacji oddechu i artykulacji, współruchy, grymasy, zaburzenia kontaktu wzrokowego. Występowanie tych objawów zawsze świadczy o jąkaniu.

Następnie zwracamy uwagę na wyrazistość artykulacyjną (w ocenie poprawności wymowy naturalnie uwzględniamy kryterium rozwojowe), głos, tempo mówienia. W ocenie obserwujemy stopień trudności nawiązywania interakcji przez dziecko, zasób jego słownictwa, sprawność w budowaniu dialogu i narracji. Tylko całościowa ocena zachowań werbalnych umożliwi nam orzeczenie o prawidłowości rozwoju mowy u dziecka.

W ocenie dziecka z nie płynnością mówienia powinno dokonać się także orientacyjnej oceny słuchu oraz określić model lateralizacji (ręka, noga, oko, ucho).

Szczególnie należy zwrócić uwagę na model lateralizacji słuchowej w kontekście kontroli sygnału mowy. Ciekawe rozwiązania w tym zakresie przynoszą propozycje oceny układu ust w czasie obserwacji prowadzonej podczas swobodnej rozmowy (kierowanie kącika ust w stronę dominującego ucha) [Kurkowski, 2018]. Należy bowiem uznać, że część przypadków niepełności może mieć podłoże audiogenne i być powodowane bądź skrzyżowaniem lateralizacji motorycznej i słuchowej, bądź niedosłuchem w dominującym uchu [por. Kurkowski, 2013]. Spotkałem się z przypadkiem dziecka, u którego niepełność występowała głównie w hałasie, co prawdopodobnie było związane z ubytkiem słuchu w prawym uchu. Natomiast lateralizacja słuchowa dopiero kształtuje się u dzieci w omawianym przez nas okresie ich życia i istnieje możliwość zmiany wadliwego jej modelu, zanim się utrwali. Rozwiązanie problemów słuchowych może być podstawą usunięcia niepełności.

Wywiad i inne badania specjalistyczne

Wywiad i analiza ewentualnych wyników badań innych specjalistów mają kluczowe znaczenie dla określenia czynników środowiskowych, psychologicznych i zdrowotnych, niedostępnych obserwacji diagnostycznej w gabinecie logopedycznym. Wywiad powinien pozwolić na zebranie danych w kilku wymiarach: ogólnego rozwoju dziecka, jego zdrowia oraz relacji w środowisku rodzinnym.

- Ogólny rozwój dziecka (w tym rozwój mowy) i dane na temat czasu i okoliczności wystąpienia i utrzymywania się niepełności.

W tym punkcie należy wykluczyć ewentualne opóźnienia całościowego rozwoju dziecka, których występowanie może wskazywać, że niepełność jest symptomem wynikającym z innych przyczyn (np. niepełnosprawności intelektualnej w stopniu lekkim, opóźnień rozwoju sfery motorycznej). Zwykle niepełność może pojawić się już między 2. a 5. rokiem życia. W RNM po 5. roku życia będzie się zmniejszać, w jękanii będzie się utrzymywać bądź zwiększać. Samo wystąpienie niepełności może mieć charakter nagły, ale może także rozwijać się stopniowo. Nie przesądza to o patologicznym lub fizjologicznym charakterze niepełności, ale częściej gwałtowny początek niepełności dotyczy jękania. W RNM usłyszymy raczej, że „zaczęło się to pojawiać od jakiegoś czasu”. Mimo że wielu rodziców tłumaczy wystąpienie niepełności jakąś traumą psychologiczną (np. wystraszeniem się psa lub przycięciem palca drzwiami), nie ma wystarczających dowodów na to, że zachodzi jakiś związek przyczynowo-skutkowy między czynnikami psychologicznymi a jękaniem. Oczywiście należy poważnie rozważyć potencjalny wpływ sytuacji powodujących długotrwały stres (np. rozvodu rodziców, długotrwałej izolacji od rodziny, śmierci bliskiej osoby). Sytuacje takie mogą mieć wpływ na model lateralizacji słuchowej, a więc na płynność wypowiedzi [por. Kurkowski, 2013].

- Ocena stanu innych problemów zdrowotnych, mających możliwy wpływ na wystąpienie niepełności.

Oprócz wspomnianych już zagadnień dotyczących oceny percepcji słuchowej istotne dla nas mogą być informacje o innych aspektach zdrowia dziecka: wszelkich chorobach neurologicznych, urazach głowy, niedotlenieniu, astmie itp. Warto zwrócić uwagę na fakt występowania nie płynności przy okazji zmian w zapisie EEG. Wprawdzie zmiany takie nie są typowe dla jąkania, ale spotkałem się z przypadkami jąkania występującego w padaczkach lub w mózgowym porażeniu dziecięcym (bez cech dyzartrii i oligofazji). Epileptoidalna postać jąkania wyróżniana jest w literaturze od dawna [de Quirós, 1975]. Ponadto zmiany w zapisie EEG mogą wskazywać na gielkot [Woźniak, 2008b].

- Charakterystyka relacji w środowisku rodzinnym dziecka.

Ważne jest ocenienie wzajemnych relacji w rodzinie pod kątem potencjalnego wpływu na podtrzymywanie i utrwalanie nie płynnego mówienia. Podkreślmy jeszcze raz: rodzice nie są przyczyną nie płynności mowy dziecka, ale mogą mieć wpływ na jej utrwalenie lub zanik. Dlatego szczególnie istotne jest określenie relacji emocjonalnych, w tym głównie poziomu lęku w rodzinie (szczególnie u matek) oraz stopnia akceptacji dziecka przez ojca i jego zaangażowania w wychowanie. Obniżenie lęku związanego z wystąpieniem nie płynności, zbudowanie relacji opartej na akceptacji dziecka przez oboje rodziców, wspieranie go w różnych sferach życia bez zwracania uwagi na nie płynność powinno stać się priorytetem postępowania prewencyjno-terapeutycznego.

Drugim faktem, który musimy ustalić, jest styl komunikacji w rodzinie, analizowany głównie pod kątem sposobu komunikacji z dzieckiem. Należy stwierdzić, czy komunikacja z dzieckiem wiąże się z przyjemnością rozmowy dla obu stron, czy też dominuje jakiś inny model: kontrolujący lub autorytarny.

Ponadto warto zwrócić uwagę na tempo mówienia rodziców, szczególnie matek, ponieważ w początkowym okresie mowa matki jest wzorcowa dla dziecka. Zbyt szybkie tempo mowy utrudnia percepcję wypowiedzi i powoduje duży stres komunikacyjny u rozmówcy.

Współpraca z rodzicami

Postawienie rzetelnej diagnozy na podstawie wszechstronnego, kilkutygodniowego procesu diagnostycznego pozwala nam nie tylko na pewny wybór postępowania profilaktyczno-terapeutycznego, ale stanowi już jego pierwszy element. Sam fakt zgłoszenia się rodziców do logopedy jest sygnałem ich troski i zaniepokojenia. Angażując rodziców w zbieranie danych, analizując z nimi nagrania, tłumacząc charakter zaobserwowanych objawów oraz biorąc na siebie odpowiedzialność za przebieg działań, przeciwdziałamy poczuciu narastającego lęku. Pomagamy rodzicom nazwać, zrozumieć i zaakceptować nie tylko objawy nie płynności mowy u dziecka, ale również ich własne uczucia. Stworzone

w trakcie diagnozowania zaufanie i przekonanie o kompetencjach terapeuty buduje motywację i stanowi podstawę dalszych działań.

Kiedy jesteśmy już pewni, że nie płynność mówienia ma niewielkie nasilenie, podejmujemy postępowanie prewencyjno-terapeutyczne w formie interwencji pośredniej. Nasza interwencja ograniczona zostanie do poradnictwa dla rodziców i okresowych wizyt kontrolnych. Aktywność rodziców powinna zostać ukierunkowana przede wszystkim na wypracowanie odpowiednich własnych reakcji na nie płynność mówienia dziecka, kształtowanie poczucia bezpieczeństwa emocjonalnego i akceptacji, dostarczanie odpowiedniego wzorca mówienia. We wszystkich działaniach należy przyjąć naturalność zachowań, bez jakichkolwiek oznak sztuczności – na przykład mówienia bardzo wolnego lub okazywania nadzwyczajnej delikatności w interakcjach rodzic – dziecko.

Punktem wyjścia jest wyjaśnienie rodzicom wszystkich aspektów zdiagnozowanej nie płynności i zapewnienie ich, że z dzieckiem wszystko jest w porządku. Nie oznacza to, że nie można zapewnić mu pomocy przy przejściu przez okres podwyższonej nie płynności, a także w przeciwdziałaniu jej nasilaniu. Proponowane działania, oparte na własnej praktyce, zawierają się w kilku punktach, które korespondują z opisywanymi metodami terapeutycznymi przeznaczonymi dla dzieci [Byrne, 1989; Tarkowski, 1999; Guitar, Conture, 2012].

– Redukcja uwag i strategie słuchania.

Pierwszym zaleceniem jest konsekwentny zakaz zwracania uwagi na nie płynności, przerywania dziecku wypowiedzi w momentach nie płynności, poprawiania go, dawania rad typu: „zwolnij”, „powiedz to jeszcze raz”. Nie wolno okazywać też lęku czy irytacji niewerbalnie. Zawsze pozwalamy dokończyć wypowiedź. Ogromnym błędem jest mówienie o „jąkaniu” przy dziecku. Uwagi te dotyczą wszystkich osób mających kontakt z dzieckiem.

Ponadto rodzice powinni wypracować strategie zaangażowanego słuchania dziecka. Ważne, aby codziennie stwarzać okazje do bezpośrednich dłuższych rozmów, w spokojnym otoczeniu, najlepiej tylko z uczestnictwem najbliższych. Dziecko ma czuć, że rzeczy, o których opowiada, są ważne, a rodzice interesują się tym, co ono mówi. Dobrze, jeśli samo wybiera tematy rozmowy. Do strategii słuchania należy także odpowiedni sposób reagowania w momentach, kiedy dziecko zauważy u siebie kłopoty z płynnością i zasygnalizuje to. Należy wówczas uspokoić je i powiedzieć, że: „to zupełnie normalne, każdy miewa czasem problemy z płynnością, kiedy uczy się mówić. Małe dziecko nie umie dobrze chodzić, ale z czasem się nauczy. Ty też nauczysz się mówić dobrze, tak jak teraz pięknie chodzisz i biegasz”.

– Praca nad relacją rodzic – dziecko.

Relacja między dzieckiem a rodzicami ma fundamentalne znaczenie dla poczucia bezpieczeństwa i przeciwdziałania rozwojowi reakcji lękowych. Wskazane jest tu zaangażowanie obojga rodziców, nawet jeśli relacja między nimi

jest trudna (np. są rozwiedzeni). Ogólnie można przyjąć, że dotyk, kontakt fizyczny i wspólna zabawa są naturalną potrzebą każdego rozwijającego się człowieka w wykształcaniu poczucia bezpieczeństwa. Dodatkowo uwzględniamy fakt, że prawie wszyscy skarżą się na brak czasu na jakieś specjalne ćwiczenia. Dlatego zalecenia w tym zakresie muszą być proste i łatwe do realizacji.

Mamę prosimy o codzienne poświęcenie dziecku kilku minut przed snem. Matka przytula je, głaszcząc po buzi, wykonując delikatny masaż w okolicy policzków, ust, brwi, linii włosów. Dziecko zaśnie spokojne i wyciszone. Bardzo ważne jest, aby matka sama się wyciszyła przed takim kontaktem terapeutycznym.

Ojca angażujemy w spędzanie z dzieckiem czasu: spacer, gry, zabawy ruchowe. Powinien również czytać lub opowiadać dziecku bajki.

Dobrym rozwiązaniem dla obojga rodziców jest wspólne z dzieckiem wykonywanie prac plastycznych czy korzystanie z wybranych elementów Metody Ruchu Rozwijającego, szczególnie ćwiczeń budujących zaufanie lub zabaw podobnych do propozycji Weroniki Sherborne [1997].

– Praca nad komunikacją werbalną.

Główną zasadą w kontakcie werbalnym z dzieckiem powinno być ograniczenie tempa mówienia osoby dorosłej. Zwolnienie tempa mówienia przez rodziców stwarza bardziej komfortowe warunki do budowania płynnej wypowiedzi przez dziecko. Po pierwsze – zmniejsza się presja czasu w dialogu, po drugie – drogą naśladownictwa nieświadomie powiela ono wzorzec mówienia rodzica. W związku z tym nie może być to wzorzec sztuczny: nienaturalnie wolne tempo mówienia spowoduje sprzeciw rodzica, zdziwienie u dziecka i w rezultacie nie da żadnego efektu.

Praca logopedy nad tempem mowy rodziców jest jednym z najtrudniejszych zadań. Tempo powinno być wolniejsze, ale naturalne (około 8–10 głosek na sekundę), sposób mówienia spokojny, artykulacja wyraźna (zwykle trzeba popracować nad wyrazistością samogłosek), słownictwo zrozumiałe dla dziecka. Należy używać pauz i odczekiwać z reakcją werbalną 2–3 sekundy po wypowiedzi dziecka. Trzeba poświęcić szkoleniu rodziców odrębne 1–2 spotkania i zalecić co najmniej tydzień ćwiczeń i samoobserwacji. Rodzice w komunikacji z dzieckiem powinni starać się używać wypracowanego sposobu mówienia, w czasie specjalnym powinni stosować go cały czas. Czas specjalny to około 15 minut przeznaczonych na czytanie dziecku książeczek lub spokojną rozmowę z nim w trakcie wspólnej zabawy, rysowania itp. Realnie oznacza to pełną kontrolę własnego mówienia przez około 20–30 minut dziennie, a w pozostałym czasie pewnie tylko około 20% komunikacji z dzieckiem. Jednak nawet tylko tak skromne czasowo, konsekwentnie stosowane modelowanie, działające przez 2–3 miesiące, powinno dostarczyć trwałego wzorca budowania wypowiedzi w mowie opowieściowej czy dialogu w sytuacji bardziej oficjalnej. Wzorzec mówienia wolniejszego, starannego artykulacyjnie, sprzyja płynności.

Spotkania diagnostyczne i prewencyjno-terapeutyczne obejmują zwykle okres miesiąca, w czasie którego przeprowadzamy średnio cztery spotkania.

Dalsze zalecenia

Dalsze zalecenia sprowadzają się do monitorowania przebiegu postępowania i weryfikacji hipotezy diagnostycznej. Prosimy rodziców o informacje dotyczące przebiegu ich działań i zachowań werbalnych dziecka po czterech, a następnie po ośmiu tygodniach. Po dwunastu tygodniach powinna odbyć się wizyta kontrolna. Zazwyczaj po upływie trzech miesięcy, pod warunkiem rzetelnego wykonywania zaleceń, nie płynność powinna całkiem ustąpić lub spaść do poziomu 2%, bez cech patologiczności. Jeśli jednak nie płynność się utrzymuje lub nasila, trzeba rozważyć zmianę diagnozy i włączenie innych metod terapii. Opisany w artykule model postępowania profilaktyczno-terapeutycznego stanowi właściwą bazę dla wszelkich działań terapeutycznych przeznaczonych dla dzieci z zaburzeniami płynności mowy o niewielkim nasileniu.

Literatura

- Byrne R., 1989, *Pomówmy o zacinaniu*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Chang S., Zhu D., 2013, *Neural network connectivity differences in children who stutter*, „Brain”, nr 136, s. 3709–3726.
- Chang S., Zhu D., Choo A., Anstat M., 2015, *White matter neuroanatomical differences in young children who stutter*, „Brain”, nr 138, s. 694–711.
- Cieslak M., Ingham R.J., Ingham J.C., Grafton S.T., 2015, *Anomalous white matter morphology in adults who stutter*, „Journal of Speech, Language, and Hearing Research”, t. 58(2), s. 268–277.
- Desai J., Huo Y., Wang Z., Bansal R., Williams S.C., Lythgoe D., Zelaya F.O., Peterson B.S., 2017, *Reduced perfusion in Broca's area in developmental stuttering*, „Human Brain Mapping”, t. 38(4), s. 1865–1874.
- Einarsdóttir J., Ingham R.J., 2005, *Have Disfluency-Type Measures Contributed to the Understanding and Treatment of Developmental Stuttering?*, „American Journal of Speech – Language Pathology”, November, t. 14, nr 4, s. 260–273.
- Felsenfeld S., 2002, *Finding susceptibility genes for developmental disorders of speech: The long and winding road*, „Journal of Communication Disorders”, nr 35, s. 329–345.
- Guitar B., 2005, *Stuttering: An Integrated Approach to Its Nature and Treatment*, San Diego: Lippincott Williams & Wilkins.
- Guitar B., Conture E.G., 2012, *Dziecko, które się jęka. Informacje dla pediatry*, tłum. M. Węsierska, Katowice: Centrum Logopedyczne.
- Harrison E., Onslow M., 2010, *The Lindcombe Program for Preschool Children Who Stutter*, [w:] B. Guitar, R. McCauley (red.), *Treatment of Stuttering. Established and Emerging Interventions*, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, s. 118–140.
- Kurkowski Z.M., 2007, *Próba sylabowa do oceny nie płynności mówienia*, Warszawa: Stowarzyszenie Przyjaciół Osób Niesłyszących i Niedosłyszących „Człowiek-Człowiekowi”.
- Kurkowski Z.M., 2013, *Audiogenne uwarunkowania zaburzeń komunikacji językowej*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Kurkowski Z.M., 2018, *Lateralizacja słuchowa – wybrane problemy diagnozy i terapii*, „Logopedia”, nr 47, s. 215–230.

- Onslow M., Packman A., Harrison E., 2003, *The Lindcombe Program of Early Stuttering Intervention: A Clinicians' Guide*, Austin: Pro-Ed.
- Quirós J.B. de, 1975, *Leczenie jąkania. Wybrane zagadnienia z defektologii III*, Warszawa: Akademia Teologii Katolickiej.
- Sherborne W., 1997, *Ruch rozwijający dla dzieci*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Tarkowski Z., 1992, *Jąkanie wczesnodziecięce*, Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Tarkowski Z., 1999, *Jąkanie*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Woźniak T., 2008a, *Standard postępowania logopedycznego w przypadku jąkania*, „Logopedia”, nr 37, s. 217–226.
- Woźniak T., 2008b, *Standard postępowania logopedycznego w przypadku gielkotu*, „Logopedia”, nr 37, s. 227–234.
- Yaruss J.S., 1997, *Clinical Measurement of Stuttering Behaviors*, https://pubs.asha.org/doi/pdf/10.1044/cicsd_24_S_27 (dostęp: 15.06.2020).

Streszczenie

Artykuł podejmuje zagadnienie postępowania logopedycznego w przypadku dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym, u których występuje niewielkie nasilenie nie płynności mówienia. Jest to ważny problem w praktyce logopedycznej, ponieważ nie płynność mówienia występuje w okresie rozwoju mowy u 5% dzieci. Jąkanie dotyczy tylko 1% i tylko w przypadku dzieci jękających się napotykamy jasno określone procedury terapii. Praca logopedy z dziećmi z mniej nasiloną nie płynnością, odróżnienie nie płynności rozwojowej od patologicznej oraz odpowiednie działania terapeutyczne i profilaktyczne stają się zasadniczą kwestią terapii. W artykule omówiono zagadnienia podłoża nie płynności u dzieci, jej diagnozy oraz dalszych działań terapeutyczno-profilaktycznych.

Abstract

The article addresses the issue of speech-language therapy in the case of preschool and early school age children who have a slight severity of disfluency. This is an important problem in speech-language therapy practice, because disfluency of speech occurs in the period of speech development in 5% of children. Stuttering only affects 1% and only stuttering children encounter clearly defined therapy procedures. The work of a speech-language therapist with children with less severe disfluency, distinguishing between developmental and pathological disfluency, as well as appropriate therapeutic and preventive procedures become fundamental issue. The article discusses in turn the issues of the basis of children's disfluency, its diagnosis and further therapeutic and preventive procedures.