

Daria Sikorska

STYMULOWANIE ROZWOJU MOWY DZIECKA Z ZESPOŁEM DOWNA W WIEKU PRZEDSZKOLNYM

WPROWADZENIE

Postępy dziecka w nauce i jego pozycja życiowa w znacznej mierze zależą od tego, jak ono mówi. Mowa towarzysząca dziecku w jego działalności wpływa nie tylko na dalszy przebieg czynności, ale staje się podstawą całego procesu myślowego.

Dzięki niej przekształceniu ulega także zmysłowe poznawanie świata, spostrzeżenie przedmiotu określonego słowem nabiera bowiem charakteru uogólnionego, gdyż słowo zyskuje wyabstrahowane, najistotniejsze cechy przedmiotów i zjawisk. Jak więc widać, rozwój mowy ma ogromne znaczenie dla całego rozwoju poznawczego dziecka i jego komunikacji z otoczeniem.

Dzieci z zespołem Downa wykazują znaczne różnice w rozwoju mowy. U zdecydowanej większości uczniów z tym schorzeniem stwierdza się wadliwą wymowę.

Dzieciom z zespołem Downa z zaburzeniami mowy przypisuje się takie cechy, jak: niska ekspresja słowna, słaba koncentracja, brak wytrwałości w wykonywaniu zadań, trudności w nawiązywaniu kontaktów, obniżona aktywność społeczna. Bardzo ważne jest więc jak najwcześniejsze zapewnienie dziecku odpowiedniej pomocy. Profilaktyka i korekcja wad wymowy to zapobieganie trudnościom i niepowodzeniom szkolnym oraz życiowym tych dzieci.

Celem niniejszej pracy jest ukazanie stymulowania mowy dziecka z zespołem Downa na przykładzie indywidualnego przypadku.

ISTOTA ZESPOŁU DOWNA

Po raz pierwszy dziecko z cechami zespołu Downa przedstawił w 1838 roku francuski lekarz Jean-Étienne Dominique Esquirol. Bardziej szczegółowo zespół Downa opisał w 1862 roku angielski lekarz John Langdon Down.

Przedstawił on około dwunastu cech typowych dla tego schorzenia. Stwierdził podobieństwo wyglądu badanych dzieci do rasy mongolskiej. Opisał tę jednostkę chorobową w pracy zatytułowanej *Observations on an ethnic classification of idiots* i nazwał ją terminami:

- *mongolism* (mongolizm),
- *mongolian idiots* (idiotyzm mongolski)¹.

John Langdon Down uważał, że mongolizm jest przykładem regresji, czyli pojawienia się mongoloidalnych cech wyglądu u dzieci rodziców rasy kaukaskiej – wówczas uważanej za stojącą wyżej niż mongolska².

We wczesnych latach trzydziestych XX wieku niektórzy naukowcy zaczęli podejrzewać, że zespół Downa może być spowodowany pewnymi wadami chromosomów. W 1959 roku francuski genetyk Jérôme Lejeune odkrył, iż komórki osób z zespołem Downa mają dodatkowy chromosom. Później wynioskowano, że dodatkowy chromosom jest związany z parą 21. Odkrycia te doprowadziły do ustalenia innych rodzajów zespołu Downa, takich jak translokacje i mozaicyzm³.

W 1965 roku WHO (World Health Organization) wprowadziło oficjalną nazwę na zbiór objawów spowodowany trisomią chromosomu 21 – zespół Downa. Obowiązuje ona do dziś. Osoby z zespołem Downa mają mniejsze zdolności poznawcze niż średnia w populacji zdrowej. Do początku XX wieku większość badań klasyfikowała dużą część osób z tym schorzeniem do kategorii głębokiego upośledzenia umysłowego⁴. Jednak okazało się, że dzieci z zespołem Downa w przeważającej liczbie przypadków wykazują lekki stopień upośledzenia umysłowego, mniejszy procent przejawia poziom umiarkowany, a niewielki znaczne upośledzenie intelektu. Nieliczną grupę prezentują dzieci osiągające poziom rozwoju umysłowego bliski normie intelektualnej⁵.

¹ Zob. I. Michalak-Widera, *Mowa osób z zespołem Downa a zjawisko sygnatyizmu międzyjęzycznego*, [w:] *Diagnoza różnicowa zaburzeń komunikacji językowej*, red. M. Michalik, A. Siudak, Z. Orłowska-Popek, Kraków 2012, s. 277.

² Ibidem.

³ Zob. S. Radomski, *Zespół Downa – historia zespołu Downa*, http://www.szansa.katowice.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=46&Itemid=2&limitstart=7 [dostęp: 18.11.2014].

⁴ Zob. C. Cunningham, *Dzieci z zespołem Downa. Poradnik dla rodziców*, przeł. M. Pawlak-Rogała, Warszawa 1994, s. 175.

⁵ Zob. K. Rożnowska, *Dziecko z zespołem Downa. Jaka to musi być miłość*, Warszawa 2007, s. 30.

Tabela 1. Kliniczne zróżnicowanie objawów i cech u dzieci z zespołem Downa

Cecha	Typ tarczycowy	Typ przysadkowy
wysokość ciała	zmniejszona	zmniejszona
masa ciała	zwiększona	niższa, w okresie dojrzewania często znacznie zwiększona
budowa	krępa, niezgrabna	smukła
budowa kości	grubokoścista	drobnokościasta
dojrzewanie kośćca	opóźnione	przyśpieszone, nieregularne
kończyny	grube, niezgrabne, krótkie	krótkie, ale smukłe i proporcjonalne
skóra	pogrubiona, twarda, czasem pożółkła	cienka, często bardzo niska tkanka podskórna, zwiększona kruchość małych naczyń krwionośnych, „policzki clowna”
włosy	słomiane, suche	cienkie, rzadkie, skłonność do łysienia plackowatego
język	gruby, szeroki, długi	normalny lub długi, nigdy szorstki
głos	szorstki, ochrypły, „metalowy”	szorstki, wysoki, przenikliwy
zachowanie	apatyczne, powolne, „otępiate”	nadpobudliwe
zachowanie socjalne	łagodne, dobroduszne	destruktywne
upośledzenie muzyczne	melodyczne	rytmiczne

Źródło: D. Matuszek, L. Sadowska, *Budowa somatyczna dzieci z zespołem Downa*, [w:] *Współczesna diagnostyka i rehabilitacja dziecka z zespołem Downa. XIX Ogólnokrajowy Dzień Rehabilitacji Dziecka*, Wrocław, 1995. *Materiały z konferencji we Wrocławiu, 10.06.1995*, red. J. Patkiewicz, Wrocław 1996, s. 40–41.

Zespół Downa występuje wśród ludzi wszystkich ras, klas społecznych, niezależnie od poziomu rozwoju ekonomicznego, i we wszystkich krajach⁶.

Zaburzenia rozwojowe manifestują się głównie jako skłonność do zawężonego myślenia lub naiwności. Niewiele osób wykazuje ciężkie lub głębokie opóźnienie umysłowe. Częstość występowania zespołu Downa to szacunkowo

⁶ Zob. C. Cunningham, *Dzieci...*, s. 103.

jeden przypadek na 800–1000 żywych urodzeń. Obecnie dużo więcej dzieci i osób dorosłych z zespołem Downa żyje i ma się dobrze w porównaniu z przeszłością. Większość może spodziewać się, że dożyje zaawansowanego wieku średniego, a nawet wieku podeszłego⁷.

Elżbieta Minczakiewicz definiuje zespół Downa jako „wrodzony zespół objawów i cech charakterystycznych rozpoznawanych u człowieka już w chwili jego urodzenia”⁸. Z kolei Cliff Cunningham zespołem Downa nazywa „zestaw charakterystycznych cech spowodowanych obecnością dodatkowego chromosomu 21”⁹. Brian Stratford twierdzi, iż to schorzenie to część naszego bogatego i zróżnicowanego dorobku kulturowego, a nie choroba. Uważa on też, że dziecko dotknięte tym zespołem nie jest upośledzone w swojej istocie, lecz tylko w zakresie wymagań stawianych mu przez społeczeństwo¹⁰.

Pomiędzy stopniem natężenia fizycznych objawów dziecka z zespołem Downa a jego sprawnością umysłową nie ma żadnych poważnych zależności. W miarę jego wzrostu pewne cechy charakterystyczne zmieniają się, jednak większość z nich utrzymuje się i występuje w wieku późniejszym¹¹.

Omawiając rozwój umiejętności u dzieci z zespołem Downa, trzeba pamiętać, że cechy fizyczne i psychiczne charakterystyczne dla tej choroby powstają w wyniku zaburzenia równowagi w materiale genetycznym, co z kolei zakłóca prawidłowy program wzrostu i rozwoju psychoruchowego. Patologia struktury i funkcji mózgu tłumaczy opóźnienie i nieprawidłowość wzorców w motoryce spontanicznej, upośledzoną koordynację ruchową, odruchy pierwotne zachowane często do końca pierwszego roku życia oraz nieprawidłowe wzorce postawy i lokomocji¹².

Istotnym czynnikiem stymulującym rozwój dziecka z zespołem Downa są odpowiednio dobrane i prawidłowo przeprowadzone zabawy, zabiegi o charakterze profilaktyczno-usprawniającym związane z narządkiem ruchu,

⁷ Ibidem, s. 102.

⁸ E. Minczakiewicz, *Jak pomóc w rozwoju dziecka z zespołem Downa. Poradnik dla rodziców i wychowawców*, Kraków 2001, s. 12.

⁹ C. Cunningham, *Dzieci...*, s. 102.

¹⁰ Zob. B. Stratford, *Zespół Downa. Przeszłość, terażniejszość i przyszłość*, przeł. E. Zdzienicka, B. Mroziak, Warszawa 1993, s. 13.

¹¹ Zob. E. Minczakiewicz, *Jak pomóc w rozwoju dziecka z zespołem Downa...*, s. 12–13.

¹² Zob. L. Sadowska, M. Mysłek-Prucnal, A. Gruna-Ożarówka, *Medyczne podstawy zaburzeń struktury i funkcji u dzieci z zespołem Downa*, [w:] *Wspomaganie rozwoju dzieci z zespołem Downa – teoria i praktyka*, red. B. Kaczmarek, Kraków 2008, s. 46.

układem oddechowym, fonacyjnym, artykulacyjnym. Uczą one zgrabnego poruszania się, poprawnego siedzenia, zamykania buzi, gryzienia, żucia, połykania, oddychania przez nos oraz naśladowania różnego rodzaju sygnałów. Dużą rolę w kształtowaniu postaw społecznych dzieci i młodzieży odgrywać może nauczyciel bądź logopeda prowadzący. Powinien on bardzo dobrze poznać dziecko, warunki jego rozwoju oraz historię życia. Rozpoznanie to przeprowadza się poprzez obserwację, spostrzeżenia i wywiady oraz współpracę z rodzicami¹³.

Rozwój dziecka przebiega najlepiej w środowisku rówieśniczym. Jeżeli kształcenie i wychowanie mają przygotować do w miarę samodzielnego życia, nawet do podejmowania pracy i aktywnego spędzania czasu wolnego, to nie można tego osiągnąć w oderwaniu od życia społecznego. Pomimo swoich ograniczeń można aktywnie uczestniczyć w każdym społeczeństwie, wzbogacając swoje kontakty i zobowiązania społeczne¹⁴. Z tego względu tak ważne jest, aby dzieci z zespołem Downa uczęszczały do przedszkola.

STUDIUM PRZYPADKU STYMULOWANIA MOWY DZIECKA Z ZESPOŁEM DOWNA

Kacper urodził się z drugiej ciąży o przebiegu prawidłowym, poród nastąpił w czterdziestym tygodniu ciąży, nie był długotrwały. Chłopiec urodził się z masą ciała 4015 g i uzyskał 8 punktów w skali Apgar. W momencie, gdy dziecko było ważone przez pielęgniarkę, matka usłyszała słowo „ovej”. Zapytała, co się stało – otrzymała odpowiedź „nic”. Dziecko zabrano na oddział dziecięcy, a ją poproszono, aby, gdy lepiej się poczuje, przyszła do pokoju lekarskiego. Wówczas poinformowano ją, z jakimi wadami urodził się jej syn: zarośnięty odbyt i nóżki końskoszpota. Jednak w tym momencie personel medyczny nie wspomniał o podejrzeniu u chłopca zespołu Downa ani też go nie zasugerował. Rodzice mieli bardzo mało czasu na jakiegokolwiek zastanawianie się. W godzinach południowych Kacper został przetransportowany na wyznaczoną operację w Gdańsku. W czasie zabiegu ujawniły się dodatkowe problemy, gdyż wykryto, że ma on wadę serca – dziurę w serduszku (wada przegrody międzyprzedsionkowej i przegrody międzykomorowej).

¹³ Zob. E. Minczakiewicz, *Gdy u dziecka rozpoznano zespół Downa. Poradnik dla rodziców i wychowawców*, Kraków 1994, s. 28.

¹⁴ Zob. S.M. Pueschel, *Ku lepszej przyszłości. Zespół Downa. Przewodnik dla rodziców i opiekunów*, przeł. A. Dembińska, Zakrzewo 2009, s. 315.

Chłopiec jest w dalszym ciągu pod stałą opieką poradni kardiologicznej i w obecnym czasie nie stwierdza się powyższej wady, ale ciągle słychać szmer w sercu. Nie jest jednak konieczne podawanie żadnych leków.

W godzinach wieczornych, po operacji ojciec dziecka otrzymał informację o stanie zdrowia Kacpra, która mówiła o tym, że są to godziny decydujące o życiu dziecka. To wówczas ojciec dowiedział się o stwierdzeniu cech charakterystycznych dla zespołu Downa. Kacper po zabiegu miał założoną przetokę. Ten stan utrzymano aż do trzeciego roku życia. Najbliższe dwa tygodnie po porodzie Kacper spędził w szpitalu w Gdańsku, dopiero tam rodzice dowiedzieli się, że u ich dziecka rozpoznano zespół Downa. Późniejsze badania genetyczne wykazały, że jest to odmiana trisomii chromosomu 21.

Rodzice dojeżdżali do szpitala, spędzali z synkiem każdą wolną chwilę. Dla matki był to bardzo trudny okres, musiała pogodzić się z sytuacją, a także poświęcać czas synowi kosztem drugiego dziecka. Kacper ssał bardzo niewiele, był dokarmiany sztucznie. W związku z tym rozwój psychoruchowy dziecka jest opóźniony. Umiejętność siadania nabył w wieku 8 miesięcy, raczkował. Kacper miał bardzo dobrze opanowany inny sposób poruszania się – posuwając się do przodu na pupie, umiał dotrzeć szybko na miejsce. Ze względu na to, iż chłopiec urodził się z deformacją stóp (stopy końskoszpotałe), opóźniona była jego motoryka. Zaczął chodzić, gdy miał 16 miesięcy, obecnie porusza się swobodnie i samodzielnie.

Kacper jest bardzo wrażliwym dzieckiem, podatnym na infekcje, cierpi na częste zapalenie gardła, krtani. Szybko po porodzie, w trzecim lub czwartym miesiącu życia okazało się, że ma skazę białkową. Częste infekcje spowodowały, iż termin następnego zabiegu odbudowy odbytu przesuwano się z miesiąca na miesiąc. Jako trzyletni chłopiec opanował on siadanie na nocnik – siusianie. W wieku 3 lat i 3 miesięcy Kacper przeszedł kolejny zabieg zamknięcia kolostomii. Jako 3,5-letni chłopiec w dalszym ciągu nie sygnalizował potrzeby fizjologicznej.

Kacper uczęszcza do jedynej w mieście przedszkola z oddziałem integracyjnym. W jego grupie – pięciolatek – jest 22 dzieci w tym 7 dzieci niepełnosprawnych. Przedszkole to jest oddalone od jego miejsca zamieszkania o cztery kilometry. Chłopiec chętnie spędza tam czas i lubi w nim przebywać.

Zanim Kacper poszedł po raz pierwszy do przedszkola, matkę nurtowały następujące pytania: Czy spodoba mu się w przedszkolu? Czy zostanie zaakceptowany przez otoczenie, rówieśników? Początki były trudne, zaczynał od uczestniczenia w życiu codziennym, przedszkolnym przez pół godziny,

a z dnia na dzień wydłużał czas pobytu o kilkanaście minut. Matka przez pierwsze kilka tygodni brała udział w zajęciach i bacznie obserwowała zachowanie syna. Dzięki temu Kacper miał pewność, że w każdej chwili może przyjść przytulić się lub też po prostu pobyc chwilę z mamą.

Chłopiec nie miał trudności w zaaklimatyzowaniu się w przedszkolu, chętnie uczęszcza do niego, wchodzi uśmiechnięty, zwłaszcza gdy widzi swojego przyjaciela Krzysia.

Dzieci z grupy nastawione są przyjacielsko, opiekują się Kacprem, troszczą się o niego, pomagają mu. Chłopiec bardzo chętnie uczestniczy we wspólnych zabawach, bawi się z kolegami samochodami i klockami. Czasem bywa, że zabiera im klocki i idzie w kącik bawić się sam. Po przyjściu z przedszkola bardzo często opowiada o swoim przyjacielu – Krzysiu. Chłopcy lubią ze sobą przebywać, bawić się. Kacper jest osobą zdecydowaną, upartą, co jest przyczyną wielu sprzeczek w przedszkolu z jego kolegą.

Jak wynika z powyższego, Kacper jest dzieckiem, które w związku z chorobą ma dużo dysfunkcji, wymagających stałej, systematycznej rehabilitacji i kontroli.

U chłopca mocno zaburzona jest mowa. W czasie wypowiedzi używa on pojedynczych wyrazów. Wymaga przypominania o potrzebach fizjologicznych. Często komunikuje się za pomocą pokazywania przedmiotów. Rozróżnia kolory: zielony, biały, czarny, kształty: trójkąt, prostokąt. Rozróżnia znaczenie słów, pokazując obrazki owoców: jabłko, pomarańcza, banan, gruszka, oraz zwierząt: kura, koń, słoń, kot, pies. Umie wskazać części ciała i nazwać je. Rozumie słowa miękkie, słodkie, twarde. Potrafi powtórzyć za osobą dorosłą samogłoski a, e, i, o, u. Samogłoski realizuje bez właściwego otwierania ust. Ma trudności z wymową spółgłosek p, b, w, m, n.

Poza tym dziecko sepleni. Układa niesymetrycznie cały język. Wymawia głoski, zamieniając: [sz] na [s], [z] na [ż], [s] na [sz], [ż] na [z], [cz] na [c], [c] na [cz], [dż] na [dz], [ki] na [k], [gi] na [g]. Zdiagnozowano u niego dyslalię wieloraką.

Kacper potrafi powiedzieć „proszę”, „dziękuję”, lecz w niektórych przypadkach wymaga przypominania o tym.

U chłopca stwierdzono także, podobnie jak u większości dzieci z zespołem Downa, wady w budowie aparatu mowy. Jego jama ustna jest mniejsza niż u prawidłowo rozwijających się rówieśników, stąd język sprawia wrażenie zbyt dużego. Z powodu hipotonii mięśni żuchwy usta są często otwarte, a widoczny język całą masą spoczywa na dnie jamy ustnej. Podniebienie twarde jest wąskie i wysoko wysklepione, natomiast podniebienie miękkie bywa skrócone.

Po rozpoznaniu wady wymowy celem postępowania logopedycznego jest kształcenie poprawnej artykulacji i poprawnej wymowy.

Podstawową metodą stymulowania mowy dziecka z zespołem Downa jest terapia logopedyczna. Należy ją rozpocząć tuż po urodzeniu się dziecka. Początkowo powinna ona polegać na oddziaływaniu w ramach wczesnego wspomagania rozwoju mowy, a w przypadkach znacznych opóźnień w mowie także na wsparciu komunikacją alternatywną, w szczególności programem językowym „Makaton”, czyli systemem gestów i symboli graficznych pomagających dziecku w komunikowaniu się z najbliższym otoczeniem. W związku z utrzymującym się słabym napięciem mięśniowym i zmianami anatomicznymi narządów mownych, np. zbyt małą jamą ustną i niemieszczącym się w niej językiem, oddziaływania logopedyczne po okresie edukacji wczesnoszkolnej winny koncentrować się na treningu emisyjno-dykcyjnym, obejmującym przede wszystkim ćwiczenia oddechu brzuszno-żebrowego i narządów mowy, fonację samogłosek i spółgłosek: cicho – głośno, wysoko – nisko, długo – krótko oraz usprawnianie pracy rezonatorów głowowego i piersiowego, a szczególnie mieszanego¹⁵.

Najczęściej stosowaną formą terapii logopedycznej są indywidualne zajęcia z logopedą, uzależnione od rodzaju zaburzenia mowy występującego u dziecka¹⁶. W odniesieniu do każdego dziecka z wadą wymowy logopeda powinien wybrać najbardziej właściwą, dostosowaną do niego metodę, czyli efektywną drogę niwelowania jego wadliwej wymowy. Z tego względu musi on ustalić ogólne zasady postępowania terapeutycznego oraz dobrać stosowne środki dydaktyczne, które posłużą do wywołania głosek w przypadku ich braku, do korygowania głosek zdeformowanych i różnicowania głosek mylonych z innymi¹⁷.

Przed podjęciem terapii u chłopca zaobserwowano:

- 1) obojętność wobec innych osób, ich uczuć, pragnień, brak rozumienia sytuacji społecznych, nadmierne zainteresowanie przedmiotami, brak kontaktu wzrokowego, brak reakcji na polecenia słowne;
- 2) całkowity brak komunikacji słownej, brak kontaktu za pomocą gestów, mowy ciała i wyrazu twarzy, zabawę sensomotoryczną;

¹⁵ Zob. I. Michalak-Widera, *Mowa osób z zespołem Downa...*, s. 278.

¹⁶ Zob. A. Romanowska, K. Kruszewska, *Profilaktyka logopedyczna*, „Wychowanie w Przedszkolu” 2013, nr 4, s. 42.

¹⁷ Zob. A. Hamerlińska, *O osobowości logopedy*, „Edukacja Zdrowotna” 2008, nr 2, s. 88.

- 3) sztywność w zakresie schematów zachowań, stereotypie ruchowe, fiksacje na przedmiotach, napady złości, agresji i autoagresji.

Do ćwiczeń w zakresie usprawniania aparatu mowy Kacpra, a zwłaszcza języka wybrano: wysuwanie języka na zewnątrz i cofanie go w głąb przy bardzo szeroko otwartej jamie ustnej, przesuwanie języka od kącika do kącika warg, wysuwanie języka daleko na brodę, unoszenie języka w kierunku nosa, oblizywanie górnej wargi, oblizywanie ruchem okrężnym warg posmarowanych np. miodem, oblizywanie wewnętrznej i zewnętrznej strony zębów ruchem okrężnym, dotykanie czubkiem języka górnych i dolnych zębów przy maksymalnym opuszczeniu szczęki dolnej, szerokie rozkładanie języka, głaskanie podniebienia językiem, wypychanie językiem policzków, unoszenie czubka języka do dziąseł (z artykulacją głoski „l”), klaskanie językiem, wysuwanie szerokiego i wąskiego języka na wargi, spłaszczanie i zwężanie języka, przesuwanie poziomo języka pomiędzy kącikami warg bez opierania go na wardze, unoszenie języka do nosa i wywijanie go na brodę.

Terapia dziecka oparta jest na programie wczesnej interwencji behawioralnej. Została podjęta, gdy chłopiec miał 5 lat. Przed jej rozpoczęciem największe deficyty Kacper wykazywał w zakresie takich funkcji jak: motoryka mała, motoryka duża, czynności poznawcze, mowa czynna, naśladownictwo.

W trakcie trwania terapii chłopiec był badany trzykrotnie, przed rozpoczęciem terapii oraz po 12 i 24 miesiącach jej trwania, za pomocą Profilu PEP-R i Kwestionariusza CLAC, którego wyniki porównano z klasyfikacją DSM-IV. Dodatkowe informacje uzyskano dzięki przeprowadzeniu wywiadu i rozmowy z rodzicami oraz dzięki obserwacji nauczycielek przedszkola.

Po terapii u Kacpra zauważono:

- 1) większą podatność na interakcje społeczne, umiejętność podporządkowania się zasadom postępowania, wydłużenie kontaktu wzrokowego, wykonywanie prostych poleceń;
- 2) mowę echolaliczną, posługiwanie się schematami wypowiedzi, wykorzystywanie gestów, zabawę funkcjonalną;
- 3) elastyczność w zakresie schematów zachowań, ograniczony repertuar stereotypii ruchowych, mniejsze nasilenie fiksacji na przedmiotach, ograniczoną liczbę zachowań autoagresywnych.

Chłopiec nie umiał mówić ani komunikować się w inny sposób, był agresywny, nie reagował na to, co chciano mu przekazać.

Najistotniejsze dla rodziców jest to, że wiedzą, jak mają postępować, aby pozytywnie wpływać na swoje dziecko.

Przedszkole integracyjne odgrywa znaczącą rolę w kształtowaniu właściwych postaw i nowoczesnego podejścia do edukacji oraz we wspieraniu dzieci niepełnosprawnych i ich rodzin. Przeprowadzane w nim zajęcia mają za zadanie poprawić funkcjonowanie spostrzegania zmysłowo-ruchowego, sprawności manualnej, rozwijać mowę, myślenie, komunikowanie się dziecka ze środowiskiem. Zajęcia rewalidacyjne są organizowane zgodnie z zaleceniami poradni psychologiczno-pedagogicznej. Dla rozwoju każdego dziecka ważna jest wymiana doświadczeń w zakresie udzielania pomocy i korzystania z niej. Bardzo korzystnym zjawiskiem wpływającym pozytywnie na rozwój Kacpra jest przebywanie w środowisku przedszkolnym.

Celem dalszej terapii logopedycznej w przypadku Kacpra będzie:

- 1) praca nad korygowaniem wymowy;
- 2) praca nad wzbogacaniem słownika (biernego i czynnego);
- 3) praca nad stymulacją świadomości językowej, m.in. ćwiczenie form gramatycznych.

Terapia zostanie podzielona na 2 etapy:

- 1) wywołanie prawidłowego wzorca artykulacyjnego danej głoski;
- 2) utrwalanie wzorca w ciągu mowy (wprowadzanie go w szereg ćwiczeń do kontrolowanej i spontanicznej mowy) na materiale językowym w sylabach, wyrazach (nagłos, śródgłos, wygłos) i zdaniach.

KONKLUZJA

Problematyka wadliwej wymowy u dzieci z zespołem Downa jest powszechnie znana. Zaburzenia i opóźnienia rozwoju mowy u opisywanego dziecka w istotny sposób utrudniają mu funkcjonowanie w grupie rówieśniczej, integrując z nią i przyswajanie treści programowych.

„Nie każdy przychodzi na świat z możliwością korzystnego i pełnego rozwoju, pod względem biologicznym, społecznym i psychologicznym. Im sytuacja jest trudniejsza, tym bardziej to dziecko potrzebuje pomocy”¹⁸. Strategia postępowania logopedycznego w przypadku opóźnienia rozwoju mowy i dyslalii wielorakiej jest ogromnie zróżnicowana. Terapię należy rozpocząć od nauki prawidłowego wymawiania przez dziecko głoski, potem sylaby, a następnie wyrazów i zdań.

¹⁸ B. Ciupińska, *Uczeń niepełnosprawny. Przegląd form pomocy i wsparcia w systemie oświaty*, [w:] *Potrzeby i prawa dziecka. Aspekty prawne i społeczne*, red. A. Fidelus, J. Szymborski, Warszawa 2010, s. 78.

Konieczne jest stosowanie w terapii logopedycznej dziecka z zespołem Downa wzmocnień pozytywnych (pochwał, nagród, uznania). W pracy z dzieckiem wykazującym opóźnienia rozwoju mowy i dyslalii wielorakiej ważna jest też cierpliwość i systematyczność, gdyż uzyskanie jakichkolwiek efektów uwarunkowane jest wielokrotnością powtórzenia bodźca. Poza tym należy pracować zgodnie z zasadami pedagogiki (zasada indywidualizacji, stopniowania trudności itp.).

BIBLIOGRAFIA

- Ciupińska B., *Uczeń niepełnosprawny. Przegląd form pomocy i wsparcia w systemie oświaty*, [w:] *Potrzeby i prawa dziecka. Aspekty prawne i społeczne*, red. A. Fidelus, J. Szymborski, Warszawa 2010.
- Cunningham C., *Dzieci z zespołem Downa. Poradnik dla rodziców*, przeł. M. Pawlak-Rogała, Warszawa 1994.
- Hamerlińska A., *O osobowości logopedy*, „Edukacja Zdrowotna” 2008, nr 2.
- Matuszek D., Sadowska L., *Budowa somatyczna dzieci z zespołem Downa*, [w:] *Współczesna diagnostyka i rehabilitacja dziecka z zespołem Downa. XIX Ogólnokrajowy Dzień Rehabilitacji Dziecka, Wrocław, 1995. Materiały z konferencji we Wrocławiu, 10.06.1995*, red. J. Patkiewicz, Wrocław 1996.
- Michalak-Widera I., *Mowa osób z zespołem Downa a zjawisko syngmatyzmu międzyzębowego*, [w:] *Diagnoza różnicowa zaburzeń komunikacji językowej*, red. M. Michalik, A. Siudak, Z. Orłowska-Popek, Kraków 2012.
- Minczakiewicz E., *Gdy u dziecka rozpoznano zespół Downa. Poradnik dla rodziców i wychowawców*, Kraków 1994.
- Minczakiewicz E., *Jak pomóc w rozwoju dziecka z zespołem Downa. Poradnik dla rodziców i wychowawców*, Kraków 2001.
- Pueschel S.M., *Ku lepszej przyszłości. Zespół Downa. Przewodnik dla rodziców i opiekunów*, przeł. A. Dembińska, Zakrzewo 2009.
- Radomski S., *Zespół Downa – historia zespołu Downa*, http://www.szansa.katowice.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=46&Itemid=2&limitstart=7 [dostęp: 18.11.2014].
- Romanowska A., Kruszewska K., *Profilaktyka logopedyczna*, „Wychowanie w Przedszkolu” 2013, nr 4.
- Różnowska K., *Dziecko z zespołem Downa. Jaka to musi być miłość*, Warszawa 2007.
- Sadowska L., Mysłək-Prucnal M., Gruna-Ożarowska A., *Medyczne podstawy zaburzeń struktury i funkcji u dzieci z zespołem Downa*, [w:] *Wspomaganie rozwoju dzieci z zespołem Downa – teoria i praktyka*, red. B. Kaczmarek, Kraków 2008.
- Stratford B., *Zespół Downa. Przeszłość, teraźniejszość i przyszłość*, przeł. E. Zdzienicka, B. Mroziak, Warszawa 1993.

STYMULOWANIE ROZWOJU MOWY DZIECKA Z ZESPOŁEM DOWNA W WIEKU PRZEDSZKOLNYM

Streszczenie: Zespół Downa jest najczęściej spotykaną i najlepiej poznaną chorobą uwarunkowaną występowaniem dodatkowego chromosomu autosomalnego u ludzi. Rozwojowi dziecka z zespołem Downa towarzyszą często problemy z prawidłową mową. Ponieważ zaburzony rozwój mowy ma duży wpływ na ogólny rozwój dziecka, a ponadto zaburza jego stosunki z otoczeniem, w omawianym przypadku konieczne było zorganizowanie programu indywidualnych oddziaływań stymulujących rozwój mowy i funkcji prospołecznych dziecka. Badane dziecko zostało objęte indywidualnym programem terapeutycznym. Dziecko pozostawione samo sobie nie poradzi sobie z nawarstwiającymi się problemami wynikającymi ze schorzenia oraz opóźnionym rozwojem.

Słowa kluczowe: dyslalia, dziecko w wieku przedszkolnym, zaburzenia rozwoju mowy, zespół Downa

STIMULATING THE DEVELOPMENT OF SPEECH IN CHILDREN OF PRESCHOOL AGE WITH DOWN SYNDROME

Summary: Down syndrome is the most frequent and the best-known disease conditioned by the occurrence of an additional autosomal chromosome in humans. The development of a child with Down syndrome is often accompanied by problems with correct speech. Since the impaired development of speech has a large impact upon the general development of the child, and it also affects their relations with the environment, it was necessary to design a programme of individual stimulation of the speech development and pro-social functions of the child. The examined child was included in an individual treatment programme. The child left on its own will not handle the accumulating difficulties that arise from the syndrome nor will it handle the impaired development.

Keywords: dyslalia, preschool child, speech development impairment, Down syndrome