

Zaburzenia mowy i trudności w komunikacji dzieci z FASD

Z Mirą Rządzką, dr nauk o zdrowiu, neurologopedą, specjalistą wczesnej interwencji, trenerem/nauczycielem masażu Shantala i Shantala Special Care rozmawia Magdalena Borkowska.

Dzieci z zaburzeniami wynikającymi z ekspozycji na alkohol w życiu płodowym (FASD) mają zaburzenia w zakresie rozwoju języka i komunikacji. Czy mogłaby Pani powiedzieć na czym dokładnie polegają ich problemy?

U dzieci z FASD można zaobserwować problemy w wielu obszarach rozwojowych: dysmorfie twarzoczaszki, zaburzenia wynikające z uszkodzenia OUN i zaburzenia wtórne. Każdy z tych zaburzeń niesie ze sobą określone konsekwencje.

Weźmy pod uwagę specyficzne **cechydysmorficzne twarzy**: z punktu widzenia rozwoju mowy i narządów mowy, mogą one powodować konkretne trudności: wygładzenie lub brak *filtrum*iniewielka, wąska czerwien wargowa mogą stwarzać trudności w poborze pokarmu. W trakcie ssania wargi tworzą tzw. pierwszą uszczelkę, a zatem obniżenie ich zwarcia na brodawce czy smoczku będzie rozszczelniało układ ssący i będzie sprzyjało nadmiernemu połykaniu powietrza. Noworodek czy niemowlę, mając trudność przy domknięciu warg przy ssaniu, będzie budowało kompensacje w poborze pokarmu. Kompensacją może być np. nasilenie odruchu kłusania w celu wydobycia pokarmu, co jest bolesne dla karmiącej mamy, prowadzi do stanów zapalnych brodawek i jest najczęstszą przyczyną rezygnacji z karmienia piersią. W późniejszym czasie możemy obserwować utrudnioną naukę jedzenia łyżeczką, trudności w przyswajaniu umiejętności picia z kubka. Często pojawia się też zaburzenie koordynacji w skomplikowanym procesie: ssanie, połykanie, oddychanie, sterowanej przez OUN, który w zespole FASD niejednokrotnie rozwija się z wieloma deficytami, wynikającymi z ekspozycji na alkohol.

Z kolei inny problem dysmorficzny to niski poziom mimiki twarzy, co powoduje trudności w rozwoju komunikacji niewerbalnej, w wyrażaniu emocji, a w przyszłości znacznie będzie utrudniało artykulację. Specyficznie ustawiona szpara oczna może skutkować niewielkim polem uwagi wzrokowej, zaburzeniami wzrokowego przetwarzania, a często współwystępująca hipoplazja (niedorozwój) nerwu wzrokowego iniedowidzenie będą w znacznym stopniu ograniczać umiejętności potrzebne do rozwijania funkcji wzrokowych (np. czytania).

Swoistą rolę w procesie przyswajania mowy pełni ucho i jego struktury. Nieprawidłowo ustawiona bądź dysmorficzna małżowina nie będzie właściwie zbierać i lokalizować informacji dźwiękowych z otoczenia. U dzieci z FASD często występuje wadliwa budowa przewodów słuchowych, ubytki słuchu i choroby uszu, co częstozaburza przyswajanie normatywnych wzorców mowy. W literaturze wspomina się także o znacznych zaburzeniach

przetwarzania słuchowego: trudności rozwoju pamięci i uwagi słuchowej, różnicowania dźwięków (zaburzenia słuchu fonemowego) itp.

Specyfika w budowie środkowej części twarzy u dziecka z FASD (szeroka, obniżona nasada nosa, spłaszczona środkowa część twarzy, nosek krótki i zadarty) mogą sprzyjać kształtowaniu się nieprawidłowego toru oddechowego, ustnego, co w przyszłości powoduje konsekwencje zgryzowe, artykulacyjne, laryngologiczne. Jeszcze innym problemem są współwystępujące w FASD zaburzenia w rozwoju kostnym twarzoczaszki: wady rozszczepowe, nieprawidłowy rozwój szczęki (najczęściej niedorozwój, czyli hipoplazja), wczesnie kształtujące się wady zgryzu. Oczywiście u każdego dziecka występuje znaczne zróżnicowanie wymienionych cech.

Innym, bardzo specyficznym obszarem są uszkodzenia OUN, powstające w różnym nasileniu oraz zaburzenia wtórne, czyli narastające trudności rozwojowe na skutek braku lub niewłaściwej stymulacji (terapii). Najczęściej wymienia się opóźnienia bądź zaburzenia w rozwoju mowy (jej opóźniony rozwój, zaburzenia artykulacyjne, trudności z nabywaniem słownika ilościowego i jakościowego, zaburzenia melodii wypowiedzi), trudności z autoregulacją emocjonalną, trudności w nauce.

Jak logopeda rozróżnia zaburzenia wynikające z ekspozycji płodu na alkohol od zaburzeń wrodzonych spowodowanych innymi czynnikami?

W swojej praktyce zawodowej nie spotkałam się z testami różnicującymi zaburzenia FASD od innych zaburzeń rozwojowych. W okresie noworodkowym czy niemowlęcym zauważamy istotne wspomniane już cechy dysmorficzne twarzy, które jednakże ulegają zatarciu wraz z rozwojem dziecka. Zaburzenia OUN spowodowane ekspozycją płodu na alkohol mogą dawać taki obraz deficytów rozwojowych, jaki pojawia się np. u dzieci z innymi zaburzeniami rozwojowymi czy poznawczymi, czyli trudno mówić o jednoznacznych, charakterystycznych trudnościach w przyswajaniu języka rodzinnego, typowych **tylko** dla dzieci z FASD. Jednakże w badaniach deficytów językowych, opisywanych w literaturze, coraz częściej zwraca się uwagę na równowagę występowania trudności w umiejętnościach zarówno lewo-, jak i prawopółkulowych, niezbędnych do rozwoju języka. Z cech prawopółkulowych najczęściej bywa zaburzona prozodia wypowiedzi (ton, intonacja, tempo mowy, głośność), zaburzenia rozumienia kontekstu, konsytuacji, metafor, w umiejętnościach lewopółkulowych zauważa się trudności w rozwoju kolejnych etapów języka, nauce nowych słów, w przyswajaniu reguł gramatycznych.

Jakie formy terapii neurologopedycznej mogą być skuteczne w przypadku deficytów ujawniających się u dzieci z FASD?

Dla podjęcia terapii neurologopedycznej istotna jest diagnoza funkcjonalna, która będzie opisywać umiejętności lub ich braki u dziecka we wszystkich obszarach rozwoju kompetencji językowych. Pierwszym krokiem powinna być diagnoza, przeprowadzona adekwatnie do wieku dziecka.

Wczesna diagnostyka logopedyczna powinna obejmować ocenę:

- odruchowych reakcji oralnych (prawidłowość realizacji odruchów: wargowych, szukania, kąsania, lizania, wypychania, ssania i połykania, odruchu wymiotnego),
- funkcji pokarmowych (picie, gryzienie, żucie),
- budowy anatomicznej obszaru oralnego (warg, podniebienia miękkiego i twardego, wędzidełek języka i warg),
- umiejętności wokalicznych dziecka i reakcjizwrotnych, zwierciadlanych, takich jak uśmiech, odpowiedź niewerbalna, naśladowanie rodziców,
- reakcji słuchowych dziecka,
- rozwoju rozumienia prymarnego (prawopółkulowego),
- rozwoju etapu słowa, zdania,
- rozwoju wyższych umiejętności OUN (rozumienia reguł przyswajania języka: kategoryzacje, sekwencyjność, relacje przestrzenne i inne oraz ich uczenia się przez analogię),
- rozwoju sprawności artykulacyjnej,
- ocenę rozwoju funkcji słuchowych.

Metody, formy terapii muszą być dobrane w zależności od deficytów oraz potrzeb i możliwości psychofizycznych każdego dziecka. U najmłodszych dzieci można rozpocząć masażem Shantali lub inną stymulacją, budującą kontakt i więzi dziecka z otoczeniem, rozwijającą umiejętność przyjęcia dotyku.

W terapii logopedycznej wykorzystuje się wiele metod, technik, mających na celu rozwijanie komunikacji werbalnej i niewerbalnej: neurobiologiczne, metody werbo-tonalne, wspomaganie przetwarzania słuchowego, mioterapie (masaże, ćwiczenia mięśniowe, np. C.R. Moralesa obszaru oralnego), sekwencyjno-symultaniczne (czyli stymulacje lewo- i prawopółkulowe). Warto podkreślić, że sątry podstawowe aspekty terapii logopedycznej:

- konieczność precyzyjnej diagnozy,
- bezwzględny indywidualny dobór proponowanych stymulacji,
- konieczność systematycznego dokonywania rediagnozy(ocena progresu w terapii).

W jakim wieku postawienie diagnozy FASD daje szanse na skuteczną pomoc neurologopedyczną?

W każdym, choć wiadomo, że im wcześniejsza diagnostyka i podjęte działania, tym większe szanse na nabywanie normatywnego systemu komunikacji. Ideałem byłaby diagnoza w wieku noworodkowym czy niemowlęcym.

Jakie objawy rozwojowe (zachowania) powinny wzbudzić niepokój rodzica/opiekuna?

Z całą pewnością podstawą do kontaktu z neurologopedą powinny być:

W wieku noworodkowym:

- zaburzenia pobierania pokarmu: ssania, połykania, niepokój dziecka przy karmieniu, odmowa ssania,
- trudności z autoregulacją: trudności z wyciszeniem, snem, aktywnością,
- brak rozwoju funkcji prewerbalnych lub ich opóźnienie (wokalizacja, brak fonacji pozytywnej),
- brak tzw. naśladownictwa noworodkowego ruchów oralnych,
- utrudniony lub brak kontaktu wzrokowego, szukania wzrokiem mamy, niechęć do głaskania, dotykania.

W wieku niemowlęcym:

- brak rozwoju wokalizacji innych zachowań prewerbalnych: głużenie, gaworzenie ruchowe i słuchowe,
- utrzymujące się trudności w przyjmowaniu pokarmów, w rozszerzaniu diety,
- nadwrażliwość dotykowa,
- brak naśladownictwa dorosłych, brak uczenia się gestów społecznych.

W wieku poniemowlęcym:

- opóźnienia rozwoju mowy czynnej – opóźniony etap holofrazy (wypowiedzi jednozdaniowej), następnie wczesnego zdania,
- zaburzenia melodii wypowiedzi,
- sztywność wypowiedzi werbalnych,
- trudności w rozumieniu komunikatów, kierowanych do dziecka,
- ubogość słownika,
- normatywnej artykulacji (wady wymowy).

Dziękuję za rozmowę.