

## Postępowanie terapeutyczne w przypadku zaburzeń płynności mowy u dzieci z zespołem Downa

### Streszczenie:

Autorki podjęły problematykę związaną z zaburzeniami płynności mowy u dzieci z *zespołem Downa*. Poza omówieniem głównych zagadnień związanych z terapią jąkania, w artykule zaakcentowano potrzebę stałego rozwijania i wspomagania rozwoju mowy dziecka w codziennych sytuacjach. Zamieszczone w pracy praktyczne wskazówki miały zachęcić do rozwijania komunikacyjnych zdolności najmłodszych. Opisywane w artykule strategie oraz techniki umożliwiają pełne wykorzystanie zasobów rodziny i wdrażanie postępowania terapeutycznego w naturalnym środowisku dziecka.

### *Zespół Downa* – wprowadzenie

*Zespół Downa* to zaburzenie genetyczne bardzo szczegółowo opisane zarówno w medycznej, jak i pedagogicznej literaturze przedmiotu. Mimo to istnieje wiele mitów dotyczących przyczyn oraz charakteru zmian genetycznych, które dotyczą tego zespołu. Bardzo często powielana jest błędna konstatacja, iż *zespół Downa* jest chorobą. W ten sposób wiele osób skupia się na znalezieniu cudownego lekarstwa, zamiast koncentrować się na metodach przystosowania takich osób do normalnego funkcjonowania w społeczeństwie. *Zespół Downa nie jest chorobą, ale naturalną formą ludzkiej egzystencji o odmiennym przebiegu rozwoju niż większość genetyczna z 46 chromosomami* (A. Midro, 2008, s.21).

Zasadniczą przyczyną występującej w *ZD* intelektualnej niepełnosprawności jest zaburzony układ chromosomów – tzw. trisomia chromosomu 21 – który dotyczy około jednego na 700 do jednego na 800 urodzeń (I. Wald, 1980; J. Roberts, R. Chapman, S. Warren, 2008; E. Zasepa, 2012). Ten nieprawidłowy podział w 21 parze chromosomów – powodujący powiększenie materiału genetycznego, w wyniku którego osoba zamiast dwóch ma trzy chromosomy – dotyczy 90–95% osób z *zespołem Downa* (B. Stratford, 1993; E. Minczakiewicz, 2001).

Osoby z trisomią 21 charakteryzują się specyficznymi cechami somatycznymi. Cechy zewnętrzne, które wyróżniają *zespół Downa* to między innymi: niewielka, okrągła głowa ze spłaszczoną potylicą; zaokrąglona dolna część twarzy; małe, zaokrąglone uszy; skośnie ustawione szpary powiekowe; mały nos o krótkim grzbiecie; grube wargi; wystający, duży,

pofałdowany język; nieprawidłowy zgryz; osłabione napięcie mięśniowe; krótkie dłonie oraz stopy. Przedstawione powyżej cechy można nazwać typowymi, choć należy zaznaczyć, że w przypadku ZD zewnętrznych cech tego zespołu może być nawet trzysta, ale u każdego może wystąpić inna liczba lub rodzaj (A. Midro, 2008; E. Zasępa, 2012).

Przez lata zastanawiano się, czy zespół Downa jest dziedziczny. Obserwacje epidemiologiczne oraz kliniczne potwierdzają, że w większości przypadków nie jest to kwestia dziedziczenia. Częściej na wystąpienie ZD wpływają inne czynniki, na przykład wiek rodziców (A. Rogojski, 1996; L. Sadowska, 2008). Cliff Cunningham przeprowadził badania, z których wynika, że matki, które mają powyżej 35 lat znacznie częściej niż kobiety przed 30. rokiem życia rodzą dziecko z ZD (E. Minczakiewicz, 2001).

Zespół Downa występuje w każdej części świata i nie ma możliwości, by nie dopuścić do pojawienia się nierozdzielonych chromosomów 21 w komórce żeńskiej bądź męskiej. Wobec tego nie można winić żadnego z rodziców za to, że ich dziecko nie będzie rozwijać się prawidłowo, ponieważ nawet dokonania współczesnej medycyny nie są w stanie zapobiec tej wadzie chromosomalnej (I. Wald, 1980; A. Midro, 2008).

### **Nabywanie mowy i jakość komunikacji osób z zespołem Downa**

Dzieci z zespołem Downa zaczynają mówić znacznie później niż osoby, które rozwijają się prawidłowo. Obniżona sprawność intelektualna zawsze wiąże się z opóźnionym rozwojem mowy (Z. Tarkowski, 2008). Osoby z ZD przechodzą przez identyczne etapy kształtowania się mowy jak inni, takie jak okres melodii, wyrazu, zdania, swoistej mowy dziecięcej (L. Kaczmarek, 1966), jednak wielu badaczy w przypadku dzieci z ZD zauważa zdecydowaną dysproporcję w kolejnych stadiach rozwoju języka. *Głuźnienie pojawia się zwykle między 4. a 13. miesiącem życia, gaworzenie zaś w zależności od poziomu rozwoju psychofizycznego dziecka między siódmym miesiącem a szóstym rokiem życia. W okres wyrazu dzieci z ZD wchodzi między 18. miesiącem a 10. rokiem życia, w okres zdania i swoistej mowy dziecięcej znacznie później lub wcale, jeśli spontaniczna nauka mowy nie będzie stymulowana dodatkowymi wzmocnieniami* (Sadowska L., Mysłek-Prucnal M., Gruna-Ożarowska A., 2008, s.48).

*Wiele dzieci z ZD świadomie wymawia pierwsze słowo pomiędzy drugim a trzecim rokiem życia. Inne dzieci mogą zacząć wypowiadać pojedyncze wyrazy pomiędzy czwartym a piątym rokiem życia. Jeszcze inne przechodzą przez okres, w którym używają zarówno języka znaków bądź gestów w połączeniu z mową lub komunikacji obrazkowej i mowy* (L. Kumin, 1994, s.55). Zatem bardzo trudno określić dokładny wiek, w którym dzieci z zespołem Downa

zaczynają mówić. W przypadku osób mających szczególne trudności intelektualne często świadomie wykonany przez nich gest można uznać za pierwsze „słowo”. Z pewnością ze względu na problemy w wytwarzaniu dźwięków – które są niezależne od dzieci z *ZD* – na tym etapie rozwojowym jest im znacznie trudniej (L. Kumin, 1994).

Komunikowanie się jest ważną częścią naszego życia. Dla dzieci z *ZD* proces ten jest tak samo istotny jak dla każdej innej osoby. Jednak zespół *Downa* może powodować różnorodne problemy z mówieniem. Te trudności wynikają między innymi z powtarzających się infekcji uszu (powodujących ubytek słuchu), nieprawidłowego funkcjonowania systemu nerwowego, obniżonego napięcia mięśniowego w obrębie twarzy i ust, a w związku z tym nieustannie otwartej buzi (która jest często bardzo mała w stosunku do rozmiaru języka), słabej wydolności oddechowej oraz problemów w rozwoju pamięci krótkotrwałej (L. Kumin, 1994; B. Kaczmarek, 2008).

Niektóre z powyżej wskazanych czynników mogą powodować problemy z:

- *artykulacją (dzieci z zespołem Downa często nie potrafią kontrolować i ruszać swoimi ustami, językiem, szczęką, podniebieniem, by wyraźnie i poprawnie formułować głoski);*
- *płynnością lub zdolnością do mówienia spokojnie i rytmicznie;*
- *kolejnością lub zdolnością do wymowy i akcentowania dźwięków we właściwym porządku (na przykład dziecko może powiedzieć na telefon – letefon lub na spaghetti – pasghetti);*
- *rezonansem lub tonem i jakością wytwarzanych dźwięków mowy (na przykład jedne dźwięki mogą być realizowane przez dzieci z *ZD* zbyt nosowo, a inne niedostatecznie nosowo) (L. Kumin, 1994, s. 15).*

Opisane powyżej problemy mogą być źródłem frustracji zarówno dla dziecka, jak i dla jego opiekunów. Komunikowanie się będzie dla takich osób bardzo trudnym zadaniem. Mimo to jest wskazane, by nie unikać sytuacji, w których dzieci z *ZD* będą mogły się wypowiadać. Zaleca się stwarzanie warunków, które będą motywować dziecko do nawiązywania kontaktów z otoczeniem. Pojawiające się trudności związane z inicjowaniem kontaktów społecznych można stosunkowo skutecznie poddawać kontroli lub niwelować za pomocą konkretnych technik. Niestety zdarza się, iż najbliższe środowisko izoluje dzieci z *ZD* od innych ludzi, pozbawiając ich okazji do mówienia, co sprzyja opóźnionemu rozwojowi mowy (E. Minczakiewicz, 1998).

Skuteczne stymulowanie kompetencji komunikacyjnych dziecka z *ZD* wymaga zaangażowania wielu osób. Niezwykle istotne w tym procesie wydaje się udzielanie stałego wsparcia zarówno dzieciom z *ZD*, jak i ich rodzinom. Powinni oni zostać otoczeni opieką systemową, w której ważna jest długofalowa terapia logopedyczna. Logopedzi są specjalistami, którzy nie tylko w teorii dostarczają wiedzy na temat tego, czym różni się rozwój mowy dzieci z *ZD* w porównaniu do tych, które rozwijają się prawidłowo, ale przede wszystkim w praktyce starają się rozwiązać problemy z mówieniem najmłodszych. Specjaliści z zakresu zaburzeń mowy dzięki wdrażaniu wspomagających metod komunikacji (które na pewnym etapie opóźniającego się rozwoju mowy są pomocną strategią interwencji logopedycznej), wspierają dziecko z *ZD* oraz jego opiekunów.

### **Zaburzenia płynności mowy – wprowadzenie**

Płynność mowy jest zdolnością, z którą każdy człowiek ma w pewnych sytuacjach, zwłaszcza tych stresujących, ogromny problem. Należy jednak zwrócić uwagę, iż nie wszystkie objawy zająknięć, uznaje się za jąkanie. By zrozumieć wskazaną różnicę, warto przytoczyć definicję powyższego zagadnienia wg *Standardu postępowania logopedycznego* Tomasza Woźniaka. Zdaniem badacza jąkanie jest *zaburzeniem płynności mówienia, w którym występują symptomy opisywane na różnych poziomach: komunikacyjnym, psychicznym i neurofizjologicznym. Na poziomie komunikacyjnym objawem dominującym jest patologiczna niepłynność mówienia, polegająca przede wszystkim na blokowaniu, przeciąganiu i powtarzaniu dźwięków mowy. Na poziomie psychicznym zwraca uwagę świadomość występowania zaburzenia, przewidywanie wystąpienia niepłynności i wiążące się z tym reakcje lękowe o charakterze patologicznym (logofobia). Na poziomie neurofizjologicznym głównym objawem jest podniesione napięcie mięśniowe w obrębie narządów mowy (spastyczność)* (T. Woźniak 2008, s. 218, zob. też ICD-10).

### **Objawy typowe dla jąkania i zwykłej niepłynności**

Niezwykle istotne jest to, by dokonać właściwego rozróżnienia pomiędzy objawami typowymi dla jąkania (ang. *stuttering-like disfluencies*), a tzw. zwykłymi niepłynnościami, które odnajdziemy w wypowiedziach niemal każdego mówcy (ang. *normal disfluencies*) (H. Gregory, 2003). Wśród objawów w większym stopniu charakterystycznych dla jąkania należy wymienić: powtórzenia i prolongacje dźwięków, bloki, wzrost napięcia oraz zachowania przypominające zmagania nadawcy z każdym wypowiedzianym słowem, które wiąże się z

ogromnym wysiłkiem. Z kolei przejawy nie płynności, jakie można zaobserwować u obu grup – zarówno jękających się, jak i tych, które nie mają z tym problemu – to między innymi: powtórzenia wyrazów jednosylabowych, części wyrazu, konkretnych dźwięków lub sylab. Tym, co pozwala odróżnić, czy mamy do czynienia z formą nie płynności patologicznej, czy ze zwykłym potknięciem w komunikowaniu się, jest większa ilość powtórzeń (trzy i więcej razy w przypadku jękania) oraz widoczne objawy napięcia obserwowane u osób jękających się. Typowe objawy nie płynności, które nie świadczą o jękanii to: zawahania, wtrącenia, poprawki i powtórzenia fraz lub zdań (H. Gregory, D. Hill, 1999).

Małe dzieci bardzo często mają problem z płynnością w wypowiedzaniu się, zwłaszcza w najintensywniejszym okresie rozwoju ich mowy (Zgólkowa, Bułczyńska, 1987) – w dużym stopniu jest to związane z nabywaniem kompetencji językowych. Umiejętność wypowiedzania się jest skomplikowanym zadaniem, którego poprawne opanowanie wymaga czasu. Zatem nie płynność mowy u dzieci pomiędzy 2. a 6. rokiem życia jest zjawiskiem typowym dla tego etapu rozwojowego (Z. Tarkowski, 1997). Warto również pamiętać, że w pewnym stopniu na pogorszenie płynności może wywierać wpływ – często nieświadomie – najbliższe otoczenie, które widząc, że dziecko mówi coraz więcej, ma względem niego wygórowane oczekiwania w zakresie komunikowania się.

### **Założenia terapii jękania**

Wskazując główny podział form terapii w jękanii u małych dzieci należy zwrócić uwagę na interwencję pośrednią (ang. *indirect treatments*) oraz interwencję bezpośrednią (ang. *direct treatments*). W interwencji bezpośredniej celem logopedy jest modyfikowanie sposobu, w jaki wypowiada się dziecko poprzez uczenie go technik płynnego mówienia lub stosowanie warunkowania instrumentalnego (terapia behawioralna). Z kolei interwencja pośrednia jest najczęściej ukierunkowana na zmianę postaw rodziców/opiekunów oraz na modyfikowanie warunków środowiska w celu upłynniania mowy dziecka (E. Bennett, 2006; E. Yairi, C. Seery, 2011).

W przypadku małych dzieci – w zależności od wyniku diagnozy – możliwe są różne formy interwencji logopedycznej, poczynając od prewencyjnego poradnictwa dla rodziców dzieci, które charakteryzuje łagodna postać jękania, poprzez udzielanie fachowych porad rodzinie z elementami terapii pośredniej. Owa terapia polega głównie na modyfikacji warunków środowiska, które pomogą dziecku poczuć się w jak największym stopniu rozluźnionym podczas mówienia. W niektórych przypadkach niezbędne może być zastosowanie ograniczonej terapii bezpośredniej, czyli pracy z samym dzieckiem (rozwijanie

mowy, podnoszenie kompetencji komunikacyjnych, uczenie technik płynnego wypowiedzania się), aż po programy kompleksowe, które są zwykle wykorzystywane w sytuacji, gdy dziecko przejawia objawy nasilonego jąkania przez dłuższy czas (doświadczając z tego powodu frustracji). W przypadku łagodnego jąkania zdarza się, iż rodzice albo nie dostrzegają tego zaburzenia u swoich dzieci, bądź też próbują odsuwać swoje obawy. W inny sposób zachowują się rodzice dzieci z nasilonym jąkaniem, którzy często obwiniają siebie za problemy swoich pociech, dlatego to oni szybciej zaczynają szukać dla nich różnych form pomocy (B. Guitar, E. Conture, 2012).

Programy kompleksowe są połączeniem terapii pośredniej i bezpośredniej, w której istotny jest udział dziecka i jego rodziny (E. Bennett, 2006; H. Gregory, D. Hill, 1999; Z. Tarkowski, 1997; B. Guitar, E. Conture, 2012; K. Węsierska, 2012). W tego typu programach, jak na przykład w popularnym w Wielkiej Brytanii podejściu terapeutycznym *Palin Parent-Child Interaction Approach – Palin PCI (Interakcyjna Terapia Rodzic-Dziecko)*, rola rodziców polega przede wszystkim na wdrażaniu zmian w interakcjach i modyfikowaniu środowiska dziecka (E. Kelman, A. Nicholas, 2008; K. Węsierska 2010). Opiekunowie, stosując elementy oddziaływania terapeutycznego, stopniowo wprowadzają innowacje i tworzą warunki dla prawidłowego funkcjonowania ich rodziny. Rodzice pracują przede wszystkim nad jakością interakcji z dzieckiem, ponadto stosują strategie rodzinne i próbują dokonać zmiany stylu życia, co ma zazwyczaj pozytywny wpływ na rozwój dziecka.

Jedną z form terapii pośredniej, która może być przydatna dla opiekunów jest strategia **DOM**. Koncepcja ta akcentuje konieczność zespolenia trzech czynników: dobrego kontaktu, organizacji warunków środowiska oraz modelowania (K. Węsierska, B. Jeziorczak, 2011). W tej strategii podkreśla się, że objawy niepełności nie muszą być przejawem patologii, a częścią normalnego procesu rozwoju mowy. Wobec tego zacinięcie się jest czasami naturalnym procesem, oznaczającym, że dziecko dopiero uczy się mowy i potrzebuje na tym etapie specjalnego wsparcia otoczenia. Jednym z trudniejszych zadań, jakie musi opanować dziecko, jest sztuka płynnego mówienia. W tym procesie ogromnie ważna jest sama obecność, bliskość i zaangażowanie rodziców, którzy mogą pozytywnie bądź negatywnie wpłynąć na komunikowanie się ich dziecka. Jeśli rodzice będą permanentnie ingerować w sposób mówienia swojej pociechy, a przestaną myśleć o tym, co pragnie przekazać, wtedy dziecko nie będzie czuło się akceptowane. W takim przypadku trudno będzie mówić o zdrowych relacjach i dobrym kontakcie, w którym ogromne znaczenie mają konkretne pochwały oraz dostrzeganie nawet niewielkich sukcesów dziecka. Trzeba powtarzać także jak istotna jest dobra organizacja w rodzinie, na którą składa się rozsądne planowanie różnych

zajęć dziecka oraz innych czynności w domu charakteryzujących się regularnością. Bardzo ważna jest właściwa postawa rodziców. Ich konsekwencja w przestrzeganiu zasad wzmocni poczucie własnej wartości dziecka – opiekunowie powinni być więc partnerami w przyjętej metodzie wychowania. Najbliższe osoby muszą znaleźć czas dla dziecka, także poprzez czynne uczestnictwo w zabawach, bo w ten sposób – w dużej mierze – wspierają jego płynność mowy. Opiekunowie powinni także pamiętać, by nie mówić za szybko oraz by dobierać takie słowa, które będą zrozumiałe dla dziecka. To, w jaki sposób dorośli się wypowiadają, jest wzorcem, który będzie powielany przez najmłodszych członków rodziny (K. Węsierska, B. Jeziorczak, 2011).

Bezpośrednia praca nad upłynnianiem mowy dziecka, które się jąka, zazwyczaj podejmowana jest w dalszej kolejności, gdy niewystarczające okazują się oddziaływania pośrednie (E. Kelman, A. Nicholas, 2008; L. Rustin, W. Botterill, E. Kelman, 1996; K. Węsierska, 2010). Za odraczeniem terapii bezpośredniej przemawia fakt, że dziecko bardzo często nie ma wystarczających możliwości kognitywnych do zastosowania konkretnych technik terapeutycznych w praktyce. Ponadto, wykorzystywanie w pierwszej kolejności metod mniej inwazyjnych wydaje się słuszne, ponieważ są one bardziej oszczędzające dla dziecka. Jednak gdy techniki te nie przyniosą oczekiwanych rezultatów, wtedy stosuje się działania bardziej bezpośrednie. Przykładem takiej bezpośredniej interwencji terapeutycznej w jękananiu u małych dzieci jest upowszechniający się coraz bardziej na świecie *Lidcombe Program*. Jest to metoda interwencji, w której najważniejszą rolę odgrywa rodzic i to on wdraża terapię w naturalnym środowisku dziecka, natomiast logopeda jest tylko jego trenerem, przewodnikiem. W tym behawioralnym programie wykorzystuje się metodologię warunkowania instrumentalnego dla upłynniania mowy dziecka (M. Onslow, A. Packman, E. Harrison, 2003; M. Chęciek, 2006). Elementy terapii pośredniej, jak i bezpośredniej mogą być z dobrym rezultatem stosowane w upłynnianiu mowy dzieci z zespołem Downa.

W przypadku jękania u dzieci szkolnych, młodzieży i dorosłych istotna jest wiedza, iż jękanie jest zaburzeniem bardzo różnorodnym – tak jak nie ma dwóch tak samo jękających się osób, tak nie ma jednej uniwersalnej metody terapii. Programy terapeutyczne kierowane do osób z chronicznym jękananiem są zazwyczaj kompilacją różnych metod. Ogólnie podejścia terapeutyczne stosowane w jękananiu u dzieci, młodzieży i dorosłych, dzieli się na dwa nurty, dlatego w procesie terapeutycznym wykorzystuje się grupę różnych strategii, na przykład mówienia bardziej płynnego (ang. *Fluency-Shaping Therapy*), technik upłynniających mowę oraz jękania bardziej płynnego (ang. *Stuttering Modification Therapy*). Niezwykle ważna jest zmiana postawy wobec jękania i nauka wypowiadania się w sposób bardziej łagodny. Osoba

jąkająca się powinna czuć się akceptowana przez najbliższe otoczenie, bo wtedy ma większą szansę nauczyć się kontrolować swoje jąkanie oraz być świadoma tego, co się w niej dzieje.

Techniki stosowane w podejściu polegającym na *mówieniu bardziej płynnym* to: *terapia oddechowa* (ang. *breathstream management*), *zmniejszenie tempa mowy* (ang. *reductions in speech rate*), *łagodne inicjowanie fonacji* (ang. *easy onset of fonation*), *delikatny start mowy – łagodny kontakt* (ang. *light articulatory contact*). Z kolei techniki stosowane w podejściu polegającym na *jąkaniu się bardziej płynnym* to: *pseudojąkanie – jąkanie celowe* (ang. *pseudostuttering/voluntary stuttering*), *przedłużanie – tolerowanie momentu jąkania* (ang. *Holding & Tolerating a Moment of Stuttering; Freezing*), *zredukowanie napięcia podczas momentu zająknięcia* (ang. *pullout, in-block corrections*), *anulowanie momentu zająknięcia* (ang. *cancellation, post-block corrections*) (E. Bennett, 2006; B. Guitar, 2006).

### **Niepłynność mowy u osób z zespołem Downa w świetle wyników badań**

Rozpowszechnienie występowania objawów jąkania wśród osób z *zespołem Downa* jest znacznie większe niż w pozostałej części populacji (P. Howell, 2007). O. Bloodstein przeprowadził analizę danych statystycznych dotyczących badań naukowych nad występowaniem oznak niepłynności mowy u osób z *ZD* – okazało się, iż wyniki kształtują się w granicach od 15% do 45% badanych (O. Bloodstein, 1975). Spekulowano jednak, czy objawy niepłynności stwierdzane w tych analizach należy klasyfikować jako *prawdziwe jąkanie* (ang. *genuine stuttering*). Bardziej szczegółowe badania w tym kierunku prowadzili A. Preus (1972) oraz D. A. Devenny i W. P. Silverman (1990). Badacze wykazali u osób poddanych obserwacjom wysoką frekwencję objawów niepłynności mowy zaliczanych do jąkania. Alf Preus badał wypowiedzi 47 osób z *zespołem Downa*, u 34% procent badanych stwierdził występowanie pierwotnych objawów jąkania, natomiast u 29.8 % pojawiły się wtórne objawy jąkania, z kolei 31.9 % manifestowało objawy gielkotu. Przeprowadzone analizy statystyczne nie wykazały korelacji pomiędzy występowaniem jąkania i gielkotu (A. Preus, 1972, O. Bloodstein, 1975). A. Preus zwrócił także uwagę, iż objawom jąkania u osób z *ZD* często towarzyszą inne zaburzenia mowy (A. Preus, 1990).

U dzieci z *zespołem Downa*, które mają problem z płynnym mówieniem, pojawiają się także trudności w dobrym komunikowaniu się z otoczeniem. Objawy jąkania dotyczą zwłaszcza dzieci z *ZD*, u których zarówno mowa bierna, jak i czynna rozwija się stosunkowo dobrze. Jąkanie może nasilać się w szczególności w takich sytuacjach, gdy dzieci starają się używać skomplikowanych struktur językowych lub niełatwego do wymówienia słownictwa,



wyjaśniać trudne dla nich pojęcia, a także, gdy wypowiadają się pod wpływem silnych emocji (L. Baksi, 2004; K. Węsierska, B. Zipper-Malina, 2009).

### **Cele terapii jąkania w przypadku dzieci z zespołem Downa**

W terapii jąkania dzieci z ZD bardzo ważne jest przestrzeganie pewnych zasad, dzięki którym możliwa jest poprawa jakości życia takich osób. Niezwykle istotne, by zacząć od wyeliminowania wszelkich negatywnych emocji związanych z jąkaniem, które wynikają na przykład z nieprzychylnych postaw otoczenia, a także stereotypowych przekonań na temat mówienia i komunikowania się osób jąkających się. Podczas zajęć terapeutycznych należy pracować nad zmianą nawyków w mowie, a więc między innymi zredukować nasilenia i częstotliwości objawów jąkania, zmniejszyć objawy napięcia oraz walki w momentach niepełności. Warto także uczyć różnych strategii, na przykład zastępowania trudnych słów łatwiejszymi, co może okazać się pomocne zwłaszcza w nowych, kłopotliwych sytuacjach. Poza tym ważne jest stawianie dziecku krótkoterminowych celów, które będą ułatwiać pokonywanie jąkania – dobrym ćwiczeniem jest na przykład wygłaszanie wiersza bądź rymowanki. Zadaniem terapii logopedycznej jest również podnoszenie kompetencji komunikacyjnych poprzez utrwalanie umiejętności takich jak utrzymywanie kontaktu wzrokowego, pauzowanie lub frazowanie. Jednak najważniejszym celem terapii w przypadku dzieci z ZD jest sprawienie, by jąkanie nie powstrzymywało ich od mówienia.

### **Techniki wykorzystywane w terapii jąkania u dzieci z zespołem Downa**

Formy pomocy logopedycznej, które mogą być przydatne w terapii jąkania u dzieci z ZD, to strategie wykorzystywane w jąkaniu wczesnodziecięcym, zaczerpnięte zarówno z interwencji pośredniej, jak i bezpośredniej.

Zastosowanie metod interwencji pośredniej może być korzystne w niemal wszystkich przypadkach jąkających się dzieci z zespołem Downa. Gdy jednak te metody oddziaływania okażą się niewystarczające, wówczas należy zastosować techniki bezpośredniego upływniania mowy, np.:

- wykorzystanie sylabizowania (L. Baksi, 2004; C. Dell 2008);
- zwolnienie tempa mowy poprzez użycie tzw. mowy żółwiowej (ang. *tortoise talking*);
- utrwalanie mowy zwolnionej oraz opanowanie umiejętności stosowania pauz z wykorzystaniem tzw. mowy autobusikowej (ang. *bus talking*);

- opanowanie łagodnego rozpoczynania wypowiedzi i delikatnego kontaktu narządów artykulacyjnych z wykorzystaniem tzw. mowy samolocikowej (ang. *aeroplane talking*) (E. Kelman, A. Nicholas, 2008; K. Węsierska, 2010);
- nauka skupiania uwagi dziecka i utrzymywania kontaktu wzrokowego podczas mówienia;
- terapia oddechowa – trening właściwej postawy oddechowej w mówieniu (ćwiczenia oddechu podpartego, nawyku brania oddechu przed rozpoczęciem wypowiedzi);
- wykorzystanie w terapii elementów logorytmiki, śpiewoterapii i terapii emisyjno-dycyjnej (K. Węsierska, B. Zipper-Malina, 2009).

W przypadku niektórych jąkających się dzieci z zespołem Downa korzystne może być zastosowanie elementów terapii behawioralnej, np. *Lidcombe Program*. W tym programie dziecko nie jest uczone technik upłynniania mowy, takich jak zwolnienie tempa, pauzowanie czy delikatny kontakt narządów aparatu artykulacyjnego. Innowacyjność programu polega na tym, że jest on wdrażany przez rodziców (ang. *parent-administered*), a nie przez specjalistę. Terapia przy użyciu *Lidcombe Program* polega na wykorzystaniu tzw. werbalnych komentarzy rodzica (ang. *parental verbal contingencies*) w odpowiedzi na mowę dziecka. Zadaniem rodziców jest komentowanie wypowiedzi dziecka bez zająknięć oraz takich, co do których są pewni, że jąkanie wystąpiło – robią to możliwie jak najszybciej po zakończonej wypowiedzi dziecka. Werbalne informacje zwrotne rodziców nie powinny być nadużywane i nie mogą sprawić dziecku przykrości. Przeważa ilość komunikatów w odpowiedzi na płynność w mowie dziecka w porównaniu do reakcji na jąkanie. Po płynnej wypowiedzi, rodzic może po pierwsze, uświadomić to dziecku (np.: *to było płynne, gładkie, dobrze wypowiedziane*), po drugie, pochwalić taką wypowiedź (np.: *wypowiedziałeś to dobrze i płynnie, brawo!*) lub po trzecie, poprosić dziecko o ocenę swojej wypowiedzi (np.: *czy to było płynne, gładkie?*). Z kolei, gdy dziecko się zająknie, rodzic może albo mu to uświadomić (np.: *to było trochę nierówne*) lub poprosić go o poprawienie wypowiedzi (np.: *spróbuj powiedzieć to jeszcze raz, płynnie*). Początkowo terapia jest wdrażana podczas tzw. ustrukturyzowanych konwersacji (ok. 10–15-minutowych zabaw rodzica z dzieckiem prowadzonych każdego dnia). W miarę jak mowa dziecka upływnia się, werbalne komentarze rodziców mogą być udzielane w czasie całego dnia (Harrison E., Onslow M., 2010). Badania wykazują, że *Lidcombe Program* jest bezpieczny dla dziecka, tzn. nie wpływa negatywnie na relacje rodzic – dziecko oraz na inne aspekty komunikacji (M. Onslow, A. Packman, E. Harrison, 2003).

W przypadku jąkających się dzieci z zespołem Downa korzystne może być wprowadzenie pojęć *mowa płynna* i *jąkanie*. L. Baksi sugeruje wykorzystanie w tym celu symboli graficznych Makatonu dla wyjaśnienia dziecku pojęć mowy gładkiej (ang. *smooth*

*speech*) i mowy potkniętej (ang. *bumpy speech*) (L. Baksi, 2004). Cennym doświadczeniem pozwalającym dziecku zrozumieć, a potem odróżnić płynne wypowiedzi od jąkania jest też wykorzystanie wrażeń dotykowych. Logopedzi mogą prezentować dziecku materiały o gładkiej, delikatnej powierzchni albo szorstkiej. W ten sposób najmłodszy przyswajają kolejne umiejętności, takie jak rozróżnianie mowy gładkiej od jąkania w wypowiedziach logopedy oraz własnych, czy korygowanie wypowiedzi na prośbę terapeuty lub rodzica: „spróbuj powtórzyć to jeszcze raz, gładko”.

W niektórych przypadkach możliwe i wskazane będzie także zastosowanie wybranych strategii jąkania bardziej płynnego lub techniki mówienia bardziej płynnego. Jednym z najważniejszych postulatów jest stworzenie takich warunków w środowisku, by mówienie było dla dziecka przyjemnym doświadczeniem. By to osiągnąć często wystarczy zmniejszyć presję otoczenia oraz zbyt wygórowane wymagania, które stawia się dziecku w zakresie komunikowania się.

W terapii logopedycznej dziecka z *zespołem Downa* istotne jest przestrzeganie następujących zasad: (1) terapia odbywa się systematycznie, ale prowadzona jest w formie przyjemnej zabawy; (2) dziecko jest motywowane za pomocą systemu nagród oraz licznych, szczerych pochwał; (3) podczas zajęć stosuje się zasadę stopniowania trudności zadań; materiał podzielony jest na mniejsze partie (zasada minimalnego wysiłku); materiał jest stale utrwalany i powtarzany; (4) w terapii wykorzystywane są metody poglądowe, tzn. informacje prezentuje się w sposób umożliwiający dziecku polisensoryczne doświadczenie (np. w formie wizualnej); (5) w czasie zajęć należy pamiętać o wykorzystaniu wszystkich możliwości małego pacjenta.

### **Jak może pomóc najbliższe otoczenie?**

Praktyczne zalecenia dla rodziców/opiekunów, które pomagają w budowaniu dobrych interakcji z dzieckiem, wpływając na poprawę płynności mowy, to przede wszystkim:

- Kształtuj własne umiejętności i postawy, które są korzystne, ponieważ to dzięki nim Twoje dziecko zwróci uwagę na własną mowę.
- Pamiętaj, że jesteś wzorem, zatem wypowiadaj się w sposób staranny, czyli tak jak chciałbyś, aby mówiło Twoje dziecko.
- Zmniejsz liczbę zadawanych pytań, staraj się unikać wtrąceń, nie przerywaj i nie uzupełniaj wypowiedzi dziecka.

- Utrzymuj kontakt wzrokowy podczas rozmów z dzieckiem, stosuj pauzy, dopasuj poziom wypowiedzi do jego możliwości.
- Zapomnij o krytycznych uwagach pod adresem dziecka. Słuchaj przede wszystkim tego, co dziecko chce Ci powiedzieć, a nie tego, w jaki sposób to robi.
- Wzmacniaj samoocenę dziecka, udzielaj mu pozytywnych informacji zwrotnych, konkretnych i szczerych pochwał.
- Jeśli widzisz, że dziecko ma problem z wypowiedzeniem jakiegoś słowa, pomóż mu, podpowiadając je lub wypowiadając pierwszą sylabę (w sposób łagodny, nienatarczywy), możesz też spróbować wspólnie z dzieckiem wypowiedzi chóralnej.
- Rozmawiaj z dzieckiem o problemach w mowie, których doświadcza – okazuj mu akceptację. Niech objawy jąkania nie będą tematem tabu. Nie udawaj, że nie dostrzegasz problemu, z jakim boryka się Twoje dziecko. Powiedz mu, że każdy może się czasem zająknąć i nie należy się tym przejmować<sup>1</sup> (K. Węsierska, B. Jeziorczak, 2011).

Bardzo istotne jest obserwowanie przebiegu rozwoju mowy dziecka, zwracanie uwagi na kolejne, opanowywane przez niego umiejętności językowe. Rodzice powinni pamiętać, że ich dziecko nie tylko się jąka, ale przede wszystkim ciągle uczy się mówić. Należy aktywnie wspomagać i stymulować ten proces poprzez codzienne zabawy językowe (np. wspólne opowiadanie czytanych książeczek, zadawanie zagadek, rozwiązywanie rebusów i in.), które pośrednio wpływają na upłynnianie mowy (E. Słodownik-Rycaj, 2001; H. Łazowska, B. Mikiciuk, B. Moritz, 2002; J. Cieszyńska, M. Korendo, 2007).

### **Sposoby wspomagania rozwoju mowy dzieci z zespołem Downa w codziennych sytuacjach**

Częścią niezbędnych działań logopedy jest upowszechnianie wiedzy o rozwoju mowy, ale również o zaburzeniach, w tym na przykład o zjawisku jąkania. Oddziaływania logopedy koncentrują się wówczas na dostarczaniu informacji na temat tego, jakie są objawy, metody terapii oraz strategii udzielania społecznego wsparcia w codziennych sytuacjach dziecku, które się jąka. Trzeba pamiętać, że każde dziecko ma inne tempo przyswajania informacji. Nigdy nie można dopuścić do tego, by ambicje rodziców bądź logopedy były ważniejsze od

---

<sup>1</sup> Więcej informacji (także w języku polskim) przydatnych dla rodziców/opiekunów oraz nauczycieli jękających się dzieci z zespołem Downa można znaleźć na stronie *The Stuttering Foundation of America*: <http://www.stutteringhelp.org/polish-translations>

dobra dziecka. Logopeda może wesprzeć rodziców i podpowiedzieć im, w jaki sposób wykorzystywać codzienne interakcje z dzieckiem, aby wspierać jego rozwój mowy, a tym samym płynność wypowiedzi. Terapeuta pomaga zrozumieć, jak ważne jest dostosowanie poziomu wypowiedzi osoby dorosłej do możliwości dziecka. Logopeda uświadamia opiekunom konieczność wprowadzenia zasad mówienia naprzemiennego, ograniczenia liczby kierowanych do dziecka instrukcji i poleceń, zwłaszcza w czasie zabawy.

Wspieranie nabywania sprawności językowej dziecka z zespołem Downa może być prowadzone z wykorzystaniem metodologii Centrum Hanen z Kanady. Szczególnie pomocne może okazać się użycie programu terapeutycznego *It Takes Two To Talk (Do rozmowy potrzeba dwojga)*, który jest rekomendowany dzieciom z opóźnionym rozwojem mowy, manifestującym tzw. specyficzne zaburzenie rozwoju językowego, jak i dzieciom, które prezentują różnego typu opóźnienia rozwojowe (Girolametto, Weitzman, 2006). W tym programie opiekunowie są uczeni przyjmowania w kontaktach z dzieckiem postawy rodzica uważnego, skoncentrowanego na zachowaniach dziecka (ang. *child-oriented behaviors*) (C. Conclin, J. Pepper, E. Weitzman, A. McDade, 2007). Rodzic zachęca dziecko do inicjowania interakcji oraz – tak często jak to możliwe – podąża za jego zainteresowaniami. Techniki, których uczą się rodzice w czasie udziału w programie to: *Obserwuj; Czekaj i słuchaj; Bądź twarzą w twarz; Pozwól dziecku przejmować inicjatywę – podążaj za dzieckiem*. Ponadto, celem programu jest promowanie dobrych interakcji osoby dorosłej z dzieckiem (ang. *interaction-promoting strategies*), a techniki, które temu sprzyjają to: *Dopasuj ilość swoich wypowiedzi w konwersacji do ilości wypowiedzi dziecka – mówienie na przemian; Sygnalizuj dziecku jego kolejność w wypowiedzianiu się; Pytaj, by podtrzymać rozmowę*.

Inną grupą strategii stosowanych w programach Hanena, które mogą być pomocne w przezwyciężaniu objawów jąkania u dziecka z zespołem Downa, są te związane z modelowaniem języka dziecka. Ich celem jest stymulowanie rozwoju odbiorczych i nadawczych kompetencji językowych. Techniki, które są wykorzystywane to: *Nazywaj; Powtarzaj; Tłumacz; Interpretuj; Podkreślaj to, co najważniejsze; Rozwijaj wypowiedzi dziecka; Poszerzaj temat* (L. Girolametto, J. Greenberg, H. A. Manolson, 1986; J. Pepper, E. Weitzman, 2004; K. Węsierska, 2011). W programie *It Takes Two to Talk* szczególnie akcentuje się fakt, że dziecko nie tyle uczy się języka, lecz przyswaja go w toku interakcji społecznych. Rodzic, dzięki udziałowi w szkoleniu zdobywa odpowiednią wiedzę i nabywa praktyczne umiejętności, które umożliwiają mu w pełni świadome wspieranie dziecka w przezwyciężaniu jego problemów w komunikowaniu się.

## **Dlaczego skuteczna interwencja wymaga zaangażowania członków rodziny w proces terapii?**

Od dłuższego czasu w postępowaniu logopedycznym rekomendowane jest podejmowanie ścisłej współpracy z rodziną – odnosi się to do wielu zaburzeń mowy, nie tylko do jąkania (B. Jeziorczak, K. Węsierska, 2011; A. Ładyżyński, 2012; I. Michalak-Widera, K. Węsierska, 2009; H. Waszczuk, 2005; M. Skórczyńska, 2006; K. Węsierska, 2011). Interwencja logopedyczna staje się skuteczniejsza dzięki zastosowaniu tzw. *family-centered model of intervention* (określanego też inaczej jako *family-based approach*), czyli maksymalnego wykorzystania zasobów rodziny w procesie terapii dziecka jękającego się (M. C. Bruce, N. DiVenere, C. Bergeron, 1998; S. McCool, 2000). Zaangażowanie rodziców w proces terapii oznacza, że terapeuta na każdym etapie postępowania logopedycznego pracuje wspólnie z nimi: udziela im porad, konsultacji, uzyskuje od nich ważne informacje. Logopeda potrafi rozpoznać, jakie uczucia towarzyszą opiekunom, jakie są ich postawy i przekonania związane z problemem dziecka, dzięki czemu wspólnie precyzowane są cele terapii. Rodzice są zaangażowani w planowanie i programowanie postępowania terapeutycznego, podejmują także istotne decyzje (np. o zakończeniu postępowania terapeutycznego) (D. Molyneaux, V. W. Lane, 1990).

Wielu logopedów akcentuje potrzebę wypracowania partnerskiego modelu interakcji pomiędzy specjalistą a rodzicami/opiekunami (J. Cieszyńska, 2011; B. Jeziorczak, K. Węsierska, 2011). Ważne jest nie tylko rozpoznanie i zrozumienie przez terapeutę, jakich emocji doświadczają opiekunowie, ale także istotne, by zagwarantować im atmosferę bezpieczeństwa, która pozwoli szczerze mówić o swoich problemach oraz dzielić się ze specjalistą wątpliwościami. Warto doprecyzować, czego opiekunowie spodziewają się po terapii i jakie są ich oczekiwania względem terapeuty. Nie mniej ważne jest to, w jaki sposób specjalista rozmawia z rodziną, nie tylko podczas przeprowadzania wywiadu, udzielania porad, czy w czasie konsultacji, ale również w czasie trwania terapii. Rozmowy z rodzicami powinny toczyć się bez użycia specjalistycznego żargonu. Logopeda powinien aktywnie słuchać, nie przerywać i powstrzymać się od zbędnych ocen lub krytykowania postaw rodziców, nawet jeśli nie zawsze się z nimi zgadza. Specjalista, który pyta, rekomenduje, a przez to pomaga dochodzić do konstruktywnych wniosków, jest znacznie bardziej skuteczny niż ten, który ocenia, zaleca i poucza (N. G. Ambrose, 2006; H. Knapp, 2009; D. M. Luterman, 2008; P. Zebrowski, 2008). Warto pamiętać, że tak naprawdę to rodzice decydują o przebiegu terapii, oni także ponoszą pełnię odpowiedzialności za swoje dziecko (E. Kelman, A. Nicholas, 2008, K. Węsierska, 2010). Zadaniem logopedy jest stworzenie

opiekunom możliwości do pełnego i aktywnego uczestniczenia w procesie terapii. To rodzice wdraża konkretne postępowanie w warunkach domowych, logopeda staje się wtedy jego trenerem, przewodnikiem. Ważne, by terapeuta zobaczył w rodzicach ekspertów w dziedzinie wychowania swojej pociechy. Istotne, by logopeda nauczył opiekunów rozpoznawać mocne strony dziecka.

Dzięki wsparciu specjalisty można zbudować program terapii w oparciu o posiadane przez rodzinę zasoby. W takim programie rodzice uczą się, w jaki sposób radzić sobie z problemem jąkania. Opiekunowie obniżą także swój poziom lęku spowodowanego jąkaniem i zaczną koncentrować się na tym, co już dobrze działa w ich rodzinie, dzięki czemu będą ogromną podporą dla dziecka (E. Kelman, A. Nicholas, 2008).

Logopeda powinien nauczyć się traktować indywidualnie każde dziecko i każdą rodzinę, z którą pracuje, pamiętając, aby dopasowywać postępowanie terapeutyczne do potrzeb i oczekiwań konkretnego przypadku, sytuacji i rodziny. Ważne, by rozmawiać o emocjach towarzyszących rodzicom oraz nauczycielom w momencie, gdy dziecko się jąka. Okazuje się, że konkretne reakcje werbalne bądź niewerbalne na jąkanie się dziecka mogą wywoływać u niego negatywne uczucia, na przykład smutek lub odrzucenie (L. Scott, C. Guitar, 2012).

Praca logopedy jest bardzo ważną częścią aktywności całego zespołu, w skład którego wchodzi rodzice i inni terapeuci. Wszystkim powinno zależeć na tym, by dziecko w ogóle się komunikowało. Ważne zatem, by pamiętać, że płynność nie będzie ani dla logopedy, ani dla rodziców celem samym w sobie. Najważniejsze, by akceptować dziecko takim, jakie ono jest i aby wszyscy, którzy pracują z nim podążali w tym samym kierunku, czyli chcieli przede wszystkim mu pomóc. Dlatego jednym z najważniejszych zadań logopedy, warunkującym powodzenie interwencji logopedycznej w jąkaniu u dzieci z zespołem Downa, jest wspieranie rodziców i uaktywnianie ich podczas zajęć. Badania naukowe dowodzą skuteczności modelu interwencji logopedycznej zorientowanej na pracę z rodziną. Terapia prowadzona w taki sposób umożliwia trwałe zmiany w sposobie komunikowania się członków rodziny oraz tworzy sprzyjające warunki do osiągnięcia postępów w zakresie upłynniania mowy dziecka (M. Onslow, S. Millard, 2012).

James MacDonald oraz Pam Stoika zwracali uwagę na to, jak ważne w terapii są strategie komunikacyjne. Autorzy pisali między innymi o równowadze w rozmowach (rodzice powinni dać dziecku czas, by miało szansę włączyć się w dyskusję), a także o dopasowaniu poziomu języka, pozytywnym reagowaniu (zwracaniu uwagę na uczucia, zachowania, słowa), dzieleniu kontroli (każdy z rodziców powinien w równym stopniu sprawować kontrolę),

bawieniu się z dzieckiem i docenianiu go. Mimo że strategie te wydają się oczywiste, jednak wcielenie ich w życie nie jest już takie proste. Nauka tych strategii nie jest łatwa i *często wymaga tak dużych zmian w rodzicach jakich oczekujemy od dziecka* (J. MacDonald, P. Stoika, s.28).

*Im częściej dziecko wchodzi w interakcje z innymi ludźmi, tym więcej się uczy i komunikuje* (J. MacDonald, P. Stoika, 2007, s.11). Rekomendowany przez terapeutów program *Communicating Partners uczy zarówno rodziców, jak i nauczycieli odpowiednich strategii, które mogą stosować podczas zabawy z dzieckiem, czytania mu książek, kąpieli, prac domowych i innych czynności, w których uczestniczą dorośli* (J. MacDonald, P. Stoika, 2007, s.12). W tym programie zwraca się szczególną uwagę na to, by opiekunowie byli zaangażowani we wszystko, co robią ich dzieci, tak by czuły się akceptowane i chciały uczyć się od nich zasad komunikacji – w ten sposób najmłodszy przystosowują się do życia w społeczeństwie. Regularne stosowanie wskazanej strategii, pozwala ulepszyć komunikowanie się dziecka, jego rozwój poznawczy i społeczny. Niezwykle ważne, by partnerem dziecka w programie byli nie tylko rodzice, ale na przykład rodzeństwo, dziadkowie, nauczyciele, dzięki temu może nauczyć się, że są różne style prowadzenia rozmów w tych samych sytuacjach, które determinuje osoba, z jaką wchodzimy w interakcję (J. MacDonald, P. Stoika, 2007).

Dbając o zaangażowanie rodziców w proces terapii trzeba pamiętać, aby nie stworzyć sytuacji, w której zamieniają się oni w nauczycieli. Niezwykle istotne jest przestrzeganie zasady partnerstwa podczas interakcji z dzieckiem – dotyczy to przede wszystkim wspólnych zabaw. Gdy rodzic podczas zabawy jest partnerem, wtedy dziecko czuje się swobodnie i odnosi największe korzyści związane z przyswajaniem języka (J. MacDonald, P. Stoika, 2007). Wiele poradników dostarcza ogromnego zasobu informacji o pozytywnym wpływie zabawy z dzieckiem (zwłaszcza o szczególnych potrzebach edukacyjnych) na jego rozwój językowy (S. Schwartz, J. Miller, 1996; E. Minczakiewicz, 2001; J. MacDonald, P. Stoika, 2007). Dzieci z *zespołem Downa* potrzebują dodatkowego wsparcia swoich najbliższych, którzy mogą pomóc w rozwoju ich umiejętności.

## **Podsumowanie**

Zaburzenia płynności mowy u osób z *zespołem Downa* są częścią doświadczeń związanych z codziennym komunikowaniem się. Osoby te potrzebują konkretnej pomocy, by poprawić swoją mowę oraz związaną z tym jakość porozumiewania się. Okazuje się, że szereg technik płynnego mówienia i strategii postępowania logopedycznego w przypadku



osób jąkających się może z powodzeniem być zaadaptowany do pracy z osobami z ZD. Terapia logopedyczna przy czynnym zaangażowaniu najbliższego otoczenia prowadzi do istotnych zmian, które zachodzą nie tylko w mowie, ale często w postawie pacjenta. Należy jednak zdać sobie sprawę z tego, że zmiany nie następują nagle – wymagają nie tylko czasu, ale i wysiłku (L. Scott, C. Guitar, 2012).

Terapeuci mowy kładą ogromny nacisk na współpracę z rodziną, która w największym stopniu jest w stanie wpłynąć na poprawę komunikacji osób z ZD. Jest oczywiste, że rodzice spędzają najwięcej czasu ze swoimi dziećmi, dlatego są w dobrej pozycji, by podczas codziennych czynności modelować taki sposób mówienia, który będzie dla dziecka naturalny. Należy podkreślić, iż rodzice dzieci z zespołem Downa – w przeciwieństwie do rodziców dzieci harmonijnie rozwijających się – nie mogą pracować sami, ponieważ potrzebują permanentnego wsparcia oraz fachowych porad, żeby polepszyć komunikacyjne możliwości swoich pociech. Istnieją metody, które mogą ułatwić przyswajanie mowy i języka w przypadku dzieci z ZD. Takie osoby potrzebują na przykład krótkich, ale częstszych ćwiczeń, co wiąże się z tym, że nie potrafią się długo skupić. Zatem logopeda jest w stanie dostarczyć rodzinom potrzebnej wiedzy, trafnych spostrzeżeń, sugestii oraz wskazówek – w ten sposób pomaga nie tylko osobom z ZD, ale również ich rodzinom (L. Kumin, 1994).

*Jeśli uczymy się na przykład gry na pianinie, ale nie ćwiczymy tej umiejętności systematycznie, nie nauczymy się dobrze grać – podobnie jest z mówieniem* (J. MacDonald, P. Stoika, 2007, s.16). By dziecko z zespołem Downa nauczyło się zasad płynnego mówienia i mogło wprowadzać je w życie, potrzebuje regularnych ćwiczeń oraz treningów umiejętności komunikacyjnych. Zrozumienie, jakie są cele terapii jąkania i dlaczego skuteczna interwencja wymaga zaangażowania członków rodziny w proces terapii, jest kluczem do osiągnięcia sukcesu w przypadku płynności mowy u dzieci z zespołem Downa.

### **Bibliografia:**

1. **Ambrose N.G. (2006):** *Early Stuttering: Parent Counseling.* [w:] Bernstein Ratner N., Tetnowski J. (red.): *Current Issues in Stuttering Research and Practice.* Lawrence Erlbaum Associates Publishers, Mahwah, s. 87-98.
2. **Baksi L. (2004):** *Dysfluency, Stammering, Getting Stuck? Down's Syndrome Association Newsletter, nr 108, s. 1-9, www.downs-syndrome.org.uk [dostęp z dn. 9 sierpnia 2012r.].*
3. **Bennett E.M. (2006):** *Working with People Who Stutter. A Lifespan Approach.* Pearson Education Inc., Upper Saddle River.

4. **Bloodstein O. (1975):** *A Handbook on Stuttering. National Easter Seal Society for Crippled Children and Adults, Chicago.*
5. **Bruce M. C., DiVenere N., Bergeron C. (1998):** *Preparing Students to Understand and Honor Families as Partners. "American Journal of Speech-Language Pathology", t. 7, nr 3, s. 85-94.*
6. **Chęć M. (2006):** *Problemy dysflucji mowy w aktualnych światowych badaniach (z uwzględnieniem V Kongresu Światowego Towarzystwa Zaburzeń Płynności Mowy w Dublinie). Forum Logopedyczne, 2006, nr 11, s. 37-44.*
7. **Cieszyńska J., Korendo M. (2007):** *Wczesna interwencja terapeutyczna. Stymulacja rozwoju dziecka od noworodka do 6 roku życia. Wydawnictwo Edukacyjne, Kraków.*
8. **Cieszyńska J. (2011):** *Wczesna diagnoza i terapia zaburzeń autystycznych. Wydawnictwo Omega State Systems, Kraków.*
9. **Conclin C., Pepper J., Weitzman E., McDade A. (2007):** *Making Hanen Happen. Leaders Guide It Takes Two to Talk. The Hanen Program for Parents. The Hanen Centre Publications, Toronto.*
10. **Conture E. (2004):** *Why does my child stutter? [w:] Curlee R., Conture R., Nelson L. (red.): Stuttering and your child. The Stuttering Foundation, Memphis.*
11. **Dell C. W. (2008):** *Terapia jąkania u dzieci w młodszym wieku szkolnym. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków.*
12. **Devenny D. A., Silverman W. P. (1990):** *Speech dysfluency and manual specialization in Down's syndrome. Journal of Mental Deficiency Research, vol. 34, s. 253-260.*
13. **Harrison E., Onslow M. (2010):** *The Lidcombe Program for Preschool Children Who Stutter [w:] Guitar B., McCauley R. (red.): Treatment of Stuttering. Established and Emerging Interventions. Wolters Kluwer, Lippincott Williams and Wilkins, Baltimore, s. 118-140.*
14. **Howell P. (2007):** *Signs of developmental stuttering up to age eight and 12 plus. Clinical Psychology Review, vol. 27 (3), s. 286-306.*
15. **Girolametto L., Weitzman E. (2006):** *It Takes Two to Talk – The Hanen Program for parents: Early language intervention through caregiver training [w:] McCauley R., Fey M. (red.), Treatment of language disorders in children. P. H. Brookes Publishing, Baltimore, s. 77-103.*

16. **Girolametto L., Greenberg J., Manolson H. A. (1986):** *Developing dialogue skills: The Hanen early language parent program. Seminars in Speech and Language, nr 7, s. 367-382.*
17. **Gregory H. H. (2003):** *Essential Background Information.* [w:] Gregory H. H. (red.): *Stuttering Therapy. Rationale and Procedures, Pearson Education, Inc. Boston, s. 1–21.*
18. **Gregory H. H., Hill D. (1999):** *Differential Evaluation – Differential Therapy for Stuttering Children.* [w:] Curlee R. F., (red.): *Stuttering and Related Disorders of Fluency. Thieme. New York, s. 22–42.*
19. **Guïtar B. (2006):** *Stuttering. An Integrated Approach to Its Nature and Treatment, Lippincott Williams and Wilkins, Baltimore.*
20. **Guïtar B., Conture E. (2012):** *Dziecko, które się jęka. Informacje dla pediatri. Centrum Logopedyczne, Katowice.*
21. **Jeziórczak B., Węsierska K. (2011):** *Jakość relacji logopeda – rodzic dziecka jękającego się a skuteczność terapii jękania wczesnodziecięcego.* [w:] Gruba J. (red.): *Wybrane problemy logopedyczne. Wydawnictwo Fonem.eu, Gliwice, s. 51-66.*
22. **(2000):** *ICD-10 Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD – 10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków.*
23. **Kaczmarek B. (2008):** *Wspomaganie rozwoju dzieci z zespołem Downa – teoria i praktyka. Wydawnictwo Impuls, Kraków.*
24. **Kaczmarek L. (1996):** *Nasze dziecko uczy się mówić. Wydawnictwo Lubelskie, Lublin.*
25. **Kelman E., Nicholas A. (2008):** *Practical Intervention for Early Childhood Stammering. Palin PCI Approach. Speechmark Publishing Ltd., Milton Keynes.*
26. **Knapp H. (2009):** *Komunikacja w terapii. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.*
27. **Kumin L. (1994):** *Communication skills in children Down Syndrome. A Guide for Parents. Woodbine house, Bethesda.*
28. **Luterman D. M. (2008):** *Counseling Persons with Communication Disorders and Their Families. Pro-Ed, Austin.*
29. **Ładyżyński A.(2012):** *Siła rodziny – próba spojrzenia systemowego.* [w:] Kokot K., (red.): *Wieloaspektowość diagnozy i terapii logopedycznej. Oficyna Wydawnicza Atut – Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe, Wrocław, s. 103-118.*
30. **Łazowska H., Mikiciuk B., Moritz B. (2002):** *Co zrobić, aby ułatwić dziecku naukę czytania i pisanie. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków.*

31. **MacDonald J., Stoika P. (2007):** *Play To Talk. A practical guide to help your late-talking child join the conversation.* Kiddo Publishing Madison, Wisconsin.
32. **McCool S. (2000):** *Collaboration with Parents, [w:] McCartney E., (red.): Speech/Language Therapists and Teachers Working Together. A System Approach to Collaboration.* Whurr Publishers Ltd, London, s. 150-161.
33. **Michalak-Widera I., Węsierska K. (2009):** *Zaangażowanie rodziców/opiekunów w terapię dziecka z opóźnionym rozwojem mowy warunkiem skuteczności terapii logopedycznej.* Forum Logopedyczne, nr 16, s. 18-22.
34. **Midro A. (2008):** *Zespół Downa. Przyczyny powstania, diagnoza i elementy poradnictwa genetycznego. [w:] Kaczmarek B. (red.): Wspomaganie rozwoju dzieci z Zespołem Downa, Impuls, Kraków, s. 21–36.*
35. **Minczakiewicz E. (1998):** *Gdy u dziecka rozpoznano zespół Downa. Poradnik dla rodziców i wychowawców.* Wydawnictwo Naukowe WSP, Kraków.
36. **Minczakiewicz E. (2001):** *Jak pomóc w rozwoju dziecka z zespołem Downa. Poradnik dla rodziców i wychowawców.* Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków.
37. **Molyneaux D., Lane V. W. (1990):** *Successful Interactive Skills for Speech-Language Pathologists and Audiologists.* Aspen Publishers, Inc, Rockville.
38. **Onslow M., Packman A., Harrison E. (2003):** *The Lidcombe Program of Early Stuttering Intervention. A Clinician's Guide.* Pro-Ed, Austin.
39. **Onslow M., Millard S. (2012):** *Palin Parent Child Interaction and Lidcombe Program: Clarifying some issues.* Journal of Fluency Disorders, vol. 37 (1), s. 1–8.
40. **Pepper J., Weitzman E. (2004):** *It Takes Two to Talk. A Practical Guide for Parents of Children with Language Delays,* The Hanen Centre, Toronto.
41. **Preus A. (1972):** *Stuttering in Down's syndrome.* Scandinavian Journal of Educational Research, vol. 16, s. 89-104.
42. **Preus A. (1990):** *Treatment of mentally retarded stutterers.* Journal of Fluency Disorders, vol. 1990, s. 223-233.
43. **Roberts J., Chapman R., Warren S. (2008):** *Speech & language development & intervention in Down Syndrome & Fragile X Syndrome.* Paul H. Bookes Publishing Co. Baltimore, London, Sydney.
44. **Rogojski A., Sobiczewska B., Bartosiewicz W., Kiersnowska F., Masternak-Wasiuk K. (1996):** *Występowanie zespołu Downa w regionie CMKP (województwa*

- ciechanowskie, ostrołęckie i siedleckie. [w:] Patkiewicz J. (red.): Współczesna diagnostyka i rehabilitacja dzieci z zespołem Downa, PTWK, Wrocław, s.21-25.*
45. **Rustin L., Botterill W., Kelman E. (1996):** *Assessment and therapy for young dysfluent children: family interaction. Whurr Publishers Ltd., London.*
46. **Sadowska L. (2008):** *Wrocławski Model Usprawniania (WMU) we wczesnej diagnostyce i terapii dzieci z zespołem Downa. [w:] Kaczmarek B. (red.): Wspomaganie rozwoju dzieci z zespołem Downa – teoria i praktyka. Wydawnictwo Impuls. Kraków, s.195-223.*
47. **Sadowska L., Mysiek-Prucnal M., Gruna-Ożarowska A. (2008):** *Medyczne podstawy zaburzeń struktury i funkcji u dzieci z zespołem Downa. [w:] Kaczmarek B. (red.): Wspomaganie rozwoju dzieci z zespołem Downa – teoria i praktyka. Wydawnictwo Impuls, Kraków, s. 37-62.*
48. **Scott L., Guitar C. (2012):** *Jak mówić w szkole o jąkaniu? Podręcznik dla nauczycieli i logopedów. Centrum Logopedyczne, Katowice.*
49. **Schwartz S., Miller J. (1996):** *The new language of toys. Teaching Communication Skills to Children with Special Needs. A Guide for parents and teachers. Woodbine house, Bethesda.*
50. **Skórczyńska M. (2006):** *Podjęcie zorientowane na rodzinę we współczesnej teorii i praktyce wczesnej interwencji. [w:] Cytowska B., Winczura B. (red.): Dziecko z zaburzeniami w rozwoju. Konteksty diagnostyczne i terapeutyczne. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków, s. 281-286.*
51. **Słodownik-Rycaj E. (2001):** *Gry i zabawy językowe. Jak pomagać dziecku w przyswajaniu języka. Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa.*
52. **Stratford B. (1993):** *Zespół Downa. Przeszłość, terażniejszość i przyszłość. Tłum. Zdzienicka E., Mroziak B. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.*
53. **Tarkowski Z. (1997):** *Jąkanie wczesnodziecięce. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa.*
54. **Tarkowski Z. (2008):** *Zaburzenia mowy dzieci upośledzonych umysłowo. [w:] Gałkowski T., Jastrzębowska G. (red.): Logopedia. Pytania i odpowiedzi. Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole, s. 203-209.*
55. **Wald I. (1980):** *Przyczyny upośledzenia umysłowego. [w:] Hulek A. (red.) Pedagogika rewalidacyjna. Wydawnictwo PWN, Warszawa, s. 164-176.*
56. **Waszczuk H. (2005):** *Rodzinna terapia jąkania. Fundacja Rozwoju Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk.*

57. **Węsierska K., Zipper-Malina B. (2009):** Zaburzenia płynności mowy u dzieci z zespołem Downa. *Forum Logopedyczne*, nr 16, s. 23-28.
58. **Węsierska K. (2010):** Interakcyjna Terapia Rodzic-Dziecko przykładem skutecznego postępowania logopedycznego w jåkaniu wczesnodziecięcym. *Forum Logopedyczne*, nr 18, s. 23-30.
59. **Węsierska K. (2011):** Udział rodziców w terapii opóznionego rozwoju mowy na przykładzie kanadyjskiego programu Do Rozmowy Potrzeba Dwojga – *It Takes Two to Talk The Hanen Program® for Parents*. *Forum Logopedyczne*, nr 19, str. 94-101.
60. **Węsierska K., Jeziorczak B. (2011):** Czy moje dziecko się jåka? Przewodnik dla rodziców małych dzieci, które mają problem z płynnym mówieniem. Centrum Logopedyczne, Katowice.
61. **Węsierska K. (2012):** Problemy jåkania się dzieci w wieku przedszkolnym. [w:] Skibska J. Larysz D., (red.): *Neurologopedia w teorii i praktyce. Wybrane zagadnienia diagnozy i terapii dziecka*. Wydawnictwo Akademii Techniczno-Humanistycznej w Bielsku-Białej, Bielsko-Biała, s. 107-131.
62. **Woźniak T. (2008):** Standard postępowania logopedycznego w przypadku jåkania, *Logopedia*, t. 37, s. 217-226.
63. **Zasępa E. (2012):** Psychospołeczne funkcjonowanie osób z zespołem Downa. Wydawnictwo Impuls, Kraków.
64. **Zebrowski P. (2008):** *Counseling the Parents of Children Who Stutter. The Stuttering Foundation of America, Memphis.*
65. **Zgólkowa H., Bulczyńska K. (1987):** *Słownictwo dzieci w wieku przedszkolnym*. Wydawnictwo UAM, Poznań.
66. **Yairi E., Seery C.H. (2011):** *Stuttering. Foundations and Clinical Applications*. Pearson Education, Inc. Upper Saddle River.
- ✓ Niniejszy artykuł ukazał się w książce pt. *Dziecko z zespołem Downa – wybrane zagadnienia terapii* pod red. J. Skibskiej oraz M. Martyniak, Akademia Techniczno-Humanistyczna w Bielsku-Białej 2012, s.49-67.