

Marzenna Zaorska

Terapia logopedyczna dziecka z zaburzeniami neurologicznymi w szkole podstawowej ogólnodostępnej : wybrane problemy

Niepełnosprawność nr 14, 66-79

2014

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Marzenna Zaorska

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

Terapia logopedyczna dziecka z zaburzeniami neurologicznymi w szkole podstawowej ogólnodostępnej – wybrane problemy

Speech therapy of a child with neurological disorders attending to a public school – chosen issues

In Poland the speech therapy classes conducted in public primary schools have always had a small number of attending children with slight neurological disorders. Heavy articulation disorder and prolonging period of speech therapy were the primary characteristics of the discussed group of children. The current direction of education system that moves towards integrated and inclusive education brought on, besides the aforementioned one, a new group of children - with neurological disorders caused by cerebral palsy, fetal alcohol syndrome and genes. Because of that they require more attention, and special help, when it comes to speech therapy, as well as other forms of psycho-pedagogical help.

Słowa kluczowe: logopedia, wsparcie w logopedii, zajęcia logopedyczne, szkoła podstawowa, zaburzenia mowy, zaburzenia neurologiczne

Key words: speech therapy, speech therapy support, speech therapy classes, primary school, speech disorders, neurological disorders

Wprowadzenie

W 1999 roku, na mocy Ustawy o systemie oświaty, dokonano nie tylko reformy struktury kształcenia dzieci i młodzieży w Polsce, przez wprowadzenie 6-letniej szkoły podstawowej, 3-letniego gimnazjum, szkół ponadgimnazjalnych (np. 3-letniego liceum ogólnokształcącego), ale także diametralnie zmieniono podejście co do istoty, miejsca oraz praw przysługujących uczniom wykazującym różnorodne problemy rozwojowe w sferze funkcjonowania fizycznego, psychicznego i społecznego. Już na wstępie przywołanej wyżej Ustawy zostały podane zadania ogólne edukacji szkolnej: „Szkoła winna zapewnić 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” (Dz.U. 1991, nr 95 poz. 425).

Zadania ogólne uzyskały wymiar skonkretyzowany w art. 1. Podano w nim szczegółowe ukierunkowanie funkcjonowania systemu oświaty w kontekście praw, które powinien zapewniać oraz celów, które powinien osiągać. A więc zapewnia: 1) realizację prawa każdego obywatela Rzeczypospolitej Polskiej do kształcenia się oraz prawa dzieci i młodzieży do wychowania i opieki, odpowiednich do wieku i osiągniętego rozwoju; 2) wspomaganie przez szkołę wychowawczej roli rodziny; 3) możliwość zakładania i prowadzenia szkół i placówek przez różne podmioty; 4) dostosowanie treści, metod i organizacji nauczania do możliwości psychofizycznych uczniów, a także możliwość korzystania z pomocy psychologiczno-pedagogicznej i specjalnych form pracy dydaktycznej; 5) możliwość pobierania nauki we wszystkich typach szkół przez dzieci i młodzież niepełnosprawną oraz niedostosowaną społecznie, zgodnie z indywidualnymi potrzebami rozwojowymi i edukacyjnymi oraz predyspozycjami; 5a) opiekę nad uczniami niepełnosprawnymi przez umożliwianie realizowania zindywidualizowanego procesu kształcenia, form i programów nauczania oraz zajęć rewalidacyjnych; 6) opiekę nad uczniami szczególnie uzdolnionymi poprzez umożliwianie realizowania indywidualnych programów nauczania oraz ukończenia szkoły każdego typu w skróconym czasie; 7) upowszechnianie dostępu do szkół, których ukończenie umożliwia dalsze kształcenie w szkołach wyższych; 8) możliwość uzupełniania przez osoby dorosłe wykształcenia ogólnego, zdobywania lub zmiany kwalifikacji zawodowych i specjalistycznych; 9) zmniejszanie różnic w warunkach kształcenia, wychowania i opieki między poszczególnymi regionami kraju, a zwłaszcza ośrodkami wielkomiejskimi i wiejskimi; 10) utrzymywanie bezpiecznych i higienicznych warunków nauki, wychowania i opieki w szkołach i placówkach; 11) upowszechnianie wśród dzieci i młodzieży wiedzy o zasadach zrównoważonego rozwoju oraz kształtowanie postaw sprzyjających jego wdrażaniu w skali lokalnej, krajowej i globalnej; 12) opiekę uczniom pozostającym w trudnej sytuacji materialnej i życiowej, 13) dostosowywanie kierunków i treści kształcenia do wymogów rynku pracy; 13a) kształtowanie u uczniów postaw przedsiębiorczości sprzyjających aktywnemu uczestnictwu w życiu gospodarczym; 14) przygotowywanie uczniów do wyboru zawodu i kierunku kształcenia; 15) warunki do rozwoju zainteresowań i uzdolnień uczniów przez organizowanie zajęć pozalekcyjnych i pozaszkolnych oraz kształtowanie aktywności społecznej i umiejętności spędzania czasu wolnego; 16) upowszechnianie wśród dzieci i młodzieży wiedzy o bezpieczeństwie oraz kształtowanie właściwych postaw wobec zagrożeń i sytuacji nadzwyczajnych (Dz.U. 1991, nr 95 poz. 425).

W zasygnalizowanych wyżej zadaniach można zauważyć szczególne podejście do uczniów z różnego typu problemami rozwojowymi, także niepełnosprawnych i niedostosowanych społecznie. Pod adresem uczniów niepełnosprawnych postulowane jest szerokie otwarcie szkolnictwa powszechnego/ogólnodostępnego na możliwość kształcenia wspólnie z pełnosprawnymi rówieśnikami w postaci edukacji integracyjnej, a nawet tzw. edukacji włączającej – inkluzyjnej. Termin „edukacja inkluzyjna” lub zamiennie stosowany „edukacja włączająca”, zdaniem Grzegorza Szumskiego, jest rozumiany jako długotrwały proces dążący do rozszerzania możliwości adaptacyjnych szkół w kontekście dostosowywania warunków do potrzeb uczniów, niezależnie od tego, jak bardzo byłyby one zróżnicowane. Szkoła włączająca ma być odpowiedzialna za edukację uczniów z wszelakimi rodzajami niepełnosprawności, reprezentującymi różne środowiska społeczne. Celem, jaki przyświecał twórcom koncepcji było to, aby każde dziecko miało równy dostęp do edukacji i możliwość uczęszczania do szkoły najbliższej swojego miejsca zamieszkania. W odróżnieniu od pojęcia „integracja”, które w praktyce okazuje się często sposobem asymilowania uczniów do zastanej rzeczywistości (Szumski 2006, s. 71), koncepcja edukacji włączającej zakłada, że to nie uczeń ma być w procesie edukacji stroną, która ma się zmienić, aby sprostać zastanym wymaganiom, lecz szkoła, która powinna być na tyle elastyczna, by móc dostosować się do jego potrzeb związanych z niepełnosprawnością tak, by mógł w pełni wykorzystać swój potencjał i funkcjonować w swoim społecznym środowisku w sposób najbardziej dla niego optymalny (Nilsen 2010, s. 480).

Zarówno ustawodawcy, badacze problematyki edukacji integracyjnej i inkluzyjnej, jak i praktycy bezpośrednio związani z kształceniem uczniów z różnego typu zaburzeniami rozwojowymi w systemie szkolnictwa ogólnodostępnego doskonale rozumieją, że osiągnięcie zakładanych celów kształcenia jest niemożliwe lub poważnie ograniczone bez organizacji właściwej pomocy psychologiczno-pedagogicznej, zindywidualizowanej pod kątem potrzeb i możliwości takich uczniów.

Stąd, biorąc pod uwagę ukierunkowanie szkolnictwa ogólnodostępnego na uczniów z zaburzeniami rozwojowymi, w tym niepełnosprawnych, Ministerstwo Edukacji Narodowej opracowało akty prawne regulujące działania szkoły w obszarze wspomagania ucznia ze szczególnymi potrzebami edukacyjnymi w obszarze kształcenia i specjalistycznej pomocy, którą może i powinien uzyskać na terenie szkoły. Wśród sugerowanych unormowań znajdują się zasadniczo dwa. Pierwsze to Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 17 listopada 2010 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych oraz niedostosowanych społecznie w przedszkolach, szkołach i oddziałach ogólnodostępnych lub integracyjnych (Dz. U. 2010, nr 228 poz. 1490), drugie: Rozporządzenie Ministra Edukacji Naro-

dowej z dnia 30 kwietnia 2013 r. w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz. U. 2013 nr 0, poz. 532), które zmieniło poprzednie rozporządzenie dotyczące organizacji i realizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej: Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 17 listopada 2010 r. w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz.U. 2010 nr 228).

W każdym z tych dokumentów, a szczególnie w rozporządzeniach na temat pomocy psychologiczno-pedagogicznej znajdują się zapisy odniesione do kwestii pomocy logopedycznej, jako elementu szeroko ujętej pomocy psychologiczno-pedagogicznej. I tak, zajęcia logopedyczne, jako jedna z możliwych form zajęć specjalistycznych, organizowane są dla uczniów z zaburzeniami mowy, które powodują zaburzenia komunikacji językowej oraz utrudniają naukę. Liczba uczestników zajęć wynosi do 4. Powinny trwać 60 min., aczkolwiek w uzasadnionych przypadkach dopuszcza się prowadzenie zajęć specjalistycznych w czasie krótszym niż 60 min., z zachowaniem ustalonego dla ucznia łącznego tygodniowego czasu tych zajęć.

Do zdań logopedy, zgodnie z zapisami rozporządzenia z roku 2013 oraz treścią § 24 należy: 1) diagnozowanie logopedyczne, w tym prowadzenie badań przesiewowych w celu ustalenia stanu mowy uczniów; 2) prowadzenie zajęć logopedycznych oraz porad i konsultacji dla uczniów i rodziców w zakresie stymulacji rozwoju mowy uczniów i eliminowania jej zaburzeń; 3) podejmowanie działań profilaktycznych zapobiegających powstawaniu zaburzeń komunikacji językowej we współpracy z rodzicami uczniów; 4) wspieranie nauczycieli, wychowawców grup wychowawczych i innych specjalistów w udzielaniu pomocy psychologiczno-pedagogicznej.

Powyższe analizy jednoznacznie sugerują, iż z uwagi na ukierunkowanie oraz istotę zadań stawianych przed systemem kształcenia w Polsce oraz jego różnorodnymi elementami, z obszarem pomocy psychologiczno-pedagogicznej włącznie, uczniowie z zaburzeniami rozwojowymi, w tym problemami w zakresie komunikacji, powinni być objęci specjalistyczną pomocą i uzyskiwać wymagane wsparcie adekwatnie do indywidualnych potrzeb i możliwości. Sugerują także, że szczególną pomocą powinni być objęci uczniowie doświadczający trudności w sferze funkcjonowania fizycznego i psychospołecznego na tle niepełnosprawności lub innych czynników je wywołujących, także natury neurologicznej, jak i o charakterze negatywnego wpływu środowiska wychowawczego na rozwój dziecka.

Dziecko z zaburzeniami neurologicznymi w szkolnictwie podstawowym ogólnodostępnym w retrospektywie oraz w kontekście terapii logopedycznej

Bazując na doświadczeniach własnych, związanych ponad 20-letnim stażem pracy na stanowisku logopedy w szkole podstawowej ogólnodostępnej, analizie dokumentacji logopedycznej z lat 2008-2012 (wyniki diagnozy logopedycznej, sprawozdania z pracy logopedy w każdym semestrze roku szkolnego: 2008/2009, 2009/2010, 2010/2011, 2011/2012, wywiad swobodny z logopedą pracującym w klasach I–VI) oraz z jednoczesnym uwzględnieniem czasookresu przed realizacją koncepcji edukacji inkluzyjnej, dającej dzieciom z poważniejszymi zaburzeniami rozwojowymi, w tym z różnego typu niepełnosprawnością, możliwość kształcenia w szkolnictwie masowym należy stwierdzić, że skala rozpowszechnienia problemów neurologicznych, tzn. problemów związanych z nieprawidłowym funkcjonowaniem układu nerwowego i objawami danych nieprawidłowości (np. w postaci niedowładów) u dzieci trafiających na terapię logopedyczną nie była w podanych wyżej latach szczególnie wysoka. Ponadto dylemat zaburzeń neurologicznych u dzieci edukujących się w omawianym systemie edukacji i jednocześnie objętych wspomaganiami logopedycznymi, oprócz korelatu ilościowego, posiadał również określoną specyfikę wyrażoną zasadniczo w konkretnych problemach natury neurologicznej, obserwowanych jako najczęściej obecne.

Odnosząc się do kwestii ilościowych należy zauważyć, iż w przesiewowych badaniach logopedycznych, realizowanych na początku każdego roku szkolnego, dla przykładu w oddziałach przedszkolnych, stwierdzało się podejrzenie niewielkich uszkodzeń neurologicznych, np. o charakterze dyzartrycznym u 3–4 dzieci na 29–30 (100%) dzieci włączonych do terapii logopedycznej, tj. u 10–13% w relacji do ogółu grupy dzieci realizujących dany typ terapii. Natomiast odnosząc niniejsze wskaźniki do ogółu dzieci w grupach przedszkolnych – 54–55 osób – wynoszą one od 5 do 7%. Zupełnie odmiennie przedstawiała się kwestia indywidualnych konsekwencji omawianych problemów oraz ich przeniesienia na efektywność terapii logopedycznej. Dodatkowe dylematy dotyczą zagadnienia diagnozy.

Do chwili obecnej nie dopracowano się skonkretyzowanej definicji dyzartrii, stąd w wielu z nich zwraca się uwagę na perspektywę etiologiczną, podkreślając fakt obecności uszkodzenia ośrodków korowych lub podkorowych oraz i/lub dróg nerwowych istotnych dla impulsów związanych z procesem mówienia (Gałkowski, Kiwerski 1986; Jakimowicz 1987). Konstatuje się też obecność uszkodzeń różnych nerwów związanych z aktem mowy, między innymi, np. nerwu trójdzielnego i podjęzykowego, hiper- lub hipotonii, możliwość obecności nie tylko problemów artykulacyjnych, ale też z oddychaniem, fonacją i prozodią

(Lewandowski, Tarkowski 1989). Inne ujęcia dyzartrii wskazują zarówno na konsekwencje, jak i etiologię: to zaburzenie artykulacji spowodowane zaburzeniem lub uszkodzeniem unerwienia narządów mownych (Wołkowa, Szachowska 1989, s. 156; Seliwiorstow 1997, s. 130).

Jeśli chodzi o analizowaną grupę dzieci, tzn. dzieci, u których mamy do czynienia z licznymi problemami w realizacji głosek, niewielkimi, trudno zauważalnymi problemami natury neurologicznej, jak również dynamiką przebiegu procesu terapii logopedycznej, to zasadniczo chodzi o dzieci, które w literaturze specjalistycznej, szczególnie rosyjskiej i amerykańskiej, opisywane są jako dzieci z tzw. dyzartrią „zamazaną” w stopniu lekkim, gdzie cechą charakterystyczną są przede wszystkim trudności w prawidłowej artykulacji dźwięków mowy (Sobotowicz, Czernopolska 1997, s. 208–213; Martynowa 1997, s. 214–218).

W obszarze diagnostycznym w omawianej grupie dzieci obecne były liczne problemy i wątpliwości dotyczące zarówno trafności – prawdziwości diagnozy, jak i identyfikacji nieznacznych zaburzeń neurologicznych, mikro-niedowładów narządów artykulacyjnych, np. języka. Stąd na ogół diagnozowało się u takich dzieci opóźniony rozwój mowy lub częściej dyslalię złożoną, gdzie obecna była nieprawidłowa realizacja wielu głosek, szczególnie z szeregów: sz-ż-cz-dź, ś-ź-ć-dź, s-z-c-dz, głoski [r], głoski [k-g]. Ponadto, mając na uwadze seplenienia, to ich rodzaj zależał zasadniczo od lokalizacji mikro-niedowładów (np. umiejscowiony w czubku języka doprowadzał przeważnie do seplenienia międzyzębowego). Aczkolwiek jeszcze raz należy podkreślić, że analizowany fakt był (i jest do chwili obecnej) bardzo trudny do zaobserwowania w realizowanych działaniach diagnostycznych na terenie szkoły ogólnodostępnej.

W obszarze efektywności terapii logopedycznej omawiane przypadki dzieci nie tylko wykazywały wyniki wysoce nieadekwatne i niekorespondujące z założonymi oczekiwaniami, ale także z czasem poświęconym na terapię logopedyczną i wysiłkiem włożonym w proces terapeutyczny ze strony dziecka, logopedy, rodziny. Na ogół dzieci kontynuowały udział w zajęciach logopedycznych, jeśli nie przez cały okres kształcenia w szkole podstawowej, to przez kilka - od 3 do 4 lat - nauki szkolnej.

Inną kwestią był (i jest) problem indywidualnych i indywidualnie doświadczanych jak również indywidualnie percypowanych konsekwencji posiadanych problemów logopedycznych w przeniesieniu na uzyskiwane sukcesy edukacyjne oraz możliwe problemy z nauką, na oceny szkolne, relacje z rówieśnikami, nauczycielami, wykazywane cechy osobowe. U wielu dzieci pojawiał się efekt, który można określić jako efekt „zamkniętego koła”, w którym, na tle trudności w komunikacji oraz ich egzemplifikacji w postaci trudności z nauką, gorszych ocen, problemów z rówieśnikami, którzy naznaczali dzieci i ich możliwości biorąc pod uwagę nieprawidłową mowę, problemów z nauczycielami, postrzegającymi ucz-

nia jako mniej zdolnego i mniej mogącego, tworzyły się, a kolejno utrwały cechy osobowe autonaznaczania/autostygmatyzacji w postaci niskiej samooceny, niekomunikatywności, przekonania o odrzuceniu przez grupę, a nawet wyalienowaniu. Tego typu nastawienie wobec siebie (auto percepcja, autoocena/samoocena) rzutowało na przebieg dalszej edukacji, dokonywane wybory życiowe, zawodowe, aktywność społeczną, kulturalną, sportowo-rekreacyjną.

W badaniu problematyki rozpowszechnienia problemów neurologicznych wśród dzieci zakwalifikowanych do terapii logopedycznej nie analizowano przypadków dzieci jękających się z dwóch zasadniczych powodów. Pierwszy wynika z istoty i zróżnicowania jękania w perspektywie etiologicznej. Inaczej mówiąc, nie wszystkie przypadki jękania należy łączyć z zagadnieniem nieprawidłowości neurologicznych, są bowiem i takie, gdzie mamy do czynienia z uwarunkowaniami środowiskowymi. Po drugie kwestie jękania wśród uczniów szkół ogólnodostępnych były szczegółowo omówione w wystąpieniu autorki danego tekstu na konferencji na temat: „Zmienić jakość życia – społeczne korzyści z terapii jękania”, zorganizowanej przez Polski Związek Logopedów i Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu (Toruń, 19.10.2013 r.) oraz w artykule przekazanym do opublikowania pt. *Terapia logopedyczna ucznia jękającego się w szkole podstawowej ogólnodostępnej – możliwości i ograniczenia*.

Skala i istota problemów neurologicznych u dzieci objętych terapią logopedyczną w szkole podstawowej ogólnodostępnej w kontekście ukierunkowania na edukację inkluzyjną

Aktualnie, mając na uwadze bieżący i miniony rok szkolny, jak również praktyczne wymiary realizacji idei edukacji inkluzyjnej, można pokusić się o zasygnalizowanie pewnych pojawiających się nowych zjawisk i nowych tendencji w kwestii obecności zaburzeń neurologicznych u dzieci kwalifikowanych do pomocy logopedycznej. Przede wszystkim w relacji do uczniów z oddziałów przedszkolnych należy wskazać, poza przypadkami omówionymi powyżej, obecność dzieci: a) ze schorzeniami uwarunkowanymi genetycznie (np. nerwiakowłókniakowatość typu 1 i 2); b) z mózgowym porażeniem dziecięcym (MPD); c) z płodowym zespołem alkoholowym.

Nerwiakowłókniakowatość typu 1 (NF-1) jest schorzeniem dziedzicznym autosomalnie dominująco. Dawniej nazywane było chorobą von Recklinghausen. Charakteryzuje się triadą objawów: obecnością licznych nerwiakowłókników – guzków podskórnych zbudowanych z elementów nerwów obwodowych oraz fibroblastów, plamami na skórze o wyglądzie „kawy z mlekiem” oraz zmia-

nami barwnikowymi tęczęwki - guzki Lischa; niekiedy nerwiakowłókniaki mogą być obecne w innych lokalizacjach, np. narządach wewnętrznych. Nerwiakowłókniakowatość typu 2 (NF-2) dawniej nazywana była obustronną neurofibromatozą nerwu słuchowego lub typu centralnego. Objawy: „plamy kawowe”, nerwiaki nerwów słuchowych, oponiaki (Michałowicz, Ślęzak 2005).

Dzieci z tego typu schorzeniem, poza możliwymi problemami natury intelektualnej, wykazują również problemy z zachowaniem. Są nadpobudliwe psychoruchowo, łatwo popadają w konflikty w rówieśnikami, często nie słuchają poleceń nauczyciela lub je negują, są chaotyczne w realizowanych działaniach. Z trudem doprowadzają podjętą czynność do końca, szybko się zniechęcają i dekoncentrują. Bywają bezkrytyczne wobec siebie i swojego zachowania. Wykazują również problemy logopedyczne w postaci paratocyzm, parasygmatyzmu, mowy bezdźwięcznej (szczególnie obecne są zamiany b na p, bi na pi, g na k), kapacyzmu. Stwierdza się też opóźniony rozwój mowy lub oligofazję. Stąd potrzebują nie tylko działań o charakterze *stricte* logopedycznym, ale także socjo- i psychoterapeutycznych, zajęć korekcyjno-kompensacyjnych. W czasie terapii logopedycznej, ze względu na cechy zachowania, wymagają wielu atrakcyjnych, przykuwających uwagę ćwiczeń, ale też motywowania do ich poprawnej realizacji oraz do doprowadzenia proponowanego ćwiczenia do końca. Ponadto, w kontekście efektywności zajęć logopedycznych, uwzględnienia koniczności ich planowania na dłuższy okres, na kolejne lata edukacji szkolnej. Obserwuje się bowiem powolny, rozłożony w czasie i momentami niezadowolający, w porównaniu z istniejącymi staraniami ze strony logopedy i rodziny, postęp w kwestii poprawy u dziecka umiejętności związanych z mową artykułowaną.

Coraz częściej na zajęcia logopedyczne w szkole ogólnodostępnej, w tym już na etapie edukacji w tzw. oddziałach przedszkolnych, trafiają dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym (MPD). Zasadniczo, dzięki wczesnej diagnostyce i wczesnej rehabilitacji MPD, są to dzieci stosunkowo wysoko funkcjonujące i dość dobrze zrehabilitowane, jak na posiadane trudności ruchowe i neurologiczne. Wśród dzieci z MPD znajdują się też dzieci wywodzące ze środowisk mniejszości narodowych, np. dzieci romskie. Jeśli są to dzieci 5-6-letnie, to ponadto korzystają z obowiązujących w naszym kraju przepisów podanych w Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 3 lutego 2009 r. w sprawie organizowania wczesnego wspomaganie rozwoju dzieci (Dz.U. 2009 Nr 23, poz. 133). Mają więc zapewnioną dodatkową pomoc psychologiczno-pedagogiczną, także w formie terapii logopedycznej, realizowaną na terenie szkoły ogólnodostępnej. Poza tym są to dzieci, które korzystały już, na ogół w ramach usług specjalistycznych oferowanych w strukturach opieki zdrowotnej, z różnych form wspomaganie rozwoju, także z opieki logopedycznej. Część z nich jeśli mieszka w dużych miastach oraz z powodu wielu lat pracy specjalistycznej, również logopedycznej, w szkole pod-

stawowej szczególnej pomocy logopedycznej tak naprawdę już nie potrzebuje. Prezentują bowiem poziom funkcjonowania komunikacyjnego porównywalny z pełnosprawnymi rówieśnikami. Jednakże ze względu na posiadanie orzeczenia o potrzebie wczesnego wspomaganie i fakt stereotypowego podejścia do kwestii możliwych form zajęć specjalistycznych realizowanych w ramach wczesnej rehabilitacji, polegającego na zaleceniu zajęć najbardziej tradycyjnych, bez zastanowienia czy są one potrzebne, czy nie, posiada wpis o konieczności realizacji terapii logopedycznej. U analizowanych dzieci, jako konsekwencja udziału od najwcześniejszego chwil życia w różnych formach specjalistycznego wspomaganie rozwoju, koncentracji specjalistów i rodziny na dziecku i nierzadko nadopiekuńczych postaw, pojawiają się problemy natury socjalizacyjnej i psychologicznej. Zasadniczo chodzi o to, że wiele prezentuje zachowania i postawy egocentryczne, trudności w nawiązywaniu relacji z rówieśnikami, narzuca im swoje propozycje i oczekiwania, pragnie dominować i dyscyplinować rówieśników pod kątem własnych potrzeb, ma trudności z respektowaniem zasad postępowania, obowiązujących wśród rówieśników, w podporządkowywaniu się normom grupowym, a także poleceniom dorosłych. Stąd zasadniczo dzieci takie w większym stopniu potrzebują nie tyle pomocy logopedycznej, ile socjo- oraz psychoterapeutycznej, jak również zajęć stymulujących ich rozwój ogólny, tj. zajęć określanych jako ogólnorozwojowe.

Inną kwestią, z zauważalną tendencją wzrostową, jeśli chodzi o specyfikę dzieci trafiających na terapię logopedyczną w szkołach podstawowych ogólnodostępnych z ewentualnymi problemami natury neurologicznej oraz ze szczególnym uwzględnieniem dzieci edukujących się w oddziałach przedszkolnych, są dzieci z Płodowym Zespołem Alkoholowym (FAS). Należy też dodać, że mogą to być dzieci pochodzące z ciąży bliźniaczych, a nawet więcej dzieci.

„Płodowy Zespół Alkoholowy (FAS – Fetal Alcohol Syndrome) to jednostka chorobowa obejmująca nieprawidłowości neurobehawioralne oraz zmiany w budowie ciała i organach wewnętrznych” (Hryniewicz 2007, s. 8). Dotyczy dzieci matek, które spożywały alkohol podczas ciąży. W klasyfikacji ICD-10 określony jest jako „zespoły wrodzonych wad rozwojowych spowodowane znanymi czynnikami zewnętrznymi” (Pużyński, Wciórka 2009, Q86).

Termin FAS nie obejmuje całego spektrum zaburzeń, które mogą wystąpić u dzieci wystawionych podczas ciąży na działanie alkoholu. W 2004 roku National Organisation of Fetal Alcohol Syndrome (NOFAS) stworzyła definicję dotyczącą FASD – Fetal Alcohol Spectrum Disorder, czyli płodowego spektrum zaburzeń alkoholowych. Jest to ogólny termin opisujący różnorodność skutków rozwojowych, występujących u potomstwa matek, które piły alkohol podczas ciąży. Obejmują one zaburzenia rozwoju fizycznego, psychicznego, zachowania, uczenia się, które mogą utrzymywać się przez całe życie (cyt. za: www.nofas.org).

FASD diagnozuje się w oparciu o dwa główne medyczne kryteria diagnostyczne. Są to Kryteria Diagnostyczne wg Hoyme'a (2005) i Czterostopniowa Skala Diagnostyczna (2006), (Astley 2006, s. 1532–1534). Kryteria Diagnostyczne według Hoyme'a podają następujące cechy tego zespołu: 1) prenatalne i/lub postnatalne opóźnienie wzrostu – wzrost i/lub waga mniejsza niż typowa; opóźnienie wzrostu – wzrost i/lub waga w granicach 10 percentyla w odniesieniu do populacji; 2) charakterystyczne rysy twarzy (przynajmniej 2 spośród 3): krótkie szczeliny powiekowe, wąska górna warga, wygładzona rynienka nosowa; 3) uszkodzenia mózgu (co najmniej 1 z cech): uszkodzenia struktury mózgu, zmniejszony obwód głowy; 4) uszkodzenia Centralnego Układu Nerwowego (co najmniej 2 cechy): uszkodzenia struktury mózgu, mikrocefalia; 5) zaburzenia neurologiczne: zaburzenia napadowe, trwałe uszkodzenia mózgu (np. porażenie mózgowe); 6) neuro-behawioralne zaburzenia funkcji mózgu (przynajmniej 3 z podanych cech): funkcje wykonawcze, pamięć, funkcje poznawcze, mowa, inne. Wymagane są: potwierdzone regularne lub epizodyczne spożycie alkoholu przez matkę w okresie ciąży; udokumentowana ekspozycja na alkohol w okresie ciąży. Uszkodzenia wywołane alkoholem są kwestią indywidualną, dlatego nie określa się dawki i stylu picia. W przypadku braku potwierdzenia spożycia alkoholu przez matkę należy spełniać kryterium pierwsze i drugie (Astley 2006, s. 1534–1538).

Pochodnymi Płodowego Zespołu Alkoholowego są FAE, ARND oraz ARBD. FAE – Fetal Alcohol Effect, czyli poalkoholowy efekt płodowy, obejmujący takie same zaburzenia co FAS lecz o mniejszym natężeniu (Sawaściuk 2007, s. 65).

Jak podkreśla K. Liszcz, w 1996 roku wprowadzono trzy nowe terminy: pFAS – częściowy alkoholowy zespół płodowy – dziecko z tego rodzaju zaburzeniem przejawia część fizycznych objawów oraz znamionujące, uszkodzeniem centralnego układu nerwowego, problemy z nauką i zachowaniem; ARND – poalkoholowe zaburzenia układu nerwowego, w którym występują symptomy związane ze sferą umysłową i społeczną, brak natomiast objawów fizycznych (Liszcz 2010, s. 21).

ARND może objawiać się „problemami z nauką, pamięcią, zaburzoną koncentracją uwagi, niską kontrolą impulsów i społecznie nieakceptowanymi zachowaniami” (Liszcz 2010, s. 21); ARBD, to znaczy poalkoholowy defekt urodzeniowy, nazywany również zespołem wad wrodzonych zależnych od alkoholu (Thackray, Tiffit 2001, s. 80), charakteryzujący się brakiem typowych rysów twarzy, w którym występują nieprawidłowości ze strony układów krwionośnego i szkieletowego oraz zaburzenia wzroku i słuchu spowodowane prenatalną ekspozycją płodu na alkohol (Komorowska 2007, s. 6). We wszystkich, omówionych powyżej przypadkach ważnym jest potwierdzenie faktu spożycia alkoholu przez matkę.

Szczególnie szkodliwy wpływ alkohol wywiera na ośrodkowy układ nerwowy, co wiąże się z licznymi zaburzeniami w rozwoju ważnych układów odpowiedzialnych za prawidłowe funkcjonowanie organizmu. „Uszkodzenia mózgu

wywołane przez alkohol można klasyfikować jako strukturalne – dotyczące tkanki nerwowej i jej nieprawidłowego rozwoju oraz funkcjonalne, czyli zaburzenia procesów poznawczych i emocjonalnych” (Komorowska 2007, s. 6). Uszkodzenia funkcjonalne są konsekwencją zmian w strukturze mózgu i mogą prowadzić do trudności z: „rozumieniem pojęć abstrakcyjnych (czas, pieniądz); myśleniem przyczynowo-skutkowym i uczeniem się na błędach, impulsywność, nadaktywność, deficyty pamięciowe, niedojrzałe zachowanie” (Komorowska 2007, s. 6).

Alkohol, obok środków odurzających, narkotyków, antybiotyków, jako substancja toksyczna jest czynnikiem teratogennym, czyli takim, który „może być przyczyną wad wrodzonych embriona i płodu” (Vasta, Haith 1995, s. 144). Swym działaniem prowadzi do „wymierania komórek nerwowych i glejowych. Ma wpływ na zakłócenia w przemieszczaniu się neuronów, jak również deformuje kolce dendryczne. Utrudnia także powstawanie połączeń synaptycznych lub tworzy nieprawidłowe połączenia” (Komorowska 2007, s. 6).

U dzieci z FAS zauważa się zaburzenia i ubytki niektórych obszarów mózgu (Komorowska 2007, s. 6): płaty czołowe odpowiedzialne między innymi za planowanie, ocenę sytuacji i przewidywanie konsekwencji działań, analizę i kontrolę stanów emocjonalnych, wolę działania i podejmowanie decyzji (www.is.umk.pl/~duch/Wyklady/kog-m/04-p.htm, dostęp: 02.01.2011), mózdzek – umożliwiający poruszanie się, utrzymanie postawy wyprostnej i wykonywanie płynnych ruchów kończyn (Traczyk 1989, s. 151), ciało modzelowate – pełniące funkcję transmitera informacji między półkulami mózgu, hipokamp – odpowiedzialny za powstawanie wspomnień i zapamiętywanie informacji (Komorowska 2007, s. 7), ciało migdałowate, w którym powstają i są regulowane emocje (Komorowska 2007, s. 7).

Z powyższymi ubytkami wiążą się liczne trudności rozwojowe, które objawiają się już od pierwszych dni życia dziecka. W wieku przedszkolnym zaczyna pojawiać się nasilenie objawów związanych z uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego. Zauważyć wtedy można: „zaburzenia w rozwoju języka - opóźnienie w rozwoju mowy, wady wymowy, ubogie słownictwo, nadpobudliwość, nadwrażliwość lub/i niedowrażliwość sensoryczną, zaburzenia łaknienia, kłopoty z tolerancją pokarmów, zaburzenia wzrostu i masy ciała” (Klecka 2009).

Dzieci w wieku przedszkolnym są najczęściej przyjacielskie, serdeczne i chętnie wchodzi w kontakty społeczne. Ich funkcje poznawcze, rozwój ogólny (Jadczak-Szumiło 2008) są na niskim poziomie. Jak podaje M. Klecka, „w tym okresie uwidaczniają się zaburzenia w sferze poznawczej. Dzieci te cechuje deficyt uwagi, trudności z organizacją działań, znaczne problemy z pamięcią oraz uczeniem się, szczególnie matematyki, co może być spowodowane trudnościami z myśleniem abstrakcyjnym i przyczynowo-skutkowym” (Klecka, Janas-Kozik 2009, s. 11). Często występuje również jąkanie, mowa niewyraźna, belkotliwa” (Klecka, Janas-Kozik 2009, s. 11). Cechuje je także labilność emocjonalna – szybko dener-

wują się i równie szybko ulegają zmianom nastroju. W tym wieku „dzieci z FAS nie odczuwają niebezpieczeństwa” (Klecka 2009). „Zdarza się, że nie potrafią odróżnić przyjaciela od wroga, co jest konsekwencją zaburzeń przywiązania. Dzieci te mają też problemy z motoryką dużą (m.in. kłopoty z wchodzeniem po schodach, bieganiem, skakaniem), co jest skutkiem uszkodzeń w obrębie mózdzka” (Klecka, 2009).

Jeśli chodzi o kwestie mowy, to w przypadku dzieci z FAS trafiających na terapię logopedyczną w szkole podstawowej ogólnodostępnej stwierdza się opóźniony rozwój mowy, podejrzenie jąkania; mowę bełkotliwą, niezrozumiałą, parasygmatyzm, paratotacyzm, mowę bezdźwięczną. W szkole dzieci mają trudności w nawiązywaniu relacji komunikacyjnych z rówieśnikami i osobami dorosłymi. Czasami są zaleźnione, bojaźliwe, skryte, emocjonalnie zahamowane, nawet infantylne, z problemami w skupianiu uwagi, szybką dekoncentracją. Ponadto zauważalne są reakcje mimiczne nieadekwatne rzeczywistemu stanowi emocjonalnemu. Inaczej mówiąc mimika twarzy nie wyraża faktycznego stanu emocjonalnego dziecka, także z powodu możliwych grymasów twarzy. Na ogół są to dzieci grzeczne, słuchające poleceń i stereotypowo, automatycznie wręcz, tym poleceniom podporządkowujące się.

Aktualnie trudno jest wskazać, ze względu na brak doświadczeń własnych, hipotetycznie możliwy przebieg terapii logopedycznej dziecka z zespołem FAS w szkole ogólnodostępnej w korelacie czasu jej trwania jak i uzyskiwanej efektywności. Pewnym natomiast jest, że poza wsparciem logopedycznym, potrzebują pomocy psycho-, socjoterapeutycznej, zajęć ogólnorozwojowych, korekcyjno-kompensacyjnych, korekcyjnych, a w wielu przypadkach także aktywnej współpracy pedagoga szkolnego z pomocą społeczną w celu zapewnienia podstawowych potrzeb biologicznych dziecka, mając na względzie jego trudną sytuację w rodzinie z problemem alkoholowym.

Podsumowanie

Konkludując kwestię problemów neurologicznych, istniejących u dzieci edukujących się w systemie szkolnictwa ogólnodostępnego (masowego), ze szczególnym uwzględnieniem uczniów z oddziałów przedszkolnych i jednocześnie kwalifikowanych do terapii logopedycznej należy zauważyć, że:

- 1) nie wykazują one jakichś wysokich wskaźników ilościowych czy odsetkowych. Ponadto są trudne do zdiagnozowania, bowiem cechują się niewielkimi nieprawidłowościami w postaci mikro-uszkodzeń zlokalizowanych w narządach artykulacyjnych, z możliwą obecnością nieznaczących niedowładów i hiper- lub hipotonii. Egzemplifikacją wskazanych problemów są trudności

- w komunikacji językowej w postaci opóźnionego rozwoju mowy, sygmatyzmu i parasygmatyzmu, rotacyzmu oraz pararotacyzmu, mowy bezdźwięcznej i indywidualnie zarysowane problemy w funkcjonowaniu psychospołecznym czy psycho-emocjonalnym. Na ogół dzieci takie wykazują nieporównywalnie niską efektywność w uzyskiwaniu zakładanych celów terapii oraz w ich przełożeniu na kwestię czasochłonności i wysiłku wkładanego ze strony dziecka, logopedy i rodziny;
- 2) obserwacja składu osobowego dzieci aktualnie kwalifikowanych do pomocy logopedycznej, z uwzględnieniem tendencji i ukierunkowania współczesnych szkół masowych na edukację integracyjną czy nawet inkluzyjną, pozwala zasygnalizować zagadnienia nowe, charakteryzujące się obecnością dzieci z zespołami uwarunkowanymi genetycznie, zespołem FAS, mózgowym porażeniem dziecięcym;
 - 3) zmiana składu osobowego dzieci włączanych do terapii logopedycznej stawia przed szkołą oraz logopedą szkolnym nowe zadania, zasadniczo dotyczące przygotowania takiej strategii postępowania logopedycznego, która byłaby maksymalnie dostosowana do sytuacji rozwojowej dziecka oraz jego indywidualnych potrzeb i faktycznych możliwości.

Bibliografia

- Astley S.J. (2006), *Comparison of the 4-Digit Diagnostic Code and the Hoyme Diagnostic Guidelines for Fetal Alcohol Spectrum Disorders*, „Pediatrics”, vol. 118, nr 4, październik
- Gałkowski T., Kiwerski J. (red.) (1986), *Encyklopedyczny słownik rehabilitacji*, Warszawa
- Hryniewicz D. (2007), *Specyfika pomocy psychologiczno-pedagogicznej dzieciom z FAS*, Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA, Warszawa
- Jadczak-Szumilo T. (2008), *Neuropsychologiczny profil dziecka z FASD. Studium przypadku*, Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA, Warszawa
- Jakimowicz W. (red.) (1987), *Neurologia kliniczna w zarysie*, PZWL, Warszawa
- Klecka M. (2009), *Ciąża a alkohol. W trosce o dziecko. FAS*, Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA
- Klecka M., Janas-Kozik M. (2009), *Dziecko z FASD. Rozpoznanie różnicowe i podstawy terapii*, Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA, Warszawa
- Komorowska M. (2007), *Diagnoza FAS w praktyce*, „Remedium”, nr 11
- Komorowska M. (2007), *Uszkodzenia mózgu u dzieci z FASD*, „Remedium”, grudzień
- Kumar V., Cotran R.S., Robbins S.L. (2005), *Patologia*, Urban & Partner, Wrocław
- Lewandowski A., Tarkowski Z. (1989), *Dyzartria. Wybrane problemy etiologii, diagnozy i terapii*, Centralny Ośrodek metodyczny Poradnictwa Wychowawczo-Zawodowego Ministerstwa Edukacji Narodowej, Warszawa
- Liszczyński K. (2010), *Rozpoznaj alkoholowy zespół płodowy. Materiały informacyjne dla lekarzy*, Fundacja „Daj Szansę”, Toruń
- Michałowicz R., Ślęzak J. (1985), *Choroby układu nerwowego u dzieci i młodzieży*, PWN, Warszawa

- Martynowa R.I. (1997), *Analiza porównawcza dzieci z lekkimi postaciami dyzartrii i funkcjonalną dyslalią*, [w:] *Chrestomatia logopedii*, t. I, red. L.S. Wołkowa, W.I. Seliwiorstow, Włados, Moskwa [Р.И. Мартынова, *Сравнительная характеристика детей, страдающих лёгкими формами дизартрий и функциональной дислалией*. В: *Хрестоматия по логопедии*, т. 1, Владос, Москва 1997]
- Nilsen S. (2010), *Moving towards an educational policy for inclusion? Main reform stages in the development of Norwegian unitary school system*, „International Journal of Inclusive Education”, nr 5, s. 480
- Pużyński S., Wciórka J. (2009), *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania ICD-10*, Wydawnictwo „Vesalius”, Q86
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 3 lutego 2009 r. w sprawie organizowania wczesnego wspomagania rozwoju dzieci, Dz.U. 2009 Nr 23, poz. 133
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 17 listopada 2010 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych oraz niedostosowanych społecznie w przedszkolach, szkołach i oddziałach ogólnodostępnych lub integracyjnych, Dz.U. 2010 nr 228 poz. 1490
- Rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z dnia 17 listopada 2010 r. w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach, Dz.U. 2010 nr 228
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 kwietnia 2013 r. w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach, Dz.U. 2013 nr 0, poz. 532
- Sawaściuk E. (2007), *Z FAS-trygowne dzieci*, „Charaktery”, nr 8
- Seliwiorstow W.I. (red.) (1997), *Terminologiczno-praktyczny słownik logopedy*, Włados, Moskwa [В.И. Селивёрстов (ред.), *Понятийно-практический словарь логопеда*, Владос, Москва, 1997]
- Sobotowicz E.F., Czernopolskaja A.F. (1997), *Objawy dyzartrii zamazanych i metody ich diagnozy*, [w:] *Chrestomatia logopedii*, t. I, red. L.S. Wołkowa, W.I. Seliwiorstow, Włados, Moskwa [Е.Ф. Соботович, А.Ф. Чернопольская, *Проявление стёртых дизартрий и методы их диагностики*. В: *Хрестоматия по логопедии*, т. 1, Владос, Москва, 1997]
- Szumski G. (2006), *Integracyjne kształcenie niepełnosprawnych. Sens i granice zmiany edukacyjnej*, PWN, APS, Warszawa, s. 71
- Thackray M., Tiffit C. (2001), *Plodowy zespół alkoholowy*, „Pediatria po Dyplomie”, nr 5/6
- Traczyk W. (1989), *Fizjologia człowieka w zarysie*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa
- Ustawa o systemie oświaty z dnia 7 września 1991 r., Dz.U. 1991 nr 95, poz. 425
- Wołkowa L.S., Szachowskaja S.N. (red.) (1989), *Logopedia*, Włados, Moskwa [Л.С. Волкова, С.Н. Шаховская (ред.), *Логопедия*, Владос 1989]
- Vasta R., Haith M. (1995), *Psychologia dziecka*, WSiP, Warszawa

Netografia

www.nofas.org [dostęp: 22.11.2010]

www.is.umk.pl/~duch/Wyklady/kog-m/04-p.htm [dostęp: 02.01.2011]