

Streszczenie:

Przedmiotem artykułu jest studium przypadku chłopca z opóźnionym rozwojem mowy. Autorki omawiają zagadnienia związane z nieprawidłowościami w rozwoju mowy dzieci wskazującymi na opóźniony rozwój w mówieniu. W dalszej kolejności analizują przypadek 4-letniego chłopca z problemami w tym zakresie. W końcowej części proponują wsparcie postępowania logopedycznego, usprawnianiem grafomotoryki, a także zaangażowaniem najbliższego otoczenia w terapię logopedyczną.

Abstract:

The subject of the article is a case study relating to a boy with retarded speech development. The authors discuss notions connected with irregularities in children's speech development indicating a retarded development in speaking. Further, they discuss the case of a 4-year old boy with problems within this scope. In the final part they propose to support the speech therapy procedure with an improvement of graphomotor skills and engagement of the closest environment in the speech therapy.

Słowa kluczowe: rozwój mowy dziecka, opóźniony rozwój mowy, grafomotoryka

Key words: child's speech development, retarded speech development, graphomotor skills

Opóźniony rozwój mowy. Studium przypadku

Retarded speech development. Case study

Specjaliści dziedziny, jak również przeciętni użytkownicy języka doskonale wiedzą, że mowa stanowi czynność złożoną. Proces kształtowania tej umiejętności odbywa się w kilku etapach i podlega pewnym prawidłowościom. Wszystkie dzieci, bez względu na różnice w strukturze

języka ojczystego, przyswajają mowę podobnie. Różnice dotyczą natomiast tempa nabywania języka¹.

Dzieci, które od chwili urodzenia charakteryzują się prototypowym nabywaniem systemu fonologiczno-fonetycznego, przyswajają go w ciągu pierwszych 6.–7. lat życia. P. Łobacz poza *nabywaniem* wyróżnia dwa terminy w rozwoju języka: *doskonalenie i opanowanie*, stanowiące kolejne fazy rozwojowe. Etap opanowania ma miejsce, gdy artykulacja dziecka jest zgodna z prototypową mową osób dorosłych².

Specjaliści dziedziny wyróżniają następujące okresy rozwoju mowy dziecka:

- okres przygotowawczy – etap życia płodowego;
- okres melodii, (0-1. rok życia),
- okres wyrazu (1.-2. rok życia),
- okres zdania (2.-3. rok życia),
- okres swoistej mowy dziecięcej (3.-7. rok życia)
- okres mowy ukształtowanej – powyżej 7. roku życia³.

Rozwijanie mowy dziecka uzależnione jest od wielu składowych, istotną rolę odgrywają czynniki biologiczne, psychologiczne, społeczne i lingwistyczne⁴. Należą do nich wpływy zewnętrzne, w tym uwarunkowania środowiskowe, a także cechy osobnicze, czyli rozwój psychomotoryczny. Warunkiem umożliwiającym poprawne kształtowanie mowy jest również prawidłowy rozwój sfery słuchowej, wzrokowej i kinestetycznej, właściwy rozwój procesów poznawczych oraz harmonijny rozwój emocjonalny⁵.

W rozwoju mowy dziecka pierwsze słowa pojawiają się około 1. roku życia. Do około 3. roku życia pojawiają się wszystkie samogłoski i spółgłoski, poza przedniojęzykowo-zębowymi i przednio-językowo-dziąsłowymi oraz głoską [r]. Najtrudniejsze artykulacyjnie spółgłoski mogą być opanowywane do wieku wczesnoszkolnego⁶. Nabywanie mowy jest zatem procesem długotrwałym czasowo. Przyczyna tkwi w trudności, przed którą staje dziecko – po raz pierwszy przyswajają złożony system znaków, czyli język. Wraz z rozwojem

1 J. T. Kania: *Szkice logopedyczne*. Polskie Towarzystwo Logopedyczne Zarząd Główny, Lublin 2001, s. 171.

2 P. Łobacz: *Prawidłowy rozwój mowy dziecka*. W: *Podstawy neurologopedii. Podręcznik akademicki*. Red. T. Gałkowski, E. Szelaąg, G. Jastrzębowska. Wydawnictwo UO, Opole 2005, s. 235.

3 J. Porayski-Pomsta: *Mowa dziecka jako przedmiot badań*. „Poradnik Językowy” 2007, nr 8, s. 14.

4 G. Jastrzębowska: *Opóźnienie rozwoju mowy*. W: *Podstawy neurologopedii. Podręcznik akademicki*. Red. T. Gałkowski, E. Szelaąg, G. Jastrzębowska. Wydawnictwo UO, Opole 2005, s. 360.

5 M. Sałach-Zapaśnik, *Studium przypadku dziecka z zaburzeniami w komunikacji i opóźnionym rozwojem mowy. Diagnoza logopedyczna*. W: *Neurologopedyczne studia przypadków*. Red. E. Stecko, tom I, ES Dr Stecko, Warszawa 2006, s. 334.

6 P. Łobacz, *Prawidłowy rozwój mowy ...*, s. 235.

mowy, kształtują się inne obszary funkcjonowania dziecka, takie jak motoryka duża i mała, słuch, myślenie, pamięć itd.⁷. Wszelkie czynniki zaburzające lub hamujące, np. ograniczenia w kontaktach społecznych czy językowych, defekty psychologiczne lub biologiczne mogą prowadzić do opóźnień w przyswajaniu języka. Związek pomiędzy rozwojem psychofizycznym a sprawnym posługiwaniem się mową podkreśla wielu specjalistów, w których zakresie leżą zainteresowania rozwojem mowy dziecka.

Opóźnienie rozwoju mowy występuje wtedy, gdy obserwujemy spowolnienie kolejnych etapów nabywania i rozwijania mowy. Dochodzi wówczas do późniejszego, niż u rówieśników, wykształcenia mowy, czyli do odstępstwa od normy rozwojowej. Opóźniony rozwój mowy może ujawnić się poprzez przesunięcie w czasie gaworzenia, pierwszych wyrazów i zdań, wystąpienie zaburzeń artykulacyjnych, niewielki zasób słów itd.

Opinie badaczy na temat określenia momentu, w którym można mówić o opóźnionym rozwoju mowy są niejednoznaczne. Problemem staje się wyznaczenie jednoznacznych granic świadczących o patologii rozwoju mowy. Kwestią sporną jest m.in. ilość słów, które dziecko powinno wypowiadać w określonym wieku, by jego mowę uznać za prawidłową. Zdanie G. Jastrzębowskiej⁸ wskaźnikami dla określenia opóźnienia w rozwoju mowy są przesunięcia czasowe w pojawieniu się gaworzenia (tj. później niż 6.-7. miesiąc życia), a także pierwszych słów dziecka (czyli później niż 1. rok życia), ubogie słownictwo zarówno czynne jak i bierne, długo utrzymujące się nieprawidłowe struktury gramatyczne oraz zaburzona artykulacja, a także opóźnienia w posługiwaniu się zdaniami prostymi (norma – 2. rok życia), a następnie złożonymi (norma – 3. rok życia).

Bez względu na moment wystąpienia opóźnionego rozwoju mowy i stopień jego nasilenia, niezbędne jest szybkie podjęcie terapii logopedycznej. Wczesne rozpoczęcie oddziaływań logopedycznych sprzyja szybszemu wyrównaniu braków w mowie, co bezpośrednio wpływa na gotowości dziecka do startu edukacyjnego. Zaburzenia w rozwoju mowy powodują frustracje dziecka, u którego wraz z wiekiem wzrasta poczucie dyskomfortu z powodu trudności w porozumiewaniu się z najbliższym otoczeniem. Ponadto, wczesna interwencja logopedyczna umożliwi dziecku sprawniejsze funkcjonowanie w przyszłości oraz osiągnięcie wyników na najwyższym poziomie.⁹

Obok czasu, istotnym elementem w postępowaniu terapeutycznym jest prawidłowo postawiona diagnoza i odpowiednie dobranie programu terapii. Opóźniony rozwój mowy

7 J. T. Kania, *Szkice logopedyczne*, s. 171.

8 G. Jastrzębowska, *Opóźnienie rozwoju mowy*, s. 372.

9 M. Sałach-Zapaśnik: *Studium przypadku dziecka z zaburzeniami*, s. 334; T. Zaleski: *Opóźnienia w rozwoju mowy*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2002, s. 106.

może towarzyszyć nieprawidłowemu rozwojowi dziecka i często jest pierwszym sygnałem nieświadomionych zaburzeń rozwojowych.

Dane z wywiadu i analiza dokumentów

Dzieckiem objętym studium przypadku jest 4. letni chłopiec, jedynak, wychowywany przez obojga rodziców. Pomimo, że ciąża przebiegła bez powikłań, to podczas rozwiązania doszło do infekcji wód płodowych. W efekcie u noworodka stwierdzono atopowe zapalenie skóry i podano antybiotyki. Chłopiec otrzymał 10 punktów w skali Apgar. Po około dwóch tygodniach, w czasie domowej wizyty, rozpoznano u niego skrócone wędzidełko podjęzykowe, które zostało podcięte nożyczkami.

Od urodzenia rodziców niepokoiło zachowanie chłopca. Dziecko było krzykliwe i bardzo ruchliwe, miało problem ze skoncentrowaniem uwagi na jednej zabawce, łatwo się rozpraszało, nie potrafiło kontrolować swoich emocji, szybko popadało w złość. Często występowały u niego zachowania agresywne nie tylko w stosunku do kolegów, ale i rodziny. Po ukończeniu roku chłopiec wypowiadał pierwsze słowa, po czym nastąpiło zahamowanie rozwoju mowy. W efekcie, w wieku 3. lat, dziecko potrafił powiedzieć zaledwie kilka słów.

Od 3. roku życia chłopiec rozpoczął edukację przedszkolną, w grupie trzy- i czterolatków. Nauczycielki skarżyły się na zachowanie chłopca, który był niespokojny, hałaśliwy i przeszkadzał w prowadzeniu zajęć. Dziecko miało trudności w komunikacji werbalnej z otoczeniem, co skutkowało agresją i trudnościami w znalezieniu przyjaciół. Przedszkolny logopeda zdiagnozował u dziecka zaburzenie w mowie o typie afazji i rozpoczął terapię, w wymiarze jednej godziny tygodniowo. Dodatkowo chłopiec został poddany półrocznemu postępowaniu logopedycznemu w poradni psychologiczno-pedagogicznej. Podjęte oddziaływania logopedyczne nie przyniosły wymiernych rezultatów. Przedszkolny logopeda zasugerował rodzicom zasięgnięcie porady neurologicznej oraz laryngologicznej. Neurolog potwierdził podejrzenie nauczycielki z przedszkola – nadpobudliwość psychoruchową. Chłopcu zaczęto podawać środki farmakologiczne stosowane w przypadkach zaburzenia koncentracji uwagi oraz nadpobudliwości u dzieci i młodzieży. Podstawą skierowania dziecka do laryngologa były stale otwarte usta oraz nadmierne gromadzenie śliny w jamie ustnej. Badanie laryngologiczne wykazało przerost migdałka gardłowego. Zalecono wykonanie zabiegu adenotomii. Od tej pory częste infekcje górnych dróg oddechowych pojawiały się znacznie rzadziej i nie miały tak ostrego przebiegu. U dziecka podejrzewano także niedosłuch. Badanie audiologiczne wykazało umiarkowany

ubytek słuchu. Po usunięciu migdałka gardłowego słuch dziecka wrócił do normy. Z powodu braku postępów w mowie podjęto konsultację u kolejnego logopedy, który zdiagnozował u chłopca opóźniony rozwój mowy. Rozpoczęto terapię logopedyczną, która jest nadal kontynuowana. Przeprowadzona konsultacja u kolejnego neurologa, wykazała zaburzenia:

- sfery poznawczej, w tym słuchowej (zaburzenia rozumienia i przetwarzania dźwięków, które skutkują stałym niepokojem ruchowym);
- sfery językowej – dyspraksja oralna, opóźniony rozwój mowy, zaburzenia artykulacji oraz nadmierne ślinienie;
- sfery ruchowej – słaby rozwój motoryki dużej oraz grafomotoryki;
- sfery emocjonalnej – nadwrażliwość na bodźce, agresja impulsywna.

Neurolog potwierdził również wcześniejszą diagnozę, dotyczącą nadpobudliwości psychoruchowej dziecka.

Postępowanie logopedyczne

Terapia logopedyczna z chłopcem odbywała się systematycznie w tygodniowych odstępach. Czas trwania spotkań uzależniony był od możliwości psychofizycznych dziecka w danym dniu. Podczas pierwszego spotkania chłopiec wypowiadał zaledwie cztery słowa: „mama”, „tata”, „baba”, „Ania”. Dla nazywanie innych osób, zjawisk i przedmiotów, używał pojedynczych dźwięków, np. wypowiadał „o”, wskazując ołówek lub posługiwał się wyrazami dźwiękonaśladowczymi. Komunikację utrudniała nadruchliwość i brak skupienia uwagi, chłopca rozpraszało każde poruszenie lub szmer. Wprawdzie reagował na pytania, ale miało problem z ich zrozumieniem. Pomimo ciągłego rozproszenia i pobudzenia, chłopiec wykazywał duże zainteresowanie spotkaniami z logopedą. W postępowaniu logopedycznym skupiono uwagę na szerokiej gamie ćwiczeń: oddechowych, słuchowych, fonacyjnych, narządów mownych, rytmicznych i logorytmicznych.

U dziecka dało się zaobserwować także słabo rozwiniętą motorykę małą. Chłopiec w niewłaściwy sposób chwycił przybory do pisania, nie chętnie rysował, nie podejmował próby wycinania i zabaw typu lepienie np. z plasteliny. Natomiast chętnie uczestniczył w zabawach angażujących motorykę dużą.

W programie terapii logopedycznej uwzględniono wszystkie zaburzenia chłopca, zgodnie z holistycznym podejściem do dziecka jako całości. Poza postępowaniem logopedycznym prowadzono uaktywnianie innych obszarów funkcjonowania dziecka, takich jak motoryka duża i mała, słuch, myślenie, pamięć. W celu usprawnienia grafomotorycznego

zaproponowano malowanie rękami na dużych powierzchniach i własnym ciele, by następnie przejść do malowania dużym pędzlem na kartkach formatu A1, a dalej małym pędzelkiem na kartkach formatu A4, a w końcu do rysowania grubymi kredkami o przekroju trójkąta. Równolegle prowadzono ćwiczenia w cięciu nożyczkami dla dzieci z tzw. odbojnikiem ułatwiającym rozwieranie nożyczek. Rozpoczęto od nacinania na kartkach formatu A4, uprzednio narysowanych linii o długości około 3 centymetrów. Początkowo chłopcu asystowały dwie osoby, jedna nakładała rękę na rękę dziecka i wykonywała ruch nacięcia kartki, którą podkładała druga osoba. Z czasem chłopiec sam wykonywał ruch cięcia nożyczkami z odbojnikiem, podczas gdy osoba dorosła jedynie przytrzymywała kartkę. W końcu odbojnik ustawiano w pozycji, by nie brał udziału w rozwieraniu nożyczek, a dziecko tnąc, samo trzymało kartkę. Poza treningiem rysowania i cięcia nożyczkami, chłopcu zalecono następujące ćwiczenia grafomotoryczne:

1. Ugniatanie miękkich piłeczek mieszczących się w dłoni dziecka.
2. Zapinanie guzików do największych po najmniejsze rozmiary.
3. Zasuwanie zamków.
4. Otwieranie pudełek małej wielkości, np. po zapalkach, lekarstwach.
5. Zakręcanie nakrętek w butelkach o różnej średnicy.
6. Wrzucanie drobnych przedmiotów do worka.
7. Wiązanie kokard, zaczynając od dużych pudełek, kończąc na butach.

W usprawnianiu ręki chłopca postępowano zgodnie z pedagogiczną zasadą stopniowania trudności.

Rola rodziców w terapii

W postępowaniu logopedycznym niezbędne jest dostarczanie odpowiednich wzorców językowych przez osoby najczęściej przebywające z dzieckiem, czyli rodziców. Należy uświadomić opiekunom, że osiągnięcie pozytywnych skutków postępowania logopedycznego zależy, w dużej mierze, od ich wiedzy na temat stymulacji rozwoju mowy oraz ich zaangażowania całej rodziny w proces terapii.

Przydatne okazuje się przeprowadzenie wywiadu-ankiety w postaci siedmiu krótkich pytań, które mogą pomóc w uzmysłowieniu rodzicom popełnianych przez nich błędów. Poniższa tabela przedstawia *Ankieta dla opiekunów dziecka niemówiącego*. Odpowiedź na sześć pierwszych pytań powinna być pozytywna, natomiast na ostatnie – negatywna. Zadaniem logopedy jest poproszenie rodziców o wypełnienie wywiadu-ankiety, a następnie poinformowanie ich, jakich odpowiedzi należy udzielić, by wspomóc swoje dziecko w rozwijaniu mowy. Logopeda powinien zadbać, by każdy z rodziców zachował wypełnioną ankietę wyłącznie dla siebie. Dyskrecja i taktowne zachowanie terapeuty, pomoże uniknąć

wzajemnego obwiniania się rodziców za obecną sytuację werbalną dziecka, a także pozwoli dokonać samooceny dotychczasowego postępowania, którego celem był rozwój mowy córki czy syna.

Tab.1. Ankieta dla opiekunów dziecka niemówiącego.

L.p		TAK	NIE
1.	Mówię do dziecka, stosując wyłącznie krótkie zdania, np. „Patrz to lala. Lala je mniam, mniam.”		
2.	Używam prostych słów, doskonale znanych dziecku, np. „auto” zamiast „samochód”.		
3.	Mówiąc, stosuję najczęściej rzeczowników i odgłosów, np. „brum”, mniej czasowników, unikam przymiotników itd.		
4.	Zadaję dziecku pytania i po krótkiej chwili odpowiadam za dziecko.		
5.	Mówię do dziecka wyraźnie i zwalniam tempo mówienia.		
6.	Mówię do dziecka „twarzą w twarz”.		
7.	Mówię do dziecka „powiedz”, „powtórz”.		

W przypadku chłopca ankietę-wywiad wypełniły matka i babcia dziecka. Poproszono, by ojciec wypełnił ankietę w domu, a następnie samodzielnie porównał własne odpowiedzi z podanym wzorem (na pustym blankiecie zaznaczono czerwonym mazakiem poprawne odpowiedzi). W toku postępowania logopedycznego, często wracano do treści zawartych w ankiecie. Informowano rodzinę chłopca, że stosowanie podstawowych zasad w kontaktach z dzieckiem pozwoli przyspieszyć efektywność terapii. Wśród nich najistotniejszych zadań najbliższego otoczenia chłopca znalazły się:

- częste podejmowanie krótkich rozmów-monologów z dzieckiem oraz zadawanie pytań i po krótkiej chwili odpowiadanie na nie;
- zachowanie kontaktu wzrokowego w trakcie konwersacji;
- mówienie w sposób wolny i wyraźny, z użyciem odpowiedniej prozodii;
- budowanie prostych zdań, dostosowanych do umiejętności językowych dziecka z stosowaniem słownictwa znanego dziecku;
- wspieranie własnych wypowiedzi bogatą mimiką i gestykulacją;
- uważne wysłuchiwanie dziecka i wyrażanie chęci podtrzymania rozmowy;
- stymulowanie rozwoju słuchu mownego dziecka, poprzez zabawy wykorzystujące wszelkiego rodzaju dźwięki;
- codzienne czytanie dziecku książek zawierających duże drukowane litery i wodzenie palcem po tekście, by wprowadzić malca w świat pisma;

- zachęcanie do aktywnego uczestnictwa w czytaniu poprzez prośby o wskazanie przedmiotów bądź osób przedstawionych na ilustracjach;
- modulowanie głosem w trakcie czytania;
- chwalenie dziecka za dotychczasowe osiągnięcia, docenianie jego pracy.

Podsumowanie

Pierwsze postępy w terapii logopedycznej chłopca dało się zauważyć po upływie około 2. miesięcy. Zmiany dotyczyły nie tylko rozwoju w mowie ale i poprawy w zachowaniu dziecka. Chłopiec wydawał się bardziej skupiony na powierzanych zadaniach. Mimo nadal liczne występujących przejawów nadpobudliwości, dziecko starało się wykonywać zadania najlepiej jak potrafiło. Pozytywne efekty terapii wzmogło znaczne zaangażowanie najbliższej rodziny, poprzez stosowanie zasad dobrej komunikacji z dzieckiem i systematyczne powtarzanie ćwiczeń poza spotkaniami logopeda.

Trwająca prawie dwa lata terapia logopedyczna, wskazuje na duży postęp w rozwoju mowy dziecka. W opinii rodziców nastąpiła „eksplozja” w zakresie mówienia. Zasób słownictwa chłopca znacznie się wzbogacił. Dziecko formułuje proste zdania, choć nie zawsze mowa chłopca jest zrozumiała. Chętnie nawiązuje on kontakty werbalne z nowopoznanymi osobami. Dziecko zdecydowanie się wyciszyło. Ustąpiły również zachowania agresywne. Sprawność grafomotoryczna chłopca nie odbiega o umiejętności rówieśników. Przeprowadzone w ostatnim czasie weryfikujące badanie logopedyczne wskazuje na konieczność rozpoczęcia terapii dyslalia, gdyż w mowie dziecka daje się zauważyć wymowę międzyzębową głosek [t, d, n] oraz spółgłosek przedniojęzykowo-zębowych s, z, c, dz.

Terapia opóźnionego rozwoju mowy często jest procesem kilkuletnim, na efektywność którego ma wpływ wiele czynników. Wymaga zatem wsparcia postępowania logopedycznego oddziaływaniami z zakresu terapii pedagogicznej w postaci, np. treningu grafomotorycznego. Skuteczność terapii w dużej mierze uzależniona jest również od stopnia zaangażowania najbliższego środowiska dziecka. Wczesny czas podejmowania terapii, a także systematyczność w postępowaniu oraz cierpliwość zarówno ze strony logopedy jak i rodziny stanowią również niezbędne czynniki dla efektu finalnego jakim jest normatywnie komunikujące się dziecko.

Bibliografia

1. Jastrzębowska Grażyna: *Opóźnienie rozwoju mowy. W: Podstawy neurologopedii. Podręcznik akademicki.* Red. Tadeusz Gałkowski, Elżbieta Szelağ, Grażyna Jastrzębowska. Wydawnictwo UO, Opole 2005.
2. Kania Józef, Tadeusz: *Szkice logopedyczne.* Polskie Towarzystwo Logopedyczne Zarząd Główny, Lublin 2001.
3. Łobacz Piotra: *Prawidłowy rozwój mowy dziecka. W: Podstawy neurologopedii. Podręcznik akademicki.* Red. Tadeusz Gałkowski, Elżbieta Szelağ, Grażyna Jastrzębowska. Wydawnictwo UO, Opole 2005.
4. Porayski-Pomsta Józef: *Mowa dziecka jako przedmiot badań.* „Poradnik Językowy” 2007, nr 8.
5. Sałach-Zapaśnik Magdalena: *Studium przypadku dziecka z zaburzeniami w komunikacji i opóźnionym rozwojem mowy. Diagnoza logopedyczna.* W: *Neurologopedyczne studia przypadków.* Red. Elżbieta Stecko , tom I, ES Dr Stecko, Warszawa 2006.
6. Zaleski Tadeusz: *Opóźnienia w rozwoju mowy.* Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002.

Nota o autorze

dr Iwona Michalak-Widera – pedagog specjalny i logopeda, absolwentka logopedii na Uniwersytecie Śląskim oraz emisji głosu na Uniwersytecie Wrocławskim. Zajmuje się oddziaływaniami logopedycznymi, szczególnie opóźnieniami w rozwoju mowy dzieci nieharmonijnie się rozwijających. Prowadzi zajęcia z zaburzeń mowy na Podyplomowych Kwalifikacyjnych Studiach Logopedii i Medialnej Emisji Głosu przy UŚ w Katowicach. Jest autorką i współautorką kilkunastu książek o tematyce logopedycznej oraz licznych publikacji z tej dziedziny – naukowych i popularnonaukowych Aktywnie działa w Polskim Towarzystwie Logopedycznym, pełni funkcję przewodniczącej Zarządu Śląskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Logopedycznego.

mgr Marta Stasiowska - nauczyciel języka polskiego, logopeda, oligofrenopedagog, absolwentka filologii polskiej na Uniwersytecie Śląskim oraz logopedii na Podyplomowych Kwalifikacyjnych Studiach Logopedii i Medialnej Emisji Głosu przy UŚ w Katowicach. Obecnie nauczyciel w Zespole Szkół Specjalnych nr 2 w Chorzowie oraz logopeda w Przedszkolu nr 4 w Radzionkowie. Interesuje się tematyką logopedyczną, szczególnie opóźniającym się rozwojem mowy, a także zaburzeniami mowy dzieci z niepełnosprawnością intelektualną. Bierze czynny udział w konferencjach logopedycznych oraz szkoleniach z zakresu zaburzeń mowy u dzieci i dorosłych.