

Karina Szafrńska

Ewa Małachowska

Sprawozdanie z XXIII konferencji Asocjacji Logopedii Klinicznej pt. *Dyspraksja z punktu widzenia logopedii klinicznej – interdyscyplinarne postępowanie terapeutyczne*, Karlowe Wary, 6–7 listopada 2015 r.

W dniach 6–7 listopada 2015 r. odbyła się XXIII konferencja Asocjacji Logopedii Klinicznej poświęcona dyspraksji u dzieci i osób dorosłych. W konferencji wzięli udział wybitni specjaliści, przedstawiciele wyższych uczelni kształcących logopedów w Czechach. Na zaproszenie AKL stronę polską reprezentowały przewodnicząca Zarządu Głównego Polskiego Związku Logopedów (PZL) Ewa Małachowska oraz dr Karina Szafrńska (PZL oraz Pedagogium – Wyższa Szkoła Nauk Społecznych w Warszawie).

Pojęcie „dyspraksja” ma – w zależności od tego, kto go używa – różne odcienie znaczeniowe. Część autorów posługuje się nim zamiennie z apraksją, inni stosują pojęcie „dyspraksja rozwojowa” dla określenia pewnych zaburzeń u dzieci, a „apraksja” – u dorosłych. Dyspraksja to trudności planowania i wykonywania w prawidłowej sekwencji niewyuczonych, nieuwewnętrznionych zachowań motorycznych¹. Według Ayres apraksja to utrata zdolności, które się posiada, a dyspraksja to dysfunkcja w rozwoju tych zdolności. Ayers stosowała pojęcie „dyspraksja rozwojowa”, podkreślając, że jest to zaburzenie w rozwoju pewnych zdolności, a nie efekt uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego. Zaburzenie to ogranicza sprawność i tempo uczenia się nowych zadań oraz utrudnia precyzyjne ich wykonanie. Ayres wskazuje jako przyczynę dyspraksji rozwojowej zaburzenia integracyjnych procesów sensorycznych (dotykowych i proprioceptywnych) w

¹J.A Ayres, *Sensory Integration and Learning Disorders*, Los Angeles 1974 za V.F.Mass, *Uczenie się przez zmysłu WSIP* 1998, s.- 51-54

strukturach podkorowych niezbędnych do planowania motorycznego². Planowanie motoryczne jest zależne od percepcji dotykowej i poczucia schematu ciała. Natomiast prawidłowy schemat ciała stanowi podstawę prawidłowego i szybkiego planowania ruchu. Aby powstał właściwy schemat ciała, niezbędny jest odbiór informacji z receptorów somatosensorycznych – głównie dotykowych, ale także proprioceptywnych³.

Grupa dzieci z tym schorzeniem jest nadruchliwa i ma trudności z koncentracją uwagi. Czasem spotyka się dzieci o wzmożonej wrażliwości słuchowej, co często współwystępuje z nadwrażliwością dotykową lub inną (wzrokową, węchową) – określa się to terminem „obronność sensoryczna”. Dzieci z dyspraksją są niezgrabne ruchowo, potykają się i często przewracają. Zdarza im się potrącać przedmioty i osoby. Wymagają znacznie więcej pomocy w samoobsłudze niż inne dzieci w ich wieku, mimo że ich rozwój intelektualny jest w normie. Rozwój ruchowy w zakresie tak zwanych kamieni milowych może być opóźniony. Z dyspraksją wiążą się m.in. trudności z posługiwaniem się sztućcami, nauką zapinania i odpinania guzików, wiązania sznurowadeł, samodzielnego ubierania się i rozbierania. Deficyty dotyczą zarówno motoryki dużej, jak i małej. Widoczne są problemy z artykulacją⁴, związane z zaburzeniem praktyki oralnych.

Diagnoza dyspraksji jest procesem wieloetapowym. Wymaga wnikliwej oceny funkcji dotykowych i przedsionkowo-proprioceptywnych. Wskazana jest obserwacja spontanicznej zabawy dziecka i przeprowadzenie szczegółowego wywiadu z rodzicami. Podczas obserwacji klinicznej dzieci te mają duże trudności z przyjęciem i utrzymaniem przez określony czas pozycji zgięciowej na plecach oraz wykonaniem próby dotykania poszczególnymi palcami kciuka. Poza tym wskazana jest diagnoza wystandaryzowanymi testami integracji sensorycznej, badającymi funkcje dotykowe, praktyki posturalne, praktyki oralne i obustronną koordynację ruchową.

Część pierwszą konferencji rozpoczęło wystąpienie *Dyspraksja rozwojowa i nabyta dyspraksja neurogenna – znaki różnicujące obecność motorycznych zaburzeń mowy*, zaprezentowane przez K. Neubauer (Uniwersytet w Hradec Králové). Prelegent wskazywał,

² J.A. Ayres, *Sensory Integration and the Child*, Los Angeles 1991, za V.F.Mass, *Uczenie się przez zmysły WSIP* 1998, s.- 51-54

³ Przyrowski Z. *Dysfunkcje integracji sensorycznej i deficyty fragmentaryczne w zespole mózgowego porażenia dziecięcego*, W: *Dziecko niepełnosprawne ruchowo* (pod red. E. Mazanek) *WSIP* Warszawa 1998, s.41-60

⁴ J.A Ayres, *Sensory Integration and Learning Disorders*, Los Angeles 1974 za V.F.Mass, *Uczenie się przez zmysły WSIP* 1998, s.- 51-54

że problematyka dyspraksji wpływającej na realizację ruchu człowieka, jest rozległa i należy na nią patrzeć przez pryzmat wiedzy medycznej, psychologicznej i lingwistycznej. Logopedia kliniczna opracowała odpowiednie metody diagnostyki i zestawy procedur terapeutycznych dla osób wykazujących objawy dyspraksji, które oddziałują na jakość, zrozumiałość i zakres ich mowy. Opierają się one przede wszystkim na wynikach badań neurologicznych, fizykoterapeutycznych, neuropsychologicznych, neurobiologicznych i innych.

Kolejna prelekcja, wygłoszona przez dr Karinę Szafrąską (Pedagogium – Wyższa Szkoła Nauk Społecznych w Warszawie), poruszyła tematykę dyspraksji u dzieci z zespołem Downa. Prelegentka wskazywała, że dyspraksja, czyli deficyt planowania motorycznego, w zespole Downa przypisywana jest zwykle niepełnosprawności intelektualnej tych dzieci. Przedstawiła ona analizę uwarunkowań neurorozwojowych w aspekcie kształtowania się podstaw przetwarzania sensorycznego i zwróciła uwagę na celowość stosowania terapii integracji sensorycznej oraz innych rodzajów terapii neurorozwojowej, np. SI (integracja sensoryczna) czy NDT-Bobath, w pracy z tymi dziećmi.

W wystąpieniu *Diagnostyka i dyspraksja u najmłodszych* Zuzany Moškurjákovej (Uniwersytet w Preszowie) poruszyła temat diagnostyki komunikacji werbalnej u małych dzieci. Prelegentka wskazała, że dyspraksja werbalna jako jednostka chorobowa jest kompleksem problemów w zakresie patogenezy i klinicznych zaburzeń mowy. Rozwój języka u dzieci z dyspraksją werbalną różni się już od etapów najwcześniejszych i zawsze prowadzi do opóźnionego rozwoju mowy i zakłócenia etapów jej rozwoju. Nawet ostatnie badania w tej dziedzinie nie przyniosły jednoznacznych dowodów na temat zmian neurologicznych u dzieci z dyspraksją. Typowym objawem zaburzenia są niezgrabne ruchy mięśni artykulacyjnych, przez co artykulacja jest zakłócona. Jednak nie występuje patologia mięśni twarzoczaszkowych, niedowład mięśniowy, osłabienie ruchów mimowolnych czy ataksja. Istnieją wątpliwości, czy jest możliwe, by wiarygodnie i łatwo rozróżnić dzieci z dyspraksją słowną i funkcjonalnymi rozwojowymi zaburzeniami fonologicznymi. Prelegentka starała się odnaleźć prawidłowości za pomocą mapowania wczesnego rozwoju mowy, kiedy występuje zaburzona selektywność planowania, programowania zarówno systemów językowych, jak i motorycznych.

Ewa Małachowska – przewodnicząca Zarządu Głównego Polskiego Związku Logopedów – przedstawiła status logopedów w Polsce. W wystąpieniu poruszyła tematykę sposobu kształcenia logopedów, w tym wymagań programowych w kontekście wytycznych opracowanych przez Polski Związek Logopedów, podstaw prawnych zatrudnienia logopedów w poszczególnych resortach (oświata, zdrowie, kultura) oraz warunków pracy – wymogów

formalnych. W drugiej części wystąpienia prelegentka omówiła działania Polskiego Związku Logopedów w zakresie podnoszenia standardów kształcenia, doskonalenia i zatrudniania logopedów oraz propagowania wiedzy logopedycznej wśród rodziców, nauczycieli, lekarzy i wszystkich środowisk zainteresowanych poprawną polszczyzną.

Część pierwszą zakończyło wystąpienie Vilmy Mikešovej (Centrum Rehabilitacji Neuropsychologicznej w Prerovie) poświęcone tematowi powiązań dyspraksji z zaburzeniami mowy i specyficznymi trudnościami w uczeniu się. Prelegentka zaprezentowała syndromologiczną analizę jakościową i identyfikację różnych typów dyspraksji, ponieważ niesprawność ruchu jest postrzegana jako niejednorodna grupa zaburzeń, a nacisk kładzie się na identyfikację deficytu pierwotnego (np. prakcji kinetycznej lub kinestetycznej, zakłóceń werbalnej kontroli ruchu, wzrokowej orientacji przestrzennej, optycznych lub akustycznych gnozji i innych), który jest powodem różnych deficytów wtórnych. Prelegentka tłumaczyła współzależności zaburzeń prakcji, zaburzeń gnostycznych, trudności w mowie i ich udziału w rozwoju specyficznych problemów w uczeniu się. Podkreślała, że wskazanie deficytu pierwotnego jest warunkiem właściwej, docelowej terapii przyczynowej – prowadzonej przez logopedę klinicznego lub neuropsychologa.

Bardzo ciekawym wystąpieniem było przedstawienie badań przesiewowych uwzględniających dyspraksję rozwojową u dzieci pochodzenia romskiego zaprezentowane przez Márię Masárovą (Uniwersytet w Preszowie). Prelegentka wskazała, że dziecko żyjące w społeczności romskiej, które oceniamy jako niskobodźcowe, zdobywa wiedzę i umiejętności tak samo jak wszystkie dzieci, ale w innym standardzie. Zdarza się, że takie dziecko w wieku sześciu lat nie posługuje się językiem słowackim, ale wyłącznie językiem ojczystym, a w związku z tym jego umiejętności komunikacyjne bywają oceniane jako problematyczne czy ograniczone. Prelegentka zwróciła uwagę, że rozwój języka jest procesem dynamicznym, uwarunkowanym czynnikami wewnętrznymi i zewnętrznymi. Do czynników wewnętrznych zaliczyła m.in. dziedziczność i stopień dojrzałości, do czynników zewnętrznych – edukację i naukę. Ponieważ rodzice są pierwszym wzorem dla dziecka, a wielu romskich rodziców zdobyło tylko podstawowe wykształcenie, żyje i mieszka w trudnych warunkach, dzieci romskie mają mało kontaktu z książkami, zajęciami plastycznymi czy gramami dydaktycznymi. Badania przesiewowe wskazały na różnego rodzaju upośledzenia zdolności komunikacyjnych i występowanie werbalnej dyspraksji u dzieci romskich w przedszkolu w miejscowości Hranovnica. Pomimo tego w zajęciach logopedycznych brał udział niewielki ich procent. Dzieci te uczęszczały co najmniej jeden rok szkolny do przedszkola i opanowały podstawy języka słowackiego.

Systemy implantologiczne dostępne w Republice Czeskiej przedstawiła Jitka Holmanová (Centrum Implantów Ślimakowych, Szpital Uniwersytecki Motol). Implantacje ślimakowe w szpitalu Motol przeprowadza się od 1993 roku i są one już standardowym rozwiązaniem w leczeniu ciężkich zaburzeń słuchu. Od września 2015 na czeski rynek został wprowadzony implantat ślimakowy amerykańskiej firmy Advanced Bionics. Między aparatami są drobne różnice w możliwościach pobudzania nerwu słuchowego, a zatem mogą być one lepiej dobierane do deficytu pacjenta. Zaprezentowane wyniki wskazywały, że czasem ważniejsze od rodzaju implantu ślimakowego są zdolności dziecka, wsparcie rodziny, dobranie odpowiedniej rehabilitacji i dobre zaprogramowanie procesora.

Kolejne wystąpienie również było poświęcone implementacji. Wszczepianie obustronne implantów ślimakowych u dzieci zaprezentowane przez Dagmar Michejdovą i Aksenovę Zdenkę (Centrum Implantów Ślimakowych, Szpital Uniwersytecki Motol) jest możliwe w Czechach dopiero od czerwca 2014 roku. Potwierdzone zostało, że obustronna stymulacja dźwięku jest istotna dla naturalnego rozwoju funkcji mózgowych. Implantacja bilateralna jest korzystna dla użytkowników, ponieważ daje szansę naturalnego słuchania, umożliwiając optymalne rozumienie mowy w trudnych warunkach komunikacyjnych, redukując poziom koncentracji w hałaśliwym otoczeniu. Dla optymalnego rozwoju dziecka i zaakceptowania (przez dziecko) aparatu najkorzystniejsze jest przeprowadzenie implantacji dwustronnej w ramach jednej operacji. W Czechach nie wszczepia się drugiego implantatu w okresie do 3 lat od pierwszej operacji. Rozwój rozumienia i umiejętności komunikacyjnych u dzieci z implantem jest tym szybszy, im szybsza jest implantacja. Wyniki, jakie osiągają dzieci po implantacji (bez dodatkowych problemów zdrowotnych i komplikacji), uzależnione są od jakości opieki medycznej i rodzicielskiej.

Bardzo ciekawe było wystąpienie poświęcone neurogennym zaburzeniom komunikacji i narzędziom je diagnozującym Mileny Košťálovej (Klinika Neurologii w Brnie). Standaryzacja testów do badania mowy i umiejętności językowych w porównaniu ze standaryzacją konwencjonalnych lekarskich testów diagnostycznych jest bardziej czasochłonna i kosztowna. Czasami przysparza większych trudności przy adaptacji niż przy stworzeniu nowego narzędzia. Z tego powodu bardzo powoli przybywa wystandaryzowanych narzędzi diagnostycznych stosowanych w czeskiej praktyce klinicznej.

Temat *Diagnostyka i leczenie chorych z dyspraksją rozwojową* przedstawiony został przez zespół Olgi Dyrhonovej, Ireny Zounkovej, J. Smržovej, M. Nývltovej, Evy Gitschinskiej (Uniwersytet Karola w Pradze). „Dyspraksja” (DR) to termin, który opisuje pacjenta z zaburzeniami koordynacji ruchowej, jest stosowany nie tylko w rehabilitacji, ale również w

edukacji specjalnej, psychologii i psychiatrii. DR współwystępuje z diagnozą ADHD, zespołu Aspergera, autyzmu dziecięcego. Diagnoza dyspraksji w praktyce lekarza rehabilitacji odbywa się na podstawie szczegółowej anamnezy pacjenta i badań klinicznych. Do dokładnej diagnostyki używane są wystandaryzowane testy zdolności motorycznych. Autorzy przedstawili sposób prowadzenia diagnozy w swoim szpitalu – za pomocą testu Movement Assessment Battery for Children (MABC-2). Jest to wystandaryzowane narzędzie wymagające od pacjenta wykonywania szeregu zadań ruchowych. Dzięki temu można uzyskać obiektywne dane dotyczące zdolności motorycznych dziecka. Terapia dyspraksji rozwojowej jest kwestią współpracy interdyscyplinarnej. Fizjoterapia klasyczna jest tylko częścią terapii dyspraksji. Niezwykle skuteczna jest ergoterapia. Innymi specjalistami zajmującymi się terapią dzieci z tym zaburzeniem są logopeda, terapeuta grafomotoryki, psycholog i pedagog specjalny. Istotą terapii jest objęcie opieką nie tylko pacjenta, ale całej jego rodziny ze względu na specyfikę tego zaburzenia.

Następny referat *Dyspraksja rozwojowa* prezentowali: Josef Kraus, J. Smržová, R. Psotta, J. Jeřábek (Uniwersytet Karola w Pradze). Autorzy wskazywali, że termin „dyspraksja rozwojowa” odnosi się do zaburzenia realizacji wyuczonych czynności ruchowych, niewspółwystępującej z innymi zaburzeniami motoryki, które wyjaśniałyby niską jakość realizacji ruchu. Chodzi o neurorozwojowy problem, czyli nieprawidłowy rozwój prakcji. Dziecko z dyspraksją nie posiada umiejętności motorycznych właściwych dla swojego wieku rozwojowego. W czeskiej literaturze dyspraksja rozwojowa jest często rozumiana jako zaburzenie rozwoju koordynacji ruchowej.

Temat stymulacji sensomotorycznej twarzoczaszki u dzieci z dyspraksją prezentowany był przez A. Fabiánovą (Adeli Medical Center, Pieszczany). Omawiała ona zakłócenia zdolności prewerbalnych i zdolności artykulacyjnych będące często przejawem wczesnych uszkodzeń unerwienia obszaru orofacjalnego lub utrzymujących się odruchów niemowlęcych pierwotnych. Skoordynowana aktywność mięśni warg, szczęki, języka, podniebienia miękkiego, gardła i mięśni oddechowych jest warunkiem prawidłowego rozwoju mowy człowieka. Celem stymulacji sensomotorycznej jest osiągnięcie automatycznej aktywacji mięśni bez wyraźnej kontroli mózgu oraz stymulacji układów doprowadzających poprzez proprioceptory. Optymalne i skuteczne jest stosowanie w terapii stymulacji twarzoczaszki wykonywanej ręcznie, przy użyciu sondy logopedycznej. Natężenie, częstotliwość i czas trwania stymulacji muszą być dostosowane do indywidualnych reakcji pacjenta.

Diagnostyka różnicowa i terapia dyspraksji werbalnej u osób po urazach ośrodkowego układu nerwowego w połączeniu z rehabilitacją poznawczą to temat przedstawiony przez

Lenkę Džidovą (Sanatorium w Klimkovicach). W wystąpieniu zaprezentowano studium przypadku 25-letniego pacjenta z uszkodzeniem mózgu. Główna część prelekcji koncentrowała się na określeniu dominujących nabytych i współistniejących zaburzeń oraz neurogennych zaburzeń komunikacji u pacjenta. Autorka wyjaśniła różnicę między metodami terapii mowy w logopedii a trwającą dwie i pół godzinny codzienną intensywną terapią mowy omawianego pacjenta przeprowadzaną przez 4 miesiące. Prelegentka wskazała na możliwość łączenia terapii logopedycznej i rehabilitacji poznawczej przy użyciu EEG Biofeedback i dzięki skomputeryzowaniu stymulacji kognitywnej, która powinna być integralną częścią kompleksowej rehabilitacji osób po urazach OUN.

Zespół Worstera-Droughta (WDS) zaprezentowali podczas swojego wystąpienia Eva Tomanová i Josef Kraus (Szpital Uniwersytecki Motol, Praga). WDS jest łagodną formą porażenia mózgowego u dzieci, jego podstawową cechą jest zespół rzekomoopuszkowy, ale towarzyszą mu zaburzenia nerwowe, werbalne, psychologiczne i ruchowe, a także zaburzenia współwystępujące: duża spastyczność, padaczka, zaburzenia mowy, zaburzenia kognitywne i zachowania. Mimo że objawy tego schorzenia można obserwować już w pierwszym roku życia, diagnoza jest zazwyczaj stawiana znacznie później, chociaż zespół WDS występuje dość często, a jego rozpoznanie nie jest trudne. Celem wystąpienia było przedstawienie roli wczesnej diagnostyki zespołu WDS, szczegółowe opisanie fenotypu, objawów i powikłań oraz stosowanych rodzajów terapii. Autorom prezentacji udało się stworzyć ośrodek dla dzieci z zespołem Worstera-Droughta, zapewniający opiekę niepełnosprawnym pacjentom z całego kraju.

Milena Čámková (Klinická logopedie, SŠ, ZŠ a MŠ pro sluchově postižené, Výmolova, Praga 5) mówiła o zastosowaniu EEG Biofeedback w terapii dzieci z niepełnosprawnością słuchu i mowy.

Michaela Voldřichová (szpital w Benesovie) przedstawiła temat *Videoterapia dziecka z niepełnosprawnościami sprzężonymi: rozszczep, wada wzroku, choroba serca, mutyzm – sukces czy niepowodzenie logopedy?*.

Veronika Štrbáková (Speekle Ltd., Bratysława) zaprezentowała gry komputerowe stosowane podczas terapii mowy – SPEEKLE. Prelegentka wskazywała, że jednym z głównych problemów terapii logopedycznej dzieci jest ich słaba motywacja do wykonywania ćwiczeń.

Zespół K. Zemanová i O. Mack ze Szpitala Uniwersyteckiego Královské Vinohrady zaprezentował niezwykle prostą i użyteczną aplikację na tablet *Słownik dla afatyków*.

Po każdym wystąpieniu przeprowadzono dyskusję dotyczącą tematyki prezentacji.

Konferencja z pewnością przyczyniła się do szerokiego, interdyscyplinarnego spojrzenia na zjawisko dyspraksji. Po jej zakończeniu odbyło się spotkanie przewodniczących związków zawodowych logopedów obu krajów. Omawiano rolę związku w kształceniu i zatrudnianiu logopedów w Czechach i w Polsce. Porównano cele statutowe, plany i obszary działań obu związków. Zaproponowano współpracę oraz dzielenie się doświadczeniami. W trakcie rozmów pojawił się temat doskonalenia specjalistów, stosowanych metod pracy w przypadku poszczególnych zaburzeń. Porównano narzędzia diagnostyczne stosowane w Polsce i Czechach. Strona czeska wyraziła zainteresowanie możliwością dokształcania swoich logopedów w Polsce m.in. w zakresie metody integracji sensorycznej.