

**dr Ewa Cieplińska-Truchan**

Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Tarnowie

ORCID: 0000-0003-1811-7912

Studia Społeczne

ISSN 2081-0008

e-ISSN 2449-9714

str. 43–56

# DIAGNOZA LOGOPEDYCZNA DZIECKA Z MÓZGOWYM PORAŻENIEM DZIECIĘCYM

## *SPEECH THERAPY DIAGNOSIS OF A CHILD WITH CEREBRAL PALSY*

### STRESZCZENIE

Artykuł porusza tematykę mózgowego porażenia dziecięcego. Celem przeprowadzonych badań było zdiagnozowanie trudności językowych dziecka w wieku 13 lat. Diagnoza została przeprowadzona na podstawie metody indywidualnych przypadków. Założono, że mózgowe porażenie dziecięce oraz niepełnosprawność intelektualna wpływają na trudności w zakresie rozwoju mowy dziecka. U badanej zdiagnozowano nieprawidłowości w zakresie realizacji głosek. Dziecko ma obniżoną sprawność narządów artykulacyjnych – języka i warg. U badanej występują trudności w obszarze sprawności językowej. Dziewczynka ma problemy z prawidłowym torem oddychania. Opisane problemy wynikają z dyzartrii oraz niepełnosprawności intelektualnej w stopniu lekkim. Przeprowadzone badania wskazują na konieczność prowadzenia dalszej terapii logopedycznej. Prowadzone oddziaływania powinny być ukierunkowane na ćwiczenia oddechowe, fonacyjne i artykulacyjne. Usprawnianie badanej w zakresie kompetencji komunikacyjnej i językowej musi być prowadzone także w domu rodzinnym dziecka. Ważne jest systematyczne wykonywanie ćwiczeń przez dziewczynkę. Odpowiednia stymulacja dziecka może przyczynić się do optymalnego funkcjonowania dziewczynki w społeczeństwie. Poprawa w zakresie kompetencji językowej i komunikacyjnej wpłynie na jakość życia dziecka także w sferze psychologicznej.

**SŁOWA KLUCZOWE:** mózgowe porażenie dziecięce; dyzartria; niepełnosprawność intelektualna; diagnoza; terapia; metoda indywidualnych przypadków.

**ABSTRACT**

The article discusses the topic of cerebral palsy. The aim of the research was to diagnose language difficulties in a 13-year-old child. The diagnosis was made based on the individual case method. It was assumed that cerebral palsy and intellectual disability influence the difficulties in the child's speech development. The subject was diagnosed with abnormalities in the production of sounds. The child has reduced efficiency of the articulatory organs – tongue and lips. The subject has difficulties in the area of language skills. The girl has problems with proper breathing. The described difficulties results from dysarthria and mild intellectual disability. The conducted research indicates the need for further speech therapy. The activities should be focused on breathing, phonation and articulation exercises. Improving the subject's communication and language competences must also be carried out in the child's family home. It is important for the girl to perform exercises systematically. Appropriate stimulation of the child can contribute to the girl's optimal functioning in society. Improvement in language and communication competences will affect the child's quality of life also in the psychological sphere.

**KEY WORDS:** cerebral palsy; dysarthria; intellectual disability; diagnosis; therapy; individual case method.

**WSTĘP**

Artykuł poświęcony jest tematyce mózgowego porażenia dziecięcego (mpdz). Na początku zaprezentowane są treści teoretyczne dotyczące definicji oraz rodzajów mózgowego porażenia dziecięcego i dyzartrii.

W części metodologicznej można zapoznać się z problematyką badań, metodą, technikami i narzędziami badawczymi. Wykorzystano metodę indywidualnych przypadków oraz techniki badawcze takie jak: analiza dokumentów, wywiad, obserwacja. Podczas diagnozy logopedycznej wykorzystano m. in. kwestionariusz Wywiadu biologiczno-środowiskowego do wykrywania wczesnych uwarunkowań rozwoju mowy (W. Fedorowska, B. Wardowska), badanie słuchu fonematycznego (I. Styczek), kwestionariusz Testu Sprawności Językowej (Z. Tarkowski), Kwestionariusz S. J. Robertson: profil dyzartrii. Formularz opisowy opracowany przez A. Lewandowskiego i Z. Tarkowskiego. Przed rozpoczęciem procesu diagnostycznego założono, że poziom rozwoju mowy dziecka z mpdz oraz niepełnosprawnością intelektualną będzie znajdował się poniżej norm przewidzianych dla wieku badanej. Na końcu artykułu przedstawione są wskazówki do dalszej terapii logopedycznej z dzieckiem.

## 1. DEFINICJA I RODZAJE MÓZGOWEGO PORAŻENIA DZIECIĘCEGO

Mózgowe porażenie dziecięce zaliczane jest do niepełnosprawności ruchowej. Mpdz „określa się różnorodne zaburzenia ruchu i postawy, będące następstwem trwałego uszkodzenia mózgu we wczesnym stadium rozwoju”<sup>1</sup>. Mpdz wcześniej było określane chorobą Little’a. Nazwa ta została wprowadzona od nazwiska lekarza Williama Little’a. On to bowiem pierwszy stwierdził, że spastyczność kończyn może wynikać z nieprawidłowego przebiegu ciąży, trudnego porodu, przedwczesnego porodu oraz niedotlenienia noworodka<sup>2</sup>.

Mózgowe porażenie dziecięce występuje w różnych formach. Można wyróżnić porażenie połowicze, obustronne porażenie połowicze, obustronne porażenie kurczowe, postać pozapiramidową, postać mózdkową oraz postać mieszaną.

*Hemiplegia* wynika z uszkodzenia tętnicy środkowej, leukomalacji okołokomorowej, czy z uszkodzenia okołoporodowego. W tym przypadku mpdz można zaobserwować duże napięcie mięśniowe w porażonych kończynach. W porażeniu połowicznym widać również ustawienie zgięciowo-przywiedzeniowe ze stale zgiętym nadgarstkiem. W przypadku tego rodzaju mpdz zauważa się napady częściowe padaczki, ruchy mimowolne w kończynie górnej. Jeżeli chodzi o rozwój umysłowy, to w hemiplegii, jest on w większości prawidłowy.

*Hemiplegia bilateralis* występuje na skutek przewlekłego niedotlenienia i niedokrwienia w okresie płodowym. Natomiast w okresie noworodkowym przyczyną może być zakażenie. U osób z obustronnym porażeniem połowicznym widać niedowład kończyn. Przewaga występuje w kończynach górnych. Można zaobserwować wzmożone napięcie mięśni. Jednocześnie istnieje możliwość obniżenia napięcia mięśni w zakresie osi głowa-tułów. U dzieci, które mają hemiplegię bilateralis jest zwykle opóźniony rozwój psychoruchowy, małowłowie. Przykrą informacją, jest fakt, że dzieci z tą postacią mpdz, nigdy nie osiągają umiejętności samodzielnego chodzenia. Występują także trudności z mową i odżywianiem. Tak samo, jak w przypadku hemiplegii, występuje padaczka.

*Diplegia* występuje najczęściej u dzieci, które były wcześniakami. Porażenie w tej postaci dotyczy przede wszystkim kończyn dolnych. Dziecko z obustronnym porażeniem kurczowym staje na palcach, nie może wykonywać naprzemiennych ruchów kończynami dolnymi. W przypadku diplegii u dzieci nie występują zaburzenia w rozwoju umysłowym. Charakterystycznym objawem natomiast jest zaburzenie wzroku. Może wystąpić zez, krótkowzroczność, uszkodzenie siatkówki.

1 J. Czochańska, *Choroby układu nerwowego*, w: *Pediatrica*, red. K. Kubicka, PZWL, Warszawa 2006, s. 501.

2 M. Loska, *Uczniowie z mózgowym porażeniem dziecięcym. Osiągnięcia edukacyjne*, WSiP, Warszawa 2005, s. 10.

Następna postać, *dyskinetyczna*, jest obecnie rzadka. W dyskinesie występują ruchy mimowolne. Często jest również niedosłuch lub głuchota.

*Ataxia* jest wynikiem wad rozwojowych mózdzku. Dzieci z postacią mózdkową mpdz mają opóźnienie w zakresie kontroli postawy, lokomocji.

Ostatni rodzaj mpdz to *postać mieszana*<sup>3</sup>. Jest to połączenie wcześniej opisanych postaci mpdz. W konkretnym przypadku może występować przewaga określonych zaburzeń.

## 2. DYZARTRIA

U osób z mpdz, w zakresie kompetencji językowej i komunikacyjnej, diagnozuje się dyzartrię. Przez dyzartrię rozumie się typ „nieprawidłowości mowy, powstającej na skutek upośledzenia czynności samego aparatu wykonawczego (mięśni języka, podniebienia, gardła i krtani) w wyniku uszkodzenia danych mięśni lub unerwiających je nerwów czaszkowych (nerwy IX, X, XII) oraz jąder tych nerwów (w pniu mózgu), a także w wyniku zmian w drogach korowo-jądrowych, układzie pozapiramidowym lub mózdzku”<sup>4</sup>.

Dyzartria obejmuje przeważnie cechy segmentalne mowy. Może to przejawiać się zniekształcaniem lub opuszczaniem fonemów. Jednak zaburzenia dyzartryczne mogą dotyczyć także cech suprasegmentalnych i zaburzenia melodii<sup>5</sup>.

Mowa osób dyzartrycznych bardzo często jest niewyraźna, powolna, zamazana oraz afoniczna<sup>6</sup>. Często wypowiedź jest cichsza. Końcowe odcinki zdania mogą być niesłyszalne. Do innych objawów dyzartrii można zaliczyć zakłócenia tempa mowy, monotonię (zakłócenia przebiegu melodii). Mowa może być też skandowana, toniczna, a nawet kloniczna<sup>7</sup>.

Mowa jest bardzo często zabarwiona nosowo. Wynika to z faktu takiego, że opada podniebienie miękkie. W wyniku tego samogłoski są tworzone lepiej niż spółgłoski<sup>8</sup>.

Osoby z dyzartrią bardzo często mają trudności z porozumiewaniem się. Są nie rozumiane przez otoczenie. Konsekwencją tego może być ograniczenie rozwoju umie-

3 J. Czochońska, op. cit., s. 502-503.

4 A. Jakubowska, *Studium przypadku dziecka z dyzartrią startą*, w: *Neurologopedyczne studia przypadków*, red. E. Stecko, Wydawnictwo Stecko, Warszawa 2010, s. 113.

5 W. Tłokiński, *Zaburzenia mowy o typie dysartrii*, w: *Podstawy neurologopedii. Podręcznik akademicki*, red. T. Gałkowski, E. Szeląg, G. Jastrzębowska, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole 2005, s. 910.

6 Ibidem, s. 915.

7 G. Jastrzębowska, *Zaburzenia dysartryczne u dzieci*, w: *Logopedia. Pytania i odpowiedzi*, red. T. Gałkowski, G. Jastrzębowska, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole 2001, s. 408-409.

8 Ibidem, s. 412-413.

jętności społecznych. Osoby posiadające problemy z mową mogą czuć się osamotnione i niepotrzebne.

Czynniki wywołujące dyzartrię można podzielić na dwie grupy. Pierwsza dotyczy uszkodzeń centralnego neuronu ruchowego. Dochodzi tutaj do powstania *dyzartrii rzekomoopuszkowej*. W tym przypadku ma się do czynienia z osłabieniem i spastycznością mięśni narządów artykulacyjnych. Na skutek tego mowa jest bełkotliwa. Może pojawić się również *dyzartria pozapiramidowa*. Charakteryzuje się ona mową spowolnioną, bełkotliwą, a nawet zmienionym brzmieniem głosu ze względu na mniejszą ruchliwość warg i języka. Występuje także *dyzartria ataktyczna*, w której widoczne są zaburzenia koordynacji pracy mięśni artykulacyjnych. Mowa jest skandowana, bełkotliwa. Czasami mogą wystąpić grymasy twarzy. Pojawiają się problemy z szybkim powtarzaniem słów. Dyzartria mózdkowa bardzo często występuje w stwardnieniu rozsianym.

Druga grupa powodująca powstanie dyzartrii dotyczy uszkodzeń obwodowego neuronu ruchowego. Przykładem jest *dyzartria opuszkowa*, w której jest osłabienie języka i podniebienia miękkiego. Zaburzenia w obszarze podniebienia miękkiego powodują nosowe zabarwienie głosu. W przypadku dyzartrii opuszkowej może dojść do upośledzenia fonacji. Osoba taka przestaje mówić<sup>9</sup>.

Podziałów dyzartrii jest bardzo wiele. Opisana zostanie klasyfikacja *Sovaka*. Autor przyjął jako kryterium podziału – miejsce uszkodzenia centralnego systemu nerwowego. Wyróżnił sześć rodzajów dyzartrii: korową, piramidową, pozapiramidową, mózdkową, opuszkową, mieszaną<sup>10</sup>.

*Dyzartria korowa* wynika z uszkodzenia okolicy ruchowej kory mózgowej. Pola ruchowe, które odpowiadają za język, żuchwę, gardło, krtań są umiejscowione w dolnym obszarze zakrętu przedśrodkowego w obu półkulach. Gdy nastąpi uszkodzenie obustronne pół, powstaje porażenie konkretnego narządu mówienia. Natomiast jednostronne porażenie powoduje obniżenie ruchliwości tych narządów. W tym przypadku powstają zaburzenia złożonych struktur wypowiedzi.

*Dyzartria piramidowa* wynika z uszkodzenia drogi piramidowej. Widoczne jest zbyt duże napięcie mięśni aparatu mowy. Napięcie to ma charakter spastyczny. Maleje ono podczas powtarzania ruchów biernych. W dyzartrii piramidowej zauważa się przesadne, nieskoordynowane ruchy artykulacyjne. Mowa jest wolna, niepełna. Wiele głosek jest zniekształczanych.

*Dyzartria pozapiramidowa*, jak z nazwy wynika, jest następstwem uszkodzeń w zakresie układu pozapiramidowego. W dyzartrii tej wyróżnia się dwie formy, hiper-

9 Ibidem, s. 613-614.

10 A. Lewandowski, Z. Tarkowski, *Dyzartria, wybrane problemy etiologii, diagnozy i terapii*, Wydawnictwo ZSL, Warszawa 1989, s. 12-14.

toniczną i hiperkinetyczną. Hipertoniczna dyzartria pozapiramidowa powoduje wymowę usztywnioną, wolną i niewyraźną. Osoby często nie kończą wypowiedzi. Słyszalne jest mamrotanie. Natomiast hiperkinetyczna dyzartria pozapiramidowa powoduje, że ruchy narządów mowy są niezorganizowane, nieprecyzyjne. Artykulacja nie jest dokładna. Mowa jest wolna. Wysokość, melodia i rytm są zaburzone. Ruchy oddechowe są nieregularne.

*Dyzartria mózdkowa* wywołana jest uszkodzeniem mózdku. Ruchy artykulacyjne nie są skoordynowane. Tempo wypowiedzi jest nierówne. U osób z tym rodzajem dyzartrii widoczne są przerwy w mówieniu. Wypowiedź jest skandowana.

*Dyzartria opuszkowa* powstaje na wskutek choroby jąder ruchowych nerwów w opuszce albo nerwów wychodzących, które unerwiają aparat artykulacyjny. Może wystąpić porażenie całościowe lub częściowe. W dyzartrii opuszkowej występują także problemy z żuciem i połykaniem.

Ostatni rodzaj dyzartrii został nazwany *mieszanym*. Jest on połączeniem, w różnym nasileniu, opisanych wcześniej rodzajów dyzartrii<sup>11</sup>.

### 3. METODOLOGIA BADAŃ WŁASNYCH

W przeprowadzonych badaniach celem było zdiagnozowanie trudności językowych dziecka z mózgowym porażeniem dziecięcym.

W pracy wykorzystano metodę indywidualnych przypadków. Metoda ta została wybrana ze względu na możliwość dogłębnego poznania zagadnienia.

Pierwszą wykorzystaną techniką była analiza dokumentów. Dokumenty zaprezentowane w pracy zaliczają się do dokumentów pisanych.

Następna technika to wywiad. Wykorzystany Wywiad biologiczno-środowiskowy do wykrywania wczesnych uwarunkowań rozwoju mowy autorstwa W. Fedorowskiej i B. Wardowskiej jest wywiadem skategoryzowanym<sup>12</sup>. Ze względu na sposób prowadzenia wywiadu był to wywiad jawny. Wywiad ten był zbiorowy, ponieważ w rozmowie uczestniczyła zarówno matka, jak i ojciec badanego dziecka.

Kolejna wykorzystana technika badawcza to obserwacja. W pracy została zastosowana obserwacja systematyczna bezpośrednia. W badaniach przeprowadzono obserwacje zajęć logopedycznych, przerwy międzylekcyjnej oraz zachowania dziecka w domu.

<sup>11</sup> Ibidem.

<sup>12</sup> W. Fedorowska, B. Wardowska, *Wywiad biologiczno-środowiskowy do wykrywania wczesnych uwarunkowań rozwoju mowy*, Wydawnictwo Uniwersytet Gdański, Zakład Logopedii, Gdańsk 1992.

Następna wykorzystana technika badawcza to test. W pracy przeprowadzono Test Sprawności Językowej Z. Tarkowskiego<sup>13</sup>.

Podczas diagnozy wykorzystano następujące narzędzia badawcze. Obserwacja zajęć logopedycznych, obserwacja w domu oraz w czasie przerwy międzylekcyjnej polegała na dokładnym zapisie przebiegu zaobserwowanych sytuacji. Nie były przygotowane żadne kwestionariusze tych obserwacji. W podobny sposób została przeprowadzona wstępna rozmowa z rodzicami oraz z logopedą. Rozmowa z dzieckiem została przeprowadzona na podstawie wcześniej przygotowanego zestawu pytań. Zadano 17 pytań.

Kwestionariusz wywiadu składa się z 6 grup pytań. Możliwe odpowiedzi są półotwarte i zamknięte. Kafeterię odpowiedzi można także podzielić na koniunktywną i dysjunktywną. Kafeteria koniunktywna charakteryzuje się tym, że badany może wybrać kilka możliwych odpowiedzi<sup>14</sup>. W pytaniach, gdzie było więcej zaproponowanych odpowiedzi, autorzy wybrali kafeterię koniunktywną. Taki wybór spowodował, że o dziecku można było uzyskać więcej informacji. Pierwsza grupa pytań dotyczyła danych z okresu ciąży. Druga grupa pytań obejmowała poród i okres noworodkowy dziecka. Trzecia grupa pytań była poświęcona rozwojowi dziecka w okresie niemowlęcym, poniemowlęcym i przedszkolnym. Czwarta grupa pytań objęła przyczynowo-objawową ocenę zaburzeń artykulacji dziecka. Piąta grupa pytań dotyczyła społeczno-psychologicznej sytuacji dziecka. Ostatnia grupa pytań obejmowała zagadnienia z zakresu sytuacji kulturowo-językowej dziecka.

Następnym narzędziem badawczym były zestawy obrazkowe służące do przeprowadzenia badania słuchu fonematycznego I. Styczek<sup>15</sup>. Przeprowadzono badanie w zakresie opozycji spółgłoskowych, opozycji samogłoskowych oraz kinestezji artykulacyjnej.

U dziecka zbadano również wymowę. Wykorzystano kwestionariusz składający się z 108 słów. Kwestionariusz badania wymowy pochodzi z poradni psychologiczno-pedagogicznej w Tarnowie.

Przebadano także sprawność narządów mowy. Wykorzystano do tego kwestionariusz karty badania motoryki artykulacyjnej. Kwestionariusz ten też pochodzi z poradni psychologiczno-pedagogicznej w Tarnowie. Sprawdzenie artykulacji obejmowało próby języka i warg. W każdej próbie było do wykonania po 7 zadań.

13 Z. Tarkowski, *Test Sprawności Językowej. Instrukcja., Zasady oceny i przykłady odpowiedzi*, Wydawnictwo Fundacji „Orator”, Lublin 2001.

14 T. Bauman, T. Pilch, *Zasady badań pedagogicznych. Strategie ilościowe i jakościowe*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2010, s. 97.

15 I. Styczek, *Badanie i kształtowanie słuchu fonematycznego. Komentarz i tablice*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1982.

W badaniach wykorzystano także Kwestionariusz Testu Sprawności Językowej, który składa się z 7 podtestów.

Kolejne wykorzystane narzędzie to Kwestionariusz S. J. Robertson: profil dyzartrii. Formularz opisowy<sup>16</sup>. Kwestionariusz ten został opracowany przez A. Lewandowskiego i Z. Tarkowskiego. Kwestionariusz ten obejmuje 8 kategorii do zbadania. Przy każdej kategorii jest informacja opisowa.

Badania były prowadzone w dwóch miejscach. Diagnoza była przeprowadzona zarówno w szkole, jak i w domu dziecka. Dziewczynka uczęszczała do klasy integracyjnej. Terapia była prowadzona jedynie w domu rodzinnym dziecka. Zajęcia w domu odbywały się raz w tygodniu (długość poszczególnych zajęć: 180 minut).

#### 4. DIAGNOZA LOGOPEDYCZNA

Dokumenty dotyczące badanego dziecka można podzielić na dwa rodzaje. Pierwsza grupa to dokumenty medyczne, a druga obejmuje materiały związane z edukacją dziecka. Do medycznych dokumentów można zaliczyć kartę wypisu z Kliniki Audiologii i Foniatrii – Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu, orzeczenie o niepełnosprawności wydane przez Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności przy Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie. Do dokumentów związanych z edukacją zalicza się orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego, opinię logopedyczną oraz kartę okresowej wielospecjalistycznej oceny poziomu funkcjonowania ucznia.

Z karty wypisu z Kliniki Audiologii i Foniatrii – Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu można się dowiedzieć, że dziewczynka ma dyzartrię. U dziecka stwierdzono także chrypkę II stopnia oraz nosowanie I stopnia. Foniatra stwierdził obniżoną motorykę warg, języka i podniebienia. Lekarz określił, że mowa jest dyzartryczna, ale zrozumiała dla otoczenia. Konsultacja logopedyczna wykazała mały zasób słownictwa dziewczynki. Badana posługuje się zdaniem pojedynczymi. Zaburzone są głoski dentalizowane oraz głoska przedniojęzykowo-dziąsłowa „r”. W mowie potocznej można zaobserwować zniekształcenia, substytucje i elizje głosek. Dźwięczność mowy jest obniżona, tempo mowy przyspieszone. Zaburzona jest także prozodia mowy. Widoczne są problemy z pionizacją języka. Z konsultacji psychologicznej można się dowiedzieć, że badane dziecko ma niepełnosprawność intelektualną w stopniu lekkim.

Orzeczenie o niepełnosprawności określa u badanej dziewczynki niepełnosprawność o symbolu 10-N. Oznacza on niepełnosprawność, która wynika z chorób neurologicznych. Zdiagnozowana niepełnosprawność występuje od urodzenia. W orzeczeniu stwierdzono, że dziecko wymaga wsparcia w samodzielnym funkcjonowaniu.

16 A. Lewandowski, Z. Tarkowski, op. cit..

Dziewczynka musi także mieć stałą i długotrwałą opiekę. Badanej zalecono stosowanie specjalnych butów ortopedycznych (dziecko ma krótszą prawą nogę).

Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego zostało wydane z uwagi na sprzężoną niepełnosprawność dziecka. Dziewczynka posiada niepełnosprawność intelektualną w stopniu lekkim oraz niepełnosprawność ruchową. Badana w małym stopniu ma opanowane umiejętności programowe. Czyta techniką sylabowo-wyrazową. Dziecko nie zawsze rozumie treść przeczytanego tekstu. Występuje zaburzony grafizm pisma, problemy z zakresu matematyki.

Z opinii logopedycznej wynika, że uczennica chętnie mówi. Kontakt słowny wymaga od uczennicy dużego wysiłku. Często jest nierozumiana przez otoczenie. Brajuje regularności oddychania. Dziewczynka w dalszym ciągu ma problemy z pionizacją języka. Potrafi jedynie ruszać językiem w kierunku poziomym (przód-tył). Język jest sztywny podczas mówienia. Oprócz tego usta dziecka są ściśnięte i płaskie.

Karta wielospecjalistycznej oceny poziomu funkcjonowania ucznia przedstawia efekty pracy z dzieckiem. Logopeda zauważa, że nastąpiło znaczne zwiększenie zasobu słownictwa uczennicy.

Oprócz analizy uzyskanych dokumentów zostały wykonane badania. Wywiad biologiczno-środowiskowy do wykrywania wczesnych uwarunkowań rozwoju mowy był przeprowadzony w domu dziecka, bez udziału córki. W czasie ciąży matka zażywała leki. Było to żelazo, No-spa, Turinal, Fenoterol oraz Isoptin. Leki mogły mieć wpływ na późniejsze zdrowie dziecka. Matka w czasie ciąży miała niedokrwistość. Wynikało to z pewnością z niedoboru żelaza. Matka dziecka zażywała żelazo. Prawdopodobnie na skutek niedokrwistości pod koniec ciąży stwierdzono zatrucie ciążowe. Wody płodowe miały kolor zielony. Ciąża była zagrożona. Ostatni miesiąc ciąży kobieta spędziła w szpitalu. Najprawdopodobniej ciąża mnoga spowodowała niedotlenienie płodu. Dotyczy to szczególnie dziecka, które rodzi się drugie. Tak było w przypadku badanej dziewczynki. Badana ma siostrę bliźniaczkę, która jest zdrowa. Zdrowe dziecko urodziło się jako pierwsze. Dodatkowo płód badanej był nieprawidłowo położony. Nieprawidłowe położenie płodu jest dodatkowym zagrożeniem dla jego życia. Może wtedy dojść również do niedotlenienia<sup>17</sup>. Dziecko po urodzeniu zostało ocenione na 9 punktów w skali Apgar. Jeden punkt został odjęty za kolor skóry. Skóra była żółta. Waga urodzeniowa dziecka wynosiła 2050 g. Ze względu na to, że waga urodzeniowa dziecka była mniejsza niż 2500 g prawdopodobnie mogą występować u dziecka problemy z koncentracją uwagi, niższy iloraz inteligencji oraz zaburzenia rozwoju percepcji wzrokowej. Również niska waga urodzeniowa mogła spowodować opóźnienie w rozwoju mowy. Stwierdza się także, że u dzieci z niską wagą urodzeniową częściej może wystąpić mpdz oraz niepełnosprawność intelek-

17 W. Fedorowska, B. Wardowska, op. cit., s. 23-30.

tualna<sup>18</sup>. U dziecka stwierdzono żółtaczkę w czasie pierwszych 48 godzin życia. Żółtaczka ta mogła przyczynić się do mpdz oraz do zaburzeń intelektu<sup>19</sup>. Do powstania mpdz mogło przyczynić się również niedotlenienie dziecka<sup>20</sup>. Kiedy dziecko miało 2 lata straciło przytomność. U dziecka często występowały choroby górnych dróg oddechowych. Dziecko przeszło też ospę i płonicę. U dziewczynki nie stwierdzono niedosłuchu. Matka zauważyła, że u córki występują często zmienne nastroje. Objawia się to zmianami zachowania dziecka. Na przemian się śmieje, a potem płacze. Dziewczynka jest bardzo wrażliwa. Matka dziecka stwierdziła, że córka do 14 miesiąca życia rozwijała się prawidłowo. Dziewczynka nie raczkowała. Matka określiła, że dziecko na początku się „turlikało”. W 13 miesiącu życia zaczęła stawać na palcach. Prawa noga była wygięta. Od 3 roku życia dziewczynka była pacjentką Kliniki Ortopedii i Rehabilitacji w Zakopanem. Dziewczynka zażywa leki przepisane przez neurologa. Są to lekarstwa, które mają wyciszyć dziecko. Dziewczynka zażywa także lek „Letrox” na tarczycę. Dziecko było karmione z butelki do 2 roku życia. Potem jadło grysik. Długo śliniło się i miało często uchylone wargi. Bardzo długo dziecko jadło rozdrobnione pokarmy. Dziewczynka oddycha przez usta. Otwarte usta mogą wpływać na zaburzenie rozwoju artykulatorów. Oddychanie przez usta prowadzi także do obniżenia napięcia mięśni okołowargowych, płaskiego ułożenia języka na samym dnie jamy ustnej<sup>21</sup>. Dziecko podczas połykania śliny układa język między zębami. Można stwierdzić, że jest to przetrwały niemowlęcy typ połykania. U dziewczynki późno wyrzyły się zęby. U badanej stwierdzono także skoliozę. Dziewczynka w wieku 5 lat zaczęła uczęszczać do przedszkola.

Pytania do rozmowy z dzieckiem zostały opracowane samodzielnie. Dziecko nie umiało odpowiedzieć na wiele pytań. Niektóre z udzielonych odpowiedzi były niezgodne z rzeczywistością. Dziecko przyznało, że ma problemy w nauce. Jednocześnie poinformowało, że może liczyć na pomoc w tym względzie od mamy i siostry. Dziewczynka wolny czas poświęca na zabawę.

Oprócz wywiadu i rozmów wykonano obserwację dziecka. Pierwsza obserwacja została przeprowadzona w domu dziecka. Można było zauważyć, że dziewczynka jest uśmiechnięta i łatwo nawiązuje kontakt z otoczeniem. W ciągu terapii można było także zaobserwować, że dziewczynka jest bardzo wrażliwa.

Obserwacja dziecka w czasie przerwy międzylekcyjnej wykazała, że dziewczynka ma dobry kontakt z rówieśnikami. W czasie przerwy rozmawia z nimi, jest uśmiechnięta.

Podczas obserwacji zajęć logopedycznych można było zobaczyć, jak dziecko pracuje z logopedą. W czasie tych ćwiczeń można było zaobserwować, że dziecko ma proble-

18 Ibidem, s. 33.

19 Ibidem, s. 34.

20 Ibidem, s. 36.

21 Ibidem, s. 53-54.

my z nadmiernym ślinieniem się. Często zapomina o przełknięciu śliny. Dziewczynka mówi bardzo powoli. Uczennica ma problem z artykulacją samogłosek. Dziecko za mało otwiera usta w czasie ich wypowiedziania. Dziewczynka nie umiała odpowiedzieć na wiele pytań dotyczących czynności dnia codziennego. Jeżeli odpowiadała to pojedynczymi słowami. Aby dziecko odpowiedziało poprawnie, logopeda musiał zadawać pytania naprowadzające. Dziecko nie umie wytłumaczyć niektórych zjawisk werbalnie. Tłumaczy zjawiska poprzez pokazywanie. Podczas zajęć można było zaobserwować, że u dziecka nie występuje pionizacja języka. Dziewczynka nie potrafi także poruszać językiem w prawo ani w lewo.

Badanie słuchu fonematycznego wykazało następujące nieprawidłowości. W opozycjach spółgłoskowych wystąpiły dwa błędy. Dziewczynka miała problem ze słowami Basie-bazie oraz wazy-waży. Natomiast w opozycjach samogłoskowych i badaniu kinestezji artykulacyjnej nie było ani jednego błędu.

Przeprowadzono także badanie wymowy. Nieprawidłową artykulację zaobserwowano już na poziomie wymowy samogłosek. Dziewczynka zamiast samogłoski [i] wymawia [y], natomiast samogłoskę [y] zamienia na [u]. Trudności obserwuje się także w zakresie głosek dźwięcznych i bezdźwięcznych. Badana także zamiast głosek szumiących realizuje głoski syczące. Dziewczynka zamienia głoski szeregu ciszącego na głoski syczące. Dziecko nieprawidłowo realizuje głoskę przedniojęzykowo-dźwiękową [r] (zamiast tej głoski dziewczynka wymawia [l]). Badana realizuje zamiast głoski zwarto-szczelinowej [c] głoskę szczelinową [s].

Przy użyciu karty badania motoryki artykulacyjnej przebadano sprawność języka i warg. Sprawność języka i warg jest na podobnym poziomie. W próbie języka dziewczynka otrzymała 3 punkty na 7 możliwych. Dziewczynka nie umie kierować języka do brody, a potem do nosa, kierować języka do kącików ust, oblizywać wargi ruchem okrężnym oraz wypychać policzki językiem. Jeżeli chodzi o próbę warg, to dziewczynka otrzymała 3,25 punktów. Dziewczynka nie wykona w ogóle ćwiczeń nakładania górnej wargi na dolną oraz dolnej wargi na górną. W dużej części, ale nie do końca dziecko wykonało stulanie warg w dzióbek oraz rozciąganie go w „uśmiech”. Po 0,25 punktu na 1 możliwy otrzymało dziecko za wibrację warg oraz parskanie. Podsumowując, można stwierdzić, że badane dziecko ma obniżoną sprawność narządów artykulacyjnych.

Przeprowadzono również Test Sprawności Językowej Z. Tarkowskiego. Za Podtest I: Rozumienie bajki dziewczynka mogła uzyskać 20 punktów. Dziewczynka uzyskała 6 punktów. Podtest II: Słownik składał się z dwóch części. Pierwsza część polegała na pokazaniu dziecku 10 obrazków. Dziewczynka miała powiedzieć, co widzi na każdym z nich. W tej części dziecko uzyskało 10 punktów na 10 możliwych. Druga część były to zagadki. Dziewczynka zdobyła 6 punktów na 10 możliwych. W sumie w podteście II

uzyskała 16 punktów na 20 możliwych. W Podteście III: Poprawianie zdań można było uzyskać maksymalnie 10 punktów. Dziewczynka w tym podteście uzyskała 6 punktów. W Podteście IV: Fleksja można było uzyskać łącznie 36 punktów. Dziewczynka na 36 punktów otrzymała 29. Podtest V: Zadawanie pytań zawiera trzy ilustracje. Dziewczynka na 16 możliwych punktów uzyskała 0 punktów. Podtest VI: Prośby i rozkazy polegał na sformułowaniu prośby albo rozkazu. Za ten podtest można uzyskać maksymalnie 5 punktów, które uzyskała dziewczynka. Za Podtest VII: Opowiadanie bajki można uzyskać maksymalnie 18 punktów. Dziewczynka otrzymała 5 punktów.

Wykorzystano także Profil dyzartrii. Formularz opisowy S. J. Robertsona. W I próbie – oddychanie nie było złych wyników. Zdania były wykonane w normie lub na poziomie zadawalającym. Z informacji opisowej można się dowiedzieć, że oddychanie podczas mówienia jest spłycone, a badana mówi resztkami powietrza. II próba – fonacja wykazała, że długość zdań była zerowa, a wykonanie niskiego a diminuendo wyszło słabo. Z opisu można się dowiedzieć, że u dziecka występuje bezgłos, intonacja jest monotonna, a głos jest słaby i przerywany. III próba – muskulatura twarzy wyszła w dziewięciu zadaniach poniżej zadawalającego poziomu. Wysuwanie języka i unoszenie języka do górnych zębów u dziecka jest słabe. Natomiast przesuwanie żuchwy w prawo, w lewo oraz kierowanie języka w lewo, w prawo było zerowe. Również wypychanie językiem prawego i lewego policzka oraz oblizywanie warg czubkiem języka w ogóle nie zaistniało. Z informacji opisowej można dowiedzieć się dodatkowo, że język dziecka jest wiotki. Jego napięcie jest zmniejszone. IV próba – diodohokineza wykazała, że dziecko słabo powtarza w tempie szybkim sylaby ka-ta. Na poziomie zerowym dziewczynka wykonała ćwiczenie polegające na szybkim podnoszeniu i opadaniu języka, szybkich ruchach języka w bok oraz szybkim powtarzaniu p-t-k. Próba V – odruchy wykazała, że dziewczynka wykonuje zadania na poziomie zadawalającym, dobrym albo normalnym. Próba VI – artykulacja była bardzo zróżnicowana u dziewczynki. Powtarzanie spółgłosek w nagłosie i dokładne wymawianie samogłosek było w normie. Natomiast powtarzanie zbitki spółgłoskowych, wielosylabowych słów oraz zdań było słabe. Słowa do tej próby badający dobrał samodzielnie. Pierwsze ćwiczenie dotyczyło powtórzenia 22 słów, które rozpoczynały się od różnych spółgłosek. Były to następujące słowa: pasek, piłka, bułka, bilet, motyl, miecz, foka, filiżanka, wiewiórka, widelec, telewizor, dom, narty, serce, zegar, cebula, dzwon, łuk, lis, list, rak oraz szafa. Dziewczynka wszystkie słowa powiedziała poprawnie. Drugie ćwiczenie dotyczyło powtórzenia 20 słów, które zawierały zbitki spółgłoskowe. Dziecko miało powtórzyć następujące słowa: wstrząsający, rozstrzelany, bezwzględny, rozpierzchnięty, westchnąć, wewnątrzszpitalny, wstrząsliwość, rozłożyszona, jeszcze, gospodarstwie, szczeka, zastrzyk, skrzyżowanie, szczurek, szczupak, dżdżownica, przeciwmarszczkowa, uszczelniający, pszczoła oraz kleszcz. Dziecko popełniło 11 błędów na 20 słów. Trzecie ćwiczenie polegało na powtórzeniu 6 słów wielosylabowych. Były to następujące słowa: księżycowym, konwaliowym, skowroniątek, przecedzono, sprawdzono, wyznaczo-

nych. Dziecko popełniło 4 błędy na 6 słów. Czwarte zadanie dotyczyło powtórzenia 4 krótkich zdań. Dziecko powtórzyło w całości poprawnie tylko jedno zdanie. Próbę VII – zrozumiałość dziewczynka wykonała na średnim poziomie. Osoby obce słabo rozumieją to co czyta dziecko. Także w małym stopniu rozumiane są wypowiedzi dziewczynki przez osoby często przebywające z dzieckiem. Pozostałe podpunkty tej próby oceniono w stopniu zadawalającym. Ostatnia próba VIII – prozodia /tempo/ była bardzo zróżnicowana. Dziecko mówi w tempie normalnym. Nie występuje przyspieszenie mowy. Również w normie została oceniona intonacja. Badana w stopniu zadawalającym utrzymuje właściwe tempo mówienia oraz właściwy rytm wypowiedzi. Natomiast na poziomie zerowym występuje naśladowanie różnych sposobów akcentowania. Z informacji opisowej można się dowiedzieć dodatkowo, że dziecko ma zbyt wolne tempo mówienia oraz że rytm mowy jest skandowany.

## PODSUMOWANIE

W artykule zostały przedstawione wyniki badań dotyczące dziecka z mózgowym porażeniem dziecięcym oraz z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim. Badane dziecko w czasie prowadzonych badań miało 13 lat.

Dziewczynka ma mózgowe porażenie dziecięce – postać mieszaną. U badanej występuje dyzartria mieszana. Rozwój mowy dziecka nie jest prawidłowy. Występują problemy z artykulacją poszczególnych głosek. Widoczne jest to już na poziomie samogłosek. U dziecka występują deformacje, paralalie oraz mogilalie poszczególnych głosek. Wynika to z braku pionizacji języka, obniżonej sprawności warg, problemów z prawidłowym torem oddychania.

Podczas terapii powinno się usprawniać oddech dziecka. Polepszenie oddechu może nastąpić poprzez stosowanie ćwiczeń, które mają na celu przedłużenie fazy wydechu, ekonomiczne zużywanie powietrza czy dostosowywanie pauz do treści wypowiedzi. Podczas usprawniania oddechu należy dążyć także do równomierności siły wydechu, zwiększenia pojemności płuc oraz uświadomienia dziecku siły wydychanego powietrza. W trakcie zajęć nie można zapominać o usprawnianiu narządów artykulacyjnych. Ważne jest, aby ćwiczenia były różnorodne. Trzeba stosować je w zakresie usprawniania języka, warg, policzków i podniebienia miękkiego. Warto zastosować w trakcie terapii masaże logopedyczne. Terapia powinna obejmować także ćwiczenia głosowe i słuchowe. Dziewczynka może w różny sposób wypowiadać poszczególne głoski. Terapia musi obejmować też ćwiczenia w poprawnym wypowiedaniu poszczególnych głosek.

Działania na rzecz dziewczynki powinny opierać się nadal na współpracy domu i specjalistów. Tylko w takim przypadku terapia może odnieść możliwie najlepsze skutki dla badanej osoby.

## BIBLIOGRAFIA

1. Bauman T., Pilch T., *Zasady badań pedagogicznych. Strategie ilościowe i jakościowe*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2010.
2. Czochońska J., *Choroby układu nerwowego*, w: *Pediatrica*, red. K. Kubicka, PZWL, Warszawa 2006.
3. Fedorowska W., Wardowska B., *Wywiad biologiczno-środowiskowy do wykrywania wczesnych uwarunkowań rozwoju mowy*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego. Zakład Logopedii, Gdańsk 1992.
4. Jakubowska A., *Studium przypadku dziecka z dysartrią startą*, w: *Neurologopedyczne studia przypadków*, red. E. Stecko, Wydawnictwo Stecko, Warszawa 2010.
5. Jastrzębowska G., *Zaburzenia dysartryczne u dzieci*, w: *Logopedia. Pytania i odpowiedzi*, red. T. Gałkowski, G. Jastrzębowska, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole 2001.
6. Lewandowski A., Tarkowski Z., *Dyszartria, wybrane problemy etiologii, diagnozy i terapii*, Wydawnictwo ZSL, Warszawa 1989.
7. Loska M., *Uczniowie z mózgowym porażeniem dziecięcym. Osiągnięcia edukacyjne*, WSiP, Warszawa 2005.
8. Styczek I., *Badanie i kształtowanie słuchu fonematycznego. Komentarz i tablice*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1982.
9. Tarkowski Z., *Test Sprawności Językowej. Instrukcja, Zasady oceny i przykłady odpowiedzi*, Wydawnictwo Fundacji „Orator”, Lublin 2001.
10. Tłokiński W., *Zaburzenia mowy o typie dysartrii*, w: *Podstawy neurologopedii. Podręcznik akademicki*, red. T. Gałkowski, E. Szelaąg, G. Jastrzębowska, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole 2005.