

Jolanta Dunaj, Zbigniew Tarkowski

Wczesnodziecięca nie płynność mówienia – opis przypadku

Early childhood speech disfluency – a case report

Zakład Patologii i Rehabilitacji Mowy Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. Kierownik Zakładu: prof. dr hab. Zbigniew Tarkowski
Correspondence to: Zakład Patologii i Rehabilitacji Mowy, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, ul. Szkolna 18, 20-121 Lublin, tel.: 506 249 985,
e-mail: tarkowskizbigniew@wp.pl

*Praca wykonana w ramach projektu badawczego własnego nr 106 175 037
Study performed within the scope of own research project No 106 175 037*

Streszczenie

Celem pracy jest prezentacja podstawowych informacji dotyczących wczesnodziecięcej nie płynności mówienia oraz przedstawienie wyników 3-letnich badań podłużnych małego chłopca, prowadzonych przez matkę (J.D.) pod kierunkiem oraz w asyście naukowego opiekuna (Z.T.). Chociaż nie płynność mówienia powstaje i rozwija się przede wszystkim w wieku przedszkolnym, światowa literatura na ten temat jest jednak stosunkowo skromna, a opisy przypadków są prezentowane sporadycznie. Według kryteriów diagnostycznych ICD-10 jąkanie jest zaliczane do zaburzeń zachowania i emocji z początkiem w dzieciństwie. Może być ono traktowane jako zaburzenie psychosomatyczne o strukturze składającej się z czynników lingwistycznych (np. nie płynność mówienia), biologicznych (np. wzmożone napięcie mięśniowe), psychologicznych (np. lęk przed mówieniem) i społecznych (np. izolowanie się) oraz relacji między nimi. Takie systemowo-strukturalne ujęcie tego zaburzenia zostało wykorzystane do opisu badanego dziecka. W rozwoju dziecka wyróżniono fazę I – nie płynność w zasadzie płynną (1,0-2,5), II – normalną nie płynność mówienia (2,6-3,3), III – jąkanie (3,4-3,9), IV – nie płynność głównie semantyczną (3,1-4,1), V – rozstrzygającą o rozwoju nie płynności zwykłej lub patologicznej ($\geq 4,11$). W etiologii tego zaburzenia można wyróżnić czynniki predysponujące (skłonności rodzinne, niska sprawność artykulacyjna, lateralizacja skrzyżowana), wyzwalające (rozłąka, rywalizacja, zmiana otoczenia) i utrwalające (stres komunikacyjny, nawyk).

Słowa kluczowe: normalna nie płynność mówienia, jąkanie, wczesne dzieciństwo, opis przypadku, diagnoza różnicowa, rokowanie

Summary

The aim of this work is presentation of the basic information concerning speech disfluency among young children, as well as a review of the three-year longitudinal research. A young boy was examined and the research was conducted by his mother (J.D.), who was advised and assisted by the supervisor (Z.T.). Although speech disfluency starts and develops mainly at preschool age, literature on the subject is relatively meagre and case studies are rarely presented. According to the ICD-10 diagnostic criteria, stuttering is treated as a behaviour and emotion disorder which starts in the childhood. It may be regarded as a psychosomatic disorder, whose structure consists of linguistic (e.g. speech disfluency), biological (e.g. increased muscle tension), psychological (e.g. fear of speaking) and social (e.g. isolation) factors, as well as relations between them. Such systemic and structural presentation of this disorder was used to describe the child examined. The following stages of his development were distinguished: I – disfluency which is basically fluent (1.0-2.5), II – natural speech disfluency (2.6-3.3), III – stuttering (3.4-3.9), IV – mainly semantic disfluency (3.1-4.1), V – deciding whether the disfluency develops into a normal or a pathological one (≥ 4.11). The following factors can be distinguished in the aetiology of this disorder: predisposing (family disposition, little articulatory activity, crossed lateralization), triggering (separation, competition, change of environment) and establishing (communicational stress, habit).

Key words: normal speech disfluency, stuttering, early childhood, case study, differential diagnosis, prognosis

WPROWADZENIE

Początek jąkania przypada na 2.-3. rok życia⁽¹⁾, jego rozwój może być nagły lub stopniowy⁽²⁾. Próbuje się wyróżnić jego stadia^(3,4). W zdecydowanej większości przypadków (76%) jąkanie mija samo w wieku przedszkolnym, bez jakiegokolwiek interwencji terapeutycznej⁽⁵⁾. Nie wyjaśniono jednak, dlaczego tak się dzieje⁽⁶⁾.

Częstym błędem diagnostycznym jest mylenie jąkania wczesnodziecięcego i normalnej niepełności mówienia⁽⁷⁾. Stworzone różne protokoły badania odzwierciedlają jedynie trudności związane z ich rozróżnieniem⁽⁸⁾. W tej sytuacji studium przypadku pozostaje podstawową metodą diagnostyczną⁽⁹⁾.

Jąkanie jest najczęściej utożsamiane z patologiczną niepełnością mówienia i jej głównie dotyczy diagnoza i terapia. Tymczasem wiele wskazuje na to, że jąkanie ma cechy zaburzenia psychosomatycznego o strukturze składającej się z czynników lingwistycznych, biologicznych, psychologicznych i społecznych⁽¹⁰⁾. Określenie tych czynników oraz relacji między nimi ułatwia diagnozę różnicową jąkania oraz normalnej niepełności mówienia.

OPIS PRZYPADKU

CZYNNIKI LINGWISTYCZNE

Dominującym objawem niepełności mówienia chłopca było powtarzanie sylab (*ma – ma – mama*), które pojawiło się jako pierwsze. Potem wystąpiło blokowanie, czyli niemożność rozpoczęcia lub kontynuowania wypowiedzi na skutek nadmiernego napięcia mięśni narządów mowy. Faza ta trwała mniej więcej pół roku, a gdy minęła, pojawiło się przeciąganie głosek (*mmmmama*). Obecnie dominują startery (*noi – noi; abo – abo*) oraz embolofazje (*yy; aaa*).

Sprawność językowa dziecka jest odpowiednia do wieku, na co wskazują wyniki badań Przesiewowym Testem Logopedycznym oraz Testem Słownika Dziecka – wystandaryzowanych narzędzi opracowanych przez Tarkowskiego. Na podstawie analizy wypowiedzi chłopca można stwierdzić, że mówi on dużo, buduje długie teksty o złożonej konstrukcji semantyczno-gramatycznej. Jedynie jego artykulację oceniana się jako poniżej norm wiekowych. Ma liczne wady wymowy, których dominującymi objawami są substytucje oraz elizje głosek.

CZYNNIKI BIOLOGICZNE

Ciąża i poród przebiegały prawidłowo. Dziecko zaczęło chodzić około 1. roku życia. Dotychczas nie zaobserwowano żadnych objawów neurologicznych. Można jednak mówić o rodzinnych predyspozycjach do niepełności mówienia, gdyż wystąpiła ona u starszej siostry chłopca w wieku przedszkolnym, ale u niej ustąpiła sama. Sprawność artykulacyjna chłopca jest wyraźnie opóźniona. Ma skrzyżowaną lateralizację (prawa ręka – lewe oko – prawa noga). Wzmoczone napięcie mięśni twarzy oraz współruchy wystąpiły u dziecka jedynie w fazie jąkania (3,4-3,9).

CZYNNIKI PSYCHOLOGICZNE

Chłopiec jest inteligentny, refleksyjny, wrażliwy, radosny, ostrożny. Nie wyraża natychmiast emocji, raczej je tłumii lub ujawnia po pewnym czasie. Jest bardzo zdyscyplinowany. Unika konfliktów z dziećmi. Nigdy nie przejawiał oznak lęku przed mówieniem. Wręcz przeciwnie, jest bardzo śmiały w kontaktach słownych, również z osobami obcymi. Jego świadomość językowa jest dobrze rozwinięta. Kiedy z powodu wad wymowy jest mylnie rozumiany, zauważa to i stara się korygować błędy artykulacyjne. Potrafi naśladować niepełność mówienia i istnieją pewne przesłanki, aby uznać, że około 5. roku życia pojawiła się u niego świadomość zaburzenia mowy, chociaż nie nazwał go wprost jąkaniem.

CZYNNIKI SPOŁECZNE

Chłopiec łatwiej nawiązuje kontakty słowne z dorosłymi niż z dziećmi. Jest bardzo rozmowny. Reakcje otoczenia na niepełność mówienia są zróżnicowane. Zarówno matka, jak i nauczycielka przedszkola były systematycznie badane za pomocą Skali Reakcji na Niepełność Mówienia skonstruowanej przez Tarkowskiego. Ocena ta wykazała, że zmieniały się przede wszystkim ich reakcje poznawcze i emocjonalne, zaś reakcje behawioralne ulegały zmianie w nieznacznym stopniu. Reakcje te bardziej korelowały z natężeniem objawów niepełności mówienia niż ich typem. W fazie normalnej niepełności mówienia matka i nauczycielka zgodnie twierdziły, że chłopiec się nie jąka. W fazie rzeczywistego jąkania zgadzały się z tym rozpoznaniem. Obecnie opinie są rozbieżne. Matka twierdzi, że syn nie jąka się, natomiast nauczycielka uważa, że jąkanie u niego występuje.

ZMIENNOŚĆ I FAZOWOŚĆ NIEPEŁNOŚCI MÓWIENIA

Dotychczasowa obserwacja ciągła chłopca mówiącego niepełnie trwa 3 lata (2.-5. roku życia) i jest obecnie kontynuowana. W tym czasie czynniki tworzące strukturę jąkania zmieniały się. Można wyróżnić 5 zasadniczych faz tego procesu:

• Faza I – mówienie w zasadzie płynne (1,0-2,5)

Chłopiec zaczął wypowiadać pierwsze słowa około 1. roku życia, a pierwsze kombinacje dwuwyrzawowe (*mama pi*) pojawiły się, gdy miał około 1,6 roku. Stopniowo wypowiedzi wydłużały i komplikowały się. Pod koniec tego okresu zaczęły występować sporadyczne powtórzenia sylab (*ja – ja – ja*), traktowane przez otoczenie jako przejaw dziecięcej paplaniny.

• Faza II – normalna niepełność mówienia (2,6-3,3)

Nastąpiło wyraźne nasilenie powtarzania głównie sylab, a rzadziej słów, z częstotliwością od 2 do 7 powtarzanych elementów. Objawy te występowały niemal codziennie i były łatwo dostrzegane przez otoczenie. Była to jednak faza niepełności zwykłej, ponieważ nie towarzyszyło jej wzmoczone napięcie mięśni aparatu mowy. Nie wystąpiły też współruchy ani trudności w oddychaniu. Chłopiec mówił śmiało i dużo, był nieświadomy niepełności mówienia. Zdaniem matki oraz

otoczenia w fazie tej dziecko nadal nie jąkało się, tylko mówiło w dziecięcej formie.

• **Faza III – jąkanie (3,4-3,9)**

Atak rzeczywistego jąkania nastąpił w sierpniu 2008 roku po miesięcznej rozłące z matką (chłopiec przebywał pod opieką ojca) oraz po 3 dniach spędzonych w nowej grupie przedszkolnej. Chłopiec nie potrafił dokończyć rozpoczętej wypowiedzi. W momencie wystąpienia bloku łapał się dłońmi za policzki, aby w ten sposób ułatwić sobie mówienie. W czasie niepełnego mówienia wzrastało napięcie mięśni twarzy chłopca, a także próbował on sobie pomagać ruchami ręki. Powtarzanie głosek i sylab nasiliło się bardzo, występowało nawet do 10 powtarzanych elementów. Kiedy został pozostawiony w domu, frekwencja objawów niepełnego mówienia zaczęła stopniowo się zmniejszać. Pojawiały się jednak nowe symptomy, takie jak przeciąganie głosek (*koootek*) oraz startery, czyli elementy ułatwiające rozpoczęcie wypowiedzi (*noi – noi*). Chłopiec nie zwracał uwagi na swoją niepełność. Mówi nadal dużo i śmiało. Niepełność mówienia została zauważona w przedszkolu i określona przez nauczycielkę jako jąkanie. Matka także uznała, że syn zaczął się jąkać. Dodatkowo miał niespokojny sen i moczył się w nocy. Matka prowadziła trening czystości i wysadzała syna w nocy. Miała obawę, że nasili się niepełność mówienia. Tymczasem znacznie się ona zmniejszyła, a moczenie nocne ustąpiło.

• **Faza IV – niepełność głównie semantyczna (3,1-4,1)**

W zasadzie ustąpiła napięta niepełność fizjologiczna w formie blokowania i przeciągania, a w jej miejsce pojawiła się niepełność semantyczna, polegająca na trudności w przechodzeniu od jednej informacji do drugiej. Chłopiec szybciej mówi, niż myśli. Zaczyna od starterów (*noi – noi*), bo nie wie dokładnie, co chce powiedzieć, a chce utrzymać uwagę rozmówcy, głównie matki. Ją to irytuje i każe mu pomyśleć, zanim zacznie mówić. Używa też komunikatu: „mów bez *no*”. Chłopiec nie reaguje na to. W sumie mówi dużo, bez napięcia, współruchów i logofobii. Utrzymuje się sporadyczne powtarzanie głosek. Zdaniem matki chłopiec nie jąka się.

• **Faza V – rozstrzygająca o rozwoju niepełności zwykłej lub patologicznej (≥4,11)**

Wzrosła frekwencja starterów (*noi – noi; abo – abo*), które pojawiają się zarówno na początku wypowiedzi, jak i w łączeniach zdań złożonych. Wydłużaniu i komplikowaniu się wypowiedzi dziecka towarzyszy wzrost frekwencji starterów (*noi – noi; abo – abo*). Pojawiają się one zarówno na początku tekstu, jak i w przejściu od jednego zdania do drugiego. Niepełność mówienia wzrasta także, kiedy chłopiec chce odciągnąć uwagę matki od rozmówcy i skupić ją na sobie. Włącza się wtedy z przypadkowym tematem do rozmowy i wciąga matkę do dialogu. Na ogół ma on większą siłę przebicia niż inni rozmówcy. Znow występują przeciąganie (*noooo*) oraz embolofazje (*eee; yyy*). Chłopiec ma już świadomość trudności w mówieniu, ale dotyczy ona prawdopodobnie bardziej wad wymowy niż niepełności mówienia. Nadal nie występują współruchy. Brak jest także oznak logofobii. Chłopiec mówi dużo. Obecnie matka uważa, że jej dziecko nie jąka się, ale nauczycielka jest odmiennego zdania.

ETIOLOGIA

W etiologii wczesnodziecięcej niepełności mówienia można wyróżnić czynniki predysponujące, wyzwalające i utrwalające⁽⁷⁾. W opisywanym przypadku stwierdzono rodzinne skłonności do niepełności mówienia (niepełnie mówiła starsza siostra badanego). Ponadto do czynników predysponujących można zaliczyć niską sprawność artykulacyjną dziecka oraz jego skrzyżowaną lateralizację. Czynniki wyzwalającymi zwykłej niepełności mówienia była rozłąka z matką, z którą jest bardzo związany, oraz zmiana otoczenia (grupy przedszkolnej). Z kolei do czynników utrwalających można zaliczyć tendencję do rywalizacji i związany z tym swoisty stres komunikacyjny oraz tworzący się nawyk niepełnego mówienia. Chłopiec rywalizuje o matkę z osobami dla niej znaczącymi. Szczególnie ujawnia się to w czasie polidialogu. Chłopiec chce, aby matka przerwała dotychczasową rozmowę. Zaczyna więc mówić (z reguły niepełnie) na przypadkowy temat. Kiedy matka nie zwraca na niego uwagi, nasilenie objawów niepełności wzrasta. Wówczas matka zaczyna rozmawiać z synem i tym samym wzmacnia pozytywnie chwilowe zaburzenia niepełności mówienia. Kiedy chłopcu udaje się skupić jej uwagę na sobie, jego niepokój chwilowo słabnie. Funkcję jego reduktora spełnia więc w pewnym stopniu niepełność mówienia. Występuje ona od ponad 2 lat i istnieje obawa, że stanie się nawykowym sposobem mówienia.

PODSUMOWANIE

W chwili obecnej, gdy chłopiec ukończył 5 lat, trudno jest jednoznacznie rozstrzygnąć, czy występuje u niego jąkanie czy normalna niepełność mówienia. Dotychczas te zaburzenia ulegały przekształceniom. Po wstępnej fazie normalnej niepełności mówienia wystąpił etap jąkania. Po jego burzliwym okresie nastąpił powrót do zwykłej niepełności. Z jednej strony istnieje nadzieja samoczynnego ustąpienia jąkania, z drugiej obawa jego nawrotu. Wiek 5-6 lat może okazać się okresem krytycznym dla rozwoju tego zaburzenia. Dlatego dalsza ciągła obserwacja dziecka jest konieczna i będzie kontynuowana. Jeżeli chłopiec znow zacznie się jąkać, uzasadnione będzie podjęcie kompleksowej terapii, jeśli natomiast będzie utrzymywała się normalna niepełność mówienia, która występuje sporadycznie u większości ludzi, wówczas wystarczy profilaktyka, niedopuszczająca do przekształcenia się jej w jąkanie.

PIŚMIENNICTWO: BIBLIOGRAPHY:

1. Johnson W.: The onset of stuttering: Research findings and implications. University of Minnesota Press, Minneapolis 1959: 1-519.
2. Yairi E.: The onset of stuttering in two- and three-year-old children: a preliminary report. J. Speech Hear. Disord. 1983; 48: 171-177.
3. Van Riper C.: The nature of stuttering. Prentice-Hall, 1971: 1-435.

4. Bloodstein O.: The development of stuttering: II. Developmental phases. J. Speech Hear. Disord. 1960; 25: 366-376.
5. Yairi E., Ambrose N.G.: Early childhood stuttering I: persistency and recovery rates. J. Speech Lang. Hear. Res. 1999; 42: 1097-1112.
6. Tarkowski Z.: Jąkanie wczesnodziecięce. WSiP, Warszawa 1992: 3-200.
7. Tarkowski Z., Skorek E.: Research on stuttering in pre-school and school children. Uniwersytet Zielonogórski, Zielona Góra 2009: 3-142.
8. Einarsdottir J.: The identification and measurement of stuttering in preschool children. University of Iceland, Reykjavik 2009: 3-198.
9. Skorek E.M., Tarkowski Z. (red.): Case study in speech-language pathology. Uniwersytet Zielonogórski, Zielona Góra 2009: 3-150.
10. Tarkowski Z.: Psychosomatyka jąkania. Dlaczego osoby jąkające się mówią płynnie. Wyd. Fundacji „Orator”, Lublin 2007: 7-224.

Informacja dla Autorów!

Chcąc zapewnić naszemu czasopismu „Psychiatria i Psychologia Kliniczna” wyższą indeksację MNiSW i Index Copernicus, zwracamy się do Autorów o dopełnienie poniższych warunków podczas przygotowywania pracy do publikacji:

- Praca oryginalna powinna być poprzedzona streszczeniem zawierającym **od 200 do 250 słów**, a praca pogładowa i kazuistyczna – **od 150 do 200 słów**.

Streszczeniu pracy oryginalnej należy nadać budowę strukturalną: wstęp, materiał i metoda, wyniki, wnioski.

- Liczba **słów kluczowych** nie może być mniejsza niż 5. Słowa kluczowe nie powinny być powtórzeniem tytułu. Najlepiej stosować słowa kluczowe z katalogu MeSH.

– **Praca oryginalna** winna zawierać elementy: wstęp, materiał i metoda, wyniki, omówienie, wnioski, piśmiennictwo.

- **Piśmiennictwo** należy ułożyć w kolejności cytowania.

Pełny Regulamin ogłaszania prac znajduje się na stronie 4.