

PRZEGLĄD

Logopedyczno Pedagogiczno Psychologiczny

ISSN 2658-2953

NR 4/2022

W numerze:

**Dziecko z niedokształceniem mowy
o typie afazji wobec wymagań
edukacyjnych**

**Dziecko z zaburzeniami ze spektrum
autyzmu w przedszkolu**

**Dzieci i młodzież
z niepełnosprawnością wzroku**



Wprowadzenie

Szanowni Państwo, oddaję czwarty numer internetowego czasopisma „Przegląd Logopedyczno-Pedagogiczno-Psychologiczny”. Cieszę się, że czasopismo istnieje i rozwija się.

W bieżącym numerze znalazły się cztery artykuły zawierające propozycje dostosowań edukacyjnych do pracy z dziećmi niepełnosprawnymi w przedszkolu i szkole. W artykułach przedstawione są dostosowania dla dzieci: z niedokształceniem mowy o typie afazji, ze spektrum autyzmu, z niepełnosprawnością intelektualną oraz z niepełnosprawnością wzroku.

Wśród artykułów znalazły się dwie publikacje przybliżające rzadko występujące wady genetyczne: zespół Charge’a oraz ataksję-teleangiektazję. Artykuły te są źródłem cennych informacji na temat diagnozy, terapii oraz możliwości komunikowania się dzieci z tymi chorobami.

Ponadto w numerze znajduje się interesujący artykuł dotyczący niezwykle ważnego zagadnienia badań nad dysleksją u osób dwujęzycznych. Osoby zainteresowane praktycznymi rozwiązaniami terapeutycznymi z pewnością znajdą wiele inspiracji w artykule opisującym plan terapii dziecka z opóźnionym rozwojem psychoruchowym.

Ostatni artykuł w bieżącym numerze czasopisma przedstawia KATIS – inteligentny program komputerowy wspomagający diagnozę i terapię dzieci z zaburzeniami sensorycznymi.

Kończąc, bardzo serdecznie dziękuję wszystkim Autorkom i Autorom oraz całemu Zespołowi Redakcyjnemu i Recenzentowi za pracę nad numerem czasopisma, a Czytelnikom życzę miłej lektury i inspiracji do podejmowania nowych wyzwań zawodowych.

redaktor naczelna
Joanna Gruba

Redaktor naczelna – dr Joanna Gruba

Rada redakcyjna

dr Daria Jodzis

dr Magdalena Knappek

dr Piotr Furmankiewicz

Recenzent – dr Krzysztof Szamburski

Korekta – Dorota Gabala, Agata Krawczyk

Projekt okładki – Krzysztof Stawiarski

Skład – Iwo Sajdak

Copyright © 2022 by Komlogo

Czasopismo wydawane jest w wersji elektronicznej.

Publikację można pobrać wyłącznie ze strony www.komlogo.pl po zalogowaniu się.

Wszelkie prawa zastrzeżone.

Wydawnictwo KOMLOGO

44-109 Gliwice, ul. Pszenna 2

tel. 32 233 54 71, tel. kom. 504 245 737

www.komlogo.pl, info@komlogo.pl



Gliwice 2022

Spis treści

Anna Paluch	
Dziecko z niedokształceniem mowy o typie afazji	
wobec wymagań edukacyjnych	
– propozycje dostosowań przydatnych przy opracowywaniu IPET.	5
Anna Bogacz-Rybczak	
Dziecko z zaburzeniami ze spektrum autyzmu w przedszkolu.	
Metody i formy pracy	9
Małgorzata Błotnicka	
Dzieci i młodzież z niepełnosprawnością wzroku.	16
Małgorzata Błotnicka	
Dzieci i młodzież z niepełnosprawnością intelektualną	
w polskim systemie edukacji	22
Rafał Młyński	
Dysleksja w warunkach dwujęzyczności – przegląd badań	29
Dorota Radecka	
Ataksja-teleangiektazja (AT) okiem logopedy.	37
Aleksandra Bogacz	
Rozwój komunikacji u dziecka z zespołem CHARGE	41
Dominika Jaskólska	
Opóźnienie rozwoju psychoruchowego	
w okresie wczesnego dzieciństwa.	
Analiza przypadku wraz z planem terapii logopedycznej.	49
Anna Sieradzka	
KATIS – Komputerowy Asystent Terapeuty Integracji Sensorycznej	57



Elżbieta Drewniak-Wołosz

psycholog, neurologopeda
elzbieta.wolosz@op.pl

Anna Paluch

psycholog, logopeda
www.logopedia-afazja.pl

Dziecko z niedokształceniem mowy o typie afazji wobec wymagań edukacyjnych – propozycje dostosowań przydatnych przy opracowywaniu IPET

STRESZCZENIE

Artykuł dotyczy dzieci i młodzieży z niedokształceniem mowy o typie afazji/DLD. Zawiera krótką charakterystykę zaburzenia i opis często występujących trudności szkolnych u uczniów z niedokształceniem mowy o typie afazji. Autorki przedstawiają podstawowe zasady dostosowywania pracy z dziećmi i młodzieżą na różnych etapach ich edukacji, uzasadniając w ten sposób konieczność opracowywania indywidualnych programów edukacyjno-terapeutycznych (IPET) w nawiązaniu nie tylko do obowiązującej metodyki pracy, ale też znajomości mocnych stron i ograniczeń uczniów z zaburzeniem mowy i języka.

WSTĘP

Zaburzenie w rozwoju języka (DLD – niedokształcenie mowy o typie afazji/afazja rozwojowa) zamieszczone zostało w klasyfikacji ICD-11 w kategorii zaburzeń neurorozwojowych. Zgodnie z zaleceniami zaburzenie diagnozujemy najwcześniej w 4. lub 5. r.ż. dziecka, wykluczając jednocześnie m.in. niedosłuch, zaburzenie rozwoju intelektualnego czy zaburzenia ze spektrum autyzmu jako możliwe przyczyny nieprawidłowego przebiegu rozwoju językowego.

Neurodysfunkcje leżące u podłoża n.m. o typie afazji powodują nie tylko zaburzenia w rozwoju mowy i języka (objawy specyficzne), ale też w zakresie różnych sprawności dotyczących sfery niewerbalnej (objawy niespecyficzne, towarzyszące). Oprócz szczególnie istotnych trudności w przyswajaniu języka i posługiwaniu się nim możemy rejestrować u dzieci zaburzenia uwagi i pamięci, funkcji percepcyjnych, motoryki małej i dużej, zaburzenia dynamiki procesów nerwowych (nadwrażliwość, labilność, nadruchliwość lub wolniejsze tempo wykonywania czynności) oraz tempa i jakości przetwarzania różnego rodzaju informacji.



Wyróżniamy dwa podstawowe typy n.m. o typie afazji:

- z przewagą zaburzeń ekspresji,
- z przewagą zaburzeń percepcji mowy.

W każdym z podtypów zaburzenia obserwujemy trudności w zakresie tzw. podstawowych czynności mowy (rozumienia, powtarzania, nazywania, planowania i realizacji dłuższych wypowiedzi) oraz deficyty w obrębie podsystemów języka (fleksja i składnia, leksyka i semantyka, fonetyka i fonologia). Opanowywanie podstawowych technik szkolnych (umiejętności czytania i pisanie oraz liczenia) jest dla uczniów z niedokształceniem mowy o typie afazji utrudnione pod wieloma względami. Przejawy trudności w tym zakresie zależą od rodzaju i głębokości zaburzenia językowego oraz kompetencji dziecka w sferze pozajęzykowej.

Ograniczenia wynikające z omawianego zaburzenia rozwojowego utrudniają dziecku zdobywanie wiedzy w różnych obszarach. Nauczyciele wszystkich przedmiotów szkolnych stają przed koniecznością indywidualnego podejścia do ucznia w zakresie wyboru treści programowych, sposobu ich realizacji, sposobu motywowania i oceniania oraz wsparcia ucznia w zazwyczaj trudnej dla niego rzeczywistości szkolnej. Zaburzenia komunikacji werbalnej nie pozostają bez związku z trudnościami emocjonalno-społecznymi, na co też jako specjaliści i pedagodzy powinniśmy zwracać uwagę.

1. TRUDNOŚCI DZIECKA Z N.M.

O TYPIE AFAZJI PODCZAS ZAJĘĆ EDUKACYJNYCH

Aktywne uczestnictwo w zajęciach szkolnych wiąże się dla dziecka z n.m. o typie afazji z dużym wysiłkiem. Szum (nieunikniony w grupie), natłok informacji (głównie werbalnych), ograniczenia czasowe przy wykonywaniu różnych czynności, niepewność znaczenia komunikatów, problemy z wykazaniem się posiadaną wiedzą oraz liczne niepowodzenia przy wykonywaniu zadań szkolnych są dla ucznia z afazją bardzo obciążające. Zauważamy, że dziecko:

- szybko się męczy;
- nie jest w stanie skupiać uwagi na dłużej;
- szybko traci zainteresowanie zbyt trudnym zadaniem;
- traci motywację do pracy;
- wolniej wykonuje wszystkie zadania;
- słabo zapamiętuje materiał z lekcji opartej tylko na przekazie werbalnym, pozbawionej podparcia wzrokowego;
- może nie rozumieć słyszanych komunikatów;
- może nie rozumieć samodzielnie czytanych tekstów i mieć problem z ich opracowaniem;
- może mieć trudności w samodzielnej ocenie ważności podawanych przez nauczyciela informacji i z samodzielnym wykonaniem notatki z lekcji;
- zwykle ma problem z samodzielnym napisaniem wypracowania;
- ma wyraźne ograniczenia w uczeniu się na pamięć (zapamiętuje wolniej, niedokładnie, nieadekwatnie i szybciej zapomina);
- ma trudności w samodzielnym czytaniu i opracowaniu lektur;
- ma trudności ze zrozumieniem przysłów, przenośni i metafor;
- ze względu na trudności językowe może mieć narastający z wiekiem problem z nawiązywaniem i podtrzymywaniem bliższych relacji z rówieśnikami.

Należy mieć na uwadze, że dziecko z n.m. o typie afazji ma, jak każdy człowiek, potrzebę sukcesu i akceptacji. Sukcesy u tych dzieci nie przychodzą łatwo i są okupione ciężką pracą. Rolą nauczycieli jest zrozu-



mienie problemów ucznia wynikających z zaburzenia i wykorzystanie takich form dostosowań, by miał on szansę na zdobywanie wiedzy i podnoszenie wiary we własne możliwości.

2. OBSZARY ODDZIAŁYWAŃ TERAPEUTYCZNYCH

W pracy terapeutycznej i edukacji dzieci z n.m. o typie afazji konieczne są kompleksowe oddziaływania usprawniające nabywanie i posługiwanie się językiem, ale też uwzględniające trudności rozwojowe dzieci w sferze pozajęzykowej. Za kluczowe uważamy:

- zapewnienie dziecku wsparcia emocjonalnego (musi ono czuć się zauważone i bezpieczne);
- dostosowywanie do potrzeb dziecka zindywidualizowanego przekazu treści programowych;
- stosowanie materiałów wzrokowo-przestrzennych ułatwiających zapamiętywanie;
- ograniczanie lub upraszczanie przez nauczyciela treści werbalnych oraz kontrolowanie lub wspomaganie jakości i stopnia ich zrozumienia przez dziecko;
- akceptowanie indywidualnego tempa pracy dziecka, stosowanie częstych przerw w pracy umysłowej;
- ocenianie postępów dziecka z uwzględnieniem jego możliwości i ograniczeń.

3. GRUPY WIEKOWE

Systematyczna terapia logopedyczna oraz inne formy wsparcia terapeutycznego i edukacyjnego przynoszą stopniową poprawę w funkcjonowaniu dzieci z n.m. o typie afazji. Z czasem mogą one osiągnąć taki poziom umiejętności językowych, który nie wpływa istotnie na jakość ich komunikacji w codziennych sytuacjach. Jednak nadal mogą one borykać się z problemami w czytaniu i pisanii, w sprawnym rozumieniu i przetwarzaniu informacji odbieranych słuchowo, zapamiętywaniu ich, w planowaniu i realizacji dłuższych wypowiedzi, w uczeniu się oraz elastycznym stosowaniu zróżnicowanych strategii postępowania w rozwiązywaniu problemów. Wtórnie mogą pojawić się u nich zaburzenia emocjonalne lub dotyczące relacji z rówieśnikami i dorosłymi.

Wsparcie dzieci w edukacji szkolnej jest działaniem koniecznym. Formy i sposoby tego wsparcia zależą od rodzaju występujących trudności. Powinny one zostać określone w orzeczeniu o potrzebie kształcenia specjalnego. Terapeuci i nauczyciele pracujący z dzieckiem objętym kształceniem specjalnym mają obowiązek opracowywania IPET-u i WOPF-u. Świadomość ograniczeń ucznia wynikających z zaburzenia ułatwia dobór metod pracy z nim, ale też ocenę jego postępów w nauce.

PODSUMOWANIE

Dziecko z diagnozą niedokształcenia mowy o typie afazji powinno mieć zapewnione wsparcie na każdym etapie edukacji. W związku z tym, że edukacja oparta jest przede wszystkim na przekazie werbalnym, dziecko z afazją powinno dostać takie wsparcie zarówno na poziomie edukacji przedszkolnej i wczesnoszkolnej, jak i później, na każdym z realizowanych przedmiotów szkolnych. Każdy nauczyciel pracujący z dzieckiem z afazją powinien mieć wiedzę na temat tego zaburzenia i jego przejawów u konkretnego ucznia. Powinien znać zalecenia dotyczące sposobu dostosowywania wymagań stawianych dziecku i oceniania jego postępów w procesie edukacji.

BIBLIOGRAFIA

1. Daniluk B., *Specyficzne zaburzenia językowe u dzieci*, [w:] *Neuropsychologia kliniczna dziecka*, Warszawa 2006.
2. Drewniak-Wołosz E., Paluch A., *Karty oceny języka dziecka afatycznego KOJD-AFA. Podręcznik*, Gliwice 2018.



3. Drewniak-Wołosz E., Paluch A., *Niedokształcenie mowy o typie afazji – rozważania nad kryteriami diagnozy*, [w:] „Logopeda” 1(7)/2009.
4. Kordyl Z., *Psychologiczne problemy afazji dziecięcej*, Warszawa 1968.
5. Krasowicz-Kupis G., *SLI i inne zaburzenia językowe*, Sopot 2012.
6. Maryniak A., *Zaburzenia rozwoju językowego*, [w:] Jerzak M. (red.), *Zaburzenia psychiczne i rozwojowe u dzieci a rzeczywistość szkolna*, Warszawa 2016.
7. Paluch A., Drewniak-Wołosz E., *Dziecko afatyczne w szkole i przedszkolu. Poradnik dla nauczycieli*, Gliwice 2017.
8. Paluch A., Drewniak-Wołosz E., Mikosza L. *AFA-SKALA. Jak badać mowę dziecka afatycznego?*, Kraków 2008.

Notki o autorkach

mgr Elżbieta Drewniak-Wołosz – psycholog, logopeda, neurologopeda, specjalista ds. afazji dziecięcej. Pracuje w Zespole Szkolno-Przedszkolnym dla Dzieci Afatycznych Zgromadzenia Sióstr Felicjanek w Krakowie, zajmuje się diagnozą i terapią dzieci z niedokształceniem mowy o typie afazji. Prowadzi szkolenia. Współpracuje z Krakowską Akademią im. Frycza Modrzewskiego w Krakowie (podyplomowa logopedia). Autorka i współautorka publikacji dotyczących problematyki afazji, w tym narzędzi diagnostycznych AFA-SKALA i KOJD-AFA.

mgr Anna Paluch – psycholog, logopeda, specjalista ds. afazji dziecięcej, pracowała m.in. w krakowskim ośrodku dla dzieci afatycznych; obecnie pracuje w poradni psychologiczno-pedagogicznej i w prywatnym gabinecie. Prowadzi szkolenia na temat różnych zagadnień związanych z problematyką zaburzeń rozwoju mowy i języka u dzieci. Od lat zainteresowana tą tematyką, podejmuje ją w formie publikacji, wystąpień i udziału w dyskusjach. Współautorka narzędzi diagnostycznych AFA-SKALA i KOJD-AFA.



Anna Bogacz-Rybczak

psycholog, specjalista terapii pedagogicznej i wczesnego wspomagania rozwoju

anna.b.bogacz@gmail.com

Dziecko z zaburzeniami ze spektrum autyzmu w przedszkolu. Metody i formy pracy

STRESZCZENIE

Celem artykułu jest przedstawienie problematyki pracy z dzieckiem z zaburzeniami ze spektrum autyzmu w przedszkolu. Omówiono w nim zmiany w kryteriach diagnostycznych zaburzeń ze spektrum autyzmu według najnowszej klasyfikacji chorób i problemów zdrowotnych ICD-11¹. Przedstawiono także propozycje dostosowań wymagań edukacyjnych w różnych obszarach funkcjonowania dziecka z tymi zaburzeniami w przedszkolu.

Przedstawione w artykule propozycje są fragmentem projektu dotyczącego dostosowań edukacyjnych dla dzieci z niepełnosprawnościami. Projekt jest opracowywany we współpracy z Wydawnictwem Komlogo.

WSTĘP

Autyzm to spektrum zaburzeń (ang. *autism spectrum disorder*, ASD) należące do grupy zaburzeń neurorozwojowych. Określenie „spektrum zaburzeń” wiąże się z koncepcją, według której autyzm nie jest typową jednostką chorobową, która daje takie same lub bardzo podobne objawy u każdej osoby. Zgodnie z aktualnym stanem wiedzy zaburzenia ze spektrum autyzmu charakteryzują się trudnościami w komunikacji i interakcjach społecznych oraz ograniczonymi i powtarzającymi się wzorcami zachowań. Mogą im towarzyszyć zaburzenia rozwoju intelektualnego i mowy funkcjonalnej. Różnorodność objawów i stopień ich nasilenia wyraża się inaczej u każdej osoby dotkniętej autyzmem. Wielu specjalistów zwraca uwagę, że autyzm nie przypomina prostej, na której możemy oznaczać natężenie objawów, a raczej pajęczynę lub układ współrzędnych. W związku z tym nie są to zaburzenia jednowymiarowe; osoba z zaburzeniami ze spektrum autyzmu może dobrze radzić sobie w jednym obszarze życia, a doświadczać ogromnych trudności w innym.

1. DIAGNOZA ZABURZEŃ ZE SPEKTRUM AUTYZMU WEDŁUG ICD-11

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) autyzm należy do najpoważniejszych globalnych problemów zdrowotnych, może dotyczyć 1 na 100 dzieci. Zwykle rozpoczyna się we wczesnym dzieciństwie, już u niemowląt można zauważyć pierwsze niepokojące objawy².

1 Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-11.

2 Test przesiewowy, który może pomóc rodzicom w sprawdzeniu, czy ich dziecko rozwija się typowo, znajduje się na stronie www.badabada.pl.



Im szybciej postawiona zostanie diagnoza i wdrożone zostaną odpowiednie oddziaływania terapeutyczne, tym większa jest szansa na lepsze funkcjonowanie dziecka w środowisku społecznym.

WHO w najnowszej Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-11 proponowała nowe podejście do diagnozy zaburzeń autystycznych³. Nie znajdziemy w niej różnych „odmian” autyzmu, jak zespół Aspergera, autyzm dziecięcy czy atypowy. Wszystkie te „rodzaje” autyzmu zastąpiono jedną nową kategorią pod nazwą „zaburzenia ze spektrum autyzmu”. Natomiast diagnoza ta będzie uszczegółowiona o informacje dotyczące trudności, jakie dominują w obrazie funkcjonowania pacjenta, w tym poziomu rozwoju intelektualnego i komunikacyjno-językowego oraz natężenia symptomów na trzech poziomach głębokości:

- L1 – wymaga wsparcia, problemy dotyczą głównie relacji społecznych;
- L2 – wymaga znaczącego wsparcia, problemy z komunikacji z ludźmi;
- L3 – wymaga bardzo znaczącego wsparcia, niezdolny do komunikacji werbalnej i pozawerbalnej.

Podstawą diagnozy jest diada zachowań autystycznych: trwały deficyt w komunikacji społecznej i relacjach społecznych oraz skłonności do ograniczonych, nieelastycznych, powtarzalnych wzorców zachowań, czynności i zainteresowań.

Tabela 1. Klasyfikacja zaburzeń ze spektrum autyzmu według ICD-11

6A02	Zaburzenia ze spektrum autyzmu ASD
6A02.0	Zaburzenie ze spektrum autyzmu bez zaburzeń rozwoju intelektualnego i z łagodnym upośledzeniem czynnościowym/funkcjonalnym języka lub bez niego
6A02.1	Zaburzenie ze spektrum autyzmu z zaburzeniami rozwoju intelektualnego i łagodnym upośledzeniem czynnościowym/funkcjonalnym języka lub bez niego
6A02.2	Zaburzenie ze spektrum autyzmu bez zaburzeń rozwoju intelektualnego i z zaburzonym językiem funkcjonalnym
6A02.3	Zaburzenie ze spektrum autyzmu z zaburzeniami rozwoju intelektualnego i z zaburzeniami czynnościowymi/funkcjonalnymi języka
6A02.4	Zaburzenie ze spektrum autyzmu bez zaburzeń rozwoju intelektualnego i z brakiem języka funkcjonalnego
6A02.5	Zaburzenie ze spektrum autyzmu z zaburzeniami rozwoju intelektualnego i z brakiem języka funkcjonalnego
6A02.Y	Inne zaburzenia ze spektrum autyzmu
6A02.Z	Zaburzenie ze spektrum autyzmu – nieokreślone

Tabela 2. Przykładowe porównanie diagnozy tego samego pacjenta w klasyfikacjach ICD-10 i ICD-11

ICD-10	F84.1	Zespół Aspergera
ICD-11	6A02.0	Zaburzenie ze spektrum autyzmu bez zaburzeń rozwoju intelektualnego i z łagodnym upośledzeniem czynnościowym/funkcjonalnym języka lub bez niego

³ Klasyfikacja obowiązuje na świecie od 1 stycznia 2022 r.. Polskę obowiązuje 5-letni okres przejściowy na wdrożenie klasyfikacji. Do tego czasu obowiązywać będzie nadal „starsza” klasyfikacja ICD-10.



Nowe spojrzenie na spektrum autyzmu w klasyfikacji ICD-11 na pewno pozwoli specjalistom stawiać bardziej precyzyjne i opisowe diagnozy, z uwzględnieniem faktycznych problemów pacjentów, co wpłynie również pozytywnie na edukację rodzin oraz nauczycieli i specjalistów pracujących z dziećmi z zaburzeniami ze spektrum autyzmu.

2. DZIECKO Z ZABURZENIAMI ZE SPEKTRUM AUTYZMU W PRZEDSZKOLU

Rozpoczęcie nauki w przedszkolu jest dla dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu ogromnym wyzwaniem, wymaga także dużego zaangażowania ze strony nauczycieli i innych specjalistów. Dlatego włączanie dziecka z ASD do grupy przedszkolnej powinno być dobrze przygotowanym i przemyślanym procesem, uwzględniającym wszystkie potrzeby i kompetencje dziecka.

Przygotowując wielospecjalistyczną ocenę poziomu funkcjonowania ucznia (WOPFU), należy uwzględnić diagnozę wynikającą z orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego. Aby jednak zebrać jak najdokładniejsze informacje o funkcjonowaniu dziecka, trzeba również wykorzystać następujące źródła: dane z wywiadu oraz rozmów z rodzicami i opiekunami dziecka, opinie psychopedagogiczne i medyczne oraz wiedza pochodząca z obserwacji zachowania dziecka przez specjalistów pracujących w przedszkolu. W miarę możliwości warto również poszerzyć metody obserwacyjne o diagnozę rozwoju psychoruchowego dziecka (np. testem KORP⁴), co pozwoli nakreślić jego słabe i mocne strony we wszystkich sferach i obszarach funkcjonowania, które są uznane za znaczące dla powodzenia dziecka w życiu społecznym.

Na podstawie WOPFU należy stworzyć indywidualny program edukacyjno-terapeutyczny (IPET), którego bardzo ważnym elementem jest przygotowanie odpowiednich dostosowań wymagań edukacyjnych do potrzeb i możliwości dziecka.

3. PROPOZYCJE DOSTOSOWANIA WYMAGAŃ EDUKACYJNYCH

Dostosowania wymagań edukacyjnych dla dziecka w wieku przedszkolnym powinny uwzględniać następujące obszary jego funkcjonowania⁵: fizyczny (w tym otoczenie fizyczne oraz samodzielność i samoobsługa), emocjonalno-społeczny, poznawczy oraz komunikowania się.

Podstawowym aspektem, o który należy zadbać w pierwszej kolejności, jest przygotowanie otoczenia dziecka w sensie fizycznym i społecznym. Nie wolno zapominać, że najważniejszą osobą w edukacji przedszkolnej jest nauczyciel. To jego wiedza, umiejętności i kompetencje są podstawą do kształtowania bezpiecznego i przyjaznego dla dziecka autystycznego otoczenia fizycznego, wyboru odpowiednich metod i form pracy oraz kształtowania pozytywnych postaw innych dzieci wobec dziecka niepełnosprawnego, a także nawiązywania współpracy z rodzicami. Dlatego też najważniejszym założeniem w pracy z dziećmi niepełnosprawnymi jest wyposażenie nauczyciela w odpowiednie umiejętności i kompetencje.

Poniżej przedstawiono propozycje dostosowań wymagań edukacyjnych dla dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu w wieku przedszkolnym w poszczególnych obszarach funkcjonowania dziecka.

3.1. OBSZAR FIZYCZNY

(W TYM OTOCZENIE FIZYCZNE ORAZ SAMODZIELNOŚĆ I SAMOOBSŁUGA)

1. Zapewnienie dziecku bezpiecznej adaptacji do warunków przedszkolnych poprzez:
 - udział w zajęciach adaptacyjnych przed rozpoczęciem nauki w przedszkolu;

⁴ Karty Oceny Rozwoju Psychoruchowego KORP wydane przez Wydawnictwo Komlogo.

⁵ Wynikające z obowiązującej podstawy programowej przedszkola.



- udział w pierwszych zajęciach w obecności rodzica (jeśli standardy placówki to umożliwiają);
- stopniowe wydłużanie czasu pobytu dziecka w przedszkolu.
- 2. Zapoznanie dziecka z topografią przedszkola (sala, gabinety terapeutyczne, toalety, szatnia, plac zabaw itd.).
- 3. Umieszczenie na drzwiach pomieszczeń piktogramów, symboli, rysunków prezentujących przeznaczenie pomieszczenia.
- 4. Przystosowanie pomieszczeń, w których dziecko przebywa, poprzez zminimalizowanie elementów rozpraszających i ograniczenie liczby bodźców wzrokowych (np. nadmierna ilość zabawek, obrazki na ścianach, lustra).
- 5. Dostosowanie oświetlenia (unikanie oświetlenia jarzeniowego, zastępowanie go np. światłem z żarówki LED).
- 6. Minimalizowanie bodźców słuchowych (np. dźwięków z tła), eliminowanie dźwięków drażniących (np. dźwięk dzwonka, telefonu, stałe dźwięki o wysokich tonach).
- 7. Eliminowanie zapachów drażniących (np. perfumy, odświeżacze powietrza).
- 8. Oswajanie dziecka z bodźcami powodującymi dyskomfort, stopniowe wprowadzanie nowych, zapoznanie i odzwyczajanie.
- 9. Zachowanie stałych miejsc przechowywania zabawek i materiałów edukacyjnych, oznaczanie ich odpowiednim piktogramem, symbolem lub rysunkiem.
- 10. Zachowanie stałych miejsc przechowywania osobistych rzeczy dziecka (np. wieszak na ręcznik, miejsce na kubek i szczoteczkę w łazience, szafka w szatni), oznaczanie ich indywidualnym symbolem lub rysunkiem.
- 11. Zachowanie stałych miejsc nauki i zabawy (np. ten sam stół podczas zajęć, ta sama mata podczas leżakowania).
- 12. Opracowanie planu codziennych zajęć, przedstawienie go w formie planszy graficznej wiszącej w widocznym i dostępnym dla dziecka miejscu.
- 13. Wcześniejsze informowanie o wszystkich zmianach (np. w rozkładzie zajęć), uprzedzanie o zastępstwach, wyjściach, wizytach nowych osób.
- 14. Wyraźne zaznaczanie końca określonej aktywności, zabawy, zadania, zanim przejdzie się do następnych.
- 15. Pomoc w nabywaniu umiejętności organizacyjnych w zakresie przygotowania się do zajęć: podpowiadanie dziecku poszczególnych kroków, zwizualizowanie schematu działania na planszy graficznej, np. przynoszenie z wyznaczonego miejsca odpowiednich przedmiotów potrzebnych do realizacji zajęć (kartka, kredki, książeczka, klocki itp.) lub zajęcie swojego wyznaczonego miejsca (np. przy stole, na dywanie).
- 16. Udzielanie wsparcia w zakresie realizacji potrzeb fizjologicznych: zachęcanie do skorzystania z toalety (np. stosując atrakcyjną nakładkę na sedes, podnózek lub stołeczek pod stopy).
- 17. Zadbanie o przyjazną atmosferę w toalecie (np. zaaranżowanie przyjaznego i spokojnego miejsca z elementami atrakcyjnymi dla dziecka).
- 18. Udzielanie wsparcia w zakresie realizacji czynności higienicznych (tj. mycia rąk, twarzy, zębów): przypominanie i zachęcanie do ich wykonywania, prowadzenie do łazienki po posiłkach i po zabawie, zwracanie uwagi na potrzebę dbania o higienę.
- 19. Udzielanie wsparcia w zakresie rozbierania i ubierania się: instruowanie, podpowiadanie sposobów zdejmowania i zakładania ubrań oraz obuwia (ze szczególnym zwróceniem uwagi na przód i tył, prawy i lewy, a także rodzaj zapięcia, np. zamki, napy, guziki, rzepy, sznurówki).



20. Udzielanie wsparcia w zakresie nawyków żywieniowych, zapewnienie miejsca do spożywania przez dziecko posiłków przy stoliku w stałym miejscu, zaznaczonym w przyjazny sposób (np. atrakcyjną serwetką, podkładką oraz symbolem, piktogramem lub rysunkiem).

3.2. OBSZAR EMOCJONALNO-SPOŁECZNY

1. Stopniowe wprowadzanie do grupy przedszkolnej, umożliwienie kontaktu „jeden na jeden” z nauczycielem i trening kontaktu w małej grupie rówieśniczej (w zależności od możliwości, potrzeb i sposobu funkcjonowania dziecka).
2. Systematyczne przywoływanie uwagi dziecka: wołanie po imieniu, fizyczne nakierowywanie na siebie i nawiązywanie kontaktu wzrokowego.
3. Zwizualizowanie obowiązujących norm i zasad w postaci plakatu ze zrozumiałymi rysunkami przedstawiającymi je.
4. Modelowanie właściwych zachowań w różnych sytuacjach społecznych: udzielanie jasnych wskazówek dotyczących zachowania się dziecka w określonej sytuacji (np. co i w jaki sposób ma zrobić), unikanie mówienia, czego ma nie robić i jak się nie zachowywać.
5. Stwarzanie różnorodnych sytuacji do nabywania doświadczeń społecznych.
6. Praca w oparciu o zróżnicowane wzmocnienia pozytywne (np. pochwały, nagrody niematerialne i materialne), stosowane bezpośrednio po oczekiwanym zachowaniu dziecka.
7. Nagradzanie i wzmacnianie pożądanych zachowań (praca na pozytywach), a ignorowanie zachowań niepożądanych (o ile nie są one niebezpieczne dla dziecka i jego otoczenia).
8. Stosowanie metod monitoringu zachowania dziecka w postaci systemów motywacyjnych (np. metoda żetonowa).
9. Rozwijanie podstawowych wiadomości i umiejętności w zakresie rozpoznawania i nazywania emocji z wykorzystaniem pomocy dydaktycznych, obrazków, zdjęć, piktogramów oraz konkretnych sytuacji.
10. Pomaganie dziecku w prawidłowym wyrażaniu emocji, podpowiadanie sposobów wyrażania emocji w sposób bezpieczny dla siebie i innych.
11. Opracowanie indywidualnych sposobów radzenia sobie z trudnymi emocjami, przedstawienie ich w formie plakatu z rysunkami i odwoływanie się do nich w sytuacjach trudnych.
12. W sytuacji przeżywania trudnych emocji umożliwienie pobytu w spokojnym, cichym miejscu (np. specjalnie przygotowanym kąciku, namiocie, gabinecie terapeutycznym).
13. Wykorzystywanie w sytuacjach codziennych bodźców sensorycznych, które uspokajają i wyciszają dziecko (np. spokojna muzyka, mały przedmiot do ściskania lub manipulowania rękami, nakrycie kołderką obciążeniową), a nawet zgoda na chwilę autostymulacji (np. kołysanie się) w sposób kontrolowany czasowo (kilkadziesiąt sekund do kilku minut).
14. Profilaktyczne, a także w sytuacjach trudnych wykorzystywanie technik relaksacyjnych (np. bajki i zabawy relaksacyjne, masażyki, ćwiczenia oddechowe).
15. Rozwijanie u dziecka wiary we własne możliwości i kompetencje poprzez angażowanie go w różne zadania i zabawy, w których może osiągnąć sukces.
16. Zachęcanie do zabaw polegających na współpracy i współdziałaniu z innymi: inicjowanie zabaw z innymi dziećmi, aktywne włączanie dziecka do zabaw z rówieśnikami, jednoczesne czuwanie nad właściwymi formami kontaktu i relacji, zapobieganie sytuacjom konfliktowym.
17. Organizowanie zabaw w duecie lub w grupach „sprzyjających” dziecku, z rówieśnikami respektującymi jego sposób funkcjonowania.
18. Unikanie zabaw związanych z rywalizacją.



19. Unikanie zadań i zabaw związanych z nadmiernie powtarzalnymi zachowaniami dziecka (schematyzmy i fiksacje), które dezorganizują jego aktywność.
20. Przerywanie zachowań schematycznych dziecka, np. poprzez odwracanie uwagi i przekierowywanie na inne aktywności.

3.3. OBSZAR POZNAWCZY

1. Wydłużanie czasu przeznaczonego na wykonywanie poszczególnych zadań i prac (w razie potrzeby).
2. Ustalenie określonego czasu pracy, z jasnym i czytelnym sposobem jego odliczania (klepsydra, minutnik, zegar).
3. Stosowanie przerw w trakcie nauki lub zabawy, gdy dziecko wykazuje oznaki zmęczenia, znużenia lub przebodźcowania, albo zmiana aktywności, wprowadzenie krótkich, kontrolowanych form zabaw ruchowych (np. kilka podskoków, wyklaskanie prostego rytmu).
4. Kreatywne wykorzystywanie zainteresowań dziecka, łączenie nowych zagadnień z jego zainteresowaniami (np. liczenie aut zamiast żetonów, omawianie części ciała dinozaura zamiast psa).
5. Wykorzystywanie w procesie dydaktycznym mocnych stron dziecka, pomocnych w rozwoju poznawczym (np. dobra pamięć, łatwość skupiania uwagi na szczegółach, zainteresowanie konkretnym tematem, głębsza wiedza na jakiś temat).
6. Przy wprowadzaniu nowego tematu stosowanie różnorodnych form przekazu uzupełniających przekaz werbalny (np. obraz, ilustracja, plansza, zdjęcie, film, demonstracja).
7. Pomoc w nabywaniu umiejętności związanych z uczeniem się, zapamiętywaniem (np. stosowanie plansz, gestów przypominających).
8. Przedstawianie nowych pojęć w sposób jak najbardziej konkretny.
9. Polisensoryczne przekazywanie treści w czasie zajęć.

3.4. OBSZAR KOMUNIKOWANIA SIĘ

1. Zdobycie uwagi dziecka przed rozpoczęciem komunikacji (np. przywołanie po imieniu, fizyczne nakiernowanie na siebie, nawiązanie kontaktu wzrokowego).
2. Zwracanie się do dziecka zawsze po imieniu.
3. Kierowanie poleceń indywidualnie do dziecka, a nie do całej grupy.
4. Używanie we właściwy sposób zaimków osobowych „ja” i „ty”, unikanie mówienia o sobie lub o dziecku w trzeciej osobie liczby pojedynczej (np. „Pani ci poda...”, „Ola teraz rysuje...”).
5. Używanie prostego i jednoznacznego języka.
6. Stosowanie prostych i krótkich komunikatów, unikanie nadmiernie rozbudowanych i złożonych wypowiedzi.
7. Popieranie informacji słownej demonstracją, gestami, mimiką, aby pomóc w zrozumieniu i wykonywaniu oczekiwanych czynności.
8. Odnoszenie swoich wypowiedzi do konkretnych przedmiotów i zjawisk w otoczeniu poprzez wskazywanie na nie, dotykanie ich, pokazywanie przykładów.
9. Unikanie metafor lub przenośni.
10. Pomoc w zrozumieniu i wyjaśnianiu metafor oraz przenośni, wyrazów bliskoznacznych, żartów lub dowcipów użytych podczas zajęć.
11. Mówienie o rzeczach ważnych i istotnych dla dziecka w danym momencie: co aktualnie robi, na czym skupia uwagę, co zamierza zrobić, jak ma to zrobić.



12. Powtarzanie i parafrazowanie wypowiedzi innych dzieci w grupie, jeśli dziecko mogło ich nie zrozumieć.
13. Inicjowanie rozmowy i uczenie dziecka komunikatów inicjujących rozmowę.
14. Zwracanie uwagi na komunikację niewerbalną dziecka (np. sygnały płynące z ciała, ton głosu, nieartykułowane odgłosy, wyraz twarzy, mimika, postawa ciała, gestykulacja) i adekwatne reagowanie na nią.
15. Wykorzystywanie w komunikacji alternatywnych lub wspomagających form komunikacji (AAC).

PODSUMOWANIE

Poszerzanie i aktualizowanie swojej wiedzy jest jednym z ważnych zadań specjalistów pracujących z dziećmi niepełnosprawnymi. Wiedza buduje kompetencje i pewność w działaniach diagnostycznych i terapeutycznych. Mam ogromną nadzieję, że zapoznanie się z najnowszymi zmianami w klasyfikacji, ocenie i opisie zaburzeń ze spektrum autyzmu, a także dostęp do propozycji dostosowań wymagań edukacyjnych dla dzieci z ASD w wieku przedszkolnym, których jestem autorką, pomoże Państwu w codziennej pracy psychopedagogicznej.

BIBLIOGRAFIA

1. Janas-Kozik M., Wolańczyk T. (red.), *Psychiatria dzieci i młodzieży*, t. 1, Warszawa 2021.
2. Grzegorzewska I., Cierpiałkowska L., Borkowska A.R. (red.), *Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży*, Warszawa 2020.
3. Morrison J., *DSM-5 bez tajemnic. Praktyczny przewodnik dla klinicystów*, Kraków 2016.
4. Pużyński S., Wciórka J., *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, Kraków 2000.

STRONY INTERNETOWE

1. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders> (dostęp: 01.09.2022).
2. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/437815624> (dostęp: 01.09.2022).

Notka o autorce

mgr Anna Bogacz-Rybczak – psycholog, specjalista terapii pedagogicznej, rewalidacji i wczesnego wspomaganie rozwoju. Zajmuje się diagnozą i terapią dzieci w wieku przedszkolnym oraz dzieci i młodzieży w wieku szkolnym. Jest współautorką narzędzi diagnostycznych: Karty Oceny Rozwoju Psychoruchowego KORP (wraz z modułem programów terapii) oraz Karty Oceny Zachowania i Emocji KOZE.



Małgorzata Błotnicka

pedagog, oligofrenopedagog

Dzieci i młodzież z niepełnosprawnością wzroku

STRESZCZENIE

Artykuł porusza zagadnienia edukacji dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością wzroku. Rzeczywistość doświadczana bez wrażeń wzrokowych lub z ich ograniczonym udziałem jest inna niż poznana przy udziale wszystkich zmysłów, a skoro tak, to i sposoby radzenia sobie z wyzwaniami dnia codziennego oraz życiowymi są inne. Autorka prezentuje stanowisko, że efektywna pomoc, czyli dostosowanie warunków zewnętrznych oraz wykorzystywanie odpowiednich sposobów i metod nauczania, wychowania i terapii, jest nierozzerwalnie związana z analizą doświadczanych trudności oraz próbami ich rozumienia.

WSTĘP

Moment narodzin jest dla dziecka wejściem w nową rzeczywistość. Musi ją dobrze poznać, ponieważ będzie w niej funkcjonowało przez resztę swojego życia, ale jest do tej nauki dobrze przygotowane. Poprzez narządy zmysłów odbiera pojedyncze lub złożone elementy zewnętrznego świata, jego większe lub mniejsze „okruchy”, bodźce, które w ośrodkach korowych i podkorowych są analizowane i przekształcane na wrażenia zmysłowe. Następnie są porównywanie z posiadanymi wzorcami pamięciowymi i dzięki temu stają się rozpoznawane. Ostatecznie podlegają ocenie, czyli wywołują jakieś wrażenia, odczucia, emocje. Dziecko manifestuje zadowolenie na widok matki, jej ciepła, zapachu pokarmu – lub reaguje płaczem na widok obcej, nieznaną osobę.

Tak w uproszczeniu przebiegają procesy percepcji. Są złożonymi, ale sprawnymi i bardzo szybkimi procesami poznawania, rozumienia i oceny otaczającej rzeczywistości, a w konsekwencji umożliwiają podejmowanie adekwatnych zachowań. Dzięki percepcji potrafimy odnaleźć się w nowej sytuacji, uniknąć zagrożenia lub spokojnie, w poczuciu bezpieczeństwa, wypoczywać. Dzięki percepcji również uczymy się, czerpiemy przyjemność z kontaktu ze sztuką, wzruszamy się w odpowiedzi na poruszające historie lub obrazy, udzielamy pomocy, a także czujemy i rozwijamy się, poznając nowe. Doświadczamy życia.

Poznanie rzeczywistości jest zagadnieniem nieodmiennie interesującym badaczy i przedstawicieli różnych dziedzin nauki. Już Arystoteles analizował i opisywał potęgę poznania zmysłowego. Wyodrębnił pięć podstawowych analizatorów zmysłowych: wzrok, słuch, dotyk, węch, smak, a my do dziś korzystamy z tego kanonu. I choć kognitywiści i inni badacze konstruują nowe, szersze modele percepcji, to arystotelesowski, jako najbardziej znany i oczywisty, nie traci na znaczeniu.



Obecnie wiemy już, w jakim stopniu poszczególne zmysły są zaangażowane w nasze nieustannie doświadczane tu i teraz. Około 83% informacji zdobytych niewerbalnie przyswajamy obserwując otoczenie, 11% za pomocą słuchu, 3,5% – węchu, 1,5% – dotyku, 1% – smaku i innych¹.

Ludzie, u których wszystkie zmysły funkcjonują w miarę prawidłowo, doświadczają zbliżonego obrazu rzeczywistości i dopiero poprzez wcześniejsze doświadczenia, wiedzę, kryteria wartościowania kreują swoje indywidualne światy. Można założyć, że grupa osób spacerujących po nadmorskiej plaży w podobny sposób zarejestruje bezkres morza, szum fal, zapach i smak morskiej bryzy, powiew wiatru, ale poprzez osobiste preferencje odczuje lub zinterpretuje tę rzeczywistość inaczej. Jeśli jednak będzie wśród nich osoba niewidząca lub słabowidząca, to jej punkt wyjścia, zmysłowo doświadczone „tu” będzie zupełnie inne. Jak inne? To pytanie, które musi pozostać bez odpowiedzi.

Niektórzy badacze wyodrębniają dodatkowo „nowe” zmysły, np.:

- nocycepcja – odpowiada za odczuwanie bólu skóry, stawów i narządów;
- zmysł temperatury – odpowiada za odczuwanie temperatury wewnątrz i zewnątrz organizmu;
- zmysł równowagi – odpowiada za położenie ciała w przestrzeni; jego narządem są kanaliki półkoliste w uchu;
- propriocepcja – zmysł ułożenia części ciała względem siebie oraz napięcia mięśniowego; dzięki niemu człowiek wie, gdzie znajdują się jego poszczególne części ciała, nawet bez ich widzenia;
- percepcja czasu – zmysł odpowiadający za odmierzanie czasu przez mózg człowieka².

1. WPŁYW NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WZROKU NA FUNKCJONOWANIE DZIECI I MŁODZIEŻY

Wzrok to król zmysłów. Trudno przecenić jego rolę zarówno w procesie rozwoju, jak i w codziennym funkcjonowaniu. Jednym z najwcześniejszych doznań jest obraz twarzy matki/rodzica. Kojarzony z ciepłem, pokarmem, bliskością, rozwija poczucie bezpieczeństwa i ułatwia nawiązanie więzi. Prowokuje do naśladowania czynności i zachowań, od najprostszych do bardzo złożonych. Rozwija ciekawość i pobudza do jej zaspokojenia. Pozwala kontrolować najbliższe otoczenie oraz przestrzeń w pewnym oddaleniu. Rejestruje mimikę, gesty i zachowanie innych ludzi, dzięki czemu ułatwia rozumienie mowy ciała oraz nawiązywanie i podtrzymywanie kontaktów społecznych. Dostarcza radości, wzruszeń i rozrywki. Pomaga poznawać świat, zapewnia bezpieczeństwo i stanowi nieocenioną pomoc we wszystkich czynnościach dnia codziennego. Zazwyczaj używamy go automatycznie, ale przecież zdarza się wykorzystywać z premedytacją, ganić ostrym spojrzeniem spod ściągniętych brwi lub spoglądać zalotnie. Wzrok odgrywa również kluczową rolę w kształtowaniu samooceny i zdobywania wiedzy o samym sobie. Nie sposób przecenić, jak ważna jest możliwość widzenia siebie w lustrze, w reakcjach innych oraz kreowania własnego wizerunku, wyglądu.

2. ZRÓŻNICOWANIE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WZROKU

Świat osób z niepełnosprawnością wzroku, choć niepoznawalny, na pewno jest bardzo zróżnicowany. Już samo sformułowanie „niepełnosprawność wzroku” jest terminem oznaczającym bardzo szerokie spektrum

1 https://perspektywy.pl/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=82:kolory-wzmacniają-pamięć-&catid=12&Itemid=119 (dostęp: 1.09.2022).

2 <https://pl.wikipedia.org/wiki/Zmys%C5%82> (dostęp: 1.09.2022).



dysfunkcji wzroku. Na co dzień spotykamy się z określeniami: niewidomy, ociemniały, słabowidzący, niedowidzący. Każde z tych określeń oznacza inny zakres nieprawidłowości wzroku, dlatego warto je przybliżyć.

Osoby niewidome³ są całkowicie lub w znacznym stopniu pozbawione wzroku, czyli nie posiadają możliwości pobierania informacji ze świata zewnętrznego za pomocą wzroku. Polegają przede wszystkim na danych pozyskanych ze słuchu i dotyku. Nie widzą od urodzenia lub utraciły wzrok przed 5. rokiem życia, czyli w okresie, kiedy nie zdążyła się rozwinąć pamięć wzrokowa. W grupie niewidomych można wyodrębnić osoby mające poczucie światła. Potrafią one odróżnić dzień od nocy, dostrzec źródło światła w ciemnym pomieszczeniu, a nawet ruch dłoni przed okiem. Natomiast osoby całkowicie niewidome wg Światowej Organizacji Zdrowia nie mają poczucia światła, ostrość ich wzroku przy maksymalnej korekcji okularowej nie przekracza 0,005, a pole widzenia zawężone jest do maksymalnie 20 stopni. Warto podkreślić, że wszystkie osoby niewidome funkcjonują bezwzrokowo, rozwijając dotykowo-słuchową strukturę poznania.

Osoby ociemniałe⁴ utraciły wzrok po 5. roku życia. Dzięki temu mają w pamięci obrazy wzrokowe, np. kolory, krajobrazy czy kształty. Poznając otoczenie dotykiem i słuchem, odnoszą się do posiadanych wrażeń wizualnych. Dzięki temu mają nieporównanie większe możliwości rozpoznawania otoczenia i jego cech. Warto nadmienić, że przyczyny utraty wzroku są bardzo zróżnicowane, mogą być efektem rozwijających się chorób lub zdarzeń losowych i mogą pojawić we wszystkich okresach życia.

Osoby słabowidzące⁵ tracą wzrok w wyniku różnych schorzeń. Mogą doświadczać braku ostrości widzenia, ślepoty zmierzchovej, oczopląsu, widzenia lunetowego lub silnego światłowstrętu. Wg definicji medycznej mają ostrość wzroku (mierzoną w lepszym oku przy możliwie najlepszej korekcji) równą lub większą niż 0,05 i mniejszą niż 0,3 pełnej ostrości lub pole widzenia ograniczone do 30 stopni. Zatem słabowidzącymi mogą być zarówno osoby ze znacznie obniżoną ostrością wzroku, jak i te z pełną ostrością przy bardzo małym polu widzenia. Definicja funkcjonalna podkreśla, że mimo możliwości poprawy komfortu wrażeń wzrokowych poprzez pomoce ułatwiające widzenie wykonywanie czynności pod kontrolą wzroku wymaga konieczności stosowania metod kompensujących deficyt wzroku oraz dostosowania środowiska fizycznego.

Do grupy osób niedowidzących należą wszyscy, u których ostrość wzroku po korekcji szklami wynosi od 1/20 do 1/4 normalnej ostrości wzroku. Ta ostrość umożliwia naukę pisanie i czytania przy zastosowaniu odpowiednich metod pedagogiczno-lekarskich lub określonej czcionki, np. 18 punktów⁶.

W szkole zazwyczaj wykorzystywana jest diagnoza funkcjonalna. Do grupy niedowidzących lub słabowidzących zalicza się dzieci i uczniów, którzy mają zdolność widzenia tekstów czarnodrukowych i nie muszą korzystać z pisma punktowego Braille'a. Dzięki zastosowaniu odpowiednich metod i form wsparcia korzystają z edukacji ogólnodostępnej.

Sposób, w jaki radzą sobie z codziennymi wyzwaniami dorośli, dzieci i młodzież z niepełnosprawnością wzroku, zależy od wielu czynników. Na pierwszym planie są oczywiście wszystkie związane z samą niepełnosprawnością, czyli jej rodzaj, głębokość deficytów, czas wystąpienia oraz podjęte leczenie i rehabilitacja. Bardzo ważna jest kondycja psychofizyczna osoby doświadczającej niepełnosprawności, poziom jej odporności psychicznej, sposoby reagowania w sytuacjach trudnych, sprawność motoryczna, umiejętność komunikowania swoich potrzeb, motywacja do nauki i pokonywania przeszkód, gotowość podejmowania wyzwań i szereg innych. Ale niezwykle ważne jest też to, jaki świat proponujemy im my – sprawni i dobrze funk-

3 <https://pzn.org.pl/osoba-niewidoma-slabowidzaca-czy-ociemniata-definicje-pod-lupa/> (dostęp: 1.09.2022).

4 Tamże.

5 Tamże.

6 Z. Sękowska, *Pedagogika specjalna – zarys*, Warszawa 1982.



cjonujący wzrokowo. Czy zapewnimy poczucie bezpieczeństwa, akceptacji i przynależności? Czy stworzymy warunki do nauki dostosowanej do indywidualnych potrzeb i możliwości? Czy potrafimy pomagać w sposób naturalny, niewymuszony, bez litości, skrępowania i niezdrowej ciekawości? Czy obdarzymy serdecznością i życzliwością?

3. DZIECKO I UCZEŃ Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ W PRZEDSZKOLU I SZKOLE. DOSTOSOWANIA WYMAGAŃ EDUKACYJNYCH

Przedszkole i szkoła są instytucjami, których nadrzędnym celem jest przygotowanie dzieci i młodzieży do samodzielności w dorosłości. Zważywszy na znaczne zróżnicowanie populacji przedszkolno-szkolnej, to duże wyzwanie. Jak mu sprostać? Programy nauczania i wychowania oraz regulacje prawne szczegółowo określają, czego uczyć, jakie umiejętności kształtować, a także komu i w jakim zakresie świadczyć pomoc psychologiczno-pedagogiczną oraz rewalidację. Jednak ostateczne efekty działań nauczycieli i specjalistów w znacznej mierze zależą od nich samych. Od ich zaangażowania, uczciwości zawodowej, empatii i gotowości do poznawania oraz rozumienia swoich podopiecznych.

Dziecko i uczeń z niepełnosprawnością wzroku znajduje się w szczególnej sytuacji. Jego percepcja, z bardzo ograniczonymi wrażeniami wzrokowymi lub pozbawiona ich, determinuje nie tylko sposób i możliwości uczenia się, ale wpływa na całokształt funkcjonowania. A zatem pojawiają się pytania zarówno o optymalne warunki nauki, jak i dotyczące szerszego spektrum funkcjonowania. Jak umożliwić dziecku z niepełnosprawnością wzroku aktywny udział w życiu szkoły, jak sprawić, by czuło się bezpiecznie, było akceptowane, miało kolegów? Wyzwań jest dużo. Wielu z nich, a może i wszystkim, można sprostać poprzez zapewnienie dziecku i uczniowi zindywidualizowanego procesu nauczania i wymagań edukacyjnych.

Agnieszka Nawrocka, bazując na własnych doświadczeniach w pracy z dziećmi i młodzieżą z niepełnosprawnością wzroku, proponuje obszerny i wyczerpujący system dostosowań wymagań edukacyjnych⁷.

W części dotyczącej edukacji przedszkolnej za kryterium doboru poszczególnych rodzajów dostosowań przyjęła obszary funkcjonowania dziecka.

Na początku prezentuje dostosowania w obszarze fizycznym, do którego włącza również samodzielność i samoobsługę. Proponuje rozwiązania, dzięki którym dziecko będzie czuć się bezpiecznie w sali i wśród rówieśników. Będzie zajmować miejsce blisko nauczyciela, pracować przy dostosowanym stoliku z dostępem do pomocy dydaktycznych oraz możliwością samodzielnego przemieszczania się po sali zgodnie z własnymi potrzebami. Będzie funkcjonować w możliwym do osiągnięcia komforcie percepcyjnym dzięki odpowiedniemu oświetleniu i dostępności pomocy ułatwiających widzenie. Będzie również korzystać z programów komputerowych, etykiet i napisów brajlowskich.

W dostosowaniach dotyczących funkcjonowania społeczno-emocjonalnego autorka jako pierwszoplanowe wymienia działania ukierunkowane na uświadamianie dziecku ograniczeń wynikających z dysfunkcji wzroku oraz poznawanie możliwości ich przewyższania. Zwraca uwagę na znaczenie relacji między uczniem a nauczycielami. Wskazuje potrzebę poszukiwania u dziecka jego indywidualnych uzdolnień, zainteresowań, pasji. Podkreśla rolę aktywności fizycznej, samodzielności oraz stałych i systematycznych obowiązków.

W obszarze funkcjonowania poznawczego akcentuje rolę motywacji i zaangażowania dziecka w dążeniu do realizacji programu nauczania. Zwraca uwagę na konieczność doskonalenia orientacji przestrzennej we wszystkich aspektach oraz, jeśli to konieczne, naukę systemu Braille'a. Wskazuje potrzebę kształtowania re-

⁷ A. Nawrocka, *Dostosowanie otoczenia i wymagań edukacyjnych do potrzeb ucznia niewidomego i słabowidzącego w szkole*, [w:] *W poszukiwaniu rozwiązań wspierających w rozwoju osoby z niepełnosprawnością wzroku*, Kraków 2021.



lacji z rówieśnikami, umiejętność współpracy oraz radzenia sobie w różnych sytuacjach codziennych. Przedstawia konkretne sposoby dotyczące przekazywania wiedzy, rozwijania potrzeb poznawczych oraz motywowania do nauki i sprawdzania poziomu jej opanowania.

Autorka zwraca uwagę na potrzebę dostosowania sposobów komunikowania się. Podkreśla znaczenie precyzji wypowiedzi poprzez zastępowanie zwrotów ogólnych, np. „tam”, konkretną informacją. Opisuje rolę prawidłowej audiodeskrypcji, dostępu do książek brailowskich, mówionych, dotykowych oraz nowoczesnych pomocy informacyjno-technologicznych.

W dalszych częściach programu autorka szczegółowo opisuje możliwości dostosowań przedmiotowych na poszczególnych etapach edukacyjnych. Wszystkie opracowane przez Nawrocką dostosowania ujęte są w tabeli, dzięki czemu mają przejrzystą formę i ułatwiają nauczycielom i specjalistom dostęp do konkretnie poszukiwanych informacji.

ZAKOŃCZENIE

Z danych GUS wynika, że w Polsce żyje ponad 1 800 000 osób z dysfunkcją wzroku⁸. Trudno w tych statystykach znaleźć informacje, ilu wśród nich jest niewidomych, ilu ociemniałych, a ilu niedowidzących. Brakuje też szczegółowych informacji odnośnie do populacji dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością wzroku w systemie edukacji. Liczby są ważne, mają znaczenie w statystyce i wskazują społeczną wagę problemu. Ale każde dziecko i uczeń to odrębny świat. Trafia do systemu szkolnego, by przez wiedzę i umiejętności zdobywać samodzielność na dostępnym poziomie. Ale nie tylko.

Okres przedszkola, a później szkoły to czas dzieciństwa i młodości. Każde dziecko powinno go przeżyć bezpiecznie i w poczuciu zrozumienia, akceptacji i przynależności do grupy lub klasy rówieśniczej. To ważne i naturalne potrzeby wpływające na jakość dalszego życia wszystkich niedoroslých. Dlatego zabiegają o ich spełnienie na różne sposoby. Poniżej fragmenty listu niewidomej uczennicy, która zwraca się do swoich kolegów i koleżanek:

„Chodzę do szkoły podstawowej. Tak jak moje koleżanki lubię się bawić i śmiać. Wiem, że niektórym ludziom wydaje się to dziwne. Dlaczego tak jest? Jestem niewidoma. Taka się urodziłam. Większość ludzi widzi i wydaje im się, że moja sytuacja jest niezwykle tragiczna, że ja nie wiem, co się wokół mnie dzieje, że nic nie rozumiem, niewiele umiem. Oczekują, że powinnam być zawsze smutna. Szłam kiedyś z koleżanką, w rękę miałam laskę. Jacyś chłopcy się nam przyglądali. Opowiadałyśmy sobie różne wesołe historie i głośno się śmiałyśmy. I wtedy usłyszałam, jak jeden z chłopców mówi do drugiego: «A widzisz, ona nie jest niewidoma, bo się śmieje». Niektórzy się nade mną litują. Raz, kiedy czekałam na mamę przed bramą, ktoś włożył mi do kieszeni złotówkę. Inni mnie unikają, bo nie wiedzą, jak ze mną rozmawiać. Nie rozumieją mojej sytuacji, dlatego chcę ją wam wyjaśnić. Co to znaczy nie widzieć? Ja nie widzę od początku mojego życia i nikt dokładnie nie wie, dlaczego tak się stało. A mimo to wiele rzeczy mogę jednak robić sama. Dobrze słyszę. Mam bardzo sprawne ręce, nogi i całe ciało. Robię różne rzeczy z gliny i plasteliny. Czuję zapachy. Odróżniam smaki. Potrafię myśleć, zapamiętywać, uważnie słuchać. Lubię się uczyć. Umieję pisać i czytać. Znam wiele piosenek i wierszy (...).

Nie lubię, kiedy ludzie w mojej obecności rozmawiają o moich potrzebach z kimś innym. W sklepie, kiedy kupowałam maskotkę, sprzedawczyni podała ją mojej koleżance z zapytaniem: «Czy może być ta?». A przecież ja słyszę, mogę ją obejrzeć dotykiem i sama zdecydować, czy mi się podoba. Kiedy byłam przeziębiona i bolało mnie gardło, lekarz zwracał się do mamy: «Co ją boli?», chociaż stałam bliżej i sama mogłam

8 <https://pzn.org.pl/znaczenie-wzroku-w-zyciu-czlowieka/> (dostęp: 1.09.2022).



powiedzieć, co mnie boli. Zdarza się też czasem – co dziwne – że ludzie zwracają się do mnie głośniejszym niż normalnie, tak jakbym miała uszkodzony słuch, a ja bardzo dobrze słyszę. Nie lubię, kiedy robi się z mojego powodu niepotrzebne zamieszanie. Na przykład wchodzę do świetlicy i słyszę: «O, przyszła niewidoma, zróbcie jej miejsce!». Nie lubię też przesadnej opieki. Jeżeli podchodzę z kimś do krzesła, to nie chcę być na nim posadzona, potrafię sama usiąść. Wystarczy, że przewodnik położy swoją rękę na poręczy krzesła, a ja już sobie poradzę (...).

Nie wiem, czym się będę zajmowała, kiedy dorosnę. Może będę prawnikiem, a może tłumaczem. Na razie jestem uczennicą podobnej szkoły, do jakiej chodzisz i Ty, i cieszę się, że mogę poznawać świat razem ze swoimi rówieśnikami!

Wasza koleżanka z klasy Vb”⁹.

BIBLIOGRAFIA

1. Nawrocka A., *Dostosowanie otoczenia i wymagań edukacyjnych do potrzeb ucznia niewidomego i słabowidzącego w szkole*, [w:] *W poszukiwaniu rozwiązań wspierających w rozwoju osoby z niepełnosprawnością wzroku*, Kraków 2021.
2. Sękowska Z., *Pedagogika specjalna – zarys*, Warszawa 1982.

STRONY INTERNETOWE

1. https://perspektywy.pl/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=82:kolory-wzmacniają-pamięć&catid=12&Itemid=119
2. <https://pl.wikipedia.org/wiki/Zmys%C5%82>
3. <https://pzn.org.pl/osoba-niewidoma-slabowidzaca-czy-ociemniała-definicje-pod-lupa/>
4. <https://pzn.org.pl/znaczenie-wzroku-w-zyciu-czlowieka/>
5. <http://www.poradniarawicz.pl/list-niewidomej-uczennicy-do-kolezanek-i-kolegow/>

Notka o autorce

mgr Małgorzata Błotnicka – pedagog, oligofrenopedagog, specjalistka w zakresie terapii psychopedagogicznej; nauczycielka akademicka z 30-letnim stażem pracy pedagogicznej na wszystkich etapach kształcenia oraz 15-letnim doświadczeniem na stanowisku doradcy metodycznego do spraw kształcenia dzieci i młodzieży ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi; mediator; certyfikowana liderka zmian w obszarze kształcenia uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi; edukatorka w zakresie podstaw programowych w kształceniu specjalnym.

⁹ <http://www.poradniarawicz.pl/list-niewidomej-uczennicy-do-kolezanek-i-kolegow/> (dostęp: 1.09.2022).



Małgorzata Błotnicka

pedagog, oligofrenopedagog

Dzieci i młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w polskim systemie edukacji

STRESZCZENIE

Poniższy artykuł stanowi próbę syntezy czynników obecnych w szkole, które warunkują efektywną edukację dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną różnego stopnia.

Na pierwszy plan wysuwa się potrzeba zrozumienia istoty niepełnosprawności poznawczej, czyli jej biologicznych uwarunkowań. Generują one bardzo zróżnicowany obraz funkcjonowania człowieka zarówno w sferze intelektualnej, jak i emocjonalno-społecznej. Bez zrozumienia tej inności, jej ograniczeń i możliwości oraz ich zaakceptowania bardzo trudno jest uczyć i pomagać w sposób skuteczny. Dzieci, młodzież i dorośli z niepełnosprawnością intelektualną odmiennie doświadczają i interpretują świat, ale przecież tak jak wszyscy potrzebują poczucia bezpieczeństwa, bliskości i szacunku. Zabezpieczenie tych potrzeb stanowi podstawę do opracowania kolejnych działań, np. właściwej edukacji, oraz w znacznej mierze zapewnia ich skuteczność.

WSTĘP

„Szkoła winna zapewniać każdemu uczniowi warunki niezbędne do jego rozwoju, przygotować go do wypełniania obowiązków rodzinnych i obywatelskich w oparciu o zasady solidarności, demokracji, tolerancji, sprawiedliwości i wolności”¹ – tak przedstawiona jest misja polskiej szkoły. Jej realizacja nie jest zadaniem łatwym, zważywszy, że zmiany warunków społeczno-ekonomicznych i naukowo-technicznych przełomu XX i XXI wieku wymagają od młodych ludzi nowej wiedzy i umiejętności, zaś szkoła funkcjonuje w warunkach globalnych zawirowań spowodowanych pandemią COVID-19, a od lutego 2022 roku dodatkowo wojną w Ukrainie. Dzieci i młodzież nie żyją w próżni, doświadczają długotrwałego poczucia zagrożenia, co znacząco wpływa na ich kondycję psychofizyczną. Dodatkowo stanowią bardzo zróżnicowaną grupę społeczną. Szacuje się, że nawet 30–40% populacji szkolnej to uczniowie ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, a więc zarówno szczególnie uzdolnieni, jak i mający trudności z realizacją wymagań programowych. To również uczniowie z niepełnosprawnościami, wśród których najliczniejszą grupę stanowią ci z orzeczoną deficytem poznawczym. W roku szkolnym 2019/2020 uczniowie z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim stanowili aż 25,7% tej grupy i kolejno: 21% to dzieci i młodzież z niepełnosprawnościami sprzężonymi (tu najczęściej współwystępują deficyty poznawcze różnego stopnia), u kolejnych 10% orzeciono niepełnosprawność intelektualną w stopniu umiarkowanym². Najnowsze statystyki podają, że roku

1 Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty.

2 <https://www.ore.edu.pl/2021/10/raport-edukacja-wlaczajaca-w-polsce/> (dostęp: 1.09.2022).



szkolnym 2020/2021 do szkół uczęszczało 191,4 tys. dzieci i młodzieży z orzeczeniami o potrzebie kształcenia specjalnego, co stanowiło 3,9% ogólnej liczby uczniów³.

Tak znaczne zróżnicowanie populacji uczniów oraz wyzwania współczesnego świata sprawiają, że zarówno szkoła jako instytucja, jak i nauczyciele stają wobec wielu dylematów. Pytania, jak uczyć i jak wychować, by umożliwić młodym ludziom dobry start w dorosłość, jak przygotować ich do życia w rzeczywistości zmiennej, niepewnej ekonomicznie i zróżnicowanej społecznie, jak sprawić, by byli samosterowni, sprawczy i by potrafili rozumieć wartości płynące z różnorodności, stają się szczególnie aktualne.

1. UCZEŃ Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ

Niepełnosprawność intelektualna jest stanem, który ogranicza aktualne funkcjonowanie człowieka doświadczającego braku pełnej sprawności intelektualnej. Nie jest chorobą ani zaburzeniem psychicznym w sensie medycznym, a mimo to posiada swoje kody zarówno w klasyfikacji WHO (ICD-10), jak i klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM-V). Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) definiuje ją jako „zahamowanie lub niepełny rozwój umysłowy, wyrażający się przede wszystkim w upośledzeniu umiejętności, które ujawniają się w okresie rozwojowym i stanowią o ogólnym poziomie inteligencji, tzn. zdolności poznawczych, mowy, motorycznych i umiejętności społecznych. Może występować samodzielnie lub z innymi zaburzeniami psychicznymi i fizycznymi”⁴. Tyle definicja. Przedstawia sedno i źródło problemów charakteryzujących ludzi dotkniętych niepełną sprawnością umysłową, ale jest też szczelną kurtyną. Sprawia, że pracując z tą grupą dzieci i uczniów, zazwyczaj koncentrujemy się na deficytach poznawczych i trudnościach w funkcjonowaniu, a poprzez to tracimy możliwości poznania, jakimi są osobami w ludzkim wymiarze. Nie wiemy, czego pragną, czego się obawiają, co jest motorem ich działania, do czego dążą i dlaczego rezygnują. Dodatkowo często jesteśmy skłonni przypisać objawy potencjalnie współwystępujących zaburzeń lub chorób, np. depresji, tej pierwotnej diagnozie. Brak wiedzy utrudnia zaplanowanie i realizację działań pomocowych, które osobom z niepełnosprawnością intelektualną dają szansę na wykorzystanie posiadanego potencjału społeczno-poznawczego.

Przez wiele lat pracowałam z dziećmi i młodzieżą z różnymi deficytami poznawczymi na wszystkich etapach edukacji (od wczesnego wspomagania rozwoju do szkoły ponadpodstawowej zawodowej i przysposabiającej do pracy) zarówno w roli nauczycielki, jak i terapeutki oraz rewalidantki. Obserwowałam bardzo zróżnicowany poziom funkcjonowania wychowanków. Determinanty poznawcze skutkowały poważnymi trudnościami w nabywaniu wiedzy, a często również niepełnym rozumieniem otaczającego środowiska lub jego brakiem. Dodatkowe utrudnienia wynikały ze zróżnicowanej lub zaburzonej percepcji otoczenia oraz ograniczonych możliwości werbalizacji swoich potrzeb i stanów psychicznych. W efekcie uczniowie wielokrotnie trwali w stanach przeciążenia percepcyjnego, z poczuciem braku zrozumienia oraz bez relacji na poziomie wymiany, współbrzmienia. W tak trudno doświadczanym tu i teraz radzili sobie bardzo różnie. Czasem wycofywali się z życia społecznego, zasklepiali w wewnętrznych przeżyciach, a czasem podejmowali zachowania dziwaczne, nieracjonalne, trudne do zrozumienia i zaakceptowania. Te zachowania, pozornie bezsensowne i nierozumiane, zamazywały faktyczny obraz ich możliwości i potrzeb, ale zawsze pełniły jakieś

3 <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/edukacja/edukacja/oswiata-i-wychowanie-w-roku-szkolnym-20202021,1,16.html> (dostęp: 1.09.2022).

4 https://www.pfron.org.pl/fileadmin/files/p/2393_P_D_P__Wsparcie_osob_z_uposledzeniem_umyslowym.pdf (dostęp: 1.09.2022).



funkcje. Czasem były obroną przed zranieniem, czasem redukowały napięcie, czasem stanowiły próbę rozwiązania jakiegoś problemu, a czasem były wołaniem o pomoc.

Niepełne rozumienie – lub jego brak – faktycznych możliwości oraz psychologicznych motywów postępowania ludzi z deficytami poznawczymi utrudnia nawiązanie z nimi relacji. W konsekwencji ogranicza efektywność nauki i działań pomocowych oraz wpływa na intensyfikację zachowań trudnych lub nierozumianych. Sprawia, że istniejące problemy pogłębiają się i pojawiają się nowe. Szczególne znaczenie ma to w sferze edukacji i wychowania, których celem jest przecież przygotowanie dzieci i młodzieży do samodzielności w dorosłym życiu na indywidualnie dostępnym poziomie. Tymczasem nadal można spotkać się z mitem „wiecznego dziecka” czy Piotrusia Pana o „czystej” psychice, pozbawionej aspektu rozwoju psychoseksualnego. Brak rzetelnej wiedzy stanowi też grunt do uprzedmiotowienia osób z niższym intelektem, dyskryminacji oraz dalszego utrwalania krzywdzących stereotypów. Dlatego w pracy pedagoga, nauczyciela na pierwszy plan wysuwają się rozumienie i wyjaśnianie. Jak? Dlaczego? Po co? Dopiero potem edukacja w znaczeniu realizacji treści programowych.

Rozumienie zachowań „dziwnych”, „innych” jest trudne, a może nawet niemożliwe, ponieważ nasze nauczycielskie mózgi są „typowe” i funkcjonują „normalnie”, w sposób właściwy dla swojej dojrzałej budowy. To uniemożliwia rozumienie na zasadzie empatycznego współbrzmienia, ale umożliwia rozumienie racjonalne na podstawie obserwacji, analizy i wnioskowania. Dlatego warto odnieść się do tego, co w rozwoju i zachowaniu człowieka jest znane, rozumiane i typowe.

Rozwój poznawczy zbadał i opisał Jean Piaget⁵. Dzięki niemu dysponujemy znakomitym narzędziem umożliwiającym obserwowanie przebiegu tego procesu oraz ocenę poziomu rozwojowego. Warto wspomnieć, że Piaget wyodrębnił poszczególne stadia, które pojawiają się w stałym porządku i są obserwowane u dzieci w podobnym wieku. Osiąganie kolejnych etapów rozwoju poznawczego zdeterminowane jest biologicznym dojrzewaniem struktur mózgowych. Aby rozwinąć pełną dojrzałość, dziecko musi przejść przez wszystkie uporządkowane i następujące po sobie stadia. Jest to proces złożony i nie zawsze przebiega w sposób typowy. Jeśli biologiczny⁶ rozwój mózgu zatrzymuje się na jakimś poziomie, to nie ma możliwości przejścia do kolejnych faz rozwoju. Dziecko dojrzewa fizycznie, rośnie, w indywidualnym tempie rozwija umiejętności motoryczne, społeczne, ale biologiczny rozwój mózgu pozostaje w miejscu i determinuje możliwości intelektualne. Można je ocenić poprzez badanie wystandaryzowanymi metodami badawczymi. Co ważne, diagnoza niepełnosprawności intelektualnej nie oznacza, że dziecko lub dorosły nie nabywa nowych umiejętności, a jedynie, że dostępne są mu wiedza i umiejętności możliwe do opanowania na osiągniętym etapie biologicznego rozwoju mózgu.

Uczeń z niepełnosprawnością intelektualną trafia do szkoły z pełną diagnozą oraz dokumentacją zawierającą zazwyczaj długą listę trudności i deficytów rozwojowych oraz wskazania do pracy. Wszystkie te informacje są bardzo potrzebne i użyteczne, ale nie dają jasnego i jednoznacznego wyobrażenia o potencjale tego ucznia. Dopiero go poznajemy. Wiemy, że będą problemy z uczeniem się, z koncentracją uwagi, z pamiętywaniem oraz reakcjami emocjonalnymi i zachowaniem społecznym, ale obraz ucznia i jego możliwości nadal pozostaje mało konkretny. Natomiast odniesienie się do potencjału przeciętnie rozwijającego się dziecka w tym samym stadium rozwoju bardzo ten obraz konkretyzuje. Przecież na co dzień mamy do

5 <https://dziecisawazne.pl/systemy-wychowawcze-cz-4-jean-piaget/> (dostęp: 1.09.2022).

6 Obserwuje się również wtórne przyczyny niepełnosprawności intelektualnej. Mogą być spowodowane m.in. czynnikami społecznymi zakłócającymi zdolności adaptacyjne, jak np. poważne zaniedbania wychowawcze czy deprywacja sensoryczna. https://psychologia.amu.edu.pl/wp-content/uploads/2013/10/2011-d-remedium-pierwotne-i-wtarne-skutki-niepea_nosprawnoa_ci-intelektualnej.pdf (dostęp: 1.09.2022).



czynienie z dziećmi w różnych przedziałach wiekowych. To porównanie ułatwi redukowanie oczekiwań i treści nauczania z niemożliwych do osiągnięcia (bo wymagających np. myślenia abstrakcyjnego, dedukcyjnego czy analitycznego) do rzeczywiście dostępnych. Stanowi zatem wartościowe uzupełnienie wiedzy o uczniu.

W tabeli przedstawiona jest klasyfikacja niepełnosprawności intelektualnej według ICD-10 oraz orientacyjne możliwości w stosunku do możliwości osób w normie intelektualnej⁷.

Stopień upośledzenia umysłowego	Wiek umysłowy (możliwy do osiągnięcia poziom intelektualny)	Możliwy do osiągnięcia poziom rozwoju społecznego
Lekki (IQ 50–69)	od 9. do 12. roku życia (stadium operacji konkretnych)	do 16. roku życia
Umiarkowany (IQ 35–49)	od 6. do 8. roku życia (stadium myślenia przedoperacyjnego)	do 10. roku życia
Znaczny (IQ 20–34)	od 3. do 6. roku życia (stadium myślenia przedoperacyjnego)	do 8. roku życia
Głęboki (IQ 0–19)	do 1. roku życia (stadium inteligencji sensomotorycznej)	do 3. roku życia

Osoby z głębokim stopniem niepełnosprawności intelektualnej (0–19 IQ Wechslera), niezależnie od wieku metrykalnego, nie przekraczają stadium inteligencji zmysłowo-ruchowej charakterystycznej dla przeciętnie rozwijających się dzieci do 2. roku życia. W ich funkcjonowaniu charakterystyczny jest brak myślenia i uwagi dowolnej, bardzo ograniczone zapamiętywanie oraz rozwój mowy do okresu melodii. Jednocześnie często współwystępują liczne wady wzroku, słuchu, niedowłady i porażenia kończyn, co powoduje kompleksowe ograniczenia w funkcjonowaniu.

Dzieci i młodzież z głębszym (znacznym i umiarkowanym) stopniem niepełnosprawności intelektualnej (20–49 IQ Wechslera) osiągają stadium myślenia przedoperacyjnego. Tu kluczowym osiągnięciem jest rozwój zdolności przedstawiania świata zewnętrznego za pomocą symboli. Pamięć jest niedokładna, krótkotrwała, z wolnym tempem zapamiętywania i przypominania, a myślenie ma charakter konkretno-obrazowy. Mowa zazwyczaj jest uboga, z licznymi zaburzeniami. U tych osób często obserwuje się egocentryzm, czyli brak umiejętności wyobrażenia sobie świata z perspektywy innej niż własna. Charakterystyczny jest również brak adekwatnej oceny własnych możliwości, będący efektem niewłaściwej oceny wydarzeń życiowych.

Lekki stopień niepełnosprawności intelektualnej (50–69 IQ Wechslera) charakteryzuje się możliwym do osiągnięcia poziomem operacji konkretnych, czyli charakterystycznym dla przeciętnie funkcjonujących dzieci w wieku od 9 do 12 lat. W tym stadium dziecko rozwija system poznawczy dla organizowania zdarzeń zachodzących w świecie zewnętrznym za pomocą struktur logiczno-matematycznych. Opanowuje podstawowe działania arytmetyczne, mierzenie, klasy logiczne, relacje między klasami i zbiorami oraz pojęcia przestrzenne. Ponadto przyswaja zasadę zachowania ilości, czyli rozumie, że ilość substancji pozostaje niezmieniona, jeśli jej wygląd ulegnie zmianie poprzez np. przez umieszczenie jej w naczyniu o innej wielkości lub innego kształtu.

Czwarte stadium rozwoju poznawczego – operacji formalnych – przypada na okres od 11. roku życia i trwa przez kolejne lata. Stopniowo kształtuje się umiejętność rozumowania, logicznego myślenia, negocja-

⁷ <https://stopbarierom.pl/aktualnosci/niepelnosprawnosci-intelektualna/> (dostęp: 1.09.2022).



nia, odwrotności i innych przekształceń na podstawie opisów, w oderwaniu od bezpośredniego, zmysłowego doświadczania zjawisk zachodzących w polu percepcji. Jest to proces trwający wg niektórych badaczy nawet 10 lat, a jego dynamika jest zróżnicowana. Oznacza to, że wyższe operacje poznawcze rozwijają się u poszczególnych dzieci w różnym czasie oraz nie zawsze wszystkie z nich są w pełni ukształtowane. Jeżeli sprawność poznawcza ucznia osiąga 70–85 IQ Wechslera, to mówimy o tzw. szeroko rozumianej normie. Zdarza się, że uczniowie z takim potencjałem nie posiadają dokumentów stanowiących podstawę do opracowania dostosowań edukacyjnych. Wówczas mimo bardzo znacznego wysiłku nie są w stanie sprostać stawianym im zadaniom.

2. DOSTOSOWANIA WYMAGAŃ EDUKACYJNYCH

Polska szkoła jest otwarta dla wszystkich uczniów. Decyzja dotycząca wyboru szkoły dla dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną zależy od stopnia deficytu poznawczego i należy do rodziców.

Dzieci i młodzież z głęboką niepełnosprawnością poznawczą spełniają obowiązek szkolny w formie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych regulowanych odrębnym rozporządzeniem⁸. Podstawowym zadaniem tych zajęć jest maksymalne rozwijanie sił biologicznych i cech, które są najmniej uszkodzone. To również poprawa ogólnego komfortu życia poprzez dostarczanie wrażeń zmysłowych oraz przez kontakt i komunikację. Warto uzmysłwić sobie, że dzieci z tak poważnymi deficytami rozwojowymi często przebywają w zamkniętych pomieszczeniach, przewożone są z miejsca na miejsce samochodami, co sprawia, że cała gama codziennych wrażeń, np. doświadczenie deszczu, wiatru, zapachu kwiatów itd., nie są dla nich dostępne w naturalnych warunkach. Te deficyty przeżyć są zaspokajane poprzez odpowiednio prowadzone zajęcia.

Uczniowie z głębszym (znacznym lub umiarkowanym) i lekkim deficytem intelektualnym mogą uczęszczać do szkół specjalnych lub ogólnodostępnych. Mogą uczyć się w trybie standardowym, integracyjnym lub w rozwijającym się w ostatnich latach nurcie edukacji włączającej⁹. W każdym przypadku nadrzędnym celem szkoły jest wyposażenie uczniów w wiedzę i umiejętności, które umożliwią podjęcie kolejnego etapu edukacji, a w konsekwencji doprowadzą do osiągnięcia dostępnego im stopnia niezależności w dorosłym życiu. W przypadku uczniów z lekką niepełnosprawnością jest to możliwość zdobycia zawodu i podjęcia zatrudnienia na otwartym rynku pracy. Dzięki temu młodzi ludzie stają się niezależni ekonomicznie, zakładają rodziny i w żadnym aspekcie nie spełniają kryteriów osób z niepełnosprawnościami.

Kluczowym warunkiem osiągania tak rozumianego sukcesu jest edukacja. Jaka? Skuteczna, czyli dostosowana do szeroko rozumianych indywidualnych możliwości ucznia i dodatkowo wsparta zajęciami rewalidacyjnymi. A zatem to właśnie dostosowanie procesu nauczania stanowi o jego efektywności, niezależnie od etapu edukacji, typu szkoły czy systemu kształcenia. W polskim systemie edukacji dostosowania wymagań

8 Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 kwietnia 2013 r. w sprawie warunków i sposobu organizowania zajęć rewalidacyjno-wychowawczych dla dzieci i młodzieży z upośledzeniem umysłowym w stopniu głębokim.

9 Edukacja włączająca rozumiana jest jako podejście w procesie kształcenia i wychowania, którego celem jest zwiększanie szans edukacyjnych wszystkich osób uczących się poprzez zapewnianie im warunków do rozwijania indywidualnego potencjału, tak aby w przyszłości umożliwić im pełnię rozwoju osobistego na miarę swoich możliwości oraz pełne włączenie w życie społeczne. Edukacja ta stawia za cel wyposażenie uczniów w kompetencje niezbędne do stworzenia w przyszłości włączającego społeczeństwa, czyli społeczeństwa, w którym osoby niezależnie od różnic dotyczących m.in. stanu zdrowia, sprawności, pochodzenia lub wyznania są pełnoprawnymi członkami społeczności, a ich różnorodność postrzegana jest jako cenny zasób rozwoju społecznego i cywilizacyjnego. To systemowe, wielowymiarowe i wielokierunkowe podejście do edukacji, nastawione na dostosowanie wymagań edukacyjnych, warunków nauki i organizacji kształcenia do potrzeb i możliwości każdego ucznia jako pełnoprawnego uczestnika procesu kształcenia; <https://www.gov.pl/web/edukacja-i-nauka/edukacja-wlaczajaca> (dostęp: 1.09.2022).



edukacyjnych dla wszystkich uczniów z niepełnosprawnościami opracowywane są w formie indywidualnych programów edukacyjno-terapeutycznych.

IPET-y opracowywane dla dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną stanowią poważne wyzwanie, ponieważ powinny uwzględniać zarówno treści nauczania, jak i wszystkie funkcjonalne następstwa niepełnosprawności. Dlatego tak ważne jest, by dostosowania dotyczyły zarówno procesów instrumentalnych – percepcji, pamięci, uwagi, myślenia, mowy, manipulacji – jak i procesów kierunkowych, czyli motywacji do uczenia się, kontroli emocjonalnej oraz potrzeby osiągnięć. Jednoczesne i stałe uwzględnianie deficytów obu tych obszarów oraz dostosowanie treści programowych daje każdemu uczniowi możliwość pełnej realizacji posiadanego potencjału. Sprawia, że może on uczyć się w poczuciu bezpieczeństwa i akceptacji. W warunkach umożliwiających bycie sprawczym i aktywnym na miarę możliwości oraz zawsze docenionym. Z poczuciem, że błąd lub pomyłka nie są porażką, a jedynie poszukiwaniem rozwiązania. I że brak wiedzy lub umiejętności jest do uzupełnienia, a szkoła jest właśnie po to, żeby nauczyć, pokazać, przybliżyć, wyjaśnić. Treści nauczania powinny być przystępne poznawczo. A będą takie, jeśli będą jak najbardziej konkretne, poznawalne i dostępne za pomocą zmysłów. Jeśli będą przekazywane wielokanałowo, z możliwością praktycznego przetestowania zdobytej wiedzy. Jeśli będą przerabiane i omawiane z różnych perspektyw i punktów widzenia. Jeśli będą obecne, czyli powtarzane w różnych kontekstach i sytuacjach. Jeśli uczeń będzie wiedział, po co się uczy, jak tę wiedzę i te umiejętności wykorzysta w życiu. Jeśli będzie oceniany tylko w porównaniu z samym sobą. Jeśli będzie się uczył poczuciu stawania się mądrzejszym, w atmosferze doceniania i szacunku. Wtedy nauka, proces trudny, wymagający zaangażowania, wysiłku, pracy i wyrzeczeń, może być fascynującą przygodą, bo „rozwój daje radość”¹⁰.

Nauka realizowana w niesprzyjających warunkach, bez opracowania indywidualnych dostosowań wymagań edukacyjnych, może stać się „orką na ugorze”, tym okresem w życiu, który jest wspominany niechętnie, z poczuciem porażki, lub wręcz wypierany z pamięci.

Przedstawiłam dość idealistyczny obraz dostosowań. Przecież w życiu nie wszystko jest możliwe. Treści programowych jest nieadekwatnie dużo do czasu przeznaczonego na ich realizację, nawet w wielu przypadkach odnośnie do uczniów z normą intelektualną. Pozostawianie „z tyłu” niczego nie ułatwia, a jedynie pogłębia problemy. Jak sobie z tym radzić? Na pewno pomocna będzie analiza podstawy programowej, wyłonienie treści absolutnie niezbędnych do realizacji i, jeśli się da, uzupełnianie ich w trakcie pracy. Pomoże opracowywanie indywidualnych kart pracy, kart uzupełniających, indywidualnych instrukcji i planów pracy. Czasem odpowiedź pisemną warto zastąpić ustną, a oceny dokonać na podstawie obserwacji wykonywania zadania na lekcji. Zawsze z uwzględnieniem zaangażowania, nakładu pracy i motywacji.

Z pewnością nie wyczerpuję tutaj zagadnień dotyczących dostosowań treści programowych do możliwości uczniów z niepełnosprawnością intelektualną. Na szczęście bardzo wiele zależy od nauczyciela. Jego kreatywności, zaangażowania i świadomości własnej samosterowności. Przecież ostatecznie to nauczyciel decyduje, czego i jak uczyć, czy przekazywana wiedza i umiejętności rzeczywiście są dostępne uczniowi, czy też są tylko bezsensowną realizacją programu. Ważne, aby nauczyciel zawsze pamiętał, jaka jest misja polskiej szkoły.

10 J. Kielin (red.), *Rozwój daje radość*, Gdańsk 2010.



BIBLIOGRAFIA

1. Kielin J. (red.), *Rozwój daje radość*, Gdańsk 2010.
2. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 kwietnia 2013 r. w sprawie warunków i sposobu organizowania zajęć rewalidacyjno-wychowawczych dla dzieci i młodzieży z upośledzeniem umysłowym w stopniu głębokim.

STRONY INTERNETOWE

1. <https://www.ore.edu.pl/2021/10/raport-edukacja-wlaczajaca-w-polsce/> <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/edukacja/edukacja/oswiata-i-wychowanie-w-roku-szkolnym-20202021,1,16.html>
2. https://www.pfron.org.pl/fileadmin/files/p/2393_P_D_P__Wsparcie_osob_z_uposledzeniem_umyslowym.pdf
3. <https://dziecisawazne.pl/systemy-wychowawcze-cz-4-jean-piaget/>
4. https://psychologia.amu.edu.pl/wp-content/uploads/2013/10/2011-d-remedium-pierwotne-i-wtarne-skutki-niepea_nosprawnoa_ci-intelektualnej.pdf
5. <https://stopbarierom.pl/aktualnosci/niepelnosprawnosci-intelektualna/>
6. <https://www.gov.pl/web/edukacja-i-nauka/edukacja-wlaczajaca>

Notka o autorce

mgr Małgorzata Błotnicka – pedagog, oligofrenopedagog, specjalistka w zakresie terapii psychopedagogicznej; nauczycielka akademicka z 30-letnim stażem pracy pedagogicznej na wszystkich etapach kształcenia oraz 15-letnim doświadczeniem na stanowisku doradcy metodycznego do spraw kształcenia dzieci i młodzieży ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi; mediator; certyfikowana liderka zmian w obszarze kształcenia uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi; edukatorka w zakresie podstaw programowych w kształceniu specjalnym.



Rafał Młyński

logopeda

rafal.mlynski@uj.edu.pl

Dysleksja w warunkach dwujęzyczności – przegląd badań

STRESZCZENIE

Artykuł dotyczy zagadnienia badań nad dysleksją u osób dwujęzycznych i ma charakter przeglądowy. Pokazuje stan podjętych analiz w światowej i polskiej literaturze przedmiotu. Dodatkowo rodzime publikacje w tym temacie są przedstawione na tle polskich badań nad zaburzoną komunikacją w warunkach dwujęzyczności. Tak skonstruowany przegląd pozwoli terapeutom (logopedom, psychologom i pedagogom) zapoznać się z wnioskami przeprowadzonych analiz, co w kontekście aktualnego trendu stosowania praktyki opartej na dowodach¹ jest szczególnie przydatne.

WSTĘP

Ruchy migracyjne oraz postępująca globalizacja doprowadziły do zmiany struktur w społeczeństwach, w tym również polskim. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego w 2020 roku na terenie Polski przebywało około 2 mln cudzoziemców². Najliczniejszymi grupami byli Ukraińcy (ponad 1,3 mln) oraz Białorusini (ponad 100 tys.). Wśród nich znajdowały się również dzieci. Najwyższa Izba Kontroli podała, iż w 2019 roku w placówkach oświatowych uczyło się ponad 50 tys. takich uczniów, zwłaszcza Ukraińców. NIK podkreślił również brak prowadzenia statystyk dotyczących polonijnych dzieci reemigrantów³.

Dzieci cudzoziemskie oraz polonijne, które są lub stają się dwujęzyczne na terenie Polski, mogą przejawiać takie same objawy zaburzeń komunikacyjnych jak dzieci jednojęzyczne, dlatego również powinny być otoczone opieką terapeutyczną. Tezę te potwierdzają badania Katarzyny Gawęł, Henriette Langdon i Katarzyny Węsierskiej, w trakcie których ponad 46% logopedów respondentów przyznało, iż miało styczność z dwujęzycznymi pacjentami⁴.

1 P. Krzeszewska, *Praktyka oparta na dowodach w postępowaniu logopedycznym*, [w:] „Logopedia”, t. 49, nr 2/2020.

2 Rocznik Demograficzny 2021, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/roczniki-statystyczne/roczniki-statystyczne/rocznik-demograficzny-2021,3,15.html> [dostęp: 20.08.2022].

3 <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/ksztalcenie-dzieci-cudzoziemcow-i-powracajacych-do-kraju.html> [dostęp: 20.08.2022].

4 K. Gawęł, H. Langdon, K. Węsierska, *Współpraca polskiego logopedy z tłumaczem – potrzeby*, [w:] „Neurolingwistyka Praktyczna”, nr 1/2015.

W tym przypadku należy zasygnalizować prawdopodobieństwo wystąpienia u nich także zaburzeń czytania i pisanie. Terapia ukierunkowana na kompensację tych trudności pozwoli, zwłaszcza dzieciom, na osiągnięcie sukcesu edukacyjnego w języku, który jest dla nich drugim⁵ bądź odziedziczonym⁶.

1. POLSKIE BADANIA NAD ZABURZONĄ KOMUNIKACJĄ W WARUNKACH BILINGWIZMU POLSKO-OBCEGO

1.1. KIERUNKI POLSKICH BADAŃ ZABURZEŃ W DWUJĘZYCZNOŚCI

Analizy komunikacji dwujęzycznych dzieci z dysleksją znalazły się w zakresie polskich, lecz nielicznych badań nad zaburzeniami w kontekście bilingwizmu. Tego typu badania w dalszym ciągu stanowią lukę na gruncie polskiej logopedii i wymagają dalszego poszerzania w zakresie teoretycznym oraz praktycznym. Z tego powodu warto przytoczyć prace poruszające tę problematykę.

Potrzebę badań nad zaburzeniami u dzieci dwujęzycznych jako pierwsza zasygnalizowała Jadwiga Cieszyńska-Rożek, która przedstawiła raport z badań nad polonijnymi dziećmi w Wielkiej Brytanii.⁷ Na szczególną uwagę zasługuje monografia Marzeny Błasiak-Tytuła, również poświęcona dzieciom z Wielkiej Brytanii z objawami alalii oraz ze spektrum autyzmu⁸. Badaczka dokonała analizy sprawności leksykalnej, morfosyntaktycznej oraz artykulacyjnej u dzieci z alalią i porównała ją z wynikami grupy kontrolnej. Badania ilościowe autorka dopełniła trzema studiami przypadków: dziewczynki i dwóch chłopców. Oprócz alalii Błasiak-Tytuła zajęła się także spektrum autyzmu u polsko-angielskich dzieci. W tym przypadku również zdecydowała się na badanie ilościowe (30 dzieci) oraz jakościowe (3 studia przypadków). Błasiak-Tytuła swoje zainteresowanie spektrum autyzmu wyraziła też w artykule poświęconym przebiegowi oraz efektom terapii logopedycznej u polsko-irlandzkiego chłopca⁹. Zakres badań nad zaburzoną komunikacją u dzieci z dwujęzycznością polsko-obcą obejmuje nie tylko alalię i spektrum autyzmu, ale również mutyzm. Problemem tym zajęła się Joanna Kuć, która na przykładzie studium ormiańskiej dziewczynki w wieku przedszkolnym przedstawiła postępowanie terapeutyczne wobec mutyzmu¹⁰. Innym problemem, który znajduje się w zakresie polskiej literatury, jest diagnoza i terapia dyslalii. Tym zagadnieniem zajęły się Anna Krawczyk oraz Anita Lorenc, przedstawiając swoje badanie z udziałem polsko-amerykańskich dzieci¹¹.

5 P. Gębał, W. Miodunka, *Dydaktyka i metodyka nauczania języka polskiego jako obcego i drugiego*, Warszawa 2020, s. 149–150.

6 A. Seretny, E. Lipińska, *Między językiem ojczystym a obcym. Nauczanie i uczenie się języka odziedziczonych na przykładzie chicagowskiej diaspory polonijnej*, Kraków 2012, s. 21.

7 J. Cieszyńska-Rożek, *Zaburzenia rozwoju języka polskich dzieci za granicą*, [w:] *Młoda polska emigracja w UE jako przedmiot badań psychologicznych, socjologicznych i kulturowych*, D. Praszałowicz, M. Łuźniak-Pieczota, M. Kulpińska (red.), 2014, <http://www.euroemigranci.pl/dokumentacja.html> (dostęp: 20.04.2022).

8 M. Błasiak-Tytuła, *Mowa dzieci dwujęzycznych. Norma i zaburzenia*, Kraków 2019.

9 M. Błasiak-Tytuła, *Terapia logopedyczna dwujęzycznego dziecka z autyzmem*, [w:] „Studia Pragmalingwistyczne”, 10/2018.

10 J. Kuć, *Bilingwizm i mutyzm w kontekście opóźnionego rozwoju mowy*, Kraków 2018.

11 A. Krawczyk, A. Lorenc, *Diagnoza artykulacji u dzieci dwujęzycznych wychowujących się w środowisku polsko-amerykańskim*, [w:] „Logopedia”, t. 48, nr 2/2019.

1.2. ANALIZY DYSLEKSJI W DWUJĘZYCZNOŚCI POLSKO-OBCEJ

Jak wspomniano na początku, polska refleksja nad zaburzeniami w dwujęzyczności obejmuje również dysleksję. Ze względu na temat niniejszego tekstu publikacje odnoszące się do tego zagadnienia zostaną przedstawione w szerszym zakresie.

Marta Korendo w swojej pracy przypominała konieczność rozumienia dysleksji jako zaburzenia o podłożu neurobiologicznym, wskazała na symetrię *planum temporale* oraz zaburzenia mikroarchitektury kory i mielinizacji w rejonach połączeń międzypółkulowych¹². Autorka postawiła również postulat, aby ten kierunek wziąć pod uwagę w przypadku stawiania diagnozy u dzieci dwujęzycznych, borykających się z zaburzeniami czytania i pisania. Zwróciła także uwagę na konieczność rozpoznawania deficytów w obu językach dziecka oraz świadomość występowania zjawiska interferencji międzyjęzykowych. Kończąc swój wywód, zaproponowała zaprogramowanie terapii dwujęzycznych dzieci z dysleksją według zasad Metody Krakowskiej.

Problemem dysleksji w warunkach dwujęzyczności zajęła się Dorota Pietrzyk¹³. W swojej nieopublikowanej pracy doktorskiej przedstawiła badania nad sprawnością pisania u dzieci uczących się w brytyjskiej szkole na terenie Warszawy. Pietrzyk dokonała identyfikacji i interpretacji błędów w pracach pisemnych, popełnianych przez uczniów z dysleksją w języku polskim i angielskim. Takie postępowanie jest zgodne ze światowymi wytycznymi diagnozy osób dwujęzycznych¹⁴. Na podstawie swoich badań przedstawiła następujące wnioski:

- dzieci z dysleksją popełniają więcej błędów w języku pierwszym (polskim) niż w drugim (angielskim) – błędy te dotyczą ortografii, interpunkcji, gramatyki i leksyki;
- w pracach w języku polskim dzieci z dysleksją popełniały więcej błędów niż dzieci bez dysleksji – te pierwsze radziły sobie zdecydowanie gorzej w zakresie ortografii, interpunkcji, gramatyki i leksyki. Pojawiały się też specyficzne błędy, które nie występowały u uczniów bez dysleksji, tzn. mylenie *el/ę* oraz *k/g*, nieprawidłowe zaszerzowanie rzeczownika ze względu na jego rodzaj gramatyczny, a także brak zgodności z tematem pracy, co wskazuje na trudności z rozumieniem;
- w pracach w języku angielskim dzieci z dysleksją popełniały więcej błędów niż dzieci bez dysleksji – były to błędy ortograficzne, interpunkcyjne, gramatyczne oraz leksykalne. Pojawiały się również specyficzne błędy, które nie występowały u uczniów bez dysleksji – o charakterze ortograficznym oraz dotyczącym dyskursu;
- podłożem błędów ortograficznych w języku polskim i angielskim u uczniów z dysleksją jest problem ze wzrokowym zapamiętaniem ortograficznego wzorca wyrazu, a nie deficyt fonologiczny.

Po przedstawieniu wniosków Pietrzyk składowała, iż dwujęzyczne dzieci z dysleksją powinny być objęte uważną i celową terapią logopedyczną, zwłaszcza biorąc pod uwagę zwiększającą się ich liczebność.

Błędom popełnianym przez dwujęzyczne dziecko z dysleksją poświęcony jest również tekst autorstwa Rafała Młyńskiego¹⁵. Nawiązano w nim do anglojęzycznych prac poświęconych badaniom bilingwalnych osób z dysleksją i skonfrontowano je z wnioskami dotyczącymi konieczności diagnozy różnicowej u dzieci

12 M. Korendo, *Problemy dyslektyczne dzieci dwujęzycznych*, [w:] *Bilingwizm polsko-obcy dziś. Od teorii i metodologii badań do studiów przypadków*, R. Dębski, W. Miodunka (red.), Kraków 2016.

13 Pietrzyk D., *Błędy językowe popełniane w pracach pisemnych przez polskich uczniów dyslektycznych kształconych w brytyjskim systemie edukacyjnym*, Warszawa 2020, niepublikowana praca doktorska, <https://depotuw.ceon.pl/bitstream/handle/item/3913/2300-DR-PE-220632.pdf?sequence=1> (dostęp: 20.08.2022).

14 https://www.asha.org/practice-portal/professional-issues/bilingual-service-delivery/#collapse_1 (dostęp 20.08.2022).

15 R. Młyński, *Lingwistyczne objawy dysleksji i dwujęzyczności. Próba analizy różnicowej zachowań językowych*, [w:] *Bilingwizm polsko-obcy dziś. Od teorii i metodologii badań do studiów przypadków*, R. Dębski, W. Miodunka (red.), Kraków 2016.

prezentujących dwujęzyczność polsko-obcą oraz zaburzenia komunikacji. Dzięki neurolingwistyce zaproponowano układ dysleksji i dwujęzyczności, w którym status prymarny mają neurobiologicznie uwarunkowane specyficzne trudności w czytaniu i pisaniu, a nie sekundarny bilingwizm, rozumiany jako cecha jednostki. Przedmiotem badania było porównanie pisania ze słuchu oraz pisania z pamięci u dwujęzycznego rodzeństwa, z którego starszy chłopiec wykazywał trudności o charakterze dysleksji. Analiza dotyczyła błędów typu paradygmatycznego i syntagmatycznego, związanych z prawopółkulowym przetwarzaniem materiału językowego. Na jej podstawie przedstawiono następujące wnioski:

- w polszczyźnie dwujęzycznego dziecka z dysleksją występują błędy syntagmatyczne (metatezy, elizje, epentezy, elizje i reduplikacje), paradygmatyczne (substytucje) oraz interferencje z języka odziedziczonego (hiszpańskiego);

- wspomniane błędy występowały w pisaniu polskojęzycznego tekstu z pamięci oraz ze słuchu;

- chłopiec z dysleksją popełnił zdecydowanie więcej błędów syntagmatycznych oraz paradygmatycznych niż chłopiec bez trudności; tego typu błędy przeważały nad tymi wynikającymi z kontaktów międzyjęzycznych;

- nasilenie obu typów błędów u dziecka z dysleksją wskazuje na jej charakter prymarny w stosunku do bilingwizmu;

- badanie wskazało na konieczność stosowania diagnozy różnicowej dysleksji i dwujęzyczności.

Tekst zakończony jest propozycjami dalszych badań nad specyficznymi trudnościami w czytaniu i pisaniu w warunkach bilingwizmu polsko-obcego.

Z obowiązku, jaki nakłada przegląd literatury, warto też odnotować kolejną publikację Młyńskiego, poświęconą interakcjonistycznej interpretacji kompetencji komunikacyjnej u dwujęzycznego dziecka podejrzanego o dysleksję¹⁶. Tekst ma charakter bardziej językoznawczy niż logopedyczny. Nawiązuje do teorii interakcjonizmu symbolicznego i przedstawia w tym nurcie rozważania nad stworzonym przez chłopca tekście własnym.

2. ŚWIATOWE BADANIA NAD DYSLEKSJĄ W DWUJĘZYCZNOŚCI

W światowej literaturze przedmiotu bardzo wyraźnie wybrzmiewa postulat diagnozy różnicowej objawów typowych dla dysleksji i dla kontaktów międzyjęzycznych. Na taką konieczność wskazała na kanwie swoich badań Elizabeth Frost, pisząc o dwóch możliwościach, które mogą pojawić się w trakcie diagnozowania osób dwujęzycznych: fałszywie pozytywnej kwalifikacji (ang. *false positive labeling*), gdy stwierdzane są zaburzenia dyslektyczne w sytuacji ich faktycznego braku, oraz fałszywie negatywnej kwalifikacji (ang. *false negative labelling*), gdy nie stwierdza się zaburzeń dyslektycznych w sytuacji ich faktycznego występowania, co determinuje brak interwencji terapeutycznej¹⁷. W celu zobrazowania tych warunków zaprezentowała przypadek norwesko-angielskiej dziewczynki. Jej specyficzne trudności w opanowaniu pisowni języka norweskiego zostały ocenione jako wynik dwujęzycznego środowiska oraz mające charakter czasowy. W trakcie zajęć z języka angielskiego dziewczynka przejawiała również trudności dyslektyczne, ale oczekiwano od niej poprawnego zapisu, sugerując się dobrym poziomem sprawności mówienia w tym języku.

16 R. Młyński, *Interactionist interpretation of the communicative competence of a bilingual child suspected of dyslexia*, [w:] „LingVaria”, nr 1/2020.

17 E. Frost, *Bilingualism or dyslexia – language difference or language disorder*, [w:] *Multilingualism, literacy and dyslexia. A challenge for educators*, G. Reid, L. Peer (red.), Londyn 2000, s. 133.

Praca Frost jest jedną z wielu prac, która wykorzystuje metodologię studium przypadku w celu przytoczenia konkretnego aspektu zaburzonej komunikacji w warunkach dwujęzyczności. Biorąc pod uwagę tę zależność, poniżej zostaną przytoczone inne prace tego typu. Taeko Wydell oraz Brian Butterworth¹⁸ przedstawili przypadek japońsko-angielskiego chłopca, u którego zaobserwowali specyficzne trudności w czytaniu i pisania jedynie w języku angielskim. Aby udowodnić postawioną przez siebie tezę o występowaniu tzw. monolingwalnej dysleksji, posłużyli się hipotezą granulacji (korespondencji znaku graficznego z jednostką komunikacji werbalnej, tzw. fonemem, sylabą bądź wyrazem) oraz transparentności (relacji ilościowej pomiędzy znakiem graficznym a fonemem) ortografii. Według koncepcji autorów w językach transparentnych, np. włoskim bądź tych, które posługują się alfabetem sylabicznym, nie powinny objawiać się zaburzenia czytania i pisania. Inaczej w przypadku języków nietransparentnych, np. angielskim, w których trudności w komunikacji pisemnej mogą być nasilone. Poddany badaniu chłopiec miał problemy w przetwarzaniu podsystemu fonetyczno-fonologicznego oraz głośnego czytania pseudowyrazów oraz wyrazów znaczących w języku angielskim, natomiast dobrze radził sobie przetwarzaniem fonologicznym i czytaniem w systemach alfabetycznych języka japońskiego. Swoją pracę badacze skonkludowali, iż dysleksję w przypadku dwujęzyczności można rozumieć jako specyficzną interakcję między deficytem poznawczym a właściwością pisowni. Należy zwrócić uwagę, iż badanie jednego chłopca nie upoważnia do uogólnienia wyników w stosunku do całej populacji.

Przyczynek do badań ilościowych swojej pracy zasygnalizowali Rekha Malateshi Josi, Prakash Padakannaya oraz Surendranath Nishanimath¹⁹. Na kanwie przypadku hindusko-angielskiego chłopca, który przejawiał podobne dyslektyczne objawy w obu językach (dekodowanie pseudowyrazów, regularnych i nieregularnych wyrazów), przytoczyli konkluzję Ashum Gupty. Autorka przebadła 30 hindusko-angielskich dzieci z dysleksją, prezentujących podobne zaburzenia w obu językach. Według niej przyczyną zaburzeń może być nie relacja między grafemem a fonemem, ale zaostrenie deficytu poznawczego i fonologicznego.

Mimo iż deficyt fonologiczny w dysleksji jest uznawany za najbardziej prawdopodobny, powstały prace, które nie wykazują jego kluczowej roli przy obserwacji zaburzeń czytania i pisania. Jedną z nich jest artykuł Sylviane Valdois i współpracowników, który poświęcili się badaniu hiszpańsko-francuskiej dziewczynki²⁰. W jego trakcie nie zauważono trudności o podłożu fonologicznym oraz werbalnej krótkotrwałej pamięci, ale tzw. deficyt ilościowego symultanicznego przetwarzania bodźców wizualnych (ang. *visual-attention span deficit*), co warunkowało jej problemy w czytaniu. Dziewczynka poddana została krótkoterminowej terapii, zogniskowanej na kompensację przetwarzania wzrokowego. Po jej zakończeniu zaobserwowano polepszenie umiejętności odczytywania pojedynczych wyrazów w języku francuskim oraz dokładność i tempo czytania w dwóch języków (z przewagą francuskiego). Przypadek dziewczynki potwierdza prawdopodobne występowanie zaburzenia przetwarzania wzrokowego w dysleksji. Fakt, iż była dwujęzyczna, wskazywał na wpływ deficytu wzrokowego na różne aspekty czytania, warunkowanego też różnymi cechami systemu graficznego danego języka.

Omawiane badania dotyczą nie tylko dzieci. W obrębie zainteresowania zespołu neuropsychologów znalazła się bilingwalna kobieta z dysleksją, której mózg został poddany neuroobrazowaniu podczas wyko-

18 T. Wydell, B. Butterworth, A case study of an English-Japanese bilingual with monolingual dyslexia, [w:] „Cognition”, nr 70/1999.

19 R. Malateshi Josi, P. Padakannaya, S. Nishanimath, Dyslexia and hyperlexia in bilinguals, [w:] „Dyslexia”, nr 16/2010, s. 114.

20 S. Valdois i in., Dyslexia in a French-Spanish bilingual girl: Behavioural and neural modulations following a visual attention span intervention, [w:] „Cortex”, XXX/2013.

nywania zadań językowych²¹. Okazało się, że wykazywał zdecydowanie obniżenie działania lewej półkuli w stosunku do osób niezaburzonych (dwujęzycznej i jednojęzycznej) oraz podwyższoną aktywację prawej półkuli. Wnioskiem badaczy było stwierdzenie, iż być może w przypadku bilingwalnych dyslektycznych osób zachodzi prawopółkulowa kompensacja zaburzonego działania zakrętu kąowego, wrzecionowatego oraz skroniowego w lewej półkuli mózgu.

Godną uwagi jest również praca Prathibhy Karanth²². Autorka opisała sprawność czytania i pisanie u dwóch dwujęzycznych chłopców z dysleksją. Co ciekawe, przedstawiła analizę błędów przez nich popełnianych. Były to błędy wskazujące na zaburzenia przetwarzania sekwencji (metatezy, elizje i epentezy) oraz prawopółkulowe przetwarzania informacji (substytucje).

Błędami w głośnym czytaniu zajęli się też wspomniany wcześniej Taeko Wydell i Tadahisa Kondo, którzy pod tym kątem zbadali angielsko-japońskiego chłopca²³. Ich konkluzją było stwierdzenie, iż uczeń mylił się ze względu na prawopółkulowe globalne rozpoznawanie wyrazów na postawie podobieństwa wizualnego.

3. WNIOSKI

Na początku niniejszej pracy pojawiło się odwołanie do potrzeby programowania terapii logopedycznej w oparciu o wyniki badań naukowych. Przedstawione powyżej analizy są studiami przypadków, więc na ich podstawie trudno stwierdzić, że opisane zjawiska są typowe dla wszystkich osób dwujęzycznych borykających się z dysleksją. Pomimo tego warto jednak zasygnalizować te wątki, które mogą być przydatne dla praktyki logopedycznej.

Dysleksję występującą w warunkach dwujęzyczności należy rozumieć jako zaburzenie uwarunkowane neurobiologicznie, stąd potrzeba wprowadzania ćwiczeń stymulujących funkcje poznawcze warunkujące prawidłowe nabywanie języka oraz umiejętność prawidłowego dekodowania, rozumienia oraz tworzenia wypowiedzi pisemnych. Odwołanie się do biologicznej etiologii specyficznych trudności w czytaniu i pisaniu jest warunkiem koniecznym dokonania ich diagnozy różnicowej w stosunku do interferencji międzyjęzycznych. Tego typu postępowanie nierzadko będzie wymagało podjęcia współpracy logopedy z interpretatorem (tłumaczem), który pomoże w identyfikowaniu zjawisk językowych typowych dla drugiego języka dziecka.

Błędy popełniane przez dwujęzyczne dziecko z dysleksją mogą przyczynić się do ukierunkowania terapii logopedycznej, np. na te związane z zaburzeniem przetwarzania sekwencji bądź stosowaniem przetwarzania prawopółkulowego. W tym wypadku ważna jest ich interpretacja.

Przytoczone badania przypominają także wątek problemów z przetwarzaniem wzrokowym jako jednych z typowych dla dysleksji oraz konieczność rozpatrywania trudności z czytaniem i pisaniem w kontekście transparentności systemu graficznego.

21 H. Park, G. Badzakova-Trajkov, K. Waldie, Brain activity in bilingual developmental dyslexia: An fMRI study, [w:] „Neurocase: The Neural Basis of Cognition”, 18(4)/2011.

22 P. Karanth, Developmental dyslexia in bilingual-biliterates, [w:] „Reading and Writing: an Interdisciplinary Journal”, Vol. 4, No. 3/1992.

23 T. Wydell, T. Kondo, Phonological deficit and the reliance on orthographic approximation for reading: a follow up study on an English-Japanese bilingual with monolingual dyslexia, [w:] „Journal of Research in Reading”, Vol. 26/2003.



BIBLIOGRAFIA

1. Błasiak-Tytuła M., *Mowa dzieci dwujęzycznych. Norma i zaburzenia*, Kraków 2019.
2. Błasiak-Tytuła M., *Terapia logopedyczna dwujęzycznego dziecka z autyzmem*, [w:] „Studia Pragmalingwistyczne”, 10/2018.
3. Cieszyńska-Różek J., *Zaburzenia rozwoju języka polskich dzieci za granicą* [w:] *Młoda polska emigracja w UE jako przedmiot badań psychologicznych, socjologicznych i kulturowych*, Prasałowicz D., Łuźniak-Pieczota M., Kulpińska M. (red.), Kraków 2014.
4. Frost E., *Bilingualism or dyslexia – language difference or language disorder*, [w:] *Multilingualism, literacy and dyslexia. A challenge for educators*, Reid G., Peer L. (red.), Londyn 2000.
5. Gawel K., Langdon H., Węsierska K., *Współpraca polskiego logopedy z tłumaczem – potrzeby*, [w:] „Neurolingwistyka Praktyczna”, nr 1/2015.
6. Gębał P., Miodunka W., *Dydaktyka i metodyka nauczania języka polskiego jako obcego i drugiego*, Warszawa 2020.
7. Karanth P., *Developmental dyslexia in bilingual-biliterates*, [w:] „Reading and Writing: an Interdisciplinary Journal”, Vol. 4, No. 3/1992.
8. Korendo M., *Problemy dyslektyczne dzieci dwujęzycznych*, [w:] *Bilingwizm polsko-obcy dziś. Od teorii i metodologii badań do studiów przypadków*, Dębski R., Miodunka W. (red.), Kraków 2016.
9. Krawczyk A., Lorenc A., *Diagnoza artykulacji u dzieci dwujęzycznych wychowujących się w środowisku polsko-amerykańskim*, [w:] „Logopedia”, t. 48, nr 2/2019.
10. Krzeszewska P., *Praktyka oparta na dowodach w postępowaniu logopedycznym*, [w:] „Logopedia”, t. 49, nr 2/2020.
11. Kuć J., *Bilingwizm i mutyzm w kontekście opóźnionego rozwoju mowy*, Kraków 2018.
12. Malateshi Josi R., Padakannaya P., Nishanimath S., *Dyslexia and hyperlexia in bilinguals*, [w:] „Dyslexia”, nr 16/2010.
13. Młyński R., *Lingwistyczne objawy dysleksji i dwujęzyczności. Próba analizy różnicowej zachowań językowych*, [w:] *Bilingwizm polsko-obcy dziś. Od teorii i metodologii badań do studiów przypadków*, Dębski R., Miodunka W. (red.), Kraków 2016.
14. Młyński R., *Interactionist interpretation of the communicative competence of a bilingual child suspected of dyslexia*, [w:] „LingVaria”, nr 1/2020.
15. Park H., Badzakova-Trajkov G., Waldie K., *Brain activity in bilingual developmental dyslexia: An fMRI study*, [w:] „Neurocase: The Neural Basis of Cognition”, 18(4)/2011.
16. Pietrzyk D., *Błędy językowe popełniane w pracach pisemnych przez polskich uczniów dyslektycznych kształconych w brytyjskim systemie edukacyjnym*, Warszawa 2020, niepublikowana praca doktorska, <https://depotuw.ceon.pl/bitstream/handle/item/3913/2300-DR-PE-220632.pdf?sequence=1> (dostęp: 20.08.2022).
17. Seretny A., Lipińska E., *Między językiem ojczystym a obcym. Nauczanie i uczenie się języka odziedziczono na przykładzie chicagowskiej diaspory polonijnej*, Kraków 2012.
18. Valdois S. i in., *Dyslexia in a French-Spanish bilingual girl: Behavioural and neural modulations following a visual attention span intervention*, [w:] „Cortex”, XXX/2013.
19. Wydell T., Butterworth B., *A case study of an English-Japanese bilingual with monolingual dyslexia*, [w:] „Cognition”, nr 70/1999.
20. Wydell T., Kondo T., *Phonological deficit and the reliance on orthographic approximation for reading: a follow up study on an English-Japanese bilingual with monolingual dyslexia*, [w:] „Journal of Research in Reading”, Vol. 26/2003.



STRONY INTERNETOWE

1. <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/ksztalcenie-dzieci-cudzoziemcow-i-powracajacych-do-kraju.html> (dostęp 20.08.2022).
2. Rocznik Demograficzny 2021, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/roczniki-statystyczne/roczniki-statystyczne/rocznik-demograficzny-2021,3,15.html> (dostęp 20.08.2022).
3. https://www.asha.org/practice-portal/professional-issues/bilingual-service-delivery/#collapse_1 (dostęp 20.08.2022).

Notka o autorze

dr Rafał Młyński – logopeda, glottodydaktyk, pracownik Zakładu Logopedii na Wydziale Polonistyki Uniwersytetu Jagiellońskiego. Autor publikacji dotyczących diagnozy dzieci reprezentujących bilingwizm polsko-obcy, m.in. *The phonological skills of bilingual preschool children speaking Polish and Ukrainian in Poland*, *Procedura BID jako narzędzie do oceny procesów fonologicznych w przypadku dzieci dwujęzycznych*, *Ocena dwujęzyczności dziecięcej przy zastosowaniu formuły RIOT*. Kierownik grantów „Polski brzmi znajomo” oraz „Analiza konwersacyjna wstępów do ewaluacji mowy i języka polonijnych dzieci dwujęzycznych: badanie pilotażowe”. Visiting Scholar na studiach logopedycznych Northern Illinois University w USA.



Dorota Radecka

neurologopeda

e-mail: stasiewicz79@tlen.pl

Ataksja-teleangiektazja (AT) okiem logopedy

STRESZCZENIE

Artykuł przybliży istotę rzadkiej choroby genetycznej – ataksji-teleangiektazji (AT). Autorka opisuje mechanizmy powstawania mowy i jej zaburzeń w przebiegu AT oraz omawia najczęstsze formy pomocy logopedycznej.

WSTĘP

Ataksja-teleangiektazja (AT) to zaburzenie, które większość logopedów zna jedynie z literatury. Choroba ta, zwana również zespołem Louisa-Bara, spotykana jest niezwykle rzadko. Częstość jej występowania to 1:300000 żywo urodzonych noworodków i obecnie w Polsce zdiagnozowanych jest ok. 50 osób z tym zaburzeniem (dane na rok 2021; podaję za Fundacją „Razem Zdążymy”).

1. ATAKSJA-TELEANGIEKTAZJA (AT)

Ataksja-teleangiektazja jest chorobą genetyczną. Powstaje w wyniku mutacji genu ATM biorącego udział w naprawie DNA i regulacji cyklu komórkowego. Ujawnia się zazwyczaj w 2 r.ż., mniej więcej w okresie, gdy dziecko zaczyna podejmować próby chodzenia.

AT jest chorobą neurodegeneracyjną, polega na stopniowym obumieraniu komórek nerwowych i zaliczana jest do grupy ataksji mózdkowych. Mózdzek stanowi tę część układu nerwowego, która bierze udział w inicjacji oraz przebiegu wszystkich ruchów, zarówno prostych, jak i złożonych oraz szybkich i wolnych. Koordynuje dowolną aktywność ruchową, tak aby zaplanowany ruch był szybki, płynny i odbywał się po optymalnej drodze. Odpowiada także za utrzymanie odpowiedniej postawy ciała i jego poszczególnych części przez czas potrzebny do wykonania ruchu. Uszkodzenie mózdzku opóźnia więc zapoczątkowanie ruchu i ma istotny wpływ na czas jego wykonania, ale nie uniemożliwia jego powstania. Przez wynikające z braku koordynacji skurczów mięśni błędy w zakresie użytej siły, szybkości oraz programu ruch staje się niedokładny bądź niekompletny. Dotyczy to zarówno mięśni tułowia i kończyn, jak i głowy oraz twarzy, łącznie z mięśniami gałek ocznych i mięśniami odpowiedzialnymi za połykanie i mowę.

Do charakterystycznych cech AT, oprócz niezdolności ruchowej, należą również teleangiektazje (pajęczki nacyniowe) w obrębie spojówek, małżowin usznych i fałdów zgięciowych skóry, zaburzenia szybkości skoordynowanych ruchów gałek ocznych (dysocjacja oczno-głowowa: przy obserwacji poruszającego się przedmiotu głowa podąża za celem szybciej niż gałki oczne), płasawica, dystonia lub współwystępowanie obu tych objawów oraz niedobór odporności, prowadzący do częstych przewlekłych infekcji, a także skłonność do rozwoju nowotworów (głównie chłoniaków i białaczek).



Jak przy każdej ataksji, istotę zaburzeń w AT stanowi przede wszystkim zakłócenie koordynacji ruchowej. U wszystkich dzieci rozpoczynających chodzenie pierwsze stawiane kroki są chwiejne i nieporadne. Jednak z upływem czasu, gdy zdrowi rówieśnicy rozwijają technikę chodzenia i doskonałą koordynację ruchową, chód dzieci z AT pozostaje niezgrabny i kołyszący. Zaburzenia koordynacji ruchów ulegają stopniowemu nasileniu i w połączeniu z dominującą hipotonią w ciągu kilku bądź kilkunastu lat prowadzą do utraty umiejętności samodzielnego poruszania się.

2. ZABURZENIA MOWY W PRZEBIEGU AT

Pod względem logopedycznym u dzieci z ataksją-teleangiektazją diagnozuje się dyzartrię typu mózdkowego (ataktyczną). Wywołana jest ona uszkodzeniem mózdzku, skutkującym dyskoordynacją ruchów narządów mowy. Dlatego też podczas wypowiedzi pacjenta ruchy artykulacyjne są chaotyczne, a ich tempo jest nierówne. Dyzartria mózdkowa jest szczególną ogniskową formą ataksji, polegającą na braku właściwej koordynacji skurczów mięśni twarzy, gardła i krtani, powodującą chaos w ruchach tych narządów. Chory nie potrafi zwolnić przyspieszonych ruchów artykulacyjnych i nie jest w stanie szybko zmienić położenia języka. Podczas aktów mowy często robi przerwy, a jego wypowiedzi stają się skandowane. Dyzartria jest zaburzeniem ruchowego wykonania aktów mowy i cechuje się dysfunkcjami mięśni narządu mowy spowodowanymi niedowładem, spowolnieniem, nieźornością, zmienioną fonacją lub dodatkowymi ruchami. W AT osłabienie mięśni języka powoduje dodatkowo problemy ze ślinieniem się.

Podsumowując, charakterystycznymi cechami dyzartrii mózdkowej są:

- spowolnienie tempa mowy;
- bełkotliwa mowa wynikająca z tego, że poszczególne głoski i sylaby wymawiane są niewyraźnie, z nieodpowiednią intonacją i nieprawidłowym akcentowaniem, bez zachowania odpowiednio długich pauz między wyrazami;
- zaburzenia rytmu mowy w postaci rozdzielania sylab i wymawiania ich z nierówną siłą, co powoduje okresowe oscylacyjne zwiększanie i zmniejszanie siły głosu, czyli skandowanie mowy;
- nieregularny rytm mowy z jej zatrzymaniami;
- zaburzenie koordynacji mowy i oddechu, skutkujące mową wybuchową.

Dyzartrii w ataksji-teleangiektazji towarzyszy też najczęściej dysfunkcja układu oddechowego, związana z przepuszczaniem powietrza przez narząd mowy w celu wydawania dźwięków mowy, fonacji, artykulacji i prozodii. Pojawiają się problemy z prawidłowym torem oddechowym i ograniczenia związane z objętością płuc.

Wytwarzanie mowy jest złożonym procesem, który dotyczy koordynacji funkcji wielu struktur w klatce piersiowej, gardle i jamie ustno-nosowej:

- mięśnie ściany klatki piersiowej (klatka żebrowa, przepona i brzuch) regulują oddychanie, dostarczając strumień wypuszczanego powietrza; regulacja wydechów skutkuje głośnością mowy, liczbą wypowiedzianych słów na pojedynczym oddechu i czasem trwania przerwy pomiędzy oddechami;
- wypuszczane powietrze przechodzi przez krtani, co powoduje wytwarzanie wokalów, który składa się z drgań wytwarzających głos (fonację); mięśnie w krtani wpływają na długość i napięcie wokalów regulującego wysokość i głośność mowy; mięśnie w gardle zmieniają jakość głosu (rezonans);
- żuchwa, usta, język i podniebienie w zależności od swojego ułożenia wytwarzają dźwięki mowy (artykulację).



3. TERAPIA LOGOPEDYCZNA W AT

W dyzartrii ataktycznej działanie wszystkich wymienionych wyżej struktur oraz ich wzajemna współpraca ulegają mniejszym lub większym dysfunkcjom. Istota terapii logopedycznej musi więc zawsze wynikać ze szczegółowej oceny stanu i funkcjonowania poszczególnych narządów mowy oraz wzajemnej koordynacji elementów kluczowych dla prawidłowej mowy: oddechu, fonacji i artykulacji. Należy przy tym brać pod uwagę nieuchronne pogłębianie się zaburzeń, które jest cechą charakterystyczną ataksji-teleangiektazji.

Ćwiczenia logopedyczne muszą być uzależnione w swoim charakterze od typu podstawowych deficytów dyzartrycznych. W postępujących chorobach neurodegeneracyjnych skuteczne są głównie interwencje kompensacyjne.

Terapia logopedyczna dyzartrii polega na wielu różnych działaniach. Są to zarówno specyficzne formy bezpośredniego treningu poszczególnych dysfunkcji motorycznych, jak i kompensowanie stałych deficytów w celu poprawy funkcjonalnej komunikatywności mowy. Bezpośredni trening obejmuje:

- ćwiczenia poprawiające napięcie, zakres, precyzję i tempo ruchu mięśni aparatu mowy (ćwiczenia nieverbalne, w tym czynne, z zastosowaniem oporu, oraz bierne, stosowane zwykle przy współwystępowaniu dyzartrii z dysfagią);
- stymulacje termiczne, dotykowe i smakowe lub elektrostymulacje połączone z treningiem głosowym lub ćwiczeniami czynnymi;
- ćwiczenia poprawiające funkcje oddechowo-fonacyjne (ćwiczenia pogłębiające wdech, zwiększające siłę wydechu, wydłużające fazę wydechu, poprawiające koordynację oddechu i fonacji, zwiększające siłę głosu, wydłużające czas fonacji oraz usprawniające modulację i dźwięczność głosu);
- trening precyzji artykulacji;
- usprawnianie cech prozodycznych mowy (tempa, intonacji, akcentowania).

PODSUMOWANIE

Etiologia i złożoność zaburzeń mowy w AT, ich postępujący charakter oraz współwystępowanie ograniczeń ruchowych wymaga wprowadzenia terapii neurologopedycznej jak najwcześniej po zdiagnozowaniu zaburzenia bądź po zaobserwowaniu pierwszych problemów.

Leczenie powinno uwzględniać fizykoterapię i terapię zajęciową, rehabilitację ortopedyczną oraz pomoc psychologa. W zależności od współistniejących wad i objawów klinicznych powinno się zapewnić dziecku opiekę onkologiczną, kardiologiczną, endokrynologiczną, neurologiczną i dermatologiczną.

BIBLIOGRAFIA

1. Anheim M., Tranchant Ch., Koenig M., *Ataksje mózdkowe dziedziczone w sposób autosomalny recesywny*, [w:] „Neurologia po Dyplomie”, t. 7, nr 3/2012.
2. www.razemzdazymy.org.pl [dostęp: 17.05.2022].
3. Grabias S., Panasiuk J., Woźniak T., *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*, Lublin 2022.
4. Komasińska P., Steinborn B., *Ataksja u dzieci – jak rozpoznać i jak leczyć?* [w:] „Child Neurology”, Vol. 28/2019, No. 57.
5. Mirecka U., *Dyzzartria w aspekcie diagnostycznym – typologia zjawisk*, [w:] Grabias S., Kurkowski M. (red.), *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*, Lublin 2012.
6. Mirecka U., *Postępowanie logopedyczne w przypadku dyzartrii*, [w:] Grabias S., Panasiuk J., Pąchalska M., *Neuropsychologia kliniczna. Urazy mózgu*, Warszawa 2007.
7. Ogrodowczyk M. i in., *Zaburzenia odporności u dzieci z cechami dysmorfii*, [w:] „Pediatria i Medycyna Rodzinna” 11/2015.



8. Pietrzyk I., Seniów J., *Dyzartria w klinice osób dorosłych*, [w:] „Neurologia po Dyplomie” 5/2013, www.podyplomie.pl [dostęp: 02.06.2022].
9. Szczudlik A., Rudzińska M., *Atlas ataksji*, Kraków 2010.
10. Tarkowski Z. (red.), *Dyzartria*, Lublin 1998.

Notka o autorce

mgr Dorota Radecka – neurologopeda, prowadzi terapię dzieci i dorosłych od 2005 roku. Doświadczenie zawodowe zdobywała na oddziałach szpitalnych neurologii i rehabilitacji neurologicznej oraz w placówkach oświatowych. Zainteresowania zawodowe skupia głównie wokół zaburzeń mowy osób dorosłych, szczególnie w przebiegu chorób neurodegeneracyjnych i nagłych uszkodzeń OUN.



Aleksandra Bogacz

logopeda, pielęgniarka, terapeuta kultury fizycznej

a.szopa15@gmail.com

Rozwój komunikacji u dziecka z zespołem CHARGE

STRESZCZENIE

W niniejszym artykule zostały zaprezentowane informacje z zakresu bardzo rzadko występującego zespołu CHARGE oraz komunikacji dziecka z tym schorzeniem. Diagnoza zespołu CHARGE nadal stanowi poważny problem zarówno z punktu widzenia medycznego, jak i psychologiczno-pedagogicznego. Polscy logopedzi powinni pogłębić swoją wiedzę na temat tej choroby. Przedstawione studium przypadku dziewczynki z *CHARGE syndrome* jest przykładem na to, że opisane w literaturze medycznej objawy choroby nie zawsze muszą uwidaczniać się u wszystkich osób nią dotkniętych.

WSTĘP

Komunikacja z otoczeniem stanowi fundamentalną potrzebę, która towarzyszy człowiekowi od narodzin. Niestety dzieci dotknięte zespołem CHARGE od pierwszych chwil swojego życia są narażone na zaburzenia rozwojowe. Charakteryzuje je wiele wad wrodzonych, np.: rozszczep wargi i/lub podniebienia, uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego, zniekształcenie twarzy, anomalie rozmiaru języka, wady oczu i inne. Defekty te stanowią podłoże zaburzeń komunikacji.

W polskiej literaturze znajduje się znikoma ilość pozycji poświęconych dzieciom z zespołem CHARGE i ich rodzinom. Może to wynikać z bardzo rzadkiej częstotliwości występowania tego schorzenia. Według dostępnej literatury zespół ten występuje u 1 na 10 000–15 000 urodzeń na świecie. Jest niezwykle mało danych empirycznych w naszym kraju na temat rozwoju funkcji komunikacyjnych u dzieci z tym schorzeniem genetycznym.

W niniejszym artykule przedstawiono indywidualny przypadek 5-letniej dziewczynki dotkniętej tą rzadką chorobą. W badaniach wykorzystano następujące narzędzia badawcze: wywiad, obserwacja, analiza dokumentacji medycznej oraz testy logopedyczne. Obserwacja dziecka trwała pięć miesięcy. Dziewczynka została poddana wszechstronnej terapii.

1. DEFINICJA ZESPOŁU CHARGE

Zespół CHARGE (ang. *CHARGE syndrome*, *CHARGE association*) to choroba genetyczna o unikalnym połączeniu rozmaitych wad wrodzonych. Opisywane zaburzenie dziedziczone jest autosomalnie dominująco. Mechanizm rozwoju tej choroby nie jest do końca poznany. Naukowcy podkreślają, iż podstawą definiowanego zespołu jest mutacja w genie CDH7¹. Gen CDH7 znajduje się na długim ramieniu chromosomu 8.

1 D. Sanlaville, A. Verloes, *CHARGE syndrome: an update. Practical Genetics*, [w:] „European Journal of Human Genetics” 2007, 15, s. 389–399.



Białka z rodziny CDH działają regulująco i modyfikująco na struktury chromatyny, przekształcając dostęp aparatu transkrypcyjnego do matrycy chromosomalnego DN². Według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10 *CHARGE syndrome* klasyfikowany jest jako „Inne określone zespoły wrodzonych wad rozwojowych dotyczące wielu układów (Q87.8)”³.

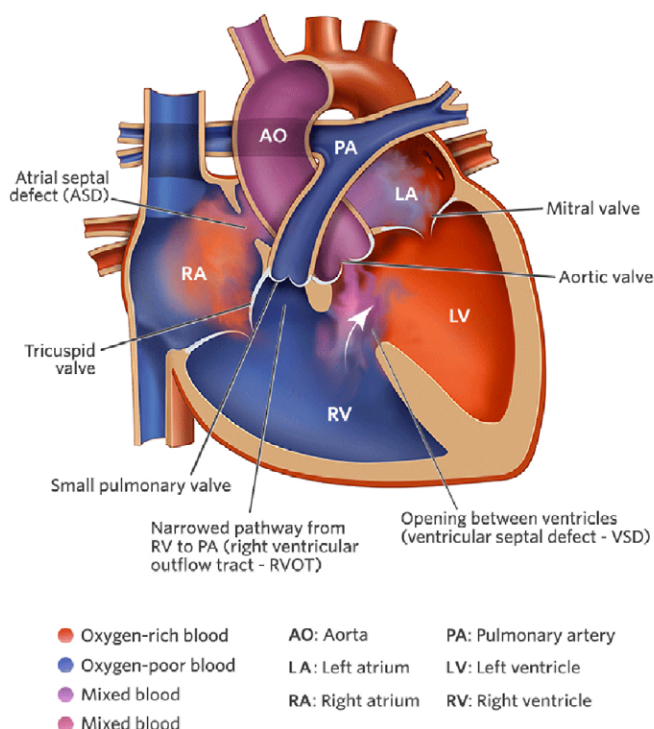
Pierwotnie w literaturze *CHARGE syndrome* był opisywany pod inną nazwą – jako zespół Halla-Hittnera. Nazwa ta pochodzi od nazwisk naukowców, którzy po raz pierwszy opisali tę chorobę (1979). Dwa lata później (1981) nazwę „zespół Halla-Hittnera” zastąpił akronim „CHARGE”, który wywodzi się od pierwszych liter nazw wad charakteryzujących ten zespół⁴.

Z uwagi na rzadkość występowania opisywanego schorzenia genetycznego diagnostyka nadal sprawia wiele trudności. Rozpoznanie zespołu CHARGE opiera się w znacznej mierze na obecności typowych objawów klinicznych, które opisane są w samym akronimie CHARGE. Tłumacząc po kolei, litery oznaczają:

C – *coloboma* – wrodzone wady struktur oka. Mogą one dotyczyć: szczeliny w tęczówce (koloboma tęczówki), siatkówki (koloboma siatkówki) lub tarczy nerwu wzrokowego. Koloboma tęczówki obniża adaptację oka dziecka do bardzo jasnego oświetlenia. Z tymi wadami wiąże się wiele problemów, z którymi muszą się zmagać dzieci. Ubytki w polu widzenia mogą powodować problemy w czytaniu, poruszaniu się, a przede wszystkim w komunikowaniu się ze światem.

H – *hearth malformations* – wrodzone wady rozwojowe serca. Niektóre ze złożonych defektów serca występujących w zespole CHARGE, np. tetralogia Fallota (TOF) (ryc. 1.), mogą zagrażać życiu dziecka.

Tetralogy of Fallot (TOF) Interior View



Ilustracja 1. Tetralogia Fallota (TOF)
– widok od strony wewnętrznej

Źródło: Oficjalna strona internetowa
Kliniki Kardiologii Dziecięcej w Krakowie
<https://kardiologiadziecieca.cm-uj.krakow.pl/dla-pacjentow/leczone-wady-serca/tetralogia-fallota-tof>
(dostęp: 14.03.2022)

- J. Różycka, M. Szymankiewicz, *Zespół CHARGE – problemy diagnostyczne w okresie noworodkowym*, [w:] „Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia” 2011, t. 4, z. 3, s.132–136.
- International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, [w:] ICD-10, Vol. I, 2009, s.58.
- J. Różycka, M. Szymankiewicz, *Zespół CHARGE...*, s.132.



A – *atresia of the choanae* – zarośnięcie nozdrzy tylnych. Oznacza to, że przejście pomiędzy tylną częścią nosa a częścią nosową gardła może być zarośnięte (*atresia*) lub zawężone (*stenosis*). Atrezja stanowi jeden z głównych kryteriów diagnostycznych zespołu CHARGE.

R – *retardation of growth and/or development* – opóźnienie wzrostu i/lub rozwoju. W okresie dorastania i rozwoju dziecka mogą występować problemy opóźnionego wzrostu i/lub rozwoju, na które wpływają zaburzenia w odżywianiu spowodowane nieprawidłową budową anatomiczną podniebienia, choroby serca lub niedobór hormonu wzrostu. Rozwój motoryczny dzieci jest opóźniony.

G – *genital and/or urinary abnormalities* – anomalie genitaliów i/lub układu moczowego. Anomalie te charakteryzują się niedorozwojem narządów płciowych i/lub anomaliami nerek lub przewodów moczowych.

E – *ear abnormalities/hearing loss* – wady ucha zewnętrznego lub środkowego bądź uszkodzenie słuchu. Charakterystyczną cechą wyglądu zewnętrznego u większości dzieci z tym zespołem są nisko osadzone małżowiny uszne o nietypowym kształcie. W uchu środkowym często występują zniekształcenia kosteczek słuchowych. Ucho wewnętrzne stosunkowo często obciążone jest wrodzonymi wadami rozwojowymi, często nie występują kanały półkoliste. Większość dzieci z zespołem CHARGE ma uszkodzenie słuchu, przeważnie typu przewodzeniowo-odbiorczego⁵.

Zespół CHARGE rozpoznaje się u dziecka na podstawie objawów klinicznych, gdy występują trzy lub dwie wyżej opisane cechy (tzw. kryteria główne) i dwie cechy mniejsze⁶. „Do cech mniejszych Blake zaliczył dymorficzną twarz, rozszczep wargi lub podniebienia, przetokę tchawico-przełykową, wadę serca, wady układu moczowo-płciowego, opóźnienie rozwoju oraz niski wzrost”⁷. Wczesne wykrycie anomalii rozwojowych, które charakteryzują CHARGE, można stwierdzić w badaniu prenatalnym, wykonując ultrasonografię płodu.

2. ROZWÓJ DZIECKA Z ZESPOŁEM CHARGE

W okresie prenatalnym, w piątym tygodniu, następuje szczytowy okres neurogenezy. Na twarzy dziecka zarysowują się nos i szczęka, a w sercu tworzą się przegrody pomiędzy komorami. Rozwija się układ moczowy oraz uwidaczniają się zawiązki gruczołów płciowych. W szóstym tygodniu kształtują się podniebienie, przewód nosowo-łzowy, a szczęka i żuchwa są już całkowicie wykształcone⁸. Okres pierwszych sześciu tygodni dla rozwijającego się organizmu jest niebezpieczny, ponieważ w tym czasie płód jest najbardziej wrażliwy na wszelkie uszkodzenia chemiczne i fizyczne.

Drugi miesiąc ciąży jest przełomowy w rozwoju dziecka z *CHARGE syndrome*, ponieważ w tym okresie dochodzi do nieprawidłowego rozwoju lub zaburzenia różnicowania organów (nozdrza, oczy, przegroda serca, ucho wewnętrzne), które są w fazie rozwoju⁹.

Większość noworodków charakteryzuje niska waga urodzeniowa. Opóźnienia wzrostu występują najczęściej w pierwszych sześciu miesiącach życia i związane są z trudnościami w karmieniu i połykaniu w okresie niemowlęctwa bądź z niedoborem hormonu wzrostu (GH). U płodu bardzo często dochodzi do nieprawi-

5 M. Książek, *Broszura o zespole CHARGE*, przygotowana przez Towarzystwo Pomocy Głuchoniewidomym, Warszawa.

6 J.B. Morrison i in., *A case of migraine treatment in a patient with a clinical diagnosis of CHARGE syndrome using onabotulinum toxin A*, [w:] „American Journal of Medical Genetics”, Part A, 2021 April, s. 1–2.

7 Tamże, s. 3.

8 Z. Kończewska-Murdek, M. Murdek-Wierzbicka, *Rozwój dziecka w łonie matki. Problematyka płodności i prokreacji*, [w:] „Fides et ratio” 2017, 1(29), s. 114–115.

9 J.B. Morrison i in., *A case of migraine...*, s. 3.

dłowego rozwoju struktur twarzoczaszki¹⁰. Po urodzeniu dzieci charakteryzuje typowy kwadratowy kształt twarzy, z szerokim wystającym czołem, małymi ustami i „odwróconą” górną wargą w kształcie litery V¹¹. Ze względu na liczne deficyty, które występują w rozwoju psychoruchowym u dzieci z zespołem CHARGE, terapia wymaga dużego nakładu pracy zarówno ze strony dziecka, jak i terapeutów oraz rodziców. Terapia musi być kompleksowa.

3. ROZWÓJ JĘZYKOWY DZIECKA W WIEKU 5 LAT

Poruszając temat terapii mowy 5-letniego dziecka z zespołem CHARGE, nie wolno pominąć przebiegu rozwoju mowy dzieci w tym wieku. Według Leona Kaczmarka w rozwoju mowy wyodrębnia się cztery okresy:

- okres melodii (od 0 do 1. roku życia);
- okres wyrazu (od 1. roku życia do 2 lat);
- okres zdania (od 2 do 3 lat);
- okres swoistej mowy dziecięcej (od 3. do 7. roku życia)¹².

Należy podkreślić, iż okres swoistej mowy dziecięcej (3–7 r.ż.) jest okresem, który trwa najdłużej. Rozpoczyna się po ukończeniu 3 lat i trwa do momentu tzw. startu edukacyjnego. Jak pisze Genowefa Demel (1996), rozwój mowy postępuje równolegle z rozwojem motoryki narządu artykulacyjnego. Mówienie jest sprawnością i trzeba się jej uczyć. Jest to możliwe dzięki sukcesywnemu dojrzewaniu różnych organów. Mowa wytwarza się dzięki skoordynowanej aktywności muskulatury języka, warg, gardła, podniebienia, krtani i płuc¹³.

Wypowiedzi dziecka 5-letniego przyjmują formę realizacji wielozdaniowej. Zdania dzieci charakteryzuje bogate słownictwo. W tym okresie dziecko powinno wypowiadać wszystkie głoski poprawnie. Powinno również budować wypowiedzi, formułując zdania poprawne gramatycznie i logicznie. Pięciolatek zadaje dużo pytań. Opowiada o przebiegu jakiegoś wydarzenia, relacjonuje obejrzany film i umie przewidzieć fakty, które jego zdaniem mogą zaistnieć. W swoich wypowiedziach uwzględnia kolejność zdarzeń i zależności przyczynowo-skutkowe. Pyta o znaczenie słów i potrafi je wyjaśnić. Potrafi określić, do czego służy dany przedmiot codziennego użytku, i opisać jego wygląd. Poprawnie określa położenie przedmiotu w przestrzeni, czyli stosuje przymyki w zdaniu.

Pojawiające się na wczesnym etapie rozwoju dziecka trudności językowe powodują powstanie rozmaitych trudności komunikacyjnych, które będą towarzyszyć mu przez cały okres szkolny. Nieprawidłowy rozwój językowy u dziecka powinien być rzetelnie oceniony przez logopedę. Zajęcia logopedyczne oraz ogólnorozwojowe powinny być zawsze dostosowane do indywidualnych potrzeb dziecka. Wszystkie stosowane ćwiczenia w sposób naturalny powinny uaktywnić dziecko, wzbudzając w nim zainteresowanie językiem.

4. CHARAKTERYSTYKA BADANEGO DZIECKA

Joanna W., lat 5, ze zdiagnozowanym zespołem CHARGE. Z wywiadu z matką wynika, że dziewczynka urodziła się pod koniec 33. tygodnia ciąży, z ciąży bliźniaczej (2 dziewczynki), 29.02.2016 r. Poród od-

10 A.S. Hudson i in., New Feeding Assessment Scale for individuals with genetic syndromes: Validity and reliability in the CHARGE syndrom population, [w:] „J Journal of Paediatrics and Child Health”, 2021 Aug, 57(8), s. 1234–1243.

11 J.B. Morrison i in., *A case of migraine...*, s. 3.

12 L. Kaczmarek, *Kształtowanie się mowy dziecka*, Poznań 1953, s. 5–6.

13 G. Demel, *Minimum logopedyczne nauczyciela przedszkola*, Warszawa 1996.



był się przez cesarskie cięcie (CC). Dziewczynka urodziła się z niską masą urodzeniową: 1450 g. W czasie ciąży zaobserwowano u płodu nieprawidłowości polegające na upośledzeniu przepływu maciczno-łożyskowego. W wyniku stwierdzonych nieprawidłowości matka dziecka wykonała badania genetyczne. Stwierdzono mutację w genie MTHFR. Joanna urodziła się z obniżonym napięciem mięśniowym, atrezią przełyku z przetoką przełykowo-tchawiczą, zarośnięciem nozdrza prawego, z czym wiązały się częste stany zapalne górnych dróg oddechowych, oraz wadą słuchu i wzroku. Zaobserwowano również dysmorfie twarzy oraz nieprawidłowy kształt mózgowcowej. W drugiej dobie życia dziewczynka przeszła operację, która polegała na zespoleniu przełyku z zamknięciem przetoki przełykowo-tchawiczej dolnej. Według karty wypisu ze szpitala miała słaby odruch ssania, poza tym akt połykania sprawny. Joannę charakteryzuje wrodzona niedrożność przełyku typu D. W trzecim miesiącu życia został założony PEG. Dziecko było karmione dojelitowo. Z powodu licznych wad wrodzonych wykonano badanie genetyczne metodą mikromacierzy – mutacja w genie CHD7 odpowiadająca za objawy zespołu CHARGE. Do 6. miesiąca życia dziewczynka przebywała w szpitalu. Przez pierwsze lata życia Joanna pozostawała pod opieką Hospicjum Domowego Alma Spei. Jej rozwój ruchowy nie przebiegał prawidłowo; była pod stałym nadzorem rehabilitanta. Przed rozpoczęciem edukacji przedszkolnej była objęta wczesnym wspomaganie na terenie Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Krakowie; pozostawała pod opieką logopedyczną, psychologiczną i rehabilitacyjną. W 3. r.ż. dziewczynka i jej siostra bliźniaczka zaczęły uczęszczać do przedszkola. Joanna miała duże zaburzenia równowagi ciała, była narażona na wiele urazów. W badaniu USG głowy nie uwidoczniło robaka mózdzku. Neurolog zalecił noszenie kasku ochronnego na głowę. Około 3. r.ż. został wyciągnięty PEG. W przedszkolu Joanna jadła samodzielnie, ale posiłki spożywała w wydłużonym czasie. Pokarm musiał być rozdrobniony, ponieważ często dochodziło do krztuszenia się. Piła z kubka. Dziewczynka była poddana terapii metodą Tomatisa, a w czasie terapii logopedycznej miała masaż ustno-twarzowy Castillo Moralesa. W przedszkolu stałym towarzyszem zabawy była jej siostra bliźniaczka, dziewczynki na początku były bardzo z sobą zżyte. Joanna nie potrafiła funkcjonować sama, bez siostry. Była wycofana i nie chciała samodzielnie bawić się z innymi dziećmi. W 5. r.ż. dziewczynki zostały rozdzielone do innych grup w przedszkolu. Obecnie Joanna wchodzi w interakcje z innymi dziećmi i sama inicjuje zabawę z rówieśnikami.

Z badania audiometrii tonalnej (2021 r.) wynika, iż u Asi stwierdzono niedosłuch przewodzeniowo-odbiorny. Ma dużą wadę wzroku (mama nie była w stanie powiedzieć jaką), nosi okulary.

Dziewczynka jest pod stałą opieką: neurologa, neurologopedy, rehabilitanta, psychologa, pedagoga specjalnego, laryngologa i ortopedy.

5. SPRAWNOŚĆ APARATU ARTYKULACYJNEGO U BADANEGO DZIECKA

Rozwój komunikacji werbalnej zależy od wczesnego usprawniania motoryki artykulacyjnej, a co za tym idzie – możliwości czynnego posługiwania się językiem.

Na początku terapii Joanna miała duże problemy z wieloma ćwiczeniami usprawniającymi aparat artykulacyjny. Po terapii logopedycznej i masażu ustno-twarzowym Castillo Moralesa aparat artykulacyjny dziewczynki uległ usprawnieniu. Poprawiła się pionizacja języka (pozycja wertykalno-horyzontalna). Dziewczynka potrafi oblizać górną wargę, górne zęby oraz podniebienie twarde czubkiem języka (*apex*). Joanna potrafi czubkiem języka wypchnąć policzki od wewnętrznej strony oraz oblizać wargi przy lekko otwartych ustach. Mięsień okrężny ust został wzmocniony, co przyczyniło się do sprawniejszego poruszania się warg w czasie ćwiczeń aparatu artykulacyjnego i prawidłowej wymowy głosek. Głoski *sz*, *ż*, *cz*, *dż* są wywołane, ale wymagają jeszcze utrwalenia w wymowie spontanicznej. Pojawia się głoska *r* przy jednym uderzeniu języka, nie ma wibracji. Joanna wyodrębnia poprawnie nagłos w wyrazach. Komunikacja dziewczynki z otoczeniem uległa



znacznej poprawie. Obecnie jej mowa jest zrozumiała dla otoczenia. Wypowiedzi w większości są zrozumiałe, ale czasami niepoprawnie wyartykułowane.

6. POZIOM KOMPETENCJI JĘZYKOWEJ DZIECKA W STOSUNKU DO ZABURZENIA

„W toku przyswajania języka dziecko musi opanować funkcje reprezentatywną i komunikacyjną, a także opanować cztery składniki wiedzy językowej (fonologiczny, semantyczny, syntaktyczny i pragmatyczny). Wiedza językowa przejawia się poprzez percepcję mowy, rozumienie wypowiedzi innych osób, leżących u ich podstaw intencji oraz poprzez produkowanie, artykułowanie własnych wypowiedzi i wyrażanie intencji”¹⁴. Dziewczynka tworzy zdania prawidłowe pod względem gramatycznym. Buduje logiczne wypowiedzi słowne. Wie, co chce powiedzieć. Mówi poprawnie, ale czasami zdarzają się błędy fleksyjne. Buduje wielozdaniowe wypowiedzi i zdania o złożonej składni. Potrafi rozpoznać, kiedy terapeuta wypowiada zdanie nieprawidłowo pod względem gramatycznym lub logicznym. Zauważa błąd w wypowiedzi oraz umie poprawić zdanie. Ma stosunkowo bogaty słownik czynny (rzeczowniki, czasowniki, przymiotniki i przymyki) w stosunku do zaburzenia. Ponadto w wymowie wykorzystuje wyrażenia przyimkowe, spójniki i przysłówki. Potrafi powtórzyć poprawnie sylaby, wyrazy oraz dłuższe zdania. W stosunku do wieku i zaburzenia kompetencja językowa dziecka jest na wysokim poziomie. Joanna zadaje dużo pytań dotyczących danego tematu. Chętnie podejmuje dialog z drugą osobą. Czasami zmienia temat na ten, który ją interesuje. Podejmuje i podtrzymuje dialog, dużo pyta i odpowiada na zadane jej pytania. Jest otwarta na komunikację językową. Bardzo angażuje się w rozmowę z drugą osobą. Jej wypowiedzi są adekwatne do kontekstu sytuacyjnego. Często odgrywa scenki wspomagane gestami. Odpowiada na zadane jej pytania. Wymaga pomocy w ułożeniu historyjek. Nie układa samodzielnie od początku do końca historyjek obrazkowych 4-elementowych. W opowiadaniu historyjek obrazkowych czasami pojawiają się agramatyzmy. Opowiada, co dzieje się na ilustracjach. Wyodrębnia wzrokowo elementy z całości oraz dopasowuje brakujące elementy do ilustracji. Dobrze orientuje się w otaczającym ją świecie. Ma bogaty zasób słownictwa i umie się nim posługiwać. Zna pory roku i dni tygodnia, potrafi je wyliczyć. Dziewczynka podczas zajęć jest skupiona i zainteresowana, ale koncentruje się na danej czynności nie dłużej niż 10 min. Wymaga motywacji i nagradzania.

7. WPŁYW NIEDOSŁUCHU NA MOWĘ DZIECKA

Wada słuchu ogranicza u dziecka zdolność przyswajania mowy werbalnej. Z badania audiometrii tonalnej (2021 r.) wynika, iż u Joanny stwierdzono niedosłuch przewodzeniowo-odbiorczy, ubytek słuchu ok. 60 dB. „Znaczne zaburzenia słuchu powodują, że niezbędne umiejętności do tworzenia samodzielnych wypowiedzi są u dziecka znacznie opóźnione”¹⁵. Ze względu na niedosłuch system fonologiczny języka jest zaburzony. Dziewczynka ma problemy z różnicowaniem głosek. Nosi aparaty słuchowe od wczesnego dzieciństwa, dlatego mowa może rozwijać się prawidłowo. W aparatach słuchowych dziewczynka słyszy prawidłowo, pamięć słuchowa działa poprawnie. Joanna słyszy i rozumie komunikaty, ale czasami nie jest pewna, czy dobrze usłyszała. Wyodrębnia poprawnie nagłos w wyrazach. Różnicuje słuchowo głoski z zakresu trzech szeregów: syczącego [s, z, c, dz], szumiącego [sz, ż, cz, dż] i ciszącego [ś, ź, ć, dź].

14 M. Olempska-Wysocka, *Rozwój mowy i komunikacji dziecka z uszkodzonym słuchem*, [w:] „Interdyscyplinarne Konspekty Pedagogiki Specjalnej”, Poznań 2016, 14, s. 116.

15 Tamże, s. 11.



8. WPŁYW TERAPII LOGOPEDYCZNEJ NA ROZWÓJ KOMUNIKACJI U DZIECKA

Terapia logopedyczna przyczyniła się do prawidłowego rozwoju komunikacji u dziecka. Joanna w przedszkolu, do którego uczęszcza, ma dwa razy w tygodniu zajęcia z pedagogiem specjalnym (w ramach rewali-dacji) oraz raz w tygodniu zajęcia z logopedą. Każde zajęcia z logopedą zaczynają się od ćwiczeń wzmacniających mięsień okrężny ust oraz różnych ćwiczeń oddechowych. Następnie, poprzez wykorzystanie różnych zabaw, logopeda usprawnia narząd artykulacyjny mowy. Każde zajęcia są odnotowane w zeszycie A4. Logopeda zapisuje tam zadania, które mama Joanny powinna powtórzyć w domu. Dzięki usprawnieniu aparatu artykulacyjnego oraz interdyscyplinarności zajęć dziewczynka znacznie lepiej funkcjonuje w świecie rówieśników. Otworzyła się na inne dzieci, wchodzi z nimi w interakcje i często się bawi – a była wycofana i nie chciała samodzielnie bawić się z innymi dziećmi. Ćwiczenia były tak dostosowane, że terapia usprawniła narząd artykulacyjny Asi, wzbogaciła jej zasób słownictwa, usprawniła zdolność do tworzenia złożonych wypowiedzi. Poprawiło się u dziecka dostrzeganie relacji formalno-semantycznych pomiędzy wyrazami. Terapia logopedyczna została całkowicie dostosowana do indywidualnych potrzeb dziewczynki, podejście do pacjenta było holistyczne.

ZAKOŃCZENIE

Jeszcze w łonie matki dziecko zaczyna odbierać bodźce ze świata zewnętrznego. Pierwsze chwile po narodzinach bardzo mocno wpływają na przyszły rozwój mowy i komunikacji. W okresie prenatalnym można wykryć wiele nieprawidłowości w rozwoju płodu czy też zaburzenia organów (nozdrzy, oczu, przegrody serca, ucha wewnętrznego). W chwili gdy dziecko urodzi się z wrodzonym zaburzeniem i wieloma wadami genetycznymi, bardzo ważna jest opieka wielu specjalistów i terapeutów, którzy zaczną w odpowiedni sposób terapię. Dzieci z zespołem CHARGE wymagają dużego nakładu pracy zarówno ze strony dziecka, jak i terapeutów oraz rodziców. Terapia powinna przebiegać kompleksowo.

BIBLIOGRAFIA

1. Bodanko A., *Geneza, istota i zastosowanie praktyczne metody indywidualnych przypadków*, [w:] „Nauczyciel i Szkoła” 2012, 1(51).
2. de Geus Ch. i in., *Guidelines in CHARGE syndrome and the missing link: Cranial imaging*, [w:] „Am J Med Genet C Semin Med Genet”, 2017 Dec, 175(4).
3. Demel G., *Minimum logopedyczne nauczyciela przedszkola*, Warszawa 1996.
4. Dłużniewska A., Fijołek M., Kucharczyk I., *Wsparcie rodziny dziecka z zespołem CHARGE – stan rzeczywisty – oczekiwania – potrzeby*, [w:] „Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania”, 2017, nr 3(24).
5. Emiluta-Roza D., *Wspomaganie rozwoju mowy dziecka w wieku przedszkolnym*, Warszawa 2003.
6. Grabias S., *Typologia zaburzeń słuchu, głosu i komunikacji językowej. Mowa i jej zaburzenia*, [w:] „Audiofonologia”, t. X, 1997.
7. Hudson A.S. i in., *New Feeding Assessment Scale for individuals with genetic syndromes: Validity and reliability in the CHARGE syndrom population*, [w:] „J Journal of Paediatrics and Child Health”, 2021 Aug, 57(8).
8. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, [w:] „ICD-10”, Vol. I, 2009.
9. Kaczmarek L., *Kształtowanie się mowy dziecka*, Poznań 1953.
10. Kończewska-Murdek Z., Murdek-Wierzbicka M., *Rozwój dziecka w łonie matki. Problematyka płodności i prokreacji*, [w:] „Fides et ratio”, 2017, 1(29).



11. Kozłowska K., *Wady wymowy możemy usunąć. Poradnik logopedyczny*, Kielce 1998.
12. Książek M., *Broszura o zespole CHARGE*, przygotowana przez Towarzystwo Pomocy Głuchoniewidomy, Warszawa.
13. Łobocki M., *Metody i techniki badań pedagogicznych*, Kraków 2000.
14. Morrison J.B. i in., *A case of migraine treatment in a patient with a clinical diagnosis of CHARGE syndrome using onabotulinum toxin A*, [w:] „American Journal of Medical Genetics”, Part A, 2021 April.
15. Nowak J.E., *Wybrane problemy logopedyczne*, Bydgoszcz 1997.
16. Olempska-Wysocka M., *Rozwój mowy i komunikacji dziecka z uszkodzonym słuchem*, [w:] „Interdyscyplinarne Konspekty Pedagogiki Specjalnej”, Poznań 2016.
17. Różycka J., Szymankiewicz M., *Zespół CHARGE – problemy diagnostyczne w okresie noworodkowym*, [w:] „Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia”, 2011, t. 4, z. 3.
18. Sanlaville D., Verloes A., *CHARGE syndrome: an update. Practical Genetics*, [w:] „European Journal of Human Genetics”, 2007.

STRONY INTERNETOWE

1. Oficjalna strona internetowa Kliniki Kardiologii Dziecięcej w Krakowie.
<https://kardiologiadziecieca.cm-uj.krakow.pl/dla-pacjentow/leczone-wady-serca/tetralogia-fallota-tof/>

Notka o autorce

mgr Aleksandra Bogacz – logopeda, pielęgniarka, terapeuta kultury fizycznej osób starszych. Z zawodu pielęgniarka, obecnie pracuje w Narodowym Instytucie Onkologii w Krakowie. W 2019 r. ukończyła z wyróżnieniem studia pielęgniarskie w Krakowie. Opracowała poradnik dla pacjenta i jego rodziny: *Żywnienie w zaburzeniu połykania – Dysfagia*. W 2021 r. obroniła pracę magisterską na kierunku kultura fizyczna osób starszych na AWF w Krakowie. Absolwentka studiów podyplomowych na kierunku logopedii Akademii Ignatianum w Krakowie.



Dominika Jaskólska

językoznawstwo

jaskolska.dominika@gmail.com

Opóźnienie rozwoju psychoruchowego w okresie wczesnego dzieciństwa. Analiza przypadku wraz z planem terapii logopedycznej

STRESZCZENIE

Rozwój jest nieodłącznym elementem funkcjonowania każdego organizmu żywego. Jego prawidłowy przebieg jest uwarunkowany wieloczynnikowo. Pod wpływem oddziaływania teratogenów na organizm człowieka dochodzi do wielu opóźnień lub zaburzeń w jego funkcjonowaniu. Rozwój przebiega wtedy wolniej lub w sposób odbiegający od normy.

Tematem niniejszego artykułu jest opóźniony rozwój psychoruchowy. Jego celem jest przedstawienie i analiza wybranego przypadku dziecka ze stwierdzonym opóźnionym rozwojem psychoruchowym. Zostały zaproponowane również rozwiązania terapeutyczne z zakresu logopedii.

Słowa kluczowe: rozwój, opóźniony rozwój, logopedia

WSTĘP

Rozwój jest nieodłącznym elementem funkcjonowania każdego żywego organizmu. Stanowi ciąg zmian, które zachodzą po sobie kolejno, w sposób uporządkowany, i pozostają ze sobą we wzajemnym związku¹. Jest procesem, który ma określony, systematyczny i przewidywalny przebieg² – jeśli zachodzi w organizmie zdrowym, bez dysfunkcji. Rozwój uwarunkowany jest wieloczynnikowo (tj. predyspozycje genetyczne – czynnikami fizjologicznymi, które warunkują pracę CUN, czynnikami środowiskowymi, psychicznymi). W momencie oddziaływania na organizm czynników szkodliwych (teratogenów) dochodzi do zaburzenia pracy organizmu, a nawet uszkodzenia funkcjonowania określonych struktur, co powoduje występowanie opóźnień w rozwoju. Mogą mieć one różny charakter, tj. dotyczyć sfery funkcjonowania intelektualnego, opóźnienia rozwoju mowy, zaburzeń w funkcjonowaniu motorycznym. Rozwijający się organizm wymaga

1 A. Brzezińska, *Spółeczna psychologia rozwoju*, Warszawa, 2004, s. 43.

2 B.M. Newman, Ph.R. Newman, *Development Through Life. A Psychosocial Approach*, Homewood III: The Dorsey Press, 1984, s. 37.

wtedy wielokierunkowego i wielospecjalistycznego wsparcia terapeutycznego. Warto zaznaczyć, że rozwój psychoruchowy dziecka uwarunkowany jest przez czynniki biologiczne, pracę układu nerwowego, ale również przez bodźce zewnętrzne: środowisko rodzinne, metody wychowawcze stosowane przez rodziców, jak i własną aktywność twórczą. Czynniki te mogą spowolnić bądź przyspieszyć osiąganie poszczególnych etapów rozwojowych, mogą również zatrzymać rozwój na określonym poziomie.

1. ROZWÓJ I JEGO OPÓŹNIENIA

Termin *rozwój* jest jednym z podstawowych pojęć z dziedziny psychologii, pedagogiki i biologii. W literaturze istnieje wiele definicji określających etapy ewolucji poszczególnych sfer ludzkiego funkcjonowania. Według Rzechowskiej rozwój jest uporządkowanym i nieodwracalnym procesem, którego przebieg zależy od przyczyn, zarówno wewnętrznych (np. uwarunkowania biologiczne), jak i zewnętrznych (uwarunkowania środowiskowe)³. Według definicji zawartej w *Nowej encyklopedii powszechnej* jest on długotrwałym procesem następujących po sobie zmian, które przebiegają zazwyczaj w sposób etapowy w określonej kolejności⁴. Organizm ludzki ewoluuje już od poczęcia do okresu dorosłości; następnie (po 35. roku życia) zaczyna się proces inwolucji.

W literaturze istnieje wiele klasyfikacji periodyzacji poszczególnych etapów rozwoju ontogenicznego, które opracowane zostały w zależności od potrzeb danej nauki. Według Marii Żebrowskiej wymienia się pięć podstawowych okresów rozwoju człowieka, tj.: niemowlęstwo (do 1. roku życia), wiek poniemowlęcy (od 1. do 3. roku życia), wiek przedszkolny (od 3. do 7. roku życia), wiek szkolny (od 7. do 11.–12. roku życia), starszy wiek szkolny (od 12.–13. do 17.–18. roku życia)⁵. Każdy z tych etapów został dokładnie scharakteryzowany przez badaczy pod względem rozwoju każdej ze sfer: poznawczej, społecznej, emocjonalnej oraz motorycznej. W niektórych przypadkach rozwój nie przebiega prawidłowo w którymś z aspektów (np. w aspekcie rozwoju ruchowego). Wtedy podczas diagnozy możliwości i potrzeb dziecka zostają stwierdzone opóźnienia lub zaburzenia w rozwoju.

Opóźniony rozwój psychoruchowy charakteryzuje się późniejszym rozwojem funkcji organizmu niż normy przyjęte w klasyfikacjach. Wynikają one zazwyczaj z wieloczynnikowej etiologii (tj. obciążenie genetyczne, późniejsze dojrzewanie układu nerwowego, przebyte choroby, teratogeny, czynniki środowiskowe). Wśród najczęściej obserwowanych objawów opóźnień psychoruchowych obserwuje się m.in.: opóźnienie w ogólnym rozwoju ruchowym (brak precyzji w wykonywaniu ruchów, zaburzona koordynacja ruchowa, nadmierne lub zbyt niskie napięcie mięśniowe), zaburzenie motoryki małej, zaburzenie percepcji wzrokowej i słuchowej (trudności w analizie i syntezie, trudności ze skupieniem uwagi, z zapamiętywaniem i odtwarzaniem). Wraz z opóźnionym rozwojem psychoruchowym często współwystępują opóźnienia w rozwoju mowy, charakteryzujące się zaburzeniami artykulacji, ubogim zasobem słownictwa, trudnościami z wyrażaniem swoich myśli i emocji poprzez budowanie zdań. Wszystkie te aspekty wpływają na wolniejsze tempo przyswajania przez dziecko nowych umiejętności oraz wiadomości.

3 E. Rzechowska, *Rozwój*, [w:] *Encyklopedia katolicka*, t. 17, Lublin 2012, s. 460.

4 *Nowa encyklopedia powszechna*, t. 5, Warszawa 1998, s. 616.

5 M. Żebrowska, *Psychologia rozwojowa dzieci i młodzieży*, Warszawa 1986, s. 5.

2. ANALIZA INDYWIDUALNEGO PRZYPADKU

Analiza opisywanego przypadku została dokonana na podstawie dokumentacji medycznej dziecka, wywiadu z matką dziewczynki oraz orzeczenia o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju wydanego przez poradnię psychologiczno-pedagogiczną w Warszawie. Imię dziecka wybrane jest przypadkowo.

Natalia urodziła się 6.12.2017 r. w wyniku porodu naturalnego. Ciąża przebiegała prawidłowo. Dziecko po urodzeniu otrzymało 8 punktów w skali Apgar⁶. U dziewczynki stwierdzono nadmierne napięcie mięśniowe. Trafiła pod opiekę neurologa i fizjoterapeuty. Dziecko karmione piersią do 7. miesiąca życia. Karmienie uzupełniane mlekiem modyfikowanym z butelki do 15. miesiąca życia. Korzystało ze smoczka uspokajacza do ukończenia pierwszego roku życia. Dziewczynka w wieku 8 miesięcy przeszła incydent neurologiczny (atak padaczki), który prawdopodobnie uwarunkował jej późniejszy opóźniony rozwój.

Na wniosek rodziców Natalia została zgłoszona do poradni z powodu opóźnionego rozwoju psychoruchowego. Miała wtedy 2 lata. Z wywiadu z mamą dziecka wynika, że jego rozwój psychoruchowy przebiegał nieco wolniej niż w przyjętych klasyfikacjach wiekowych. Dziewczynka zaczęła siadać około 8.–9. miesiąca życia; gdy miała 17 miesięcy, zaczęła chodzić. Dziewczynka posiada opinię o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka nr 20/2019/2020 na okres do podjęcia nauki w szkole, wydaną przez publiczną poradnię psychologiczno-pedagogiczną, przez zespół orzekający składający się z: przewodniczącej zespołu, psychologa, pedagoga, logopedy, fizjoterapeuty oraz lekarza pediatry. U dziecka obserwuje się niską sprawność psychoruchową, co widoczne jest w sposobie poruszania się: chodzi po schodach, trzymane za rękę, w górę krokiem naprzemiennym, w dół krokiem odstawno-dostawnym. Niechętnie uczestniczy w zabawach ruchowych, naśladowczych czy zabawach ruchowych przy muzyce – stoi i patrzy z boku, często wyrażając swój bunt. Neguje każde zaproponowane ćwiczenie, chętnie robiłaby tylko to, na co ma obecnie ochotę. Ma niskie skupienie uwagi, często zmienia aktywności, nie kończąc tej rozpoczętej. Ma trudności w pokonywaniu torów przeszkód, szybko się poddaje. Dziecko chwyta przedmioty i manipuluje nimi (rysuje, buduje z klocków), lubi nawlekać koraliki na sznurek, chociaż szybko się niecierpliwi. Częściej używa ręki prawej. Chwyt narzędzia piśmienniczego nie jest jeszcze prawidłowy, dziecko bazgrze po kartce, kreśli linie owalne. Dziewczynka ma trudności z naśladowaniem sekwencji wykonywanych działań.

3. TERAPIA LOGOPEDYCZNA

Dziewczynka w ramach zajęć z WWR uczęszcza na zajęcia z fizjoterapeutą, psychologiem oraz logopedą. Celami terapii logopedycznej są: usprawnianie prawidłowego toru oddechowego, ćwiczenia w rozumieniu poleceń, rozwijanie umiejętności myślenia przyczynowo-skutkowego, praca nad wydłużeniem skupienia uwagi, rozwijanie słownika biernego i czynnego dziecka, usprawnianie motoryki artykulacyjnej, usprawnienie pamięci słuchowej, wsparcie rodziny w podejmowanych działaniach.

U Natalii występuje opóźniony rozwój mowy. Budowa narządów artykulacyjnych jest prawidłowa, chociaż głos ma zabarwienie nosowe. Dziecko podczas zabawy oddycha przez nos, pionizacja języka również jest prawidłowa. Dziewczynka ma niską sprawność języka i warg, co widoczne jest podczas realizacji głosek dwuwargowych. Według opinii mamy do 8. miesiąca życia mowa u dziecka rozwijała się prawidłowo – powtarzała dźwięki, gaworzyło. W 8. miesiącu życia dziewczynka zachorowała (epizod neurologiczny, atak padaczki); zostało wdrożone leczenie farmakologiczne i od tego momentu mama zaczęła zauważać niepra-

6 Skala Apgar to dziesięciopunktowa skala, która została przyjęta do określania czynności życiowych noworodka. Skalę opracowała Virginia Apgar na początku lat 50. XX w. Ocenie podlegają: *appearance* (koloryt, zabarwienie skóry), *pulse* (puls), *grimace* (reakcja na bodźce), *activity* (napięcie mięśniowe), *respiration* (oddychanie).



widłowości w rozwoju. Obecnie dziecko posługuje się prostymi słowami (*mama, tata, tak, nie*), a także onomatopiejami. Buduje proste zdania (najczęściej dwu- lub trzywyrazowe). Często wykorzystuje komunikację niewerbalną. Mowa dziecka przeważnie jest niezrozumiała – dziewczynka bardzo często zamienia głoski, deformuje je, mowa ma charakter nosowy. Natalia rozumie polecenia. Niekiedy na ich treść reaguje złością i negacją. Bardzo często chce ustalać samodzielnie zasady współpracy. Ciężko jest ją zachęcić. Od początku współpracy manifestowała niezadowolenie na każdą podejmowaną przez terapeutę aktywność – mówiła: „nie chcę” i opuszczała głowę. Mama przyznaje, że dziewczynka w domu nie chce wykonywać żadnych poleceń. Wymaga licznych zachęt.

W planie terapii zostały zawarte również aspekty, których realizacja niezbędna jest do prawidłowego przebiegu podejmowanych przez logopedę działań. Należą do nich:

- zbudowanie z rodzicami dziecka i samym dzieckiem pozytywnej relacji, opartej na zaufaniu i poczuciu bezpieczeństwa;
- współpraca wielospecjalistyczna w celu zapewnienia dziecku wszechstronnego wsparcia (m.in. psycholog, psychiatra, fizjoterapeuta, pedagog);
- dostosowanie miejsca do pracy z dzieckiem, stworzenie odpowiednich warunków, np. pokoju dziecka (kolor ścian, wyposażenie, rozmieszczenie);
- dostosowywanie metod, form i narzędzi pracy do indywidualnych potrzeb oraz możliwości dziecka, tak by były dla niego atrakcyjne;
- stwarzanie takich warunków, by dziecko odczuwało poczucie sprawczości i sukcesu;
- minimalizowanie ilości biernego spędzania czasu przez dziecko;
- ograniczenie do minimum korzystania z urządzeń multimedialnych, tj. komputera, tableta, telefonu.

Terapia dziecka powinna przebiegać w oparciu o zasady: indywidualizacji realizowanego materiału do potrzeb i możliwości dziecka, systematyczności (zajęcia przynajmniej raz w tygodniu), stopniowania trudności, aktywnego udziału nie tylko dziecka, ale całej rodziny w procesie terapii.

Natalia lubi demonstrować swoje zdanie, odrzucając wszystkie propozycje ćwiczeń, dlatego muszą być one wpłatanie w zabawę. Jest dzieckiem upartym i często bezkompromisowym, co wymaga od terapeuty indywidualnego jej traktowania. Terapia dziewczynki opiera się na następujących propozycjach ćwiczeń:

a) usprawnianie aparatu artykulacyjnego, oddechowego i fonacyjnego

Dziecko ma trudności z wydychaniem dużej ilości powietrza i jednoczesną artykulacją głosek. W wyniku częstych infekcji górnych dróg oddechowych oraz stwierdzonej alergii u dziewczynki występuje nieprawidłowy tor oddechowy (przez usta). Podczas zajęć usprawniających tor oddechowy ćwiczymy poprzez dmuchanie piórek, pomponów czy kulek z waty, dmuchanie baniek mydlanych, ale również poprzez przenoszenie tych elementów słomką (zasysanie powietrza), co powoduje wzmocnienie warg.

Zdjęcia nr 1. Przykłady ćwiczeń oddechowych stosowanych podczas terapii logopedycznej

Źródło: zdjęcia własne wykonane na potrzeby artykułu

b) ćwiczenia warg i języka

Natalia ma niską sprawność warg i języka, nie występuje u niej pionizacja wertykalno-horyzontalna. Podczas terapii stosujemy szereg ćwiczeń, np. „balonik” – nadymanie policzków, ściągnięcie ust, wysyłanie całusków – usta składamy w ciup i cmokamy, posyłając do siebie buziaki; „konik na przejażdżce” – naśladowanie konika poprzez stukanie czubkiem języka o podniebienie, wydając przy tym charakterystyczny odgłos klaskania. Można wykorzystać również atrybuty widoczne na obrazku (wydrukowane z printoteki – <https://www.printoteka.pl/pl/start> [dostęp: 10.09.2022]).

Zdjęcie nr 2. Przykłady ćwiczeń warg i języka

Źródło: zdjęcia własne wykonane na potrzeby artykułu

c) powtarzanie samogłosek i sylab z uwzględnieniem ich prawidłowej realizacji

Podczas terapii stosować można również zabawy głosowe: wybrzmiewanie samogłosek, sylab, głośno–cicho, długo–krótco; wielokrotne powtórzenia określonych wyrazów/zdań ze zmianą intonacji głosu; łączenie sylab w wyrazy; stosowanie ćwiczenia „dokończ wyraz”, polegającego na wyszukiwaniu przez pacjenta drugiej części wyrazu, oraz przede wszystkim wspieranie wyrazistości wypowiedzi poprzez wyklaskiwanie sylab przy jednoczesnym kontrolowaniu ułożenia artykulatorów w lustrze.

d) ćwiczenia słuchowe

W terapii opóźnienia rozwoju mowy istotne są również ćwiczenia słuchowe, czyli: rozpoznawanie i różnicowanie dźwięków z otoczenia, rozwijanie zdolności rozumienia prostych poleceń słownych, rozwijanie zdolności percepcji słuchowej (różnicowanie dźwięków muzycznych, natężenia, rytmu, czasu trwania – prozodii mowy), wydłużanie koncentracji uwagi, spostrzegania i kojarzenia wzorców słuchowych, wzrokowych i kinestetycznych, zgaduj-zgadula wyrazowa (nauczyciel mówi pierwszą część słowa, dziecko je kończy – w początkowej fazie zabawa wspomagana obrazkami). Poniżej kilka ćwiczeń na percepcję słuchową:

Zdjęcie numer 3. Ćwiczenia słuchowe – wyszukiwanie produktów znajdujących się na liście zakupów



Źródła: zdjęcia własne wykonane na potrzeby artykułu, materiały zaczerpnięte z printoteki.

Zdjęcie numer 4. Różnicowanie słuchowe – dziecko nazywa obrazki oraz dopasowuje je do „worka”, w którym znajdują się wyrazy rozpoczynające się na daną głoskę



Źródło: zdjęcia własne wykonane na potrzeby artykułu

e) usprawnianie czynnego i biernego zasobu słownictwa poprzez:

- wskazywanie i nazywanie przedmiotów w przestrzeni, na obrazku;
- słuchanie prostych rymowanek, opowiadań, wierszyków uczących znaczenia słów, wspartych materiałem konkretnym, zadawanie pytań do usłyszanego tekstu;
- zabawy logorytmiczne: koordynacja głosu i ruchu, np. bocian kle-kle (naśladujemy chód bociana, ręce imitują otwieranie i zamykanie dzioba przy równoczesnym wypowiedzianiu zgłosek *kle-kle*);



- samodzielne nazywanie przedmiotów z przedłużaniem samogłosek; wprowadzamy nie tylko nazwy przedmiotów, ale także nazwy czynności, właściwości przedmiotów; zapoznanie ze znaczeniem określeń przymikowych; wdrażanie do posługiwania się nimi w wypowiedzi;
- uczenie samodzielnego określania stanów emocjonalnych własnych i innych ludzi w rzeczywistości i na obrazkach;
- proste zabawy tematyczne: wcielanie się w role – prowokowanie do spontanicznej aktywności słownej;
- ćwiczenia analizy i syntezy wzrokowej (układanie całości z elementów, rozkładanie całości na elementy) – praca na materiale niegraficznym.

Zdjęcia numer 5. Przykład ćwiczeń percepcji wzrokowej:



Źródło: zdjęcia własne wykonane na potrzeby artykułu

f) usprawnianie motoryki małej i dużej, które również jest elementem terapii dziecka z opóźnionym rozwojem psychoruchowym

Wśród proponowanych ćwiczeń można znaleźć między innymi: zgniatanie kartki papieru jedną ręką w małą kulkę; gniecenie gąbki, ściskanie piłeczek; ugniatanie papierowych kul i rzucanie nimi do celu; nakładanie zabawek na patyk, sznurek; nawlekanie koralików, przewlekanie sznurków, tasiemek, sznurowadeł przez różne rzeczy i otwory; zabawy z gliną, masą solną: gniecenie, toczenie, wałkowanie, malowanie; wciskanie w tablicę korkową pinezek i wyjmowanie ich, przeciskanie małych elementów przez duże.

g) rozwijanie orientacji w schemacie własnego ciała – pokazywanie poszczególnych części ciała i dotykanie ich, poruszanie wskazaną częścią ciała, pokazywanie wskazanych części ciała z rozumieniem określeń *góra, dół*.

PODSUMOWANIE

Każdy plan terapii opracowywany jest z uwzględnieniem indywidualnych potrzeb i możliwości dziecka. Terapia logopedyczna jest zazwyczaj długotrwałym procesem, pozostającym w zależności z oddziaływaniem wielu czynników. Wymaga ona wielospecjalistycznej współpracy. Logopeda współdziała z rodzicami dziecka, ponieważ to oni stanowią skarbnicę wiedzy o jego potrzebach, mocnych i słabych stronach, ale również z psychologami oraz nauczycielami dziecka. Każde dziecko z opóźnionym rozwojem psychoruchowym oraz innymi trudnościami/zaburzeniami w rozwoju wymaga odpowiedniego, wielospecjalistycznego i wielokierunkowego wsparcia specjalistów.



BIBLIOGRAFIA

1. Brzezińska A., *Spółeczna psychologia rozwoju*, Warszawa 2004.
2. Newman B.M., Newman Ph.R., *Development Through Life. A Psychosocial Approach*, Homewood III: The Dorsey Press, 1984.
3. *Nowa encyklopedia powszechna*, t. 5, Warszawa 1998.
4. Rzechowska E., *Rozwój*, [w]: *Encyklopedia Katolicka*, t. 17, Lublin 2012.
5. Żebrowska M., *Psychologia rozwojowa dzieci i młodzieży*, Warszawa 1986.

STRONY INTERNETOWE

1. <https://www.printoteka.pl/pl/start>

Notka o autorce

mgr Dominika Jaskólska – neurologopeda, pedagog specjalny, nauczyciel wychowania przedszkolnego. Doktorantka studiów z językoznawstwa na Uniwersytecie Jana Kochanowskiego. Naukowo zajmuje się zjawiskiem wielojęzyczności i jego uwarunkowaniami.



Anna Sieradzka

neurologopeda kliniczny, psycholog, terapeuta SI
anna.sieradzka.logos@wp.pl

KATIS – Komputerowy Asystent Terapeuty Integracji Sensorycznej

STRESZCZENIE

Przedmiotem artykułu jest zaprezentowanie czytelnikom unikatowego rozwiązania, jakim jest **KATIS – Komputerowy Asystent Terapeuty Integracji Sensorycznej**. Pierwszy na świecie inteligentny program diagnostyczno-terapeutyczny stanowi innowacyjne, kompleksowe narzędzie ukierunkowane na wczesną diagnostykę i pracę terapeutyczną zarówno w domu, jak i w gabinecie. KATIS składa się z kilku powiązanych z sobą modułów, co umożliwia nie tylko ukierunkowane wsparcie dla małych pacjentów i ich rodziców, ale także usprawnienie codziennej pracy specjalistów. Multifunkcyjny, przyjazny w obsłudze, inteligentny program zawiera standaryzowane narzędzia testowe, bazę ponad 700 ćwiczeń, rekomendacje dla rodziców i specjalistów.

WSTĘP

KATIS to pierwszy na świecie inteligentny program diagnostyczno-terapeutyczny stworzony z myślą o dzieciach z zaburzeniami sensorycznymi w wieku od 12. miesiąca do końca 4. roku życia.

System został opracowany w ramach programu unijnego nr RPMA.01.02.00-14-5766/16 pn. *Opracowanie inteligentnych narzędzi do wczesnej diagnostyki oraz pomiarów postępów terapii dzieci z zaburzeniami SI*, w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014–2020. Jest efektem wielu lat doświadczeń i badań autora Zbigniewa Przyrowskiego, psychologa klinicznego, prekursora terapii integracji sensorycznej w Polsce.

1. O TWÓRCACH PROGRAMU

Zbigniew Przyrowski już od lat 80. XX w. pracuje z różnymi grupami dzieci. Od blisko 30 lat jest instruktorem terapii integracji sensorycznej. Jest autorem wielu publikacji, twórcą kilku metod diagnostycznych oraz założycielem pierwszego w Polsce gabinetu terapii integracji sensorycznej pod obecną nazwą Sensum Mobile. W 2000 r. założył i przez kolejne 15 lat prowadził jako redaktor naczelny fachowe czasopismo „Integracja Sensoryczna”, które ukazuje się nieprzerwanie do dziś. Jest współtwórcą pierwszych w Polsce programów szkoleniowych dla terapeutów integracji sensorycznej. Członek i założyciel Polskiego Stowarzyszenia Terapeutów NDT-SI oraz Polskiego Stowarzyszenia Terapeutów Integracji Sensorycznej, którego był prezesem.

Obserwując problemy, z jakimi borykają się terapeuci oraz rodzice małych pacjentów na etapie diagnozy i w trakcie terapii, Zbigniew Przyrowski poszukiwał i wciąż poszukuje nowych rozwiązań umożliwiających szybką, trafną diagnostykę oraz celowaną terapię. Złożony z wybitnych specjalistów i praktyków zespół ba-



dawczy pod jego kierunkiem postanowił stworzyć precyzyjne narzędzie IT do opracowania odpowiednich algorytmów ułatwiających diagnozę i terapię integracji sensorycznej, czyli właśnie KATIS.

2. CZYM JEST I JAK DZIAŁA KATIS?

Komputerowy Asystent Terapii Integracji Sensorycznej to inteligentny program diagnostyczno-terapeutyczny. Inteligentny, bo wraz ze wzrastającą ilością badanych dzieci uczy się coraz precyzyjniej analizować wyniki badań oraz terapii. Asystuje i wspiera rodziców, terapeutów SI i specjalistów, oferując użytkownikom trzy dedykowane moduły:

- moduł rodzica,
- moduł specjalisty,
- moduł terapeuty SI.

Moduł dla rodzica stanowi unikatowe rozwiązanie: w przyjazny sposób pozwala na przeprowadzenie wstępnej diagnostyki dziecka przez opiekuna. W pierwszej kolejności rodzic wypełnia szczegółowy wywiad i standaryzowany kwestionariusz, składający się z około dwustu pytań odnoszących się do różnych aspektów zachowania dziecka. Następnie w oparciu o udzielone odpowiedzi otrzymuje wstępną informację, czy u dziecka występuje ryzyko zaburzeń integracji sensorycznej, które można zminimalizować poprzez wprowadzenie prostych ćwiczeń w domu (inteligentne algorytmy KATIS budują program ćwiczeń z rozkładem na poszczególne dni tygodnia), czy też powinien zgłosić się do terapeuty integracji sensorycznej w celu dogłębnej diagnostyki i wdrożenia terapii ewentualnych zaburzeń integracji sensorycznej. Jak widać, system KATIS jest więc swoistym badaniem przesiewowym, którego natychmiastowe wyniki pozwalają na szybką reakcję i ukierunkowaną pomoc dziecku. Gwarantuje także skrócenie drogi do specjalistów, do których dzieci trafiają zbyt późno lub wręcz przeciwnie – przychodzą bez wyraźnego powodu, blokując tym samym dostęp dzieciom potrzebującym wsparcia.

Moduł dla specjalisty pozwala psychologom, pedagogom, logopedom i innym specjalistom (niebędącym terapeutami integracji sensorycznej) zbadać ryzyko zaburzeń integracji sensorycznej wśród dzieci, które mają pod opieką w żłobku lub przedszkolu. W dalszym etapie umożliwia także poprowadzenie ćwiczeń lub skierowanie do odpowiedniego specjalisty.

Każdy specjalista w placówce ma możliwość wypełnienia kwestionariusza. Konsultuje odpowiedzi z rodzicami, pomaga im w udzieleniu prawidłowych odpowiedzi na pytania w kwestionariuszu. Inteligentny program analizuje odpowiedzi, określa stopień ryzyka i typ zaburzeń integracji sensorycznej. Jeśli natężenie możliwych zaburzeń przekroczy określony poziom, specjalista otrzymuje informacje o konieczności skierowania rodzica na bardziej kompleksowe badania do gabinetu integracji sensorycznej. Jeśli poziom zaburzeń nie przekracza określonego progu, specjalista otrzymuje informacje, jakie problemy w funkcjonowaniu dziecka mogą pojawić się na danym etapie jego rozwoju. Następnie program dobiera właściwy zestaw ćwiczeń. Ćwiczenia mogą wykonywać zarówno specjaliści w placówce, jak i – po konsultacji – rodzice w domu.

Moduł dla terapeutów integracji sensorycznej to narzędzie umożliwiające sprawne i szybkie przeprowadzenie całościowego badania dziecka i postawienie pełnej diagnozy. System KATIS, jak sama nazwa wskazuje, jest narzędziem asystującym przy badaniu, które prowadzi terapeuta według standardowych zasad. Przed badaniem rodzic wypełnia kwestionariusz, po czym terapeuta przeprowadza szczegółowy kategoryzowany wywiad z rodzicem, a następnie badania oparte o dwa standaryzowane testy składające się z 12 skal mierzących zaburzenia modulacji sensorycznej i zaburzenia ruchowe o bazie sensorycznej. Testy są wykonywane przez terapeuta zgodnie z instrukcją i zasadami przeprowadzania kolejnych zadań. Terapeuta wykorzystuje standardowy zestaw pomocy do przeprowadzenia kolejnych zadań we wszystkich 12 skalach. Następnie system podlicza punkty uzyskane przez dziecko we wszystkich skalach i na wykresie wskazuje na



możliwe zaburzenia lub ich brak w każdej ze skal. System sugeruje możliwy typ zaburzeń, jeśli takie występują, w oparciu o wyniki testów przeprowadzonych przez terapeutę. Terapeuta badający dziecko może przyjąć takie rozpoznanie lub też, w oparciu o przedstawione wyniki wykonanych badań, postawić indywidualną diagnozę, którą system zaakceptuje. Po akceptacji diagnozy KATIS sugeruje bloki ćwiczeń, jakie należy uwzględnić w terapii, a terapeuta, wybierając konkretne ćwiczenia ze wskazanych bloków, buduje program terapii dla konkretnego dziecka.

Moduł terapeuty zawiera także szereg ciekawych i prostych w stosowaniu rozwiązań usprawniających organizację pracy gabinetu terapeutycznego.

3. JAK POWSTAWAŁ KATIS? KILKA SŁÓW O PROCESIE STANDARYZACJI

Testy, a właściwie zadania testowe były opracowywane, wielokrotnie modyfikowane i weryfikowane przez ich twórcę w latach 2007–2017 jako próby kliniczne w badaniach około 2000 dzieci w wieku od 8. miesiąca życia do 4 lat i 11 miesięcy. Dopiero ich ostateczna wersja została poddana procesowi standaryzacji. Pytania z kwestionariusza były weryfikowane i modyfikowane przez wiele lat, aby spełniały najwyższe standardy diagnostyczne. Pierwsza wersja kwestionariusza powstała w 1995 roku i do dziś bywa stosowana przez wielu terapeutów. W kolejnych latach zbiór pytań został rozbudowywany i dostosowywany do kolejnych etapów rozwojowych dzieci. Ich ostateczna wersja została poddana standaryzacji w toku realizacji projektu unijnego w latach 2017–2019, realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego w latach 2014–2020.

Przygotowania do realizacji badań objęły przeszkolenie z zastosowanych testów pięciu doświadczonych terapeutów z co najmniej 6-letnim doświadczeniem w zakresie diagnozowania zaburzeń integracji sensorycznej. Szkolenie było przeprowadzone przez twórcę testów, następnie terapeuci sami ćwiczyli zadania zastosowane w testach, by ostatecznie przystąpić do badań grupy standaryzacyjnej. W etapie badań standaryzacyjnych pięciu terapeutów przebadano na potrzeby projektu łącznie 300 dzieci z województwa mazowieckiego, w tym 260 dzieci z próby normalizacyjnej oraz 40 dzieci z próby kontrolnej. Kryterium włączenia do grupy normalizacyjnej był brak stwierdzonych zaburzeń integracji sensorycznej oraz innych stwierdzonych zaburzeń rozwojowych. Próba kontrolna składała się z dzieci, u których w oparciu o wywiad, próby kliniczne i dostępne kwestionariusze doświadczeni terapeuci stwierdzali występowanie zaburzenia integracji sensorycznej, bez innych rozpoznań. W doborze próby w badaniu normalizacyjnym i kontrolnym uwzględniono następujące kryteria demograficzne: płeć, wiek i miejsce zamieszkania. Uzyskane wyniki zostały opracowane przez statystyka, dzięki czemu uzyskano normy zastosowane w systemie KATIS.

4. DLACZEGO KATIS?

Jak wskazują badania, systematycznie wzrasta liczba dzieci z zaburzeniami przetwarzania sensorycznego. W przeciętnej populacji bez stwierdzonych zaburzeń diagnozowanych jest do 13,5% dzieci z SPD (Sensory Processing Disorder). Wśród dzieci z rozpoznanymi różnymi zaburzeniami rozwojowymi diagnozuje się od 20% do 80% przypadków SPD. W przypadku dzieci z autyzmem odsetek ten wynosi 80%, u dzieci z ADHD – 60%, u dzieci z opóźnieniem psychoruchowym – 60%, u dzieci z dysleksją – 50%. Szczegółowe informacje dotyczące tych liczb są ograniczone z uwagi na brak odpowiednich narzędzi diagnostycznych oraz fakt, że SPD często mylone jest z innymi zaburzeniami oraz chorobami. Zapotrzebowanie rynkowe na skuteczne narzędzie diagnostyczne odzwierciedla także średni czas oczekiwania na terapię refundowaną w wyspecjalizowanym gabinecie terapeutycznym; często trzeba czekać od 1 do 2 lat. Oczekiwanie na wizytę diagnostyczną w prywatnych gabinetach to z kolei od 1 do 4 miesięcy.



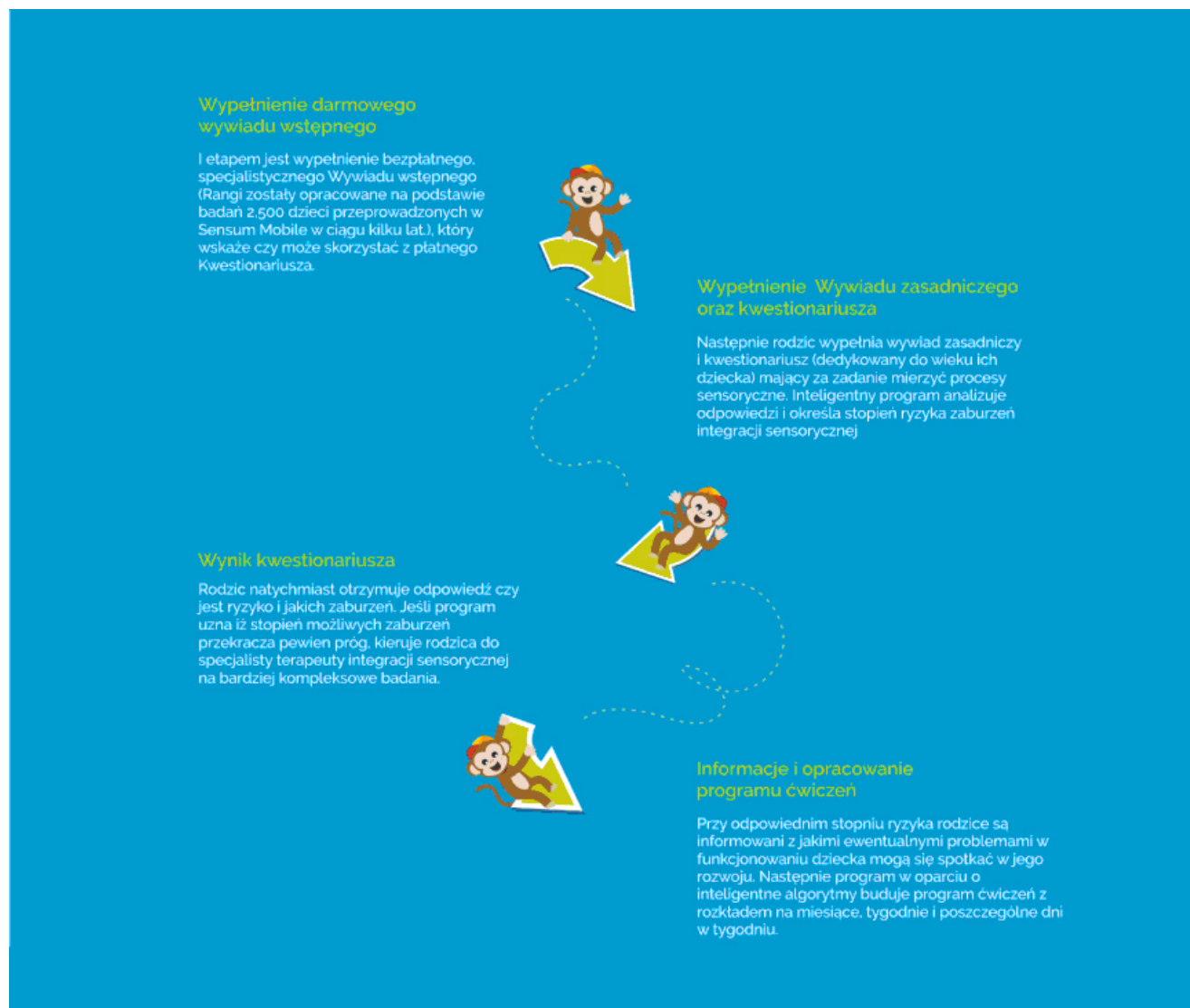
Wczesna diagnoza i interwencja terapeutyczna są kluczowe dla rozwoju dzieci z istniejącymi już zaburzeniami oraz takich, których rozwój jest zagrożony. Odpowiednio zaprojektowane narzędzie diagnostyczne pozwala na określenie i zakwalifikowanie do grupy ryzyka zaburzeń SI. Przy użyciu odpowiednich instrumentów możliwe jest wychwycenie pierwszych, nieoczywistych objawów zaburzeń SI, a tym samym podjęcie jak najszybszych działań minimalizujących ich wpływ na dalszy rozwój. Odpowiednio dobrany program terapeutyczny o wysokim stopniu dostępności wyeliminuje w znacznym stopniu deficyty powodowane zaburzeniami SI.

5. CECHY NARZĘDZIA WSPOMAGAJĄCEGO KATIS

1. Znacząco skraca oraz upraszcza procesy diagnostyczne i terapeutyczne.
2. Pozwala na zmniejszenie nieobecności w szkole i w pracy, pomaga eliminować dodatkowy stres spowodowany absencją.
3. Redukuje poziom kosztów niematerialnych, takich jak pogorszenie jakości życia, zmniejszenie zdolności do nauki, trudności w wykonywaniu codziennych zajęć.
4. Redukuje ryzyko długofalowej opieki nad dziećmi niezdolnymi do samodzielnego funkcjonowania społecznego.
5. Zmniejsza koszty pomocy medycznej, psychologicznej, pedagogicznej i logopedycznej stosowanej w poradniach psychologiczno-pedagogicznych.
6. Dzięki wczesnej interwencji, zapobiegającej nawarstwianiu się zaburzeń, zmniejsza koszty terapii dzieci z ADHD, autyzmem i innymi zaburzeniami oraz jednostkami chorobowymi, u których współwystępują zaburzenia procesów sensorycznych.
7. Pozwala pacjentom i ich rodzinom na zwiększenie poczucia własnej wartości, bezpieczeństwa emocjonalnego oraz społecznego.
8. Ogranicza liczbę pomyłek diagnostycznych i terapeutycznych.



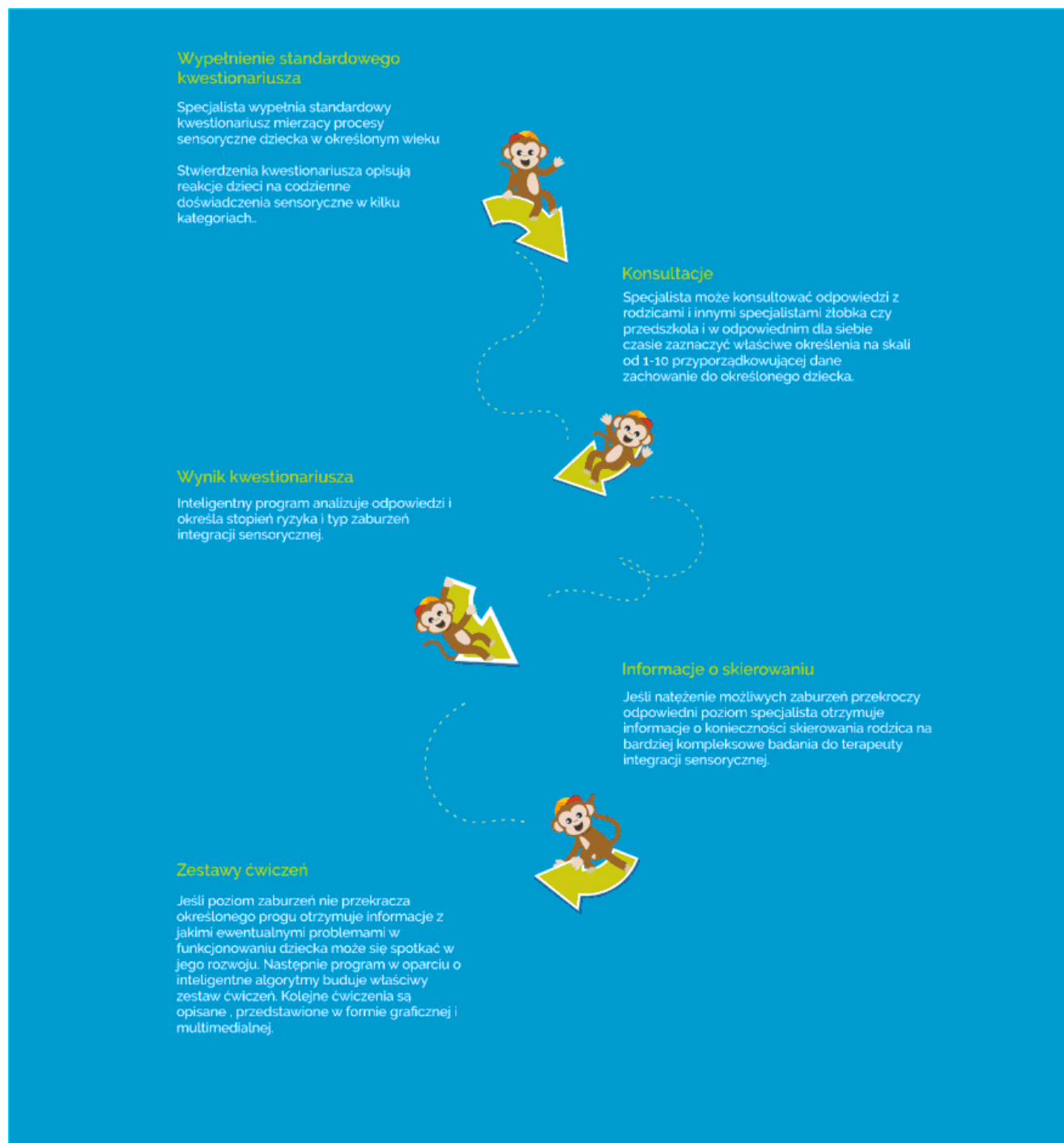
Ilustracja 1. Moduł rodzica



Źródło: <https://katis.pl>



Ilustracja 2. Moduł specjalisty



Źródło: <https://katis.pl>



Ilustracja 3. Moduł terapeutyczny



Źródło: <https://katis.pl>



Ilustracja 4. Widok kwestionariusza, który wypełnia rodzic

KATIS

Witaj, info@katis.pl Wyloguj

Kwestionariusz Rozwoju Sensorycznego 36-47m.ż. /3-4rok życia/

Instrukcja:

Stwierdzenia w poniższym Kwestionariuszu mogą oznaczać zachowania Twojego dziecka w różnych sytuacjach. Zaznacz na skali od '0' do '10' w jakim stopniu kolejne stwierdzenia charakteryzuje Twoje dziecko. Punktacją wskazuje na stopień natężenia zachowania w danym zakresie u Twojego dziecka. To znaczy, że zakreślanie odpowiedzi bliżej '0' oznacza rzadsze występowanie danego zachowania u Twojego dziecka, a '0' będzie oznaczało, że nigdy nie występuje takie zachowanie, a im bliżej '10' tym częściej występuje dane zachowanie, a '10' znaczy, że zawsze, w każdej sytuacji występuje takie zachowanie.

Dobrze przemyśl odpowiedzi! Pamiętaj, iż jeśli stwierdzenie brzmiałoby „czy zdarza ci się kłamać?” i oznaczyłbyś '0' to znaczy iż nigdy, w żadnej sytuacji nie zdarzyło ci się być skłamał, gdy zaznaczysz np. '4' to znaczy, że zdarza ci się z mniejszą częstotliwością kłamać niż wówczas gdy zaznaczysz np. '7', natomiast jeśli zaznaczysz '10' to znaczyłoby iż zawsze w każdej sytuacji kłamiesz.

A teraz przykład z Kwestionariusza:
Stwierdzenie brzmi „Lubi głośne dźwięki”
to jeśli zaznaczysz np. '0'
to będzie oznaczało iż Twojemu dziecku nigdy w żadnej sytuacji nie zdarzyło się by lubiło głośne dźwięki
jeśli natomiast zaznaczysz np. '10'
to będzie oznaczało iż Twoje dziecko zawsze w każdej sytuacji lubi głośne dźwięki natomiast jeśli zaznaczysz np. '4' to będzie oznaczało, że zdarza się Twojemu dziecku z mniejszą częstotliwością lubić głośne dźwięki niż wówczas, gdy zaznaczysz np. '7' - co będzie oznaczało, że zdarza mu się częściej lubić głośne dźwięki niż wówczas gdy zaznaczysz '4'.

ZAPISZ DO TEGO MOMENTU I PRZEJDŹ DO STRONY GŁÓWNEJ

1. Jest drażliwe
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2. Ma trudności w uczeniu się czynności samoobsługowych
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3. Szybko przechodzi od stanu neutralnego do płaczu
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Źródło: <https://katis.pl>

Ilustracja 5. Wygenerowane ćwiczenia według wyników uzyskanych przez pacjenta; widok dzienny

KATIS

Witaj, Wyloguj

Menu

- Główna
- Dodaj dziecko
- Lista dzieci
- Ośrodki terapii SI
- Płatności
- Instrukcje

Kalendarz ćwiczeń dzienny

Widok Tygodniowy Karta dziecka

FIRMA

Centrum Procesów Sensorycznych
Integracja Sensoryczna
Sklep z Pomocami Sensorycznymi

KATIS

O nas

KONTAKT

adres: Śródmiejska 11/21, 02-758 Warszawa
telefon: 636 000 546
mail: info@katis.pl

Źródło: <https://katis.pl>



Ilustracja 6. Wygenerowane ćwiczenia według wyników uzyskanych przez pacjenta; widok tygodniowy

Witaj, Wyloguj

Menu

#Kalendarz ćwiczeń

Widok dzienny Karta dziecka

Być może do wykonania poniższych ćwiczeń będziesz potrzebował specjalistycznego sprzętu.
Po wejściu w dane ćwiczenie zostanie Ci wyświetlony produkt pomocy, który będziesz mógł zakupić w naszym sklepie.

22-03-14 PN	22-03-15 WT	22-03-16 SR	22-03-17 CZ	22-03-18 PT	22-03-19 SB	22-03-21 ND
RRD12	RRPPI1	RRD12	RRPPI3		RRD12	
RRD10	RRPPI11	RRD10	RRPPI4		RRD10	
RRD21		RRD21	RRPPI14		RRD21	
					RRPPI3	
					RRPPI4	
					RRPPI4	

FORMA

Centrum Procesów Sensorycznych
Integracja Sensoryczna
Sklep z Pomocami Sensorycznymi

KATIS

O nas

KONTAKT

adres: Śródmiejska 11/21, 02-758 Warszawa
telefon: 636 000 546
mail: info@katis.pl

Źródło: <https://katis.pl>

Ilustracja 7. Każde ćwiczenie zawiera opis, grafikę/zdjęcie, film instruktażowy

Witaj, Wyloguj

Ćwiczenie

OPIS

Ułóż dziecko na brzuchu na dużej piłce o średnicy do 50 cm., niezbyt mocno napompowanej. Przesuwaj dziecko na prawy bok i utrzymuj w tej pozycji chwilę (2-3sek), następnie na lewy bok i utrzymuj w tej pozycji chwilę (2-3sek), dalej przesuwaj je do przodu głową do dołu. Powtórz to rytmicznie 5-6 razy. Powtórz to ćwiczenie kilkakrotnie. Czas ćwiczenia 5 min.

WRÓĆ DO KALENDARZA TYGODNIOWEGO

www.katis.pl

MEGAFORM

Źródło: <https://katis.pl>



Ilustracja 8. Widok testów wykonywanych przez terapeutę SI

The screenshot displays the KATIS application interface. On the left is a blue sidebar menu with options: Główna terapeuta, Dodaj pacjenta, Lista pacjentów, Kalendarz, Ośrodki terapii SI, Płatności, Moje konto, and Instrukcje. The main area is divided into two sections. The top section, titled 'Badający gra na trójkącie', 'Badający gra na grzechotkach', 'Badający gra na bębnieku cicho - głośno', and 'Badający gra na kotalce drewnianej', contains two columns of dropdown menus for 'Stopień wrażliwości' and 'Stopień unikania'. Below this is a red button labeled 'ZAPISZ I KONTYNUUJ'. The bottom section, titled 'VI. REAKTYWNOŚĆ SŁUCHOWA- dźwięki odtwarzane', lists seven sound stimuli: 'Dźwięk szczekającego psa', 'Dźwięk uruchamianego samochodu', 'Dźwięk odkurzacza', 'Dźwięk karetki', 'Dźwięk blendera', and 'Dźwięki wznoszące się i opadające'. Each stimulus has a play button, a progress bar, and two dropdown menus for 'Stopień wrażliwości' and 'Stopień unikania'. The top right corner shows a user profile 'Witaj, info@katis.pl' and a 'Wyloguj' button.

Źródło: <https://katis.pl>

PODSUMOWANIE

Program KATIS to unikatowe narzędzie ułatwiające standardowe badanie i terapię dzieci między 12. miesiącem a 4. rokiem życia. Obecnie metody diagnostyczne dla tej grupy dzieci opierają się najczęściej na niestandardowych badaniach, a terapia bywa wdrażana bez żadnej wstępnej diagnozy, co skutkuje brakiem efektów lub pogłębieniem się istniejących zaburzeń.

Skala problemu, wyrażona liczbą małych pacjentów czekających na diagnozę lub błędnie zdiagnozowanych oraz próbami dotarcia do ośrodków, pokazuje, jak bardzo produkt ten może być przydatny w placówkach publicznych.

Pierwsze lata życia to okres intensywnego rozwoju i zdobywania nowych doświadczeń. To właśnie układy zmysłowe stanowią podstawę dojrzewania ludzkiego organizmu. Zaburzenia wymienionych procesów w ośrodkowym układzie nerwowym powodują zakłócenia w życiu emocjonalnym, społecznym i rodzinnym. Zmiany widoczne w zachowaniu dziecka najczęściej pierwsi dostrzegają rodzice, opiekunowie i nauczyciele przedszkolni. KATIS stanowi istotne wsparcie dla nich i dla terapeutów, ale przede wszystkim dla dzieci, które dzięki sprawnej diagnostyce i przyjaznym narzędziom usprawniającym terapię otrzymają potrzebną pomoc. System KATIS pozwala na szybkie i trafne diagnozowanie zaburzeń integracji sensorycznej i pomaga w ich wyeliminowaniu.

STRONY INTERNETOWE

1. <https://katis.pl> i <https://empis.pl> za zgodą autorów



Notka o autorce

mgr Anna Sieradzka – neurologopeda, psycholog, glottodydaktyk, terapeuta integracji sensorycznej, terapeuta Johansen. Wykładowca w Wyższej Szkole im. Pawła Włodkowica w Płocku. Absolwentka Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie na Wydziale Pedagogika Specjalna – kierunek Logopedia oraz Wyższej Szkoły Psychologii Społecznej w Warszawie na Wydziale Psychologii.