

**Interdyscyplinarne
aspekty diagnozy
i terapii logopedycznej**



WYDAWNICTWO
UNIWERSYTETU
ŁÓDZKIEGO

pod redakcją
Eweliny Zając i Mateusza Szurka

**Interdyscyplinarne
aspekty diagnozy
i terapii logopedycznej**

Ewelina Zając, Mateusz Szurek – Uniwersytet Łódzki, Wydział Filologiczny
Instytut Filologii Polskiej i Logopedii, Zakład Dialektologii Polskiej i Logopedii
90-236 Łódź, ul. Pomorska 171/173

RECENZENT

Katarzyna Kaczorowska-Bray

REDAKTOR INICJUJĄCY

Urszula Dzieciatkowska

REDAKTOR WYDAWNICTWA UŁ

Dorota Stępień

SKŁAD I ŁAMANIE

MUNDA – Maciej Torz

PROJEKT OKŁADKI

Agencja Reklamowa efectoro.pl

Zdjęcie wykorzystane na okładce: © Depositphotos.com/Milkos

© Copyright by Authors, Łódź 2020

© Copyright for this edition by Uniwersytet Łódzki, Łódź 2020

Publikacja jest udostępniona na licencji Creative Commons

Uznanie autorstwa-Użycie niekomercyjne-Bez utworów zależnych 4.0 (CC BY-NC-ND)

Wydane przez Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego

Wydanie I. W.09846.20.0.K

Ark. wyd. 16,5; ark. druk. 18,0

<https://doi.org/10.18778/8220-226-7>

ISBN 978-83-8220-226-7

e-ISBN 978-83-8220-227-4

Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego

90-131 Łódź, ul. Lindleya 8

www.wydawnictwo.uni.lodz.pl

e-mail: ksiegarnia@uni.lodz.pl

tel. 42 665 58 63

SPIS TREŚCI

SŁOWO WSTĘPNE (<i>Ewelina Zajac, Mateusz Szurek</i>).....	9
CZEŚĆ I	
INTERDYSCYPLINARNOŚĆ TERAPII ZABURZEŃ MOWY OSÓB DOROSŁYCH	13
Justyna Antczak-Kujawin	
O METODACH DIAGNOZOWANIA ANOMII W OTEPIENIU ALZHEIMEROWSKIM	15
ABOUT METHODS OF DIAGNOSING ANOMY IN ALZHEIMER'S DEMENTIA	
Renata Gliwa	
OCENA KOMPETENCJI I SPRAWNOŚCI INTERAKCYJNYCH, KOMUNIKACYJNYCH I JĘZYKOWYCH PACJENTKI Z POSTĘPUJĄCĄ AFAZJĄ NIEPŁYNNĄ	29
DIAGNOSIS OF COMPETENCES AND INTERACTIVE, COMMUNICATION AND LANGUAGE SKILLS OF A PATIENT WITH PROGRESSIVE NONFLUENT APHASIA	
Agnieszka Hamerlińska	
MOWA PRZETOKOWA – STANDARD POSTĘPOWANIA LOGOPEDYCZNEGO U OSÓB PO IMPLANTACJI ZASTAWKI TCHAWICZO-PRZEŁYKOWEJ	53
SPEECH WITH VOICE PROSTHESIS AFTER REMOVAL OF THE LARYNX – STANDARD OF SPEECH THERAPY	
Magdalena Kokot	
ZABURZENIA WIDZENIA U OSÓB PO UDARZE MÓZGU A MOŻLIWOŚCI ADAPTACJI MATERIAŁÓW DRUKOWANYCH DLA OSÓB Z AFAZJĄ	63
VISUAL DISTURBANCES IN PEOPLE AFTER STROKE AND THE POSSIBILITY OF ADAPTATION OF PRINTED MATERIALS FOR PEOPLE WITH APHASIA	

Justyna Żulewska, Karolina Pożoga

WYPALENIE ZAWODOWE JAKO ZAGROŻENIE W PRACY LOGOPEDY NA ODDZIAŁACH NEUROLOGII I REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ	73
BURNOUT AS A THREAT AT THE SPEECH THERAPIST'S WORK IN THE DEPARTMENTS OF NEUROLOGY AND NEUROLOGICAL REHABILITATION	

CZĘŚĆ II

LOGOPEDIA I GLOTTODYDAKTYKA – WSPÓLNE CELE I METODY ..	89
---	----

Michalina Biernacka

WIEDZA GLOTTODYDAKTYCZNA W SŁUŻBIE LOGOPEDII MIĘDZYKULTUROWEJ	91
KNOWLEDGE OF TEACHING POLISH AS A FOREIGN LANGUAGE IN THE SERVICE OF INTERCULTURAL SPEECH-LANGUAGE THERAPY	

Małgorzata Rocławska-Daniluk, Weronika Kisiel

PODSTAWOWE ZAŁOŻENIA GLOTTODYDAKTYKI BRONISŁAWA ROCLAWSKIEGO I JEJ INTERDYSCYPLINARNE ZASTOSOWANIE W NAUCZANIU POCZĄTKOWYM I LOGOPEDII – PRZEGLĄD LITERATURY PRZEDMIOTOWEJ	105
THE BASIC ASSUMPTIONS OF BRONISŁAW ROCLAWSKI'S GLOTTODIDACTICS AND ITS INTERDISCIPLINARY APPLICATION IN PRIMARY EDUCATION AND SPEECH THERAPY: A REVIEW OF LITERATURE ON THE TOPIC	

Joanna Zawadka, Marlena Kurowska, Elżbieta Sadowska

ROZPOZNAWANIE SYTUACJI JĘZYKOWEJ DZIECKA DWU- I WIELOJĘZYCZNEGO Z WYKORZYSTANIEM LOGOPEDYCZNEGO KWESTIONARIUSZA ROZPOZNANIA SYTUACJI JĘZYKOWEJ DZIECKA W PERSPEKTYWIE WIELOJĘZYCZNOŚCI I WIELOKULTUROWOŚCI ..	115
RECOGNIZING OF THE LANGUAGE SITUATION OF A BILINGUAL AND MULTILINGUAL CHILD USING THE <i>SPEECH THERAPY QUESTIONNAIRE FOR RECOGNIZING A CHILD'S LANGUAGE SITUATION IN THE PERSPECTIVE OF MULTILINGUALISM AND MULTICULTURALISM</i>	

CZĘŚĆ III

INTERDYSCYPLINARNOŚĆ W DIAGNOZIE I TERAPII ZABURZEŃ MOWY ZWIĄZANYCH Z NIEWYKSZTAŁCONĄ KOMPETENCJĄ JĘZYKOWĄ	127
---	-----

Alicja Chilińska-Pułkowska

SPRAWNOŚĆ KOMUNIKACYJNA OSÓB Z GŁĘBOKĄ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ	129
THE COMMUNICATION EFFICIENCY OF PERSONS WITH PROFOUND INTELLECTUAL DISABILITIES	

Renata Marciniak-Firadza

- TERAPIA LOGOPEDYCZNA DZIECKA Z MÓZGOWYM PORĄŻENIEM DZIECIĘCYM – STYMULACJA DOTYKOWA** 141
 LOGOPAEDIC THERAPY OF CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY – TACTILE STIMULATION

Natalia Siudzińska

- WIELOSPECJALISTYCZNE POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU DZIECKA Z ZESPOŁEM VAN DER WOUDE** 155
 MULTISPECIALIZED PROCEEDINGS IN THE CASE OF A CHILD WITH VAN DER WAUDE SYNDROME

Tomasz Wiech

- TERAPIA ZABURZEŃ MOWY I JĘZYKA CHŁOPCÓW Z ZESPOŁEM KRUCHEGO CHROMOSOMU X. STUDIUM PRZYPADKU** 165
 SPEECH AND LANGUAGE INTERVENTION FOR BOYS WITH FRAGILE X SYNDROME. CASE STUDY

CZEŚĆ IV

- INTERDYSCYPLINARNOŚĆ W DIAGNOZIE I TERAPII ZABURZEŃ MOWY DZIECI** 179

Izabela Ejsmunt-Wieczorek

- POLISEMANTYZMY WERBALNE W ZASOBIE LEKSYKALNYM DZIECI PRZEDSZKOLNYCH** 181
 VERBAL POLISEMANISMS IN THE LEXICAL RESOURCE OF KINDERGARTEN-AGE CHILDREN

Aleksandra Jastrzębowska-Jasińska

- ZASTOSOWANIE MODELU PODATNOŚĆ–STRES W TERAPII JĄKANIA U DZIECI** 189
 APPLICATION OF THE DIATHESIS–STRESS MODEL IN THERAPY OF CHILDREN WHO STUTTER

Justyna Kackieło-Tomulewicz, Karolina Milewska

- ANALIZA WYPOWIEDZI NARRACYJNYCH DZIECI PIĘCIOLETNICH PO ZAPOZNANIU SIĘ Z MATERIAŁEM AUDIOWIZUALNYM** .. 195
 THE NARRATIVE REPORTS' ANALYSIS OF 5 YEAR OLD CHILDREN AFTER GETTING AQUAIED WITH AUDIOVISUAL MATERIAL

Anna Karowicz

- KOMPLEKSOWA DIAGNOZA I TERAPIA JAKO WARUNKI SKUTECZNOŚCI TERAPII LOGOPEDYCZNEJ DZIECKA Z OPÓŹNIONYM ROZWOJEM MOWY** 211
 COMPREHENSIVE DIAGNOSIS AND THERAPY AS A CONDITION OF SPEECH THERAPY EFFICACY OF CHILD DIAGNOSED WITH DELAYED SPEECH DEVELOPMENT

Ewa Arleta Kos	
SPECYFIKA FUNKCJONOWANIA DZIECKA Z MUTYZMEM WYBIÓRCZYM W ŚRODOWISKU POZARODZINNYM	227
THE SPECIFICITY OF THE FUNCTIONING OF A CHILD WITH SELECTIVE MUTISM IN AN EDUCATIONAL ENVIRONMENT	
Magdalena Olempska-Wysocka	
WCZESNA DIAGNOZA LOGOPEDYCZNA DZIECKA Z ALALIĄ I NIEDOKSZTAŁCENIEM MOWY O TYPIE AFAZJI	245
EARLY SPEECH THERAPY DIAGNOSIS OF A CHILD WITH APRAXIA AND CHILDHOOD APHASIA	
Aleksandra Szczygieł	
CYWILIZACYJNE ZAGROŻENIA ROZWOJU SYSTEMU ODBIORU STYMULACJI PRZEDSIONKOWEJ I INTEGRACJI SENSORYCZNEJ ORAZ ICH POTENCJALNY WPŁYW NA ZABURZENIA ROZWOJU MOWY	253
CIVILIZATION THREATS TO VESTIBULAR STIMULATION RECEPTION AND SENSORY INTEGRATION SYSTEM DEVELOPMENT AND THEIR POTENTIAL IMPACT ON SPEECH DEVELOPMENT DISORDERS	
CZĘŚĆ V	
VARIA	271
Anna Herud, Grażyna Śmiech-Słomkowska	
CZYNNOŚCI FIZJOLOGICZNE JAMY USTNEJ	273
PHYSIOLOGICAL FUNCTIONS OF ORAL CAVITY	
Helena Liwo	
INTERDYSCYPLINARNOŚĆ JAKO KONIECZNOŚĆ W TEORII I PRAKTYCE SURDOLOGOPEDYCZNEJ	277
INTERDISCIPLINARITY AS A NECESSITY IN THEORY AND PRACTICE OF SURDOLOGOPAEDICS	

SŁOWO WSTĘPNE

Logopedia to interdyscyplinarna dziedzina nauki, która bardzo szybko rozwinęła się w ostatnim dziesięcioleciu. Jej intensywny rozwój jest związany ze wzrostem zapotrzebowania społecznego wynikającego ze zwiększenia świadomości i wiedzy na temat zaburzeń mowy. W procesie diagnostyczno-terapeutycznym mowy najważniejsza jest oczywiście rola logopedy, jednak najczęściej pełny sukces terapeutyczny osiąga się dopiero przy współpracy wielu specjalistów. Dlatego tak istotna w rozwoju myśli logopedycznej jest kooperacja wielu dziedzin nauki, świadcząca o interdyscyplinarności logopedii.

Artykuły zawarte w tej monografii są rozwinięciem wystąpień wygłoszonych podczas ogólnopolskiej konferencji logopedycznej *Interdyscyplinarne aspekty diagnozy i terapii logopedycznej* zorganizowanej 19 października 2019 r. przez Zakład Dialektologii Polskiej i Logopedii Instytutu Filologii Polskiej i Logopedii Uniwersytetu Łódzkiego. Konferencja była okazją do spotkania specjalistów z różnych dziedzin, w kręgu zainteresowań których znajdują się biologiczne i społeczne uwarunkowania mowy. Tom zawiera teoretyczne rozważania oraz wyniki badań własnych naukowców i praktyków, którzy reprezentują ośrodki naukowe, placówki oświatowe oraz terapeutyczne z całej Polski. Ukazali oni logopedię jako dziedzinę o interdyscyplinarnych podstawach, a także przyczynili się do kontynuacji dyskusji oraz współpracy specjalistów zajmujących się pomocą dzieciom i dorosłym z zaburzeniami mowy i języka. W monografii znajdują się rozważania specjalistów z różnych dziedzin – logopedii, neurologopedii, surdologopedii, onkologopedii, oligofrenopedagogiki, psychologii, ortodoncji, językoznawstwa, glottodydaktyki – co umożliwi wieloaspektowe spojrzenie na skomplikowane zagadnienie, jakim jest szeroko pojęta komunikacja.

Tom został podzielony na części poświęcone poszczególnym zagadnieniom tematycznym. Pierwszą część, zatytułowaną *Interdyscyplinarność terapii zaburzeń mowy osób dorosłych*, otwierają rozważania **Justyny Antczak-Kujawin** na temat diagnozowania zaburzeń nazywania u osób z otępieniem alzheimerowskim. Badaczka zaprezentowała autorskie propozycje metod diagnozowania anomii oraz procedurę diagnozowania zaburzeń mowy w przebiegu schorzeń wieku senioralnego. **Renata Gliwa** oceniła kompetencje i umiejętności interaktywne, komunikacyjne i językowe (z uwzględnieniem umiejętności leksykalno-semantycznych) pacjentów ze zdiagnozowaną pierwotną niepełną afazją i głęboką demencją.

Wskazała też dysproporcje wśród zachowanych zdolności i deficytów w zakresie wymienionych umiejętności oraz wykazała konieczność stosowania szczególowej logopedii w omawianym typie i stopniu demencji. Z kolei **Agnieszka Hamerlińska** omówiła problematykę mowy przetokowej w kontekście standardów postępowania logopedycznego u osób po laryngektomii całkowitej, u których przeprowadzono implantację zastawki tchawiczo-przelykowej. Zagadnieniom zaburzeń widzenia u osób po udarze mózgu został poświęcony artykuł **Magdaleny Kokot**. Wskazała ona możliwe sposoby zwiększenia efektywności terapii na podstawie badań własnych. Podkreśliła też konieczność współpracy wielu specjalistów w celu wpłynięcia na efektywność podejmowanych działań terapeutycznych. Pierwszą część monografii zamyka tekst **Justyny Żulewskiej** i **Karoliny Pożogi**, które oszacowały stopień wypalenia zawodowego wśród logopedów pracujących na oddziałach rehabilitacji neurologicznej i neurologii. Autorki spróbowały również poznać jego przyczyny oraz ustalić, jak stres i wypalenie zawodowe wpływają na jakość wykonywanej pracy.

Druga część monografii została poświęcona związkom logopedii z glottodydaktyką oraz zagadnieniu dwujęzyczności. Rozpoczyna ją artykuł **Michaliny Biernackiej**, która snuje rozważania na temat przydatności wiedzy glottodydaktycznej w codziennej pracy logopedy. Omawia również metody i techniki wykorzystywane w nauczaniu polskiej gramatyki w terapii logopedycznej. **Małgorzata Rocławska-Daniluk** i **Weronika Kisiel** w swoim artykule przedstawiają publikacje na temat glottodydaktycznego systemu edukacyjnego Bronisława Rocławskiego. Część drugą zamykają założenia *Logopedycznego kwestionariusza rozpoznania sytuacji językowej dziecka w perspektywie wielojęzyczności i wielokulturowości* autorstwa **Joanny Zawadki**, **Marleny Kurowskiej** i **Elżbiety Sadowskiej**. Autorki przedstawiają narzędzie, które ma wspomagać przeprowadzenie pogłębionego wywiadu logopedycznego w przypadku podejrzenia trudności z rozwojem mowy i języka u dzieci wychowujących się w środowisku wielojęzycznym i wielokulturowym.

Część trzecią, skoncentrowaną na tematyce związanej z diagnozą i terapią zaburzeń mowy u osób z niewykształconą kompetencją językową, rozpoczyna charakterystyka funkcjonowania osób z najcięższymi dysfunkcjami w zakresie nadawania i odbioru mowy na poziomie sprawności komunikacyjnej autorstwa **Alicji Chilińskiej-Pułkowskiej**. Autorka wymienia większość zachowań komunikacyjnych, które można zaobserwować u dziecka z głęboką, wieloraką niepełnosprawnością. **Renata Marciniak-Firadza** omówiła stymulację dotykową osób z mózgowym porażeniem dziecięcym na przykładzie autorskiej metody Eleny Archipowej. Dowodzi, że dzięki stymulacji dotykowej twarzy poprawia się funkcjonowanie jej mięśni i czucia, a celem stymulacji oralnej jest m.in. normalizacja wrażliwości okolic ust i wnętrza jamy ustnej oraz redukcja przetrwałych odruchów patologicznych. **Natalia Siudzińska** zaprezentowała natomiast przebieg i usprawnianie leczenia czteroletniego chłopca, urodzonego z zespołem van der

Woude. Zespół ten charakteryzuje się m.in. całkowitym rozszczepem wargi, wyrostka zębodołowego, podniebienia twardego i miękkiego, przetoką ślinową na wardze dolnej, znacznie skróconym wędzidełkiem podjęzykowym. Część trzecią zamyka studium przypadku czteroletniego chłopca z zespołem kruchego chromosomu X opracowane przez **Tomasza Wiecha**. Artykuł dotyczy problematyki zaburzeń rozwoju komunikacji i języka u dzieci z tym zespołem.

Część czwarta tomu odnosi się do tematyki związanej z interdyscyplinarnością w diagnozie i terapii zaburzeń mowy u dzieci. Rozważania otwiera artykuł **Izabeli Ejsmunt-Wieczorek** ukazujący polisemantyzmy werbalne w zasobie leksykalnym dzieci w wieku przedszkolnym. Autorka koncentruje się na ukazaniu zawisłości terminologicznych związanych ze zjawiskiem wieloznaczności w języku, nakreśleniu relacji polisem–neosemantyzm oraz rozstrzygnięciu terminologicznym w odniesieniu do mowy dzieci w wieku przedszkolnym. Z kolei **Aleksandra Jastrzębowska-Jasińska** zaprezentowała nowe podejście w interpretacji modelu podatność–stres w odniesieniu do terapii jąkania u dzieci. Autorka omówiła także *Program Całościowej Zintegrowanej Aktywności Dzieci (CZAD)* dla dzieci jękających się i ich rodziców, bazujący na zmodyfikowanym modelu opisanym w artykule. **Justyna Kackieło-Tomulewicz** i **Karolina Milewska** przedstawiły wyniki badań dotyczące wpływu zaburzeń wymowy na kompetencję narracyjną dzieci pięcioletnich przeprowadzone w oparciu o autorskie narzędzie do badania kompetencji komunikacyjnej. Autorki dokonały charakterystyki wypowiedzi dzieci pięcioletnich, wskazując na zauważone różnice w wypowiedziach poszczególnych badanych. Z kolei **Anna Karowicz** omówiła sześć przypadków dzieci z opóźnionym rozwojem mowy, zwracając uwagę na konieczność współpracy logopedy z różnymi specjalistami, m.in. laryngologiem, neurologiem, pedagogiem, psychologiem, ortodontą, okulistą, terapeutą SI, fizjoterapeutą, audiologiem oraz foniatrą. **Ewa Arleta Kos** natomiast w swoim opracowaniu podała przyczyny mutyzmu wybiórczego w kontekście pozycji klasyfikacyjnej, uwzględniając kontrowersje wokół kryteriów diagnostycznych tego zaburzenia. Przedstawiła również specyfikę funkcjonowania dziecka z mutyzmem wybiórczym w środowisku pozarodzinnym. Rozważania **Magdaleny Olempskiej-Wysockiej** dotyczą wczesnej diagnozy logopedycznej dziecka z alalią i niedokształceniem mowy o typie afazji, mającej późniejsze znaczenie dla projektowania programu terapii logopedycznej oraz wczesnego wspomagania rozwoju dziecka, uwzględniającego jego specjalne potrzeby komunikacyjne. **Aleksandra Szczygieł** przedstawiła zagrożenia rozwoju systemu odbioru stymulacji przedsionkowej i integracji sensorycznej oraz ich potencjalny wpływ na zaburzenia rozwoju mowy. Autorka dokonała analizy istniejącej literatury dotyczącej wpływu prawidłowego rozwoju układu przedsionkowego na rozwój mowy oraz tworzenia się systemu integracji sensorycznej. W artykule przedstawiła także wyniki badań własnych dotyczących niebezpieczeństw związanych z nadużywaniem przez rodziców urządzeń pozycjonujących oraz multimediiów.

W części piątej znalazły się artykuły związane z innymi aspektami interdyscyplinarności logopedii. Otwiera ją artykuł **Anny Herud i Grażyny Śmiech-Słomkowskiej**, w którym zostały ukazane czynności fizjologiczne jamy ustnej. Autorki zwróciły uwagę na istotną rolę zabezpieczenia prawidłowych funkcji jamy ustnej oraz skuteczne niwelowanie ich dysfunkcji. Monografię zamyka tekst **Heleny Liwo**, która podjęła temat interdyscyplinarnej procedury implantowania, która umożliwia osobom głęboko niesłyszącym rozwijanie sprawności słuchowych i językowych. Badaczka omawia interdyscyplinarny charakter surdologii w dwóch aspektach – praktycznym i teoretycznym.

W książce został podkreślony interdyscyplinarny charakter logopedii, zaadresowano ją do różnorodnych specjalistów zajmujących się terapią zaburzeń mowy. Potwierdzeniem owej interdyscyplinarności jest szeroki wachlarz podjętych tematów. Poruszane zagadnienia są bardzo różnorodne – omówiono m.in. zaburzenia mowy u osób dorosłych, rolę współpracy logopedii z glottodydaktyką, zaburzenia mowy związane z niewykształconą kompetencją językową, wykorzystanie różnych dziedzin w diagnozie i terapii zaburzeń mowy u dzieci, a także problematykę związaną z interdyscyplinarną procedurą implantowania oraz anatomią jamy ustnej.

Uwzględniając szeroki dobór tematów składających się na całość prezentowanych w tomie zagadnień związanych z zakresem przedmiotowym współczesnej logopedii oraz sposób ich prezentacji, wyrażamy nadzieję, że do niniejszej monografii bazującej na aktualnej wiedzy logopedycznej sięgną z zainteresowaniem nie tylko logopedzi oraz studenci kierunków logopedycznych, lecz także specjaliści innych dziedzin, takich jak językoznawstwo, psychologia, pedagogika czy medycyna.

Ewelina Zając, Mateusz Szurek
Zakład Dialektologii Polskiej i Logopedii
Instytut Filologii Polskiej i Logopedii UŁ

CZEŚĆ I

**INTERDYSCYPLINARNOŚĆ TERAPII
ZABURZEŃ MOWY OSÓB DOROŚŁYCH**

Justyna Antczak-Kujawin*

O METODACH DIAGNOZOWANIA ANOMII W OTEPIENIU ALZHEIMEROWSKIM

ABOUT METHODS OF DIAGNOSING ANOMY
IN ALZHEIMER'S DEMENTIA

Słowa kluczowe: otępienie, choroba Alzheimera, diagnoza logopedyczna, anomia, zaburzenia sprawności leksykalno-semantycznej.

Keywords: dementia, Alzheimer's disease, logopedic diagnosis, anomia, lexical-semantic disorder.

Wprowadzenie

System leksykalny języka polskiego dysponuje bogatym repertuarem jednostek leksykalno-frazeologicznych. Jego podstawę stanowią nazwy własne (łac. *nomina propria*) wraz z nazwami pospolitymi (łac. *nomina appellativa*). Umiejętność nazywania, czyli zdolność do świadomego i trafnego używania jednostek językowych zgodnie z ich znaczeniem, określa się mianem sprawności leksykalno-semantycznej. Jej rozwój odbywa się szczególnie w okresie dzieciństwa (Zarębina, 1994, s. 113–136), jednak pełną dojrzałość językową oraz świadomość leksykalną człowiek nabywa i rozwija przez całe swoje życie.

Podsystem leksykalno-semantyczny języka stanowi ustalony i znany wszystkim użytkownikom danego języka, wewnątrznie usystematyzowany zbiór leksemów, będący odzwierciedleniem ich wiedzy o świecie oraz przejawem rozumienia relacji między zjawiskami. Badania dowodzą, iż zdrowy i mobilny mózg człowieka ma zdolność do gromadzenia ludzkich doświadczeń i ich porządkowania w pojęcia według uspołecznionego schematu (Grabias, 2010, s. 24; 2015, s. 20). Dzięki wspólności tego uporządkowanego obrazu świata członkowie danego społeczeństwa są w stanie porozumiewać się ze sobą (Milewski, 2006, s. 58). Poziom sprawności leksykalno-semantycznej jest zatem kluczowy dla ogólnego

* Uniwersytet Łódzki, Wydział Filologiczny, Instytut Filologii Polskiej i Logopedii, Zakład Dialektologii Polskiej i Logopedii, 90-236 Łódź, ul. Pomorska 171/173, e-mail: justyna.antczak@uni.lodz.pl, ORCID: 0000-0002-8473-9878.

rozwoju językowego człowieka. Jakiegokolwiek ograniczenia zasobu słownikowego, czyli zaburzenia sprawności leksykalno-semantycznej, przyczyniają się do zakłóceń w procesie językowego porozumiewania się (Grabias, 2015, s. 20).

Zaburzenia sprawności leksykalno-semantycznej objawiające się ograniczeniem lub brakiem umiejętności nazywania to anomia. Typowym objawem tych zaburzeń są m.in. minimalizacja zasobu słownikowego, uproszczenie struktury znaczeniowej wyrazu do relacji wyraz–desygnat oraz trudności w wyszukiwaniu nazw ze słownika mentalnego, czyli niemożność przypomnienia sobie danej nazwy. Zaburzenia nazywania manifestują się więc zaburzeniami lub znacznym ograniczeniem dostępu do słownika leksykalnego (Pąchalaska, 2003, s. 626; Kertesz, 2010, s. 42).

Liczni badacze zgodnie twierdzą, że najbardziej narażona na trudności w aktualizowaniu nazw jest grupa osób starszych (Tłokiński, 1990, s. 47; Domagała, 2015a, s. 91). Wiek senioralny stanowi zatem czynnik, który istotnie wpływa na poziom aktualizacji nazw. Przyczyn zaburzeń sprawności leksykalno-semantycznej u osób starszych należy upatrywać w tzw. generalnym zwalnianiu i deficytach inhibicji (Fogler, James, 2007, s. 205; za: Rutkiewicz-Hanczewska, 2016, s. 86). Osoby w wieku podeszłym potrzebują bowiem więcej czasu do realizacji różnych zadań czy operacji mentalnych (tzw. spowolnienie myślowe) oraz są narażone na dodatkowe, mało istotne informacje, występujące w czasie procesu aktualizowania nazw (tzw. zahamowanie procesu myślenia).

Dotkliwych problemów leksykalno-semantycznych doświadczają nie tylko osoby starzejące się fizjologicznie. Zaburzenia sprawności leksykalno-semantycznej obserwuje się także u osób, u których starzenie się ma przebieg patologiczny, czyli osób z łagodnymi zaburzeniami poznawczymi, uszkodzeniami mózgu, chorobami otępiennymi oraz chorobami neurodegeneracyjnymi, w tym z chorobą Alzheimerera. Jak podkreślają badacze anomii (Kertesz, 2010; Arkin, Mahendra, 2001; Arango-Lasprilla i in., 2007, za: Domagała, 2007, s. 193; 2015a, s. 95), zaburzenia nazywania stanowią znaczącą cechę początkowej fazy choroby Alzheimerera¹ (*Alzheimer's disease, AD*).

Cel rozważań

W polskiej literaturze przedmiotu (językoznawczej i logopedycznej) znane są badania nad anomią i sposobami kompensowania błędów nazywania przez pacjentów z afazją (Maruszewski, 1966; Żarski, 1964; Panasiuk, 2000; Pąchalaska, 2003). Ponadto badania w odniesieniu do anomii proprialnej w porówna-

¹ Trudności z aktualizacją nazwy docelowej są także kluczowym objawem wariantu logopenicznego afazji pierwotnej postępującej (lvPPA) (Sitek i in., 2018; Antczak-Kujawin, 2019a).

niu z anomią apelatywną w grupie osób z udarem w półkuli lewej oraz z udarem w półkuli prawej prowadziła Małgorzata Rutkiewicz-Hanczewska (2016). Na gruncie neuropsychologii anomia zostaje omówiona jako objaw niespecyficznych trudności w znalezieniu właściwego słowa w różnych wariantach afazji pierwotnie postępującej (Sitek i in., 2018).

Jak dotąd problematyka dotycząca trudności anomicznych u osób w wieku senioralnym starzejących się fizjologicznie oraz zaburzeń nazywania w przebiegu otępienia alzheimerowskiego nie była przedmiotem szczególnego zainteresowania w środowisku językoznawców².

W niniejszym tekście zostały omówione autorskie³ propozycje metod diagnozowania anomii, które mogą być przydatne w logopedycznym badaniu sprawności leksykalno-semantycznej osób w wieku senioralnym starzejących się fizjologicznie oraz z otępieniem alzheimerowskim. Przedstawiono procedurę diagnozowania zaburzeń mowy w przebiegu schorzeń wieku senioralnego i podkreślono znaczenie oceny sprawności leksykalno-semantycznej w otępieniu alzheimerowskim. Ponadto, w celu wyjaśnienia mechanizmu dostępu do zasobu leksykalnego oraz procesu aktualizacji (wyszukiwania) nazw⁴, scharakteryzowano różne modele przetwarzania języka i organizacji słownika umysłowego⁵.

² Na gruncie logopedii i językoznawstwa dostrzega się bowiem brak opracowań o charakterze monograficznym, podejmujących całościowo zagadnienie związane z zaburzeniami o charakterze leksykalno-semantycznym w otępieniu alzheimerowskim. Częściowo problemy leksykalno-semantyczne osób starzejących się patologicznie omawia Aneta Domagała (2007; 2015a). Autorka opisuje trudności leksykalne doświadczane przez badanych pacjentów podczas ich spontanicznych wypowiedzi pojawiających się w toku indywidualnych rozmów.

³ Jedynie opisując badanie aktualizacji nazw w mowie spontanicznej i fluencji słownej, autorka odwołuje się do znanych w literaturze przedmiotu metod badania. Pozostałe propozycje sposobów badania rozumienia nazw oraz ich aktualizacji w próbach nazywania tzw. konfrontacyjnego i oralnego, stanowią część autorskiego narzędzia diagnostycznego do badania sprawności leksykalno-semantycznej osób w wieku senioralnym (por. Antczak-Kujawin, 2019b).

⁴ W pracy zostały omówione sposoby badania anomii apelatywnej, czyli zaburzeń aktualizacji nazw pospolitych (*nomina appellativa*), jednak warto również podkreślić duże znaczenie badania aktualizacji nazw własnych (*nomina propria*) w procesie diagnostycznym osób z różnymi schorzeniami, np. uszkodzeniami mózgu, chorobami otępieniami, a także osób w wieku senioralnym starzejących się fizjologicznie (por. Rutkiewicz-Hanczewska, 2016; Gliwa, 2017).

⁵ Termin „słownik umysłowy” jest powszechnie używany w literaturze psycholingwistycznej. Oznacza zasób leksykalny języka etnicznego rozumiany jako dynamiczna struktura lokująca się w pamięci długotrwałej, zawierająca słowa oraz ich charakterystykę semantyczną, gramatyczną i fonetyczną (Aitchison, 2003; Kurcz, 1992; 2005).

Diagnozowanie zaburzeń mowy w przebiegu schorzeń wieku senioralnego

Ocena logopedyczna osób w wieku senioralnym powinna być prowadzona na podstawie analizy wyników badań specjalistycznych (m.in. neuropsychologicznych, neurologicznych, psychiatrycznych), danych uzyskanych z wywiadu (zebranego od badanego i osób z jego najbliższego otoczenia) oraz obserwacji zachowań komunikacyjnych pacjenta. W diagnozowaniu zaburzeń mowy w otępieniu alzheimerowskim analizie poddaje się również wyniki badań kwestionariuszowych i prób eksperymentalno-klinicznych (Panasiuk, 2015, s. 969–970; 2018, s. 385).

Badanie logopedyczne w przypadkach schorzeń wieku senioralnego, w tym w kierunku rozpoznania otępienia w chorobie Alzheimera, winno uwzględniać: ocenę sprawności interakcyjnych (rozumienie i budowanie zachowań werbalnych: dialogowych i monologowych), ocenę sprawności komunikacyjnych (rozumienie i użycie językowych reguł społecznych, sytuacyjnych i pragmatycznych), ocenę językowej sprawności systemowej (rozumienie i realizowanie jednostek podsystemu fonetyczno-fonologicznego, morfologicznego, leksykalno-semantycznego, syntaktycznego), ocenę umiejętności czytania, pisania i liczenia oraz ocenę funkcji prymarnych, takich jak gryzienie, żucie i połykanie (Panasiuk, 2015, s. 971; 2018, s. 386–387; Domagała, 2015b, s. 1002–1003).

Taka struktura badania logopedycznego pozwala na wieloaspektową ocenę funkcjonowania poznawczo-językowego pacjenta senioralnego oraz rozpoznanie objawów zmian patologicznych w przebiegu różnych schorzeń wieku senioralnego, w tym: zaburzeń językowych i komunikacyjnych w łagodnych zaburzeniach poznawczych, w różnych rodzajach otępienia, w przebiegu afazji pierwotnej postępującej, dyzartrii/anartrii, afazji, pragnozji, mutyzmu kinetycznego, zespołu psychoorganicznego czy w związku z niedosłuchem i głuchotą (Panasiuk, 2018, s. 387–388).

W odniesieniu do diagnozowania zaburzeń mowy w otępieniu alzheimerowskim Aneta Domagała, autorka standardów postępowania logopedycznego w otępieniu alzheimerowskim (por. Domagała, 2015b, s. 995–1021), podkreśla potrzebę ukierunkowania badania logopedycznego osób z otępieniem w przebiegu AD na rozpoznanie osiowych objawów zaburzeń mowy w otępieniu alzheimerowskim, w tym przede wszystkim zaburzeń nazywania (anomii).

Model dostępu leksykalnego a modele przetwarzania języka

W literaturze psycholingwistycznej na oznaczenie zasobu leksykalnego języka etnicznego rozumianego jako dynamiczna i uporządkowana struktura lokująca się w pamięci długotrwałej, zawierająca słowa oraz ich charakterystykę

semantyczną, gramatyczną i fonetyczną używa się terminu „słownik umysłowy” (Aitchison, 2003; Kurcz, 1992; 2005). Dyskusyjne wśród badaczy kognitywizmu oraz psycholingwistyki pozostaje zagadnienie modelu dostępu do leksykonu umysłowego. Najczęściej proponowanym jest jednak dwustopniowy model organizacji słownika umysłowego. Poziom pierwszy ma charakter semantyczny i uwzględnia semantyczną reprezentację słowa. Tu odbywa się aktywacja poziomu *lemma* (czyli słowa nieuformowanego fonologicznie). Zaś na poziomie drugim powstaje fonologiczna reprezentacja słowa (Levelt, 1989, s. 182, za: Rutkiewicz-Hanczewska, 2016, s. 355).

Do wyjaśnienia procesów dostępu do reprezentacji leksykalnych danego słowa w tzw. słowniku umysłowym posłuży omówienie modelu logogenowego Tesaka (2006). Jest to tzw. wielozmysłowy model przetwarzania (tj. przetwarzania) języka na poziomie słów, który składa się z systemów: semantycznych, analitycznych, kodowania i przechowywania w pamięci oraz kanałów przekazywania informacji (za: Pękacka, 2017, s. 99–100).

Centralną pozycję w modelu logogenowym zajmuje „system semantyczny” (kognitywny, poznawczy), który zawiera wszystkie znaczenia wyrazów. Jest on uporządkowany w formie sieci i ma ścisły związek z czterema słownikami: 1) wejściowym słownikiem audytywnym; 2) wejściowym słownikiem wizualnym; 3) wyjściowym słownikiem fonologicznym; 4) wyjściowym słownikiem ortograficznym.

Wejściowe słowniki audytywny i wizualny zawierają audytywne i grafemetyczne formy słów (tj. fonem-grafem), które są znane osobie mówiącej. Te słowniki nie odnoszą się do znaczenia słów, lecz informują, czy poszukiwana nazwa jest znana mówiącemu. Z kolei wyjściowe słowniki fonologiczny i ortograficzny zawierają wszystkie fonologiczne i graficzne formy słów (Tesak, 2006, za: Pękacka, 2017, s. 100–101).

Model logogenowy wyjaśnia dwie ścieżki przetwarzania języka i mowy, tym samym wyszukiwania słów ze słownika umysłowego, tj. ścieżkę audytywną i ścieżkę wizualną. Na ścieżce audytywnej aktualizacja słów przebiega wzdłuż następującej drogi: 1) analiza akustyczna (audytywna); 2) konwersja akustyczno-fonemiczna; 3) audytywny słownik wejściowy; 4) system semantyczny; 5) wyjściowy słownik fonologiczny; 6) bufor fonematyczny; 7) konwersja fonem-głoska/dźwięk; 8) procedura (realizacja) neuromięśniowa. Z kolei na ścieżce wizualnej wyszukiwanie słów przebiega następująco: 1) analiza wizualna (audytywna); 2) konwersja wizualno-grafemiczna; 3) wejściowy słownik wizualny; 4) system semantyczny; 5) wyjściowy słownik ortograficzny; 6) bufor grafemiczny; 7) konwersja grafem-allograf; 8) wzorzec graficzno-motoryczny; 9) realizacja neuromięśniowa. Dla nadzorowania procesu artykułowania (realizacji neuromięśniowej) duże znaczenie mają audytywne i wizualne pętle sprzężenia zwrotnego (*feedback*) (Tesak, 2006, za: Pękacka, 2017, s. 100–101).

Inny model wyjaśniający mechanizm dostępu do słownika umysłowego to propozycja modelu przetwarzania i rozumienia języka Levelta (1989;

1993). W jego centrum znajduje się słownik, do którego mówiący sięga w procesie rozumienia oraz produkcji słownej. Słownik ten zawiera formę podstawową (tj. „lemma”), czyli znaczenie leksykalne i informację gramatyczną oraz formę morfologiczno-fonologiczną (tj. „leksem”). Istotną rolę w produkcji zdań odgrywa konceptualizator, w którym powstaje intencja mówienia. Jako informacja prewerbalna zostaje ona przekazana do tzw. dekodera informacji. Następnie odbywa się proces dekodowania gramatycznego i fonologicznego. Dekodowanie gramatyczne to przetwarzanie informacji z formy podstawowej (lemma) na poziomie syntaktyczno-morfologicznym, zaś dekodowanie fonologiczne to przetwarzanie informacji leksykalnej na poziomie fonologicznym. W wyniku tych procesów zostaje utworzony plan fonetyczny, który jest przekazany do artykulatora (Levelt, 1989; 1993, za: Pękacka, 2017, s. 102–104).

Analiza dwóch modeli przetwarzania języka dowodzi, że istnieją cztery różne źródła dostępu do leksykonu (słownika) umysłowego: dla mówienia, pisania oraz mówionego (tj. słuchanie) i wzrokowego (m.in. czytanie) rozpoznawania słów (por. Rutkiewicz-Hanczewska, 2016, s. 356–361). W tym miejscu warto odwołać się do modelu rozpoznawania osób, obiektów i nazw zaproponowanego przez T. Valentine’a, T. Brenna, S. Bredarta (1966). W modelu omówiony został dwustopniowy dostęp do nazw (własnych i pospolitych), czyli poziom wzrokowy i słuchowy. Stanowi więc on schemat odzwierciedlający przebieg procesu aktualizacji (wyszukiwania) wyrazu w różnych modalnościach (za: Rutkiewicz-Hanczewska, 2016, s. 359).

Schemat badania sprawności leksykalno-semantycznej w kierunku rozpoznania anomii w otępieniu alzheimerowskim

Ocena sprawności leksykalno-semantycznej osób z otępieniem w przebiegu choroby Alzheimera powinna uwzględniać dwa aspekty badania poziomu rozwoju językowego: recepcji (rozumienia) oraz ekspresji (nadawania) (Panasiuk, 2015, s. 971; 2018, s. 386–387; Domagała, 2015b, s. 1002–1003).

W badaniu rozumienia jednostek podsystemu leksykalno-semantycznego u osób z otępieniem alzheimerowskim należy przeprowadzić próbę diagnostyczną, której celem jest ocena rozumienia pojedynczych wyrazów. Z kolei celem badania ekspresji, czyli aktualizowania jednostek podsystemu leksykalno-semantycznego, jest wieloaspektowa ocena aktualizacji nazw w mowie spontanicznej oraz próbach nazywania tzw. konfrontacyjnego (ang. *visual confrontation naming*) oraz nazywania oralnego (ang. *auditory responsive naming*)⁶.

⁶ Termin *nazywanie tzw. konfrontacyjne* upowszechnił się dzięki pracy D. J. Done’a i T. M. Gale’a (1997), zaś termin *nazywanie tzw. oralne* – Millera i in. (2010).

Istotne znaczenie dla rozpoznania objawów anomii u osób z otępieniem alzheimerowskim ma skonfrontowanie wyników prób aktualizacji słów w różnego typu zadaniach nazywania (tj. konfrontacyjnego, oralnego, w mowie spontanicznej) z wynikami badania fluencji (płynności) słownej⁷.

Taki schemat badania logopedycznego ukierunkowanego na rozpoznanie zaburzeń nazywania (anomii) u osób z otępieniem alzheimerowskim pozwala na ocenę procesu aktualizacji (wyszukiwania) nazw w różnych modalnościach, a szczególnie na badanie dwóch różnych dróg aktualizowania wiedzy, tj. wyszukiwania danej formy wyrazowej, czyli nazwy, na drodze słuchowej lub wizualnej (wzrokowej). Ten sposób oceny sprawności leksykalno-semantycznej umożliwia więc badanie umiejętności przeszukiwania zasobów leksykalnych z uwzględnieniem węzłów rozpoznawania słuchowego i wzrokowego, co z punktu widzenia zagranicznych badaczy przejawów anomii u pacjentów z otępieniem w przebiegu choroby Alzheimera wydaje się niezwykle istotne (Shuren, Geldmacher, Heilman, 1993; Miller i in., 2010; Brandt, Bakker, Maroof, 2010), bowiem stwarza liczne możliwości poznania mechanizmu dostępu do słownika umysłowego osób z otępieniem alzheimerowskim.

Propozycja metod (sposobów) diagnozowania anomii w otępieniu alzheimerowskim

Ocena rozumienia nazw

W badaniu rozumienia pojedynczych wyrazów można przeprowadzić próbę diagnostyczną, której celem będzie ocena rozumienia nazw zilustrowanych desygnatów. Do badania można wykorzystać ilustracje⁸ rysowane czarną kreską, które pacjent powinien wskazać po usłyszeniu wypowiedzianych przez badającego nazw zilustrowanych desygnatów.

W badaniu rozumienia (ale również nazywania) rzeczowników można posłużyć się *Bostońskim Testem Nazywania – autoryzowaną wersją polską* (Pąchal-ska, MacQueen, 1998). Z uwagi na brak w polskiej literaturze logopedycznej

⁷ Badania w odniesieniu do fluencji słownej w zakresie wybranych kategorii nazw (pospolitych i własnych) osób z otępieniem alzheimerowskim zostały przeprowadzone przez Renatę Gliwę (2019). W innej pracy (Gliwa, 2018) autorka omawia także wyniki badań własnych dotyczących fluencji słownej w otępieniu naczyniopochodnym.

⁸ Zgodnie z poglądami badaczy anomii, ilustracje/fotografie wykorzystywane w podtestach rozumienia i aktualizacji nazw powinny być czarno-białe, ponieważ kolorowe ilustracje mogą stanowić podpowiedź w wyszukiwaniu danej nazwy (por. Martins i in., 2010; Rutkiewicz-Hanczewska, 2016).

i językoznawczej licznego zbioru ilustracji odnoszących się nie tylko do nazw rzeczownikowych, lecz także czasownikowych czy przymiotnikowych, wydaje się zasadne, by diagnosta tworzył autorskie propozycje narzędzi służących do badania rozumienia (oraz aktualizowania) nazw obiektów i czynności prezentowanych wzrokowo (tj. z wykorzystaniem ilustracji), przynależnych do różnych kategorii semantycznych⁹, np. 1) „Ciało, jego części, cechy i wygląd”; 2) „Pokarmy i ich przyrządzanie”; 3) „Odzież i ozdoby”; 4) „Mieszkanie i jego wyposażenie”; 5) „Wiara i religia”; 6) „Rodzina”; 7) „Zwyczaje i obyczaje”; 8) „Środki transportu”; 9) „Praca”; 10) „Czas i pogoda”; 11) „Rośliny” i 12) „Zwierzęta” (por. Antczak-Kujawin, 2017; 2019b).

Inną propozycją próby diagnostycznej oceniającej rozumienie nazw może być wyjaśnianie znaczeń danego słowa. Badany zostaje więc poproszony o wyjaśnienie, kim jest... (np. lekarz), co to jest... (np. pies), co robi człowiek, który... (np. kreśli coś na papierze), jaki jest człowiek... (np. niemający włosów na głowie).

Ocena aktualizacji nazw w mowie spontanicznej

Ocena aktualizacji nazw w mowie spontanicznej może przyjąć dwojaką formę: 1) badania sprawności narracyjnej oraz 2) badania sprawności dialogowej.

W badaniu sprawności narracyjnej można zaproponować pacjentom zbudowanie dłuższej formy wypowiedzi, tj. opowiadania bądź opisu na podstawie prezentowanych wzrokowo ilustracji. Może to być opis jednej ilustracji odnoszącej się do danego zdarzenia, zjawiska czy osoby bądź tworzenie opowiadania na podstawie tzw. historyjki obrazkowej.

O zasadach dostosowania materiałów pomocniczych (tj. ilustracji służących do generowania opisu osoby, miejsca, sytuacji oraz opowiadania na podstawie historyjki obrazkowej) do badania pacjentów z otępieniem alzheimerowskim pisała Aneta Domagała (2015a), omawiając autorską technikę diagnostyczną – *Skalę sprawności narracyjnych*, która posłużyła autorce do oceny sprawności narracyjnej na poziomie makrostruktury oraz superstruktury wypowiedzi konstruowanych przez badanych na temat osób, miejsca, sytuacji i zdarzeń (por. Domagała, 2015a, s. 132–135).

W badaniu sprawności dialogowej natomiast ocenie (ukierunkowanej na sprawność leksykalno-semantyczną) będzie podlegać wypowiedź dialogowa, której uczestnikami mogą być pacjent i logopeda, a temat rozmowy jest zawężony do jednego wątku tematycznego, np. ulubionej potrawy, zainteresowań, pracy, rodziny itp.

⁹ Podczas doboru materiału wyrazowo-ilustracyjnego proponuje się zapoznanie z koncepcją podziału zasobu leksykalnego polszczyzny na pola leksykalno-semantyczne Andrzeja Markowskiego (1992) lub Zofii Cygal-Krupy (1986). Z kolei wybór określonych nazw z danej kategorii semantycznej może ułatwić powołanie się na kryterium frekwencyjności użycia nazw w języku polskim (por. Zgólkowa, 1983).

Badanie mowy spontanicznej (dialogowej, opisowej, opowieściowej) pacjentów z otępieniem alzheimerowskim pozwala na ocenę płynności oraz zawartości treściowej wypowiedzi. Ponadto umożliwia ocenę językowej sprawności systemowej (tj. rozumienia i aktualizowania jednostek podsystemu fonetyczno-fonologicznego, morfologicznego, leksykalno-semantycznego i syntaktycznego).

Ocena aktualizacji nazw w próbie nazywania tzw. konfrontacyjnego

W ocenie nazywania tzw. konfrontacyjnego, czyli w oparciu o bodziec wzrokowy, można wykorzystać zestaw ilustracji, tj. konturowych rysunków (zob. *Ocena rozumienia nazw*). Zasadne wydaje się użycie tego samego zbioru ilustracji w badaniu rozumienia nazw i nazywania konfrontacyjnego, co umożliwi porównanie zasobu słownictwa czynnego z leksykonem biernym pacjenta.

Zadaniem badanej osoby może być nazwanie ilustracji przedstawiających różne przedmioty, obiekty, miejsca, osoby, organizmy, zjawiska (aktualizacja nazw rzeczownikowych), czynności i stany (aktualizacja nazw czasownikowych), cechy istot żywych, rzeczy, zjawisk (aktualizacja nazw przymiotnikowych).

W zakresie przywoływania z pamięci nazw pospolitych przez osoby z otępieniem alzheimerowskim proponuje się wybór takich pól leksykalno-semantycznych (tj. kategorii tematycznych), które uważa się za najbardziej typowe, czyli mieszczące w sobie powszechnie znane każdemu użytkownikowi języka polskiego leksemy. Wybór zespołów tematycznych powinien więc być podyktowany potrzebą dotarcia do słownika umysłowego tzw. „przeciętnego” użytkownika języka, czyli takiego, który w celu porozumiewania się wykorzystuje niezbędną, tj. minimalną wiedzę językową. Analiza listy frekwencyjnej, czyli słownika frekwencyjnego polszczyzny współczesnej Haliny Zgółkowej (1983), pozwala na ustalenie leksemów z danej kategorii tematycznej o dużej frekwencji użycia w języku polskim (por. Antczak-Kujawin, 2019b).

Ocena aktualizacji nazw w próbie nazywania tzw. oralnego

W ocenie aktualizacji wyrazów w badaniu nazywania tzw. oralnego (tj. w oparciu o bodziec słuchowy) można wykorzystać ułożone przez diagnostę definicje danego leksemu. Badanie polega wówczas na podawaniu przez pacjenta nazw jakiegoś przedmiotu, osoby, czynności lub cechy na podstawie usłyszanej definicji (tj. opisu) tego wyrazu podawanej ustnie przez osobę badającą. Pacjent jest zatem proszony, by po wysłuchaniu czytanej przez logopedę definicji powiedział, o jaki wyraz chodzi. Przykładowo: Co to jest... (np. ‘narzędzie do krojenia składające się z metalowego ostrza’; Kto to jest... (np. ‘pracownik poczty doręczający listy i inne przesyłki’; Co robi człowiek, który... (np. ‘przygotowuje w kuchni obiad’; Jaki jest... (np. ‘człowiek mający wiele lat’). W ten sposób badana jest umiejętność nazywania w odpowiedzi na zadane ustnie pacjentowi pytanie (por. Antczak-Kujawin, 2019b).

Celem porównania umiejętności nazywania oralnego z nazywaniem konfrontacyjnym w obu badaniach należy wykorzystać taką samą listę nazw pospolitych z danej kategorii semantycznej.

Ocena fluencji słownej

Do oceny zdolności przeszukiwania zasobów leksykalnych (tj. fluencji słownej) można wykorzystać test fluencji słownej (*verbal fluency test*, VFT). VFT może posłużyć do oceny płynności słownej, ale także innych funkcji poznawczych, takich jak: uwaga, szybkość przetwarzania informacji, pamięć operacyjna i funkcje wykonawcze (Ruff, Light, Parker, 1997, za: Ponichtera-Kasprzykowska, Sobów, 2014, s. 179).

W polskiej literaturze przedmiotu opisane są różne wersje testu fluencji słownej (por. Jodzio, 2006; 2008; Szepietowska, Gawda, 2011; Senderecka i in., 2014). Zasadniczo wyróżnia się dwa rodzaje badania: 1) badanie fluencji kategoryjnej (semantycznej, ang. *semantic fluency*); 2) badanie fluencji fonemicznej (literowej, ang. *phonemic fluency*).

Badanie fluencji kategoryjnej polega na wymienieniu przez badanego w ciągu minuty jak największej liczby słów z określonej kategorii semantycznej, np. „zwierzęta”, „owoce”, „warzywa”, „zawody”, „ostre przedmioty”, „kolory”, „produkty spożywcze”, „imiona”, „części garderoby” (za: Ponichtera-Kasprzykowska, Sobów, 2014, s. 179). Z kolei badanie płynności fonemicznej polega na podaniu w ciągu minuty jak najwięcej wyrazów zaczynających się na daną literę, np. K, M, P, S (Jodzio, 2006; 2008; Szepietowska, Gawda, 2011).

Analiza wyników badania powinna mieć charakter ilościowo-jakościowy. Należy zwrócić uwagę na: ogólną liczbę produkcji słownej, liczbę intruzów (wyrazów wtrąconych, nienależących do kategorii) oraz perseweracji (powtórzeń), liczbę i zawartość klasterów (skupień/wiązek/grup wyrazów połączonych ze sobą w podkategorie zgodnie z danym kryterium) oraz liczbę przełączeń, czyli zdolność przejścia od jednego do drugiego klastra (Jodzio, 2006; 2008).

Podsumowanie

Diagnoza logopedyczna osób w wieku senioralnym starzejących się fizjologicznie oraz z otępieniem alzheimerowskim powinna być ukierunkowana szczególnie na ocenę sprawności leksykalno-semantycznej. Owa ocena powinna uwzględniać zarówno badanie rozumienia (pojedynczych wyrazów), jak i różnych aspektów nazywania, w tym nazywanie konfrontacyjne (z użyciem bodźca wzrokowego) oraz nazywanie oralne (przy zastosowaniu bodźca słuchowego). Kluczowe dla diagnozowania anomii pozostaje także badanie spontanicznej mowy pacjenta oraz jego poziomu fluencji (płynności) słownej.

Analiza wyników prób diagnostycznych w kierunku rozpoznania zaburzeń nazywania (anomii) powinna zostać ukierunkowana na zarejestrowanie językowych strategii zastępczych (strategii kompensacyjnych) stosowanych przez chorego w sytuacji doświadczanych przez niego trudności leksykalno-semantycznych.

Zdiagnozowanie objawów anomii i określenie preferowanych sposobów radzenia sobie z postępującymi błędami nazywania ma istotne znaczenie dla organizacji działań terapeutycznych wobec osób w wieku senioralnym, szczególnie osób przejawiających łagodne zaburzenia neuropoznawcze oraz osób z otępieniem alzheimerowskim w fazie łagodnej, bowiem w przypadku choroby Alzheimera jej wczesna diagnoza umożliwia efektywną terapię.

Bibliografia

- Aitchison J. (2003), *Words in the Mind: An Introduction to the Mental Lexicon*, 3rd ed., Basil Blackwell, Oxford.
- Antczak-Kujawin J. (2017), *O metodach badań sprawności leksykalno-semantycznej w otępieniu – z perspektywy logopedy*, „Exlibris Biblioteka Gerontologii Społecznej”, 2 (14): *Oczekiwana starość*, s. 118–128.
- Antczak-Kujawin J. (2019a), *Naming Disorders in Logopenic Variant Primary Progressive Aphasia*, „Acta Neuropsychologica”, 17 (1), s. 87–95.
- Antczak-Kujawin J. (2019b), *Zaburzenia sprawności leksykalno-semantycznej w otępieniu alzheimerowskim*, nieopublikowana rozprawa doktorska, Zakład Dialektologii Polskiej i Logopedii, Uniwersytet Łódzki, Łódź.
- Arango-Lasprilla J. C., Cueto F., Valencia C., Uribe C., Lopera F. (2007), *Cognitive changes in the preclinical phase of familial Alzheimer’s disease*, „Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology”, 29 (8), s. 892–900.
- Arkin S., Mahendra N. (2001), *Discourse analysis of Alzheimer’s patients before and after intervention: Methodology and outcomes*, „Aphasiology”, 15 (6), s. 533–569.
- Brandt J., Bakker A., Maroof D. A. (2010), *Auditory confrontation naming in Alzheimer’s disease*, „The Clinical Neuropsychologist”, 24 (8), s. 1326–1338.
- Cygal-Krupa Z. (1986), *Słownictwo tematyczne języka polskiego. Zbiór wyrazów w układzie rangowym, alfabetycznym i tematycznym*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Domagała A. (2007), *Zachowania językowe w demencji. Struktura wypowiedzi w chorobie Alzheimera*, Wydawnictwo UMCS, Lublin.
- Domagała A. (2015a), *Narracja i jej zaburzenia w otępieniu alzheimerowskim*, Wydawnictwo UMCS, Lublin.
- Domagała A. (2015b), *Standardy postępowania logopedycznego w przypadku otępienia alzheimerowskiego*, [w:] *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego. Podręcznik akademicki*, red. S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak, Wydawnictwo UMCS, Lublin, s. 905–1021.
- Done D. J., Gale T. M. (1997), *Attribute Verification in Dementia od Alzheimer Type: Evidence for the Preservation od Distributed Concept Knowledge*, „Cognitive Neuropsychology”, 14 (4), s. 547–571.

- Fogler K. A., James L. E. (2007), *Charlie Brown versus Snow White: The effects of descriptiveness on young and older adults retrieval of proper names*, „Journal of Gerontology: Psychological Sciences”, 62B, s. 201–207.
- Gliwa R. (2017), *Nazwy własne a otępienie – ujęcie kliniczne*, „Polonica”, XXXVII, s. 37–51.
- Gliwa R. (2018), *Fluencja słowna w otępieniu naczyniopochodnym – ujęcie kliniczne*, [w:] *Terapia i praktyka logopedyczna. Wybrane zagadnienia*, red. E. Gacka, M. Kaźmierczak, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź, s. 85–104.
- Gliwa R. (2019), *Fluencja słowna w zakresie wybranych kategorii nazw własnych i pospolitych w przebiegu otępienia w chorobie Alzheimera*, „Polonica”, XXXIX, s. 45–70.
- Grabias S. (2010), *Logopedia – nauka o biologicznych uwarunkowaniach języka i zachowaniach językowych*, „Logopedia”, 39–40, s. 9–34.
- Grabias S. (2015), *Postępowanie logopedyczne. Standardy terapii*, [w:] *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*, red. S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak, Wydawnictwo UMCS, Lublin, s. 13–35.
- Jodzio K. (2006), *Neuropoznawcze korelaty spadku fluencji słownej po udarze prawej półkuli mózgu*, „Studia Psychologiczne”, 44 (2), s. 5–18.
- Jodzio K. (2008), *Neuropsychologia intencjonalnego działania. Koncepcje funkcji wykonawczych*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa.
- Kertesz A. (2010), *Anomia*, [w:] *Concise Encyclopedia of Brain and Language*, red. H. A. Whitaker, Elsevier, Amsterdam–Tokyo, s. 42.
- Kurcz I. (1992), *Pamięć. Uczenie się. Język*, PWN, Warszawa.
- Kurcz I. (2005), *Psychologia języka i komunikacji*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa.
- Levelt W. J. M. (1989), *Speaking: From intention to articulation*, MIT Press, Cambridge.
- Levelt W. J. M. (1993), *Lexical access in speech production*, Blackwell, Cambridge.
- Markowski A. (1992), *Leksyka wspólna różnym odmianom polszczyzny*, t. 1–2, Wydawnictwo „Wiedza o Kulturze”, Wrocław.
- Martins I. P., Loureiro C., Rodrigues S., Dias B., Slade P. (2010), *Factors affecting the retrieval of famous names*, „Neurological Sciences”, 31, s. 269–276.
- Maruszewski M. (1966), *Afazja. Zagadnienia teorii i terapii*, PWN, Warszawa.
- Milewski T. (2006), *Językoznawstwo*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa,
- Miller K. M., Finney G. R., Meador K. J., Loring D. W. (2010), *Auditory responsive naming versus visual confrontation naming in dementia*, „The Clinical Neuropsychologist”, 24, s. 103–118.
- Panasiuk J. (2000), *Strategie komunikacyjne w przypadkach afatycznych zaburzeń mowy*, [w:] *Diagnoza neuropsychologiczna. Metodologia i metodyka*, red. A. Borkowska, E. M. Szepietowska, Wydawnictwo UMCS, Lublin, s. 149–182.
- Panasiuk J. (2015), *Postępowanie logopedyczne w przypadkach chorób neurodegeneracyjnych*, [w:] *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*, red. S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak, Wydawnictwo UMCS, Lublin, s. 955–992.
- Panasiuk J. (2018), *Zaburzenia mowy u osób w wieku senioralnym – diagnoza i terapia logopedyczna*, [w:] *Gerontologopedia*, red. W. Tłokiński, S. Milewski, K. Kaczorowska-Bray, seria: *Logopedia XXI wieku*, Harmonia Universalis, Gdańsk, s. 367–413.
- Pąchalska M. (2003), *Diagnoza chorego z afazją*, [w:] *Logopedia – pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*, t. 2: *Zaburzenia komunikacji językowej u dzieci i osób dorosłych*, red. T. Gałkowski, G. Jastrzębowska, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole, s. 611–699.

- Pąchalska M., MacQueen B. D. (1998), *Bostoński Test Nazywania – autoryzowana wersja polska [Boston Naming Test, BNT]*, Fundacja na Rzecz Osób z Dysfunkcjami Mózgu, Kraków.
- Pękačka A. M. (2017), *Modele przetwarzania języka w przypadku afazji Broki w badaniach z obszaru niemieckojęzycznej lingwistyki klinicznej*, [w:] *Głos – język – komunikacja*, t. 4: *Funkcjonowanie społeczne dzieci z problemami komunikacyjnymi*, red. A. Myszką, K. I. Bieńkowska, I. Marczykowska, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów, s. 93–106.
- Ponichtera-Kasprzykowska M., Sobów T. (2014), *Adaptacja i wykorzystanie testu fluencji słownej na świecie*, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna”, 3, s. 178–187.
- Ruff R. M., Light R. H., Parker S. B. (1997), *The psychological construct of word fluency*, „Brain and Language”, 57, s. 394–405.
- Rutkiewicz-Hanczewska M. (2016), *Neurobiologia nazywania. O anomii własnej i apelatywnej*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań.
- Senderecka M., Zabawa J., Kluj-Kozłowska K., Greń M., Konkel A., Kuklińska M., Paprot E., Sikorski R., Barczak A., Sitek E. (2014), *Addenbrooke’s Cognitive Examination – ACE-III*, <https://sydney.edu.au/brain-mind/resources-for-clinicians/dementia-test.html> (dostęp: 4.01.2020).
- Shuren J., Geldmacher D., Heilman K. M. (1993), *Nonoptic aphasia: Aphasia with preserved confrontation naming in Alzheimer’s disease*, „Neurology”, 43, s. 1900–1907.
- Sitek E., Barczak A., Kluj-Kozłowska K., Harciarek M. (2018), *Afazja pierwotna postępująca – diagnostyka różnicowa i terapia*, [w:] *Gerontologia*, red. W. Tłokiński, S. Milewski, K. Kaczorowska-Bray, seria: *Logopedia XXI wieku*, Harmonia Universalis, Gdańsk, s. 488–522.
- Szepietowska E. M., Gawda B. (2011), *Ścieżkami fluencji werbalnej*, Wydawnictwo UMCS, Lublin.
- Tesak J. (2006), *Einführung in die Aphasiologie*, Thieme Verlag, Stuttgart–New York.
- Tłokiński W. (1990), *Mowa ludzi u schyłku życia*, PWN, Warszawa.
- Valentine T., Brennen T., Bredart S. (1996), *The Cognitive Psychology of Proper Names. On the importance of veing Ernest*, Routledge, London–New York.
- Zarębina M. (1994), *Rozwój semantyczny języka dziecka i opanowanie przez nie wyrazów z funkcją gramatyczną*, [w:] *Język polski w rozwoju jednostki. Analiza tekstów dzieci. Rozwój semantyczny. Dyskusja nad teorią Chomskiego*, Wydawnictwo Glottispol, Gdańsk, s. 107–139.
- Zgółkowska H. (1983), *Słownictwo współczesnej polszczyzny mówionej. Lista frekwencyjna i rangowa*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań.
- Żarski S. (1964), *Analiza zaburzeń nazywania występujących w ogniskowych uszkodzeniach dominującej półkuli mózgu*, Zakład Neurochirurgii PAN, Warszawa.

Summary

In the dissertation, the term of naming disorder diagnosing concerning people suffering from Alzheimer’s disease has been described. The author’s proposals of anomie diagnosis methods that can be useful in speech therapy test of lexical and semantic skills in

the elderly people have been presented. The procedure of speech disorders diagnosing during the process of senior disorders have been presented. Besides, the importance of lexical and semantic speech disorders in people suffering from Alzheimer's disease has been emphasized. Moreover, aiming at explaining the mechanism of access to lexical scope and the process of names updating (searching), various models of language processing and mental lexicon organization have been thoroughly elaborated.

Renata Gliwa*

OCENA KOMPETENCJI I SPRAWNOŚCI INTERAKCYJNYCH, KOMUNIKACYJNYCH I JĘZYKOWYCH PACJENTKI Z POSTĘPUJĄCĄ AFAZJĄ NIEPŁYNNĄ

DIAGNOSIS OF COMPETENCES AND INTERACTIVE,
COMMUNICATION AND LANGUAGE SKILLS OF A PATIENT
WITH PROGRESSIVE NONFLUENT APHASIA

Słowa kluczowe: afazja pierwotnie postępująca niepełna, diagnoza logopedyczna, kompetencje i sprawności: interakcyjne, komunikacyjne, językowe.

Keywords: progressive nonfluent aphasia, speech therapy diagnosis, interactive, communicative and language competences and skills: interactive, communication, language.

Wprowadzenie

Definicja otępienia zakłada, że można o nim mówić, gdy diagnozuje się nabyte, globalne upośledzenie funkcji poznawczych, wpływające na codzienne funkcjonowanie osoby nim dotkniętej (por. Siuda, Opala, 2012; Kozubski, Liberski, 2014). Przyjęcie w definicji pojęcia „globalne” może być mylące i nie w pełni odwzorowywać rzeczywisty stan pacjenta (Sobów, 2010, s. 104), a tym samym odbierać mu możliwość rehabilitacji, zwłaszcza w przypadku diagnozy otępienia głębokiego, gdy często rezygnuje się z terapii aktywnej. Wynika to ze znacznej alzheimeryzacji spojrzenia na otępienie. W praktyce prowadzi to do stosowania podobnych standardów diagnostycznych i rehabilitacyjnych we wszystkich typach otępień, co w przypadku demencji, o przebiegu odmiennym od tego obserwowanego w chorobie Alzheimera, może powodować wdrożenie zbyt pobieżnej diagnostyki i nieadekwatnej terapii (często w przypadku uzyskania bardzo niskich wyników w testach przesiewowych rezygnuje się ze szczególowej diagnostyki, a terapię ogranicza do oddziaływań biernych).

* Uniwersytet Łódzki, Wydział Filologiczny, Instytut Filologii Polskiej i Logopedii, Zakład Dialektologii Polskiej i Logopedii, 90-236 Łódź, ul. Pomorska 171/173, e-mail: renata.gliwa@uni.lodz.pl, ORCID: 0000-0003-2231-9197.

W niniejszym artykule dokonano oceny kompetencji i sprawności interakcyjnych, komunikacyjnych i językowych (ze szczególnym uwzględnieniem sprawności leksykalno-semantycznych) pacjentki ze zdiagnozowaną afazją pierwotnie postępującą o typie *non fluent*¹ i otępieniem w stopniu głębokim. Komparacji dokonano w celu wskazania dysproporcji w zakresie zachowanych sprawności i deficytów w obszarze wymienionych powyżej sprawności oraz ukazania konieczności zastosowania szczegółowej diagnostyki logopedycznej w omawianym typie i stopniu otępienia. Jest to działanie niezbędne, by móc jak najdłużej wspierać wysepkowo² zachowane funkcje poznawcze, a tym samym jak najdłużej mieć możliwość kontaktu z chorym, poprawiając komfort życia jego oraz jego opiekunów.

Metodologia

W artykule wykorzystano materiał badawczy dotyczący 76-letniej kobiety³. Badania prowadzono w warunkach domowych podczas kilkunastu spotkań.

Do oceny wykorzystano wywiad, obserwację, dane zaczerpnięte z dokumentacji medycznej, testy psychometryczne, próby kliniczno-eksperymentalne, a także swobodne techniki badawcze.

W pierwszym etapie badań dokonano oceny sprawności funkcjonowania poznawczego badanej przy użyciu MMSE⁴. Następnie przeprowadzono badania sprawności interakcyjnych, komunikacyjnych i językowych na podstawie obserwacji oraz wybranych prób diagnostycznych zawartych w następujących publikacjach: *Metody badania afazji* (Szumska, 1980), *Badanie neuropsychologiczne* (Szepietowska, 2000), *Bostoński test diagnostyczny do badania afazji* (Goodglas, Kaplan, 1972). Do oceny wykorzystano także test fluencji słownej⁵ formalnej⁶, semantycznej⁷ i czasownikowej⁸ (por. Ponichtera-Kasprzykowska, Sobów, 2014;

¹ Szerzej na temat afazji pierwotnie postępującej zob. Sitek i in. (2018, s. 488–555), Olszewski (2008, s. 87–132), na temat historii terminu i wątpliwości definicyjnych zob. Jodzio (1999).

² Określenie przytoczone za T. Sobowem (2010).

³ Autorka artykułu uzyskała zgodę na przeprowadzenie badań i ich publikację. Na prośbę opiekunów badanej dołożono wszelkich starań, by nie ujawnić szczegółów, mogących zdradzić jej tożsamość.

⁴ MMSE – *Mini Mental State Examination* – narzędzie przesiewowe służące do oceny występowania i zaawansowania otępienia. Test został opracowany w 1975 r., a jego autorami są Marshal F. Folstein, Susan E. Folstein, Gary Fanjiang (Perkin, 2003, s. 78).

⁵ Na każde ze zadań przeznaczano 60 sekund.

⁶ Badaną proszono o wymienienie wyrazów rozpoczynających się od głoski *k* oraz *f*.

⁷ Badaną proszono o wymienienie nazw zwierząt, a następnie ostrych przedmiotów.

⁸ Badaną poproszono, aby wymieniała jak najwięcej czasowników, odpowiadając na pytanie: *Co robi człowiek?*

Szepietowska, Gawda, 2011); próby rozumienia znaczeń przenośnych⁹ (por. Pąchalska, 2012, s. 392) oraz tzw. historyjki obrazkowe (3-, 4-elementowe) (Szepietowska, 2000).

W głównej części badania zastosowano 120 zdjęć¹⁰, przedstawiających desygnaty należące do 3 kategorii semantycznych, które statystycznie charakteryzuje wysoka częstotliwość użycia bądź wysoki stopień utrwalenia: 1) zwierzęta; 2) pokarmy i napoje; 3) przedmioty użytku domowego¹¹.

Badanie składało się z następujących etapów¹²:

- 1) nazywanie konfrontacyjne: badaną proszono o nazwanie prezentowanego na zdjęciu obiektu, w razie niepowodzenia oceniano możliwości wyszukania nazwy na podstawie wskazówki formalnej;
- 2) ocena rozumienia nazw: badaną proszono o wskazywanie danego obiektu wśród 8 ułożonych przed nią zdjęć prezentujących desygnaty należące do tej samej kategorii semantycznej;
- 3) ocena możliwości dekodowania definiendum na podstawie definicji: badaną proszono o wskazywanie obiektu, który spełnia cechy słyszanej definicji, wśród 8 zdjęć zawierających desygnaty należące do tej samej kategorii semantycznej.

Wiele zadań zmodyfikowano tak, aby ocenić rzeczywiste możliwości poznawcze badanej, tj. możliwość kompensowania danej dysfunkcji inną modalnością; w przebiegu PPA *non fluent* należy spodziewać się dość długo utrzymywanej możliwości kreatywnej kompensacji deficytów, znacznie dłużej niż np. w otępieniu w przebiegu choroby Alzheimera. Zmodyfikowano próby:

⁹ Badanej czytano związek frazeologiczny, a następnie proszono o jego wyjaśnienie. Ponieważ nie była ona w stanie samodzielnie udzielić odpowiedzi, czytano jej trzy zdania i proszono o wskazanie jednego, które zawierało właściwą interpretację.

¹⁰ W każdej kategorii po 40. Prezentowano zdjęcia realistyczne, kolorowe, przedstawiające desygnaty na białym tle. Zdecydowano się na zdjęcia kolorowe, ponieważ użycie czarno-białych kopii znacząco ogranicza możliwości rozpoznawania takich desygnatów, jak np. sok i woda. Na przykład w KNZ wykorzystano zdjęcia z następującymi desygnatami: baran, byk, chomik, dzik, foka, gęś, hipopotam, indyk, jaszczurka, jeź, kaczka, kangur, koń, koza, krokodyl, krowa, kura, lama, lew, lis, małpa, mewa, mors, mucha, mysz, niedźwiedź, nosorożec, osa, osioł, papuga, paw, pies, rekin, sarna, sowa, struś, tygrys, wiewiórka, wilk, zebra, żyrafa.

¹¹ Wybór kategorii nie był przypadkowy, pierwsza z nich jest jedną z najwcześniej opanowywanych w toku rozwoju mowy, a pozostałe charakteryzuje wysoka częstotliwość użycia. Model dostępności leksykalnej zakłada, że szybkość i jakość przywoływania słów zależy m.in. od częstotliwości ich występowania (Gleason, Ratner, 2005, s. 184).

¹² Kolejne próby przeprowadzono w tygodniowych odstępach, by zniwelować wpływ uczenia się na wyniki.

kalkulii¹³ (Szumska, 1980, s. 59), realizacji ciągów zautomatyzowanych¹⁴ (Szumska, 1980, s. 20), renarracji¹⁵ (Szumska, 1980, s. 54) i pamięci (Szumska, 1980, s. 67–69).

Dokonano także skróconego opisu funkcji prymarnych. Do ich oceny wykorzystano wskazówki zawarte m.in. w pracach: Litwin, Pietrzyk (2013); Gatkowskiej (2012); Jauer-Niworowskiej, Kwasiborskiej (2009).

Opis pacjenta

Badana to matka dwójki dorosłych dzieci, z wykształcenia prawnik. W zawodzie pracowała do 66 roku życia. Jej podstawowy język to polski, dobrze posługiwała się też angielskim, знаła rosyjski.

Z obowiązków zawodowych musiała zrezygnować z powodu dość gwałtownie pogarszających się sprawności językowych. Pierwsze niepokojące objawy choroby zostały dostrzeżone przez współpracowników badanej. Ich początek rodzina odbierała jako nagły, w jej ocenie zmiany patologiczne postępowały dość agresywnie. W tym czasie nie obserwowano zaostrzenia się objawów ogólnoustrojowych, które mogłyby odpowiadać za pogorszenie funkcjonowania poznawczego badanej.

Zaburzenia poznawcze i pozapoznawcze determinują codzienne funkcjonowanie pacjentki, ponieważ wymaga ona całodobowej opieki. Nie jest w stanie samodzielnie przygotować dla siebie posiłków, ubrać się, nie orientuje się w sprawach finansowych, w wydarzeniach społecznych czy politycznych, ale jest w stanie śledzić losy bohaterów dwóch ulubionych telenowel – potrafi zaplanować swoją pobudkę tak, aby zdążyć na serial. Nie utraciła także zainteresowania swoim dotychczasowym hobby – uprawą roślin doniczkowych (pomimo znacznych niedomagań motorycznych).

¹³ Apraksja ręki oraz twarzy uniemożliwiła badanej wykonanie zadań proponowanych przez J. Szumską zgodnie z instrukcją (tj. *Proszę wykonać kolejne działania na papierze* <np.> $4 + 8 =$ czy *Proszę wykonać działania w pamięci*: <np.> $60 + 32 =$), dlatego zapisywano 4 wyniki danego działania, a wśród nich jeden poprawny i proszono badaną o wskazanie właściwego.

¹⁴ Ponieważ badana nie była w stanie wymienić żadnego z ciągów, zapisano poszczególne ich elementy na kartkach (np. kolejne dni tygodnia) i proszono ją o ich ułożenie we właściwej kolejności.

¹⁵ W celu ustalenia, czy podstawowy deficyt w zakresie renarracji tkwił w zaburzeniach rozumienia słyszanego tekstu, zaburzeniach pamięci, czy może wynikał z obecności apraksji i agramatyzmów, zdecydowano się na uzupełnienie próby o dodatkowe pytania, które pozwoliły wskazać najbardziej prawdopodobne przyczyny zaburzeń. Wyomagano odpowiedzi *tak* lub *nie*, przykładowe pytania: 1) *Czy bohaterem opowiadania był pijak?*, 2) *Czy pijak wypił wino ciepłe?*

Badana w zasadzie nie posługuje się dotychczas dominującą prawą ręką – jednostronne osłabienie kończyn bardzo często towarzyszy PPA niepełnej, podobnie jak obserwowane u pacjentki upośledzenie praktyki twarzy (por. Olszewski, 2008; Sitek i in., 2018). Badana porusza się samodzielnie, ale miewa problemy z utrzymaniem równowagi, stąd częste upadki i w konsekwencji obserwowane u niej drobne obrażenia. Przejawia nietrzymanie moczu.

Nie obserwuje się u niej anosognozji, wręcz przeciwnie – wydaje się ona mieć pełną świadomość obiektywnie istniejących zaburzeń (por. Herzyk, 2005). Nieznaczne dysfunkcje sterowania emocjami (np. nieuzasadniony płacz) zdarzają się jej głównie przy osobach z najbliższego otoczenia, a wybuchy złości w sytuacjach, gdy opiekunowie nie są w stanie zrozumieć jej komunikatów. Badana nie miewa napadów agresji. Na ogół zachowuje się bardzo stosownie¹⁶, aczkolwiek w jej zachowaniu można dostrzec swego rodzaju zdziwienie, ponieważ najchętniej pracuje, gdy ćwiczenie zawiera kolorowe pomoce przeznaczone dla dzieci.

Badana rzadko podejmuje samodzielną aktywność, jej zachowanie na ogół charakteryzuje brak napędu i aspontaniczność. Choć nie obserwuje się u niej zaburzeń wytrwałości w zakresie działań celowych, to ze względu na znaczne spowolnienie psychomotoryczne i dysfunkcje pamięci zdarza się jej zapominać, jaki jest cel zadania. Najczęściej jest świadoma tego, że jest w trakcie jego realizacji i prosi o przypomnienie polecenia.

W ocenie neurologicznej wykluczono objawy ogniskowego uszkodzenia o.u.n., stwierdzono objawy pierwotnie postępującej afazji i apraksji (mowy oraz kończyny prawej). W badaniu laboratoryjnym wyłączono czynniki mogące przyczynić się do nasilenia zaburzeń funkcji poznawczych (np. niedobory witamin). W ocenie stanu psychicznego wykluczono obecność zaburzeń nastroju, stwierdzono obecność otępienia (w aktualnym badaniu – głębokiego).

W bieżącym badaniu mózgowia pacjentki stwierdzono obecność licznych rozsianych zmian patologicznych, szczególnie nasilonych w obszarze płatów czołowych i skroniowych, wyraźny zanik lewej tylnej okolicy czołowej, a także zaniki korowo-podkorowe z poszerzeniem układu komorowego i zewnątrzmożgowych przestrzeni płynowych.

Zmiany patologiczne obserwowane u badanej narastają trwale pomimo terapii farmakologicznej, psychologicznej i logopedycznej. Nie obserwuje się fluktuacji funkcjonowania poznawczego. Przyjmowane przez badaną leki mają działanie poprawiające krążenie mózgowe i funkcjonowanie poznawcze.

Badana obecnie znajduje się pod opieką męża, syna i synowej. Przebywa w domu. Objęta jest opieką poradni specjalistycznych (geriatrycznej i neurologicznej), ma zapewnioną opiekę logopedyczną i psychologiczną.

¹⁶ W otępieniu, któremu towarzyszy nfvPPA, chorzy bardzo często długo utrzymują wgląd, więc mogą utrzymywać kontrolę nad swoim zachowaniem (Olszewski, 2008, s. 114).

Wyniki badań

W teście MMSE badana uzyskała 2 punkty – wynik wskazujący na obecność otępienia w stopniu głębokim. Nie była w stanie odpowiedzieć na żadne ze stawianych jej pytań dotyczących orientacji auto- i allopsychicznej. Nie wykonała zadań dotyczących pamięci chwilowej (powtórzyła tylko jeden wyraz) i odroczonej, testu odejmowania seryjnego (powtarzała wielokrotnie nagłos pierwszej liczby, po czym zrezygnowała), nazywania, powtarzania, rozumienia złożonej instrukcji słyszanej. Wykonała zadanie mające na celu ocenę rozumienia instrukcji samodzielnie czytanej. Nie wykonała próby pisania i prakcji konstrukcyjnej.

Warto podkreślić, że pacjentka każdorazowo odpowiadała, jak ma na imię, ale nie zawsze była w stanie powiedzieć, jak się nazywa, jednak poprawnie wskazywała swoje imię i nazwisko wśród 6 przypadkowych, zapisanych na kartce. Podobnie prawidłowo wskazywała obecny rok i datę, kiedy się urodziła.

Próby mające na celu ocenę rozumienia mowy wykazały nieznaczne trudności badanej w dekodowaniu zdań o prostych konstrukcjach składniowych typu: *Proszę wskazać drzwi; Proszę zamknąć oczy i otworzyć usta; Czy korek utonie w wodzie?* (prawidłowo 75%) (Szumska, 1980, s. 43; Goodglass, Kaplan, 1972; zadanie III, próby nr 3–4). Próbom towarzyszyło znaczne spowolnienie psychomotoryczne. Większość poleceń powtarzano kilkukrotnie. Pacjentka nie wykonywała instrukcji wymagających rozumienia złożonych relacji syntaktyczno-semantyczno-logicznych między słowami typu: *Proszę otworzyć zeszyt i położyć na nim długopis* (Szumska, 1980, s. 43). Miała znaczące problemy z rozumieniem konstrukcji składniowych, w których koduje się nie bezpośrednio, lecz logiczne stosunki, a także zdań zawierających konstrukcje przyimkowe. Trudniej było jej zrozumieć konstrukcje z dopełniaczem atrybutywnym aniżeli częstkowym (por. Łuria, 1976).

Można założyć, że pacjentka rozumiała prosty humor sytuacyjny, zareagowała bowiem śmiechem po usłyszeniu opowiadania *O pijaku* (Szumska, 1980, s. 54) oraz *O trębacz* (Goodglass, Kaplan, 1972; próba nr 7).

Znacznie gorsze rezultaty uzyskano w próbach oceniających możliwość rozumienia znaczeń przenośnych. Spośród pięciu prezentowanych jej zdań prawidłowo wskazała wyjaśnienie tylko dwóch z nich. Zaburzenia tego typu można rozpatrywać w kontekście dysfunkcji wykonawczych – tendencję do nadmiernie konkretnej i dosłownej interpretacji zwrotów o znaczeniu przenośnym można wiązać nie tylko z utratą wiedzy językowej, lecz także z brakiem możliwości zablokowania automatycznie nasuwających się skojarzeń pojęciowych (to tzw. defekt kontroli wykonawczej zakorzeniony w języku) (por. Jodzio, 2008; Domagała, 2015).

Badana nie wykonała zadań dotyczących narracji. W próbie autonarracji¹⁷ na prośbę, by opowiedziała o sobie udało jej się wypowiedzieć tylko: *Tak, ja, ja,*

¹⁷ Szerzej na temat narracji i jej opisu zob. Domagała (2015), Woźniak (2005), por. też Grabias (2015).

... (po czym westchnęła z rezygnacją). W próbie renarracji, w której wykorzystano powyżej wspomniane opowiadanie *O pijaku* (Szumska, 1980, s. 54), sformułowała jedynie zdanie: *No ta ta ta_{kie...}¹⁸, co_s wypić...*, a komunikat uzupełniła gestykulacją. Trudno określić, jak szybko badana traciła dane niezbędne do budowania wypowiedzi, o zachowanej w jakiejś części kontroli zwrotnej, mimo bardzo długiego czasu przetwarzania, pozwala sądzić brak przypadkowych skojarzeń, a także to, że odpowiedziała poprawnie na 4 z 5 pytań dotyczących usłyszanego tekstu.

W próbie opisu ilustracji – *Podkradanie ciasteczek* (Goodglas, Kaplan, 1972) – pacjentka nie była w stanie zbudować sceny narracyjnej ani linii narracji. Nie miała możliwości stosowania typowych dla opisu formuł rozpoczynających. Pojawily się szczątkowe odniesienia do prezentowanych treści w postaci pojedynczych wyrazów (np. *No, no mama!*). Jej wypowiedzi pozbawione były warstwy informacyjnej (w zasadzie nie notowano jednostek semantycznych w zebranych próbkach narracji).

Znaczne zaburzenia kompetencji syntaktycznych obserwowane u badanej są efektem nawarstwiających się dysfunkcji, w głównej mierze: apraksji, obecności agramatyzmów i logoklonii. Utrata wątku wypowiedzi to również skutek dysfunkcji pamięci operacyjnej i zaburzeń aktualizacji słów, ponieważ zaangażowanie znacznej części zasobów poznawczych w poszukiwanie określonego słowa powodowało, że badana nie była w stanie wrócić do pierwotnego planu wypowiedzi i kontynuować rozpoczętego zdania (por. Sitek, 2018).

Próby mające na celu ocenę zdolności postrzegania ciągów przyczynowo-skutkowych przez badaną, polegające na układaniu tzw. „historyjek obrazkowych”, sugerują obecność dysfunkcji złożonych procesów myślowych (Szepietowska, 2000, s. 87–89). Pacjentce udało się ułożyć jedynie mało skomplikowaną, 3-elementową historyjkę (Szepietowska, 2000, s. 86).

Struktura dialogu współtworzonego przez chorą była bardzo zaburzona (por. Warchała, 1991; Domagała 2007; 2018). Obserwowano apraksję mowy, brak płynności słowa, logoklonię, styl telegraficzny, mowę skandowaną, zaimkową, brak gotowości słowa, bardzo liczne wypełniacze, tj. nieokreślone frazy, chrząknięcia itd.

Pacjentka próbowała współuczestniczyć w dialogu, ale rzadko go inicjowała, głównie w sytuacji, gdy chciała się przywitać lub pożegnać (stosowała wówczas adekwatne, choć bardzo zniekształcone formuły powitalne) bądź zaspokoić swoją aktualną potrzebę, okazjonalnie zdarzało się jej nawiązać dialog w celu wyrażenia swojej opinii. Badana adekwatnie do intencji wypełniała dialog tworzywem mimicznym i gestykulacją, odgrywały one istotną rolę komunikacyjną, zazwyczaj

¹⁸ W indeksie dolnym zapisano słowa, fragmenty słów wymawiane przez badaną bardzo cicho, z tendencją do zanikania.

to one były nośnikami informacji. Pacjentka przestrzegła zasady naprzemienności ról. Gdy nie była w stanie wyartykułować tego, co chce, oczekiwała, że współrozmówca lub jej opiekun uzupełni część jej repliki. Jej szczątkowe odpowiedzi na niewymagające rozbudowanych konstrukcji pytania, wydawały się adekwatne w takim zakresie, w jakim można je ocenić.

Badana miała znaczne problemy z realizowaniem zautomatyzowanych ciągów słownych – nie była w stanie rozpocząć żadnego z nich samodzielnie. Obserwowano brak płynności słowa, zacinanie się, logoklonię, perseweracje. W dodatkowych próbach, polegających na układaniu w odpowiedniej kolejności kartek z zapisanymi elementami ciągów, popełniła nieliczne błędy, ale wykonanie zadań zajmowało jej dużo czasu, np. szeregowanie nazw dni tygodnia trwało ponad 10 minut! Badana po znalezieniu kolejnej nazwy odczytywała ją, ale zapomniała o ułożeniu w ciągu, co wskazuje na upośledzenie funkcji wykonawczych, których zadaniem jest kontrola zgodności realizacji zadania z celem.

Badana wykonała nieliczne zadania wymagające powtarzania¹⁹. Prawidłowo powtórzyła 88% samogłosek i spółgłosek, 60% sylab. Większe trudności notowano podczas powtarzania par sylab (42% prawidłowych powtórzeń), krótkich 1–2 sylabowych słów (44%) oraz par słów (20%). Badana nie była w stanie powtórzyć wyrazów powyżej trzech sylab, podobnie nie powtarzała neologizmów strukturalnych, serii słów i zdań. Możemy mówić o kilku warunkach poprawnego powtarzania, pierwszy to sprawne działanie kory słuchowej, drugi kory zaśrodkowej (kinestetycznej), warunkującej precyzyjną artykulację, trzeci to możliwość przełączania się z jednej artykulemy na drugą, co wymaga plastyczności kory przedruchowej lewej półkuli, czwartym jest możliwość abstrahowania od dobrze utrwalonych stereotypów i hamowanie ubocznych alternatyw, co jest realizowane przy bezpośrednim udziale płatów czołowych (Łuria, 1976, s. 338–339; por. też Panasiuk, 2013). U badanej podstawowy deficyt wynikał przede wszystkim z dysfunkcji obszaru drugiego i trzeciego.

Pacjentka czytała prawidłowo większość z prezentowanych jej liter (88%), popełniła kilka błędów realizacyjnych, np. (F) *we, weł*, (w) *we*, (h) *hu*, (Ł) *łu*, (m) *mem*. W czytanych przez nią tekstach pojawiały się liczne zniekształcenia, elizje trudnych realizacyjnie dźwięków, powtórzenia, powracanie do zrealizowanych już fragmentów (sylab) tekstu, np. (Na wiosnę kwitną drzewa) *Wio, wiesz, kwia, kwio, drzew*. Nie do końca radziła sobie ze śledzeniem kolejnych linijek tekstu, co świadczy o zakłóceniach mechanizmu przeszukiwania wzrokiem wersów słów (por. Domagała, 2017). Tempo czytania było znacznie spowolnione, płasz-

¹⁹ Znaczącą rolę w czynności powtarzania przypisuje się pęczkowi łukowatemu, który skupia włókna kojarzeniowe łączące przednią i tylną część „obszaru mowy” i decyduje o połączeniu czuciowego i ruchowego aspektu czynności mówienia, w tym powtarzania (Panasuk, 2013, s. 50).

czynna suprasegmentalna bardzo zaburzona. Neologizmy strukturalne, których umiejętność czytania uważa się za miarę czystego przetwarzania fonologicznego (ponieważ badany nie może kompensować swoich trudności za pomocą wiedzy leksykalnej czy gramatycznej), pacjentka czytała kilkakrotnie z licznymi błędami realizacyjnymi, uproszczeniami, wyraźnie dając do zrozumienia, że nie rozpoznaje logatomów.

Zauważalna była znaczna dysproporcja pomiędzy możliwością głośnego czytania a czytaniem bezgłośnym ze zrozumieniem. Badana dość dobrze radziła sobie zwłaszcza podczas czytania krótkich zdań (por. Domagała, 2017; Marczevska, 1994).

Pacjentka nazwała prawidłowo 98% prezentowanych jej liczb jednocyfrowych, popełniła jeden błąd spostrzegania: (zero) *oko* (zaśmiała się i skomentowała:) *oko ^{powe} działam*. Nie była w stanie nazwać liczb składających się z dwu i więcej cyfr, ale je rozpoznawała. Charakter popełnianych błędów wskazuje, że podstawową dysfunkcją w tym obszarze należy wiązać z obecnością logoklonii i apraksji mowy, np. (30) *ość*, (3001) *o to to to dłu...*, (12) *dwa, dwa, dwa*, (102) *sto?* Popelniała także błędy rzędowej oceny liczb, np. (301) *trzydzieści...* Znaczny deficyt dotyczył rozpoznawania znaków symbolicznych. Nie identyfikowała cyfr rzymskich. Pacjentka nie wykonała zadań tekstowych o złożonej strukturze logiczno-semantyczno-gramatycznej – najprawdopodobniej to efekt zaburzeń wykonawczych, tj. możliwości wytworzenia ogólnego planu operacji quasi-przestrzennych i możliwości jej realizacji (por. Łuria, 1976). Rozwiązała proste działania arytmetyczne (np. $5 - 3$, $10 + 7$), wybierając jeden z prezentowanych jej czterech wyników (por. Szumska, 1980, s. 60).

Pacjentka nie wykonała żadnej z prób pisania (tj. przepisywania, pisania ze słuchu, pisania spontanicznego i pisania zautomatyzowanych formuł). Podstawowy deficyt wynikał z zaburzeń możliwości odtwarzania wzorców pamięciowych aktu danego ruchu – apraksji (por. Domagała, 2017; Widła, 1986). Nie była zatem w stanie przystąpić do testu rysowania zegara²⁰.

Nie orientowała się w położeniu znaków (Szumska, 1980, s. 64). Prawidłowo rozpoznała mapę Polski i wskazała 5 z 5 miast (Łódź, Warszawa, Zakopane, Gdańsk, Kraków) (Szumska, 1980, s. 65).

Nie wykonała żadnego z trzech prezentowanych jej zadań mających na celu ocenę pamięci (tj. pamięci bezpośredniej, z dystrakcją słuchową i dystrakcją wzrokową) (por. Szumska, 1980, s. 67–69). Ponieważ spodziewano się takiego wyniku, wykonano trzy dodatkowe próby mające na celu ocenę pamięci wzrokowej (badanej zaprezentowano 5 ilustracji, a następnie poproszono o ich

²⁰ Test pozwala m.in. na ocenę sprawności wzrokowo-przestrzennych oraz myślenia abstrakcyjno-pojęciowego (por. Krzyżmiński, 1995; Schulman, Shedletsy, Silver, 1986).

wskazanie wśród 10 innych bez konieczności nazywania), badana wskazała 4 ilustracje prawidłowo. Kolejne dwie próby, wykonane z zastosowaniem dystraktora słuchowego, w dalszej kolejności wzrokowego, nie powiodły się.

Badana nie była w stanie wykonać żadnego z zadań w zakresie fluencji słownej. Można zakładać istnienie kilku powodów jej zniesienia. Prymaryny wynikał zapewne z apraksji mowy oraz zaburzeń dostępu do wiedzy formalnej – fonologicznej postaci wyrazu. W dalszej kolejności zaburzeń wiedzy semantyczno-leksykalnej i dysfunkcji wykonawczych (tj. wadliwej organizacji i strategii myślenia). W najmniejszym zakresie można je łączyć z zaburzeniami pamięci i uwagi (por. Jodzio, 2006).

W obszarze funkcji prymarnych dostrzegalna była dyskretna dysfunkcja w zakresie gryzienia i żucia. Spożywanie pokarmów zajmuje badanej bardzo dużo czasu, ale nie obserwuje się krztuszenia czy dławienia (por. Jauer-Niworowska, Kwasińska, 2009; Litwin, Pietrzyk, 2013; Gatkowska, 2012).

Ocena możliwości nazywania konfrontacyjnego

Ocena ilościowa możliwości nazywania konfrontacyjnego wskazuje na bardzo duży deficyt w tym obszarze, w zasadzie adekwatny do poziomu otępienia (por. tabela 1).

Liczba udzielonych prawidłowych odpowiedzi w kategorii nazw zwierząt (KNZ) stanowiła zaledwie 12,5% (bez namysłu badanej udało się wypowiedzieć jedynie leksem *pies*), w kategorii nazw pokarmów i napojów (KNPN) badana użyła prawidłowej nazwy jedynie w odniesieniu do 10% prezentowanych jej desygnatów (np. *jaja_{ja}, piz_{za}*). Samodzielnie nie przywołała żadnego leksemu z kategorii nazw sprzętów domowych (KNSD), ale to w tej kategorii utworzyła najwięcej konstrukcji opisowych i reagowała najżywiej.

Wśród charakterystycznych zjawisk obserwowano²¹: ominięcia, realizacje niesystemowe – neologistyczne, peryfrazy – konstrukcje opisowe, często połączone z kompensacją za pomocą gestów, nasiloną tendencją do quasi-nominacji, parafazje semantyczne – błędy semantyczne, syndrom TOT, parafazje fonologiczne. Notowano także błędy spostrzegania.

We wszystkich kategoriach najliczniej notowano ominięcia. Pacjentka nie zareagowała w żaden sposób, mimo wyraźnego skupienia na zadaniu, na 40% desygnatów z KNZ, 27,5% z KNPN i 25% z KNSD.

²¹ W prezentowanym zadaniu wartości procentowe wyliczono, uwzględniając każdorazowe pojawienie się danego zjawiska w odpowiedzi pacjentki, np. (lama) *Tak, ale, ale, wysok taka, _{wy}soka taka, lapec*; w ocenie ilościowej uwzględniono pojawienie się zarówno konstrukcji opisowej, jak i neologistycznej, a zatem dwóch zjawisk w odniesieniu do jednego desygnatu.

Komentarzem *nie wiem*, świadczącym nie tylko o zaburzeniach leksykonu, lecz także zaburzeniach słownika semantycznego badana opatrzyła 5% zdjęć z KNZ, 7,5% z KNPN, 0% z KNSD. Przyjmując istnienie co najmniej dwóch poziomów wyszukiwania wyrazów, gdzie pierwszy poziom odpowiada dostępowi do wiedzy semantyczno-leksykalnej, a drugi do wiedzy formalnej – fonologicznej postaci wyrazu, odpowiedzi *nie wiem* mogą świadczyć o zaburzeniu wyszukiwania słów na poziomie pierwszym (por. Rutkiewicz-Hanczewska, 2016; 2018).

Kilkukrotnie pojawiły się komentarze typu: *Chyba wiem, ale nie mogę pome*, które wskazują na dostęp do pierwszego ze wspomnianych poziomów, tj. dostęp do wiedzy semantyczno-leksykalnej przy zablokowanym dostępie do poziomu drugiego, formalnego.

Dość licznie notowano realizacje niesystemowe – pseudowyrazy, najczęściej w KNPN – 22,5%, np. (żółty ser) *To jest tu t y*; (wino) *Kazi y*; w KNSD – 17,5%, np. (pralka) *No py wopchodzi no parpan*; (talerz) *ga^{tata} ek*; a w KNZ badana opatrzyła nimi 12,5% desygnatów, np. (kura) *zaa, ładna p_h ul*; (lama) *Tak, ale, ale, wysok taka^{wy}, soka taka, lapec*; (słoń) *To toj jest sła^{pec}*.

Do realizacji niesystemowych zaliczyć należy także dźwięki namysłu, np. *yyy, myy, chych, chy*, dźwięki nieartykułowane: chrząknięcia, zająknięcia, westchnięcia. Świadczą one o podjętym wysiłku poszukiwania nazwy, na ogół pojawiały się po nich konstrukcje opisowe lub konstrukcje będące formą quasi-nominacji. Najczęściej notowano je w odniesieniu do desygnatów z KNZ – 32,5%, nieco mniej w pozostałych: 25% w KNPN, 20% w KNPN. Rejestrowano także realizacje niesystemowe, którym nie towarzyszyły żadne słowa treściowe czy gestykulacja.

W chwili braku możliwości odnalezienia poszukiwanej nazwy badana dość często spoglądała na opiekuna, oczekując, że ten udzieli za nią odpowiedzi. Najczęściej prośbę uzupełniała nieartykułowanym dźwiękiem o charakterze nakazu.

Efektom braku gotowości słowa były liczne peryfrazy. Uważa się, że tworzenie konstrukcji opisowych wymaga wysokiej sprawności językowej i w szczególności sposób odzwierciedla obniżenie kompetencji metajęzykowej jako podstawy umiejętnego definiowania pojęć (Domagała, 2019). Jednak możliwość korzystania z nich, nawet w ograniczonym zakresie, może wskazywać, że badana posiadała pewną wiedzę na temat prezentowanego jej desygnatu, choć niewystarczającą, by pobudzić proces wyszukiwania adekwatnych nazw i ich realizacji, co potwierdzają odpowiedzi typu: (kogut) *Tak, tak, wiem, wy^{soki}*. Najlichniesze konstrukcje opisowe zanotowano w KNSD, opatrzone nimi aż 40% desygnatów, np. (kubeczek) *To malutkie yy mm*; (widelec) *Ta ta^{kie} jem je takie os_{tr} e*, z czego dokładnie 50% połączona była z gestykulacją, np. (łodówka) *Myy y^{chy} y_y y_y, to j_{est} u otwiera się ni^{ktjo} sakis, tamtam rzeczy, jeszcze jeszcze* (badana naśladowała ruch otwierania łódki i układania na jej półkach rzeczy); (wanna) *Najlepsza czeczęść, taka się siada* (badana odtworzyła gestem wygląd wanny, naśladowała ruch mycia się^{się}); (czajnik) *y_y To się, to się h_y he no^{gotu} je_{lo} da* (pacjentka w dość ograniczony sposób próbowała naśladować czynność nastawiania wody na herbatę).

Badana zastosowała konstrukcje opisowe w odniesieniu do 22,5% prezentowanych jej desygnatów z KNPN. Zawierały one niewiele słów treściowych, były też znacząco krótsze od tych notowanych w KNSD. Zazwyczaj obejmowały wyrażone w sposób szczątkowy wskazania na temat funkcji lub cech fizycznych desygnatów, np. (mleko) *No, taki taki...bia_{ly}, no tata kieke*; (kielbasa) *To no to ^{takie} i ^{tu} ^{tu} ^{takie} chudedo ta ^{kieke}*; (szynka) *Jeje je ^{dze jedze y} chyba taka dodo ^{bra}*. W kilku przypadkach badana uzupełniła komunikat gestem, np. (masło) *Na, y, y... , do m... jem* (pacjentka naśladowała w tym czasie ruch smarowania pieczywa masłem).

W KNZ badana utworzyła konstrukcje opisowe w odniesieniu do 30% prezentowanych jej desygnatów. Część zawierała informacje dotyczące np. cech fizycznych: (mors) *Takie wie wielkie yy*; (tygrys) *Taaki wielki*; (żyrafa) *Ooo! ^{wys} oka*; oceny: (małpa) *Yyy, ^{takatak} śmie ^{szk} a* bądź charakterystycznych zachowań: (kret) *O ^{ilo} my, co ^{si} nasem, ^{usty} kopie*. Także w tej kategorii gest odgrywał istotną rolę informacyjną i uzupełniał komunikat werbalny, np. (wąż) *Takiki ^{gryci} yyy* (tu badana kiwała głową, a ręką odwzorowała wygląd zwierzęcia, zaznaczając wyraźnie, że jest ono długie).

Wszystkie peryfrazy miały charakter fragmentaryczny i zazwyczaj zawierały cechy definicji konotacyjnych (skojarzenia z obiektem, jego wyglądem, funkcją). Składały się z licznych zaimków, tzw. mowa zaimkowa (por. Domagała, 2018, s. 79), czasem przymiotników (na ogół odnoszących się do cech fizycznych), a także pseudowyrzów, wykrzyknień, chrząknięć. Pomimo obserwowanego braku dostępu do poszukiwanego słowa badana wielokrotnie żywo reagowała na prezentowane jej obiekty, sugerując, że obraz rozpoznaje. Potwierdzają to też szczątkowo przytaczane cechy desygnatów, jednak nazbyt ogólne, by dokonać kategoryzacji zjawisk, ale sugerujące, że pacjentka posiada na ich temat pewną wiedzę pojęciową, np. (hipopotam) *Takie wie, wielkie yy*; (łóżko) *takie taki wielkie*; (nóż) *no no mały*, to element tzw. „mowy pustej”.

Ponadto rejestrowano odpowiedzi, w których brakowało jakichkolwiek wyrazów treściowych (obecne były głównie wykrzyknienia, chrząknięcia, pseudowyrazy), a funkcję opisu pełnił gest i jedynie on pozwalał ocenić poprawność rozpoznania desygnatu, np. (fotel) *To takie* (badana pokazywała, że przedmiot ten jest duży i służy do siedzenia); (telewizor) *Yyy, hy... no* (badana naśladowała czynność posługiwania się pilotem do telewizora, dość niezgrabnie odtworzyła lewą ręką wygląd ekranu); (komoda) *Y, y, ouuu, tky* (pokazywała, że jest to coś kwadratowego, naśladowała ruch wysuwania szuflad); (wielbłąd) *kiki ^{wycki} yyy*, (badana potakiwała, lewą ręką odwzorowała wygląd zwierzęcia, zaznaczając wyraźnie, że ma dwa garby).

Badanie ukazało nasiloną tendencję do quasi-nominacji. W zasadzie większość konstrukcji opisowych była zbudowana w sposób typowy dla mowy zaimkowej. Zauważalna była nieznaczna niezgodność formy gramatycznej zaimków (rodzaju, liczby, przypadku) w funkcji tzw. metatekstowych

protez zaimkowych z poszukiwanym słowem. Badanej zdarzało się też stosować zaimki bez wyraźnego dążenia do poszukiwanej nazwy, posługiwała się wówczas nimi tak, jakby były one nośnikami znaczenia. Odnosiło się wrażenie, że nie odczuwa ona potrzeby dookreślenia wypowiedzi, a takie zachowanie można tłumaczyć brakiem możliwości przyjęcia perspektywy rozmówcy (Domagała, 2018), np. (lis) *Yhm ten, tak!*; (cukierek) *Tak ten*; (pączek) *Yyy ten*; (taca) *No ta*.

Błędy semantyczne zanotowano w odniesieniu do 7,5% desygnatów z KNPN oraz 2,5% z KNSD. Badana przywołała hiperonim: (herbata) *woda*, kohiponim: (sok) *ym picie uuu*, odnotowano także meronim: (chleb) *k_ro_{mka}ka*. Generowanie nazwy z kategorii nadrzędnej czy kohiponimicznej, meronimicznej, wskazuje na deficyt pamięci semantycznej, wyrażający się upośledzeniem możliwości identyfikacji specyficznych, niezbędnych dla pojęcia cech, a także możliwości utrzymania wyników decyzji poznawczych w pamięci (por. Grossman i in., 2001, s. 265–276).

Dostrzeżono tylko jeden błąd użycia nazwy spoza badanej kategorii semantycznej, wynikający prymarnie z nieuwzględnienia przez badaną ekstensji – informacji, że stale nazywa obiekty przedstawiające napoje lub potrawy, w konsekwencji wodę w szklance opatrzyła nazwą *kukubek* (kohiponim w odniesieniu do szklanki). Zjawisko to może świadczyć o zaburzeniach funkcji wykonawczych, których zadaniem jest kontrola przebiegu próby, w tym utrzymanie zgodności odpowiedzi ze wskazanym kryterium (por. Piskunowicz i in., 2013, s. 477; Biechowska i in., 2012, s. 46).

Syndrom *mam to na końcu języka* (TOT) – konsekwencja anomii (por. Kiełar-Turska, Byczewska-Konieczny, 2014; Rutkiewicz-Hanczewska, 2016; 2018) – ujawniał się dostępem prawie wyłącznie do cech semantycznych poszukiwanych słów. Zazwyczaj jako pierwsza ujawnia się wiedza formalna, tj. np. przekonanie, na jaką głoskę rozpoczyna się poszukiwany wyraz, z ilu składa się sylab, do jakiej kategorii gramatycznej należy itd. (Rutkiewicz-Hanczewska, 2016, s. 91). W omawianym typie afazji dostęp do tego typu wiedzy zazwyczaj jest bardzo ograniczony. Badana tylko raz podczas całego badania była w stanie przywołać cechę fonologiczną poszukiwanego leksemu: (lustro) *To je_{st} tu!* (badana wskazała lustro)²² *l..._{no w} iem!*

Liczne parafazje fonologiczne pojawiały się zazwyczaj w komentarzach, nie zaś w pożądanym nazwach. Stan ten należy wiązać z ogólnie niewielką liczbą przytoczonych, poszukiwanych leksemów. W KNZ stanowiły 7,5% realizacji, np. (ryba) *Luba, ee! Lyba*; (osa) *Oca_{oca}*; w KNPN 5%, np. (banan) *lubie!_{baba} ban*, nie notowano ich w KNSD.

²² Wskazanie desygnatu w chwili braku dostępu do jego nazwy to tzw. gest deiktyczny.

Tabela 1. Ocena ilościowa możliwości nazywania konfrontacyjnego

Nazwa kategorii semantycznej		NZ	NPN	NSD
Liczba nazw prawidłowych		10%	10%	0%
Ominięcia, komentarz <i>nie wiem</i>		45%	35%	25%
Pseudowyrazy		12,5%	22,5%	17,5%
Dźwięki nieartykułowane		32,5%	25%	20%
Quasi-nominacja		25%	20%	30%
Konstrukcje opisowe, konstrukcje werbalno-gestowe		30%	22,5%	42,5%
Błędy semantyczne	hiperonimy	0%	2,5%	0%
	kohiponimy	0%	2,5%	0%
	metonimy	0%	2,5%	0%
Parafazje fonologiczne		7,5%	5%	0%
TOT		2,5%	0%	0%

Źródło: opracowanie własne.

Ocena możliwości wyszukania nazwy po udzieleniu wskazówki fonetycznej

W chwili braku dostępu do poszukiwanego słowa badanej udzielano wskazówki o charakterze formalnym, podając jej pierwszą głoskę, a w przypadku niemożności przywołania adekwatnego leksemu jego kolejne sylaby bądź części.

Wśród obserwowanych tendencji, pojawiających się w realizacjach pacjentki, w pierwszej kolejności wymieniłem małą efektywność wskazówek. Podpowiedzi w postaci pierwszej głoski nie były skuteczne, badanej udało się odszukać tylko jedną nazwę w KNZ (lama: l...) *la... lama*²³. W pozostałych kategoriach ten typ wskazówek był zupełnie nieskuteczny. Większą efektywność obserwowano po podaniu pierwszej sylaby: w KNPN badanej udało się wygenerować aż 30% leksemów, np. (bułka: buł..., buł...) *bułki*; (kurczak: kur...) *kru* (kur...) *ku_{rcz}ak*; (mleko: mle...) *mleko*; (szynka: szy...) *szy_{ja}* (szyn...) *hy* (szyn...) *kank, szynka*; (zupa: zu..., zu...) *zupa, ale ma ra, mało jej_{siee jee}*; w KNZ było to 27,5%, np. (tygrys: tyg...) *ty_grys*; (koza: ko..., ko...) *koza*; a w KNSD 15%, np. (sedes: se..., se...) *se* (se...) *de, se_{des}*; (wanna: wan...) *no* (wan...) *wanna*.

²³ W nawiasie zapisano leksem odnoszący się do wskazywanego badanej desygnatu, po dwukropku – część cytowanego jej leksemu, poza nawiasem – realizację pacjentki. W ocenie procentowej (por. tabela 2) uwzględniano realizację najbliższą poprawnej, a zatem tu: wyraz *lama*.

Zwiększenie zakresu podpowiedzi, poprzez dodanie kolejnej sylaby lub głoski, było mało skuteczne, w KNSD owocowało przytoczeniem jedynie jednej nazwy: (kubek: ku...) *kuu* (kube...) *ku_{be}k*; podobnie w KNPN: (paluszki: pa..., pa..., palu..., palusz...) *kiki*, *p_{ayylusz}ki*; w KNZ tylko dwóch, np. (zając: za..., za...) *zaa* (zają...) *zaa_{zając}*. Nieskuteczność podpowiedzi mogła być powodowana dwoma czynnikami, na co wskazują charakterystyczne reakcje pacjentki. W pierwszej kolejności zaburzeniami programowania fonologicznego, o czym świadczą komentarze, które sugerują, że badana identyfikowała słyszany fragment leksemu z właściwym desygnatem i leksemem, np. w KNZ: (owca: ow..., ow..., ow...) *tak!*; w KNPN: (miotła: mio..., mio..., miot...) *tata tak*; w KNSD: (umywalka: umy...) *tak!* (umywal...) *tak*. W drugim przypadku badana najprawdopodobniej nie identyfikowała zarówno bodźca wzrokowego, jak i słuchowego, np. w KNSD: (prysznic: pry...) *pry* (prysz..., prysznic) *szyni*; (pralka: pral...) *pra*, (pralka) *ala*; w KNZ (niedźwiedź: nie...) *ny* (niedź...) *niw*.

Bezowocne powtarzanie podpowiadanej części leksemu najliczniej rejestrowano w KNZ – w odniesieniu do 12% desygnatów, w pozostałych po 10%. Wśród powtórek obserwowano repetycje poprawne, ale bez możliwości ich rozwinięcia, np. (nosorożec: no...) *no* (no...) *no* (noso..., nosorożec) *ro*; (mikser: mi... mi...) *mi* (mikse) *miks?*; (naleśnik: na...) *na* (nale...) *yma* (naleś...) *na le*. Badana generowała także formy świadczące o znacznym nasileniu logoklonii, uniemożliwiający jej prawidłową realizację wyrazu²⁴, np. (lis: l..., li..., li...) *lili* (li...) *li*; (cola: ko...) *koko_k* (ko...) *koko_k yhm!*; (fotel: fo..., fo, fofo (fo...)) *fof*. Obserwowano też przykłady, które można rozpatrywać w kontekście dysfunkcji wykonawczych – niemożności zablokowania automatycznie nasuwających się reakcji werbalnych (defekt kontroli wykonawczej zakorzeniony w języku) (por. Jodzio, 2008; Domagała, 2015), np. (krokodyl: kroko...) *dyl*; (wiewiórka: wie..., wiewiór...) *kaka* (wiewiór...) *ka*; (suszarka: su..., suszar...) *ka* (suszar) *ka*.

Wśród reakcji badanej rejestrowano dość liczne parafazy fonologiczne. Najliczniejsze w KNSD stanowiły aż 25% reakcji, np. (garnek: gar...) *gaagarek* (gar...) *garga*, *gar_k*; (kuchenka: ku..., kuchen...) *henke*, *kuchenkeke*; (łodówka: lo..., lodu...) *lodziufka*; w KNPN 15%, np. (herbata: he) *he* (her...) *a!* *herba*; a w KNZ 10%, np. (hipopotam: hi...) *hipootan*; (kan...) *kan* (kan...) *kan_{gul}*.

Nieco mniejszy odsetek stanowiły pseudowyrazy – formy tak zniekształcone, że nie sposób dopatrywać się w nich jakiegokolwiek podobieństwa do oczekiwanych leksemów. Najliczniej notowano je w KNSD – 20%, np. (pralka: pral...) *pr_{aw}ra* (pral...) *do...* (pralka) *krka nak, man, man*; w pozostałych kategoriach nieco mniej, tj. 12,5% w KNZ, np. (koń: ko...) *ko_{ca}* (ko...) *ko_{mn}*; oraz 10% w KNPN, np. (kielbasa: kiel..., kiel..., kielba...) *acha!* (kielba...) *papa*.

²⁴ Nie można z całą pewnością wykluczyć tego, że badana nie rozpoznała bodźców (słuchowego lub/i wzrokowego).

Zanotowano tylko 2 przykłady parafazji semantycznych (w KNZ), a mechanizm ich generowania był dość podobny. Badanej udzielono podpowiedzi, podając część leksemu, np. „mors” (mo...), w odpowiedzi pacjentka przywołała tzw. *bloker*: *morze, ili, ili, ili*, czyli słowo styczne semantycznie z poszukiwanym. Generowanie wyrazów „intruzów” to efekt rozprzestrzeniania się aktywacji na pojęcia związane z poszukiwanym. Podobieństwo semantyczne lub fonologiczne *blokera* do właściwego słowa sprawia, że to bardziej dostępne w danej chwili zostaje przywołane, a proces poszukiwania zostaje zakończony (por. Kielar-Turska, Byczewska-Konieczny, 2014).

Tabela 2. Ocena ilościowa możliwości nazywania konfrontacyjnego po udzieleniu wskazówki o charakterze formalnym

Możliwość wyszukania nazwy po udzieleniu wskazówki fonetycznej		NZ	NPN	NSD
Skuteczność udzielanych podpowiedzi	po podaniu pierwszej głoski	2,5%	0%	0%
	po podaniu pierwszej sylaby	27,5%	30%	15%
	po podaniu dwóch i więcej sylab lub części wyrazu	5%	2,5%	2,5%
Podpowiedź nieskuteczna	realizacja części leksemu	12,5%	10%	10%
	ominięcia	25%	32,5%	27,5%
Parafazje semantyczne		5%	0%	0%
Parafazje fonologiczne		10%	15%	25%
Pseudowyrazy		12,5%	10%	20%

Źródło: opracowanie własne.

Ocena rozumienia nazw i możliwości ich identyfikacji z desygnatem

W kolejnej części badania oceniano poziom rozumienia słyszanych przez pacjentkę nazw i możliwość ich identyfikacji z desygnatem – proszono ją o wskazanie zdjęcia odpowiadającego słyszanej nazwie, wśród 8 należących do tej samej kategorii semantycznej. Badana poprawnie wskazała 80% desygnatów z KNZ, 70% w KNPN i tylko 65% w KNSD.

We wszystkich kategoriach notowano oznaki wahania wyrażane werbalnie i prozodycznie, np. (koza) *Koza? No too to?*; (mikser) *Mytse?*; (prysznic) *Priszi? To?*; (dżem) *Dżem... to chyba to...*; (sok) *Sok?... Tak?*

Najczęstszą przyczyną braku reakcji badanej były zaburzenia wzrokowej lub słuchowej możliwości identyfikacji bodźca. Nie notowano komentarzy *nie wiem*. O zniesieniu możliwości zarówno rozpoznania desygnatu, jak i braku rozumienia

słyszanego leksemu mogą świadczyć błędne wskazania, które trudno wyjaśnić jakimkolwiek podobieństwem funkcji czy cech desygnatów, np. kurczak: (wskazanie) *szklanka z herbatą*; paluszki: (wskazanie) *mleko*.

W kilku przypadkach badana udzieliła wskazówki semantycznej na temat leksemu, którego nazwę usłyszała, ale nie była w stanie go wskazać, np. w KNZ: (motyl) *Ma, ma, mały*, (papuga) (badana roześmiała się i dodała:) *Mómówi*; w KNSD (filiżanka) *Do kawy_{wy}*. Błędy tego typu mogą sugerować, że pacjentka posiadała pewną wiedzę semantyczną na temat poszukiwanej nazwy, ale zaburzenia identyfikacji wzrokowej bodźców uniemożliwiły jej rozpoznanie desygnatu.

Notowano także nieliczne błędy o podłożu semantycznym, wynikające z podobieństwa cech (rzadziej funkcji) desygnatów, np. w KNPN: masło: (wskazanie) *lody*; wino: (wskazanie) *sok*; w KNSD: lodówka: (wskazanie) *kuchenka*; wanna: (wskazanie) *mydło*; w KNZ: kret: (wskazanie) *mysz*.

Każda z prób zajmowała badanej od 10 do nawet 60 sekund. Polecenie powtarzano mniej więcej co 20 sekund, ale konieczność przypominania badanej o realizowanym zadaniu nie wynikała prymarnie z zaburzeń mechanizmu kontroli realizacji zadania, a raczej z zaburzeń pamięci, ponieważ była ona świadoma, że jest w trakcie jego wykonywania²⁵.

Tabela 3. Ocena ilościowa możliwości rozumienia nazw i ich identyfikacji z desygnatem

Badana kategoria semantyczna	NZ	NPN	NSD
Prawidłowe wskazania	80%	75%	65%
Błąd identyfikacji wzrokowej i słuchowej bodźca	5%	12,5%	10%
Błędy o podłożu semantycznym	5%	15%	10%
Zaburzenia identyfikacji wzrokowej (zachowana wiedza semantyczna)	10%	0%	5%
Brak reakcji	0%	2,5%	10%

Źródło: opracowanie własne.

Wskazywanie desygnatu na podstawie słyszonej definicji

Ostatnie z zadań miało na celu ocenę możliwości wyszukiwania definiendum na podstawie usłyszonej definicji. Badaną proszono, by wskazywała odpowiadające danemu opisowi zdjęcie (desygnat) bądź przywołała nazwę spełniającą podane kryteria.

²⁵ Nasilenie się niniejszego zjawiska wiąże się z uszkodzeniami kory przedczołowej (por. Kielar-Turska, Byczewska-Konieczny, 2014).

Najwięcej prawidłowych realizacji – aż 70% odnotowano w KNZ, w dalszej kolejności w KNSD – 57,5% oraz 50% w KNPN.

Badana użyła nazw w odniesieniu do 18% definicji z KNSD, w pozostałych kategoriach po 10%. Czasem dodatkowo uzupełniała realizację (wypowiedziany wyraz, wskazanie) komentarzem lub dźwiękiem nieartykułowanym.

Rejestrowano komentarze sugerujące, że badana nie była do końca pewna swojej decyzji, np. (mikser) *Co to ma^{bybyć}? Może ten... miks?*; (świnia) *Małe? Hy? Świ^{nia}?*; (jajka) *Tak, tak, ych, no to...^{hy to} to jajka?*; (chleb) *Nie wiem, wie^{lkie}?*

Zdarzały się realizacje, które wskazywały, że była ona całkowicie pewna, o który desygnat jest pytana, np. (stół) *„stół! Ooo! To wiem! W 87% obecność komentarzy wiązała się z prawidłowym wskazaniem bądź przywołaniem nazwy desygnatu.*

Notowane błędy miały na ogół charakter semantyczny. Polegały na wyborze desygnatów, które spełniały tylko wybrane kryteria podawanych definicji. Najwięcej notowano ich w KNZ, ich podstawą była styczność w zakresie podobieństwa cech fizycznych desygnatów, np. zebra: „duże afrykańskie zwierzę roślinożerne, charakteryzuje je sierść w paski [...]”, badana wskazała tygrysa; bądź innych cech, np. środowiska życia, dzik: „zwierzę średniej wielkości, podobne do świni, żyjące np. w polskich lasach”, badana wskazała wiewiórkę. W kategoriach NPN i NSD pomyłki wynikały z podobieństwa funkcji bądź przeznaczenia desygnatów, np. zupa: „rodzaj płynnej potrawy, podawanej zwykle na obiad [...]”, badana podała nazwę *szynka*; czajnik: „rodzaj naczynia, w którym możemy ugotować wodę na herbatę [...]”, badana wskazała Kuchenkę i dodała: *To chyba to...*

Notowano nieliczne błędy użycia nazwy w jakimś zakresie stycznej semantycznie z poszukiwanym leksemem, ale prawidłowo wskazanym desygnacie, np. mleko (...) *No, kr^{ow}, taka ka, kak^{aa}.*

Kilkukrotnie komentarz wskazywał, że badana dokonała prawidłowego dekodowania definicji, ale zaburzenia na poziomie wyszukiwania leksykalnego bądź programowania fonologicznego i dodatkowo umiejętności wzrokowej identyfikacji desygnatu, uniemożliwiły jej wykonanie zadania, np. osioł: „ssak podobny do konia [...], charakteryzuje się dużą głową, długimi uszami [...]”: *Wiem! Uparty*; wilk: „drapieżny ssak, podobny do psa, ale żyjący dziko w stadach, watachach, poluje np. na sarny, dziki”: *Acha, ym, o Boże!* (mimika i gestykulacja badanej wskazywała, że wiedziała, że jest to groźne zwierzę); tyżka: „sztuciec składający się z trzonka i miseczki, służy do spożywania pokarmów płynnych [...]”: *Tak! takta mała, do e baty.*

Nieliczne pomyłki powodowane były niewłaściwym, trudnym do wyjaśnienia dekodowaniem definicji, np. wino: „napój alkoholowy robiony z owoców, najczęściej winogron, może być białe, różowe, czerwone, jego smak może być słodki, półsłodki, wytrawny, Pani lubi półsłodki”, odpowiedź badanej: *ser* (bez wskazania).

Tabela 4. Ocena ilościowa możliwości wskazywania desygnatów na podstawie słyszanej definicji

Kategoria semantyczna		NZ	NPN	NSD
Prawidłowe wskazanie/użycie właściwej nazwy		70%	50%	57,5%
Błędy semantyczne	styczność w zakresie podobieństwa cech desygnatów	10%	0%	0%
	styczność w zakresie funkcji	–	15%	12,5%
Brak reakcji lub odpowiedź <i>nie wiem</i>		10%	30%	27,5%
Prawidłowe dekodowanie definicji, brak możliwości przywołania nazwy i wzrokowego identyfikowania bodźca		7,5%	0%	2,5%

Źródło: opracowanie własne.

Porównanie możliwości nazywania konfrontacyjnego, wyszukiwania nazwy po uzyskaniu wskazówki formalnej, rozumienia nazw oraz umiejętności rozpoznawania definiendum na podstawie definicji

Porównanie możliwości nazywania konfrontacyjnego, efektywności wyszukiwania nazwy po uzyskaniu wskazówki formalnej, rozumienia nazw oraz umiejętności wskazywania definiendum na podstawie definicji wskazuje na znaczne dysproporcje pomiędzy możliwością realizacji nazwy a jej identyfikacji – możliwością jej rozumienia. Wiedza pojęciowa, a także kompetencja poznawcza pacjentki utrzymują się w stanie znacząco lepszym aniżeli można by się tego spodziewać w głębokim stopniu otępienia, np. w przebiegu otępienia w chorobie Alzheimera (por. Domagała, 2015).

Podsumowanie

Mowa, którą posługuje się badana, jest ogólnikowa, pusta, bez słów kluczowych, z dostępem do zaimków, wykrzyknień i z bardzo ograniczonym dostępem do przymiotników, czasowników i rzeczowników. Dominuje anomia fonologiczna z przewagą zaburzeń na poziomie programowania fonologicznego, ze względny zachowaniem poziomu wyszukiwania leksykalnego (zaznaczyć jednak należy, że w tym w stopniu otępienia należy spodziewać się współlistnienia różnych typów anomii, także na poziomie wyszukiwania semantycznego), a zaburzenia potęguje nasilona logoklonia i apraksja.

Analiza uzyskanych wyników badań i obserwacja pacjentki wskazują na znacząco lepszy stan kompetencji interakcyjnych, społecznych i częściowo językowych

pacjentki niż odpowiadających im sprawności. Kompetencja poznawcza badanej wydaje się również znacząco wyższa aniżeli sprawność poznawcza, która pozwala jej na bardzo ograniczoną możliwość operowania segmentami wiedzy.

Ocena sprawności interakcyjnych badanej uwidacznia dość dobrze zachowane rozumienie zachowań niewerbalnych i dysfunkcje w zakresie rozumienia zachowań werbalnych w zależności od poziomu ich komplikacji leksykalno-semantyczno-składniowej. Badana ma nieznacznie zaburzoną możliwość kreowania zachowań niewerbalnych i znacząco upośledzoną możliwość kreowania zachowań werbalnych. W nielicznie i szczątkowo generowanych przez badaną komunikatach nie obserwuje się nieadekwatności w odniesieniu do uczestników interakcji czy nieadekwatnych społecznie zachowań językowych.

Zaburzenia sprawności komunikacyjnych, tj. sprawności społecznej, sytuacyjnej i pragmatycznej, mają charakter wtórny i wynikają z dysfunkcji sprawności językowych. U ich podłoża tkwi: obecność apraksji, agramatyzmu, dysfunkcje programowania fonologicznego, wyszukiwania leksykalnego, a także w mniejszym zakresie dysfunkcje w obszarze słownika semantycznego.

W zakresie sprawności językowych zauważalna jest wyraźna dysproporcja pomiędzy możliwością rozumienia i rozpoznawania jednostek podsystemów językowych a możliwością ich realizacji, z wyraźną przewagą tej pierwszej, co jest typowe dla przebiegu nfvPPA (por. Sitek, 2018, s. 69).

Wskazania terapeutyczne

W omawianym typie afazji, ze względu na szybką progresję objawów, terapia powinna mieć charakter wielospecjalistyczny, a oddziaływania logopedyczne powinny być na stałe w nią wpisane (Wójcik-Topór, 2018, s. 462).

Rehabilitacja powinna być ukierunkowana na podtrzymywanie wszystkich aspektów komunikacji. Ponieważ podstawowe deficyty wynikają z apraksji, logoklonii oraz obecności agramatyzmów, znaczną uwagę trzeba skupić na łagodzeniu problemów we wskazanych obszarach.

Terapia nastawiona na redukcję objawów apraksji i logoklonii może opierać się na metodach wykorzystywanych w rehabilitacji przejawów apraksji oralnej poudarowej, a także terapii afazji ruchowej eferentnej i aferentnej. W podtrzymywaniu kompetencji syntaktycznych można wykorzystywać metody stosowane w terapii afazji ruchowej transkorowej (Sitek i in., 2018, s. 501). Objawy nasilającej się anomii można łagodzić metodami wykorzystywanymi w postępowaniu typowym dla terapii afazji amnestycznej (por. Rutkiewicz-Hanczewska, 2016).

Ze względu na przewidywalny wzorzec progresji objawów – nasilającą się apraksję, w procesie terapeutycznym należy unikać wprowadzania form komunikacji zastępczej wykorzystującej gest (por. Sitek i in., 2018).

Bibliografia

- Biechowska D., Kaczmarek I., Witkowska M., Steinborn B. (2012), *Przydatność prób fluencji słownej w diagnozie różnicowej zaburzeń neurologicznych u dzieci i młodzieży*, „Neurologia Dziecięca”, nr 21, 42, s. 45–51.
- Domagała A. (2007), *Zachowania językowe w demencji*, t. 20, seria „Komunikacja Językowa i Jej Zaburzenia”, Wydawnictwo UMCS, Lublin.
- Domagała A. (2015), *Narracja i jej zaburzenia w otępieniu alzheimerowskim*, Wydawnictwo UMCS, Lublin.
- Domagała A. (2017), *Zaburzenia komunikacji pisemnej u osób z chorobą Alzheimera*, [w:] *Zaburzenia komunikacji pisemnej*, red. A. Domagała, U. Mirecka, Harmonia, Gdańsk, s. 524–545.
- Domagała A. (2018), *Zaburzenia sprawności dialogowych w chorobie Alzheimera. Charakterystyka*, [w:] *Choroba Alzheimera. Zaburzenia komunikacji językowej*, red. A. Domagała, E. Sitek, Wydawnictwo UMCS, Lublin, s. 100–124.
- Domagała A. (2019), *Rozpad sprawności leksykalnych u pacjenta z otępieniem umiarkowanym w chorobie Alzheimera*, „Logopaedica Lodziensia”, nr 3, s. 45–61.
- Gatkowska I. (2012), *Diagnoza dyzartrii w neurologii klinicznej*, WUJ, Kraków.
- Gleason J. B., Ratner N. B. (2005), *Psycholingwistyka*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Goodglass H., Kaplan E. (1972), *Bostoński test diagnostyczny do badania afazji (Boston Diagnostic Aphasia Examination)*, Lea & Febiger, Filadelfia.
- Grabias S. (2003), *Język w zachowaniach społecznych*, Wydawnictwo UMCS, Lublin.
- Grabias S. (2015), *Postępowanie logopedyczne. Standardy terapii*, [w:] *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*, red. S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak, Wydawnictwo UMCS, Lublin, s. 955–995.
- Grossman M., Robinson K., Bernhardt N., Koenig P. (2001), *A rule-based categorization deficit in Alzheimer's Disease?*, „Brain and Cognition”, nr 45, s. 265–276.
- Herzyk A. (2005), *Wprowadzenie do neuropsychologii klinicznej*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa.
- ICD-10 (2008), *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10*, www.csioz.gov.pl/interoperacyjnosc/klasyfikacje/ (dostęp: 12.12.2019).
- Jauer-Niworowska O., Kwasiborska J. (2009), *Dyzartria. Wskazówki do diagnozy różnicowej poszczególnych typów dyzartrii*, Komlogo, Gliwice.
- Jodzio K. (1999), *Afazja pierwotna postępująca*, Wydawnictwo UG, Gdańsk.
- Jodzio K. (2006), *Neuropoznawcze korelaty spadku fluencji słownej po udarze prawej półkuli mózgu*, „Studia Psychologiczne”, nr 44 (2), s. 5–18.
- Jodzio K. (2008), *Neuropsychologia intencjonalnego działania. Koncepcje funkcji wykonawczych*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa.
- Kielar-Turska M., Byczewska-Konieczny K. (2014), *Specyficzne właściwości posługiwania się językiem przez osoby w wieku senioralnym*, [w:] *Biomedyczne podstawy logopedii*, red. S. Milewski, J. Kuczkowski, K. Kaczorowska-Bray, Harmonia, Gdańsk, s. 429–443.
- Kozubski W., Liberski P. P. (2014), *Neurologia. Podręcznik dla studentów medycyny*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.

- Krzywiński S. (1995), *Test rysowania zegara*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii”, nr 4, suplement I (2), s. 21–30.
- Litwin M., Pietrzyk I. (2013), *Diagnoza i terapia dysfagii*, Komlogo, Gliwice.
- Luria A. R. (1976), *Podstawy neuropsychologii*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
- Marczewska H. (1994), *Zaburzenia językowe w demencji typu Alzheimerera i demencji wielozawalowej*, [w:] *Nie tylko afazja...*, red. H. Marczewska, E. Osiejuk, Energeia, Warszawa, s. 7–60.
- Olszewski H. (2008), *Otępienie czołowo-skroniowe. Ujęcie neuropsychologiczne*, Impuls, Kraków.
- Panasiuk J. (2013), *Afazja a interakcja. Tekst – metatekst – kontekst*, Wydawnictwo UMCS, Lublin.
- Pąchalska M. (2012), *Afazjologia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa–Kraków.
- Perkin D. (2003), *Neurologia w praktyce lekarza ogólnego*, Via Medica, Gdańsk.
- Piskunowicz M., Bieliński M., Zgliński A., Borkowska A. (2013), *Testy fluencji słownej – zastosowanie w diagnostyce neuropsychologicznej*, „Psychiatria Polska”, nr XLVI (3), s. 475–485.
- Ponichtera-Kasprzykowska M., Sobów T. (2014), *Adaptacja i wykorzystanie testu fluencji słownej na świecie*, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna”, nr 14 (3), s. 178–187.
- Rutkiewicz-Hanczewska M. (2016), *Neurobiologia nazywania. O anomii prioprialnej i apelatywnej*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań.
- Rutkiewicz-Hanczewska M. (2018), *Wiek a nazywanie. Procesy wyszukiwania słów w starszym wieku*, [w:] *Gerontologopedia*, red. W. Tłokiński, S. Milewski, K. Kaczorowska-Bray, Harmonia, Gdańsk, s. 241–269.
- Schulman K. L., Shedletsky R., Silver I. L. (1986), *The Challenge of Time: Clock Drawing and Cognitive Function in the Elderly*, „Geriatric Psychiatry”, vol. 1, s. 135–140.
- Sitek E. (2018), *Mowa w chorobie Alzheimerera*, [w:] *Choroba Alzheimerera – zaburzenia komunikacji językowej*, red. A. Domagała, E. Sitek, Harmonia, Gdańsk, s. 62–70.
- Sitek E., Barczak A., Kluj-Kozłowska K., Harciarek M. (2018), *Afazja pierwotnie postępująca – diagnostyka różnicowa i terapia*, [w:] *Gerontologopedia*, red. W. Tłokiński, S. Milewski, K. Kaczorowska-Bray, Harmonia, Gdańsk, s. 488–522.
- Siuda J., Opala G. (2012), *Diagnostyka różnicowa otępienia*, [w:] *Diagnostyka i leczenie otępień. Rekomendacje zespołu ekspertów Polskiego Towarzystwa Alzheimerowskiego*, red. M. Zabawa, MediSfera, Otwock, s. 41–49.
- Sobów T. (2010), *Praktyczna psychogeriatrya: rozpoznawanie i postępowanie w zaburzeniach psychicznych u chorych w wieku podeszłym*, Wydawnictwo Continuo, Wrocław.
- Szepietowska E. M. (2000), *Badanie neuropsychologiczne. Procedura i ocena*, Wydawnictwo UMCS, Lublin.
- Szepietowska E. M., Gawda B. (2011), *Ścieżkami fluencji werbalnej*, Wydawnictwo UMCS, Lublin.
- Szumaska J. (1980), *Metody badania afazji*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
- Warchala J. (1991), *Dialog potoczny a tekst*, Wydawnictwo UŚ, Katowice.
- Widła T. (1986), *Cechy płci w piśmie ręcznym*, Wydawnictwo UŚ, Katowice.
- Woźniak T. (2005), *Narracja w schizofrenii*, Wydawnictwo UMCS, Lublin.
- Wójcik-Topór P. (2018), *Niefarmakologiczne metody oddziaływań na funkcje poznawcze w otępieniach*, [w:] W. Tłokiński, S. Milewski, K. Kaczorowska-Bray, *Gerontologopedia*, Harmonia, Gdańsk, s. 488–522.

Summary

This article assesses the competences and interactive, communication and language skills (with particular emphasis on lexical-semantic skills) of patients diagnosed with primary non-fluent aphasia and deep dementia. The comparison was made to indicate proportions in the field of preserved abilities and deficits in the area of abovementioned abilities and to show the necessity of using detailed speech therapy in the discussed type and degree of dementia. It is necessary to be able to support islet-preserved selected cognitive functions for as long as possible, and thus to have the possibility of contact with the sick for as long as possible, improving the comfort of his and his caregivers' lives. The article uses research material about a 76-year-old woman.

Agnieszka Hamerlińska*

MOWA PRZETOKOWA – STANDARD POSTĘPOWANIA LOGOPEDYCZNEGO U OSÓB PO IMPLANTACJI ZASTAWKI TCHAWICZO-PRZĘŁYKOWEJ

**SPEECH WITH VOICE PROSTHESIS AFTER REMOVAL
OF THE LARYNX – STANDARD OF SPEECH THERAPY**

Słowa kluczowe: rak krtani, laryngektomia całkowita, zastawka tchawiczo-przelykowa, proteza głosowa, mowa przetokowa, logopedia.

Keywords: larynx cancer, total laryngectomy, tracheoesophageal valve, voice prosthesis, fistula speech, speech therapy.

Wprowadzenie

Mową Stanisław Grabias (1997, s. 9) nazywa zespół czynności, jakie przy udziale języka wykonuje człowiek, poznając rzeczywistość i przekazując jej interpretację innym uczestnikom życia społecznego. Czynność mówienia daje możliwość zaistnienia socjalizacji – człowiek, mówiąc i komunikując się, czuje się członkiem danej grupy, ma większe szanse rozwoju oraz podtrzymywania relacji interpersonalnych. Mowę można stracić, np. na skutek usunięcia krtani, co w konsekwencji może wpłynąć na funkcjonowanie człowieka w społeczeństwie. Resekcji krtani na ogół dokonuje się w przypadku zaawansowanego raka, wówczas zabieg ten, m.in. zabierając mowę i głos, jednocześnie ratuje życie. Dana osoba traci mowę werbalną przy zachowaniu zdolności jej umysłowego tworzenia, co stanowi jedną z najbardziej dotkliwych konsekwencji operacji. Zdarza się, że z tego powodu osoby laryngektomowane wycofują się z życia społecznego, a także rodzinnego. W latach 80. i 90. ubiegłego wieku dokonywano około 3,5 tys. laryngektomii całkowitych rocznie, dlatego zaczęto szukać sposobów przywrócenia mowy werbalnej (W. Zatoński, T. Zatoński, 2002). Zauważono, że

* Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Wydział Filozofii i Nauk Społecznych, Instytut Nauk Pedagogicznych, Katedra Podstaw Pedagogiki, ul. Lwowska 1, 87-100 Toruń, e-mail: hamer@umk.pl, ORCID: 0000-0002-9305-5793.

gromadzenie powietrza w przelyku daje możliwość powstania ructusu, czyli odbicia, na bazie którego tworzona jest mowa przelykowa. Niestety, dla osób laryngektomowanych proces jej uczenia się jest trudny i bywa, że mało efektywny. Stan ten wynika przede wszystkim z trudności wprowadzenia i utrzymania powietrza w przelyku. Zaczęto więc szukać możliwości mechanicznego jego wtłoczenia. Stworzono pierwsze zastawki tchawiczoprzelykowe, tzw. protezy głosowe, dzięki którym zaczęła powstawać mowa przetokowa. Zaistnienie takiej możliwości przywróciło nadzieję osobom laryngektomowanym na komunikowanie się werbalne z rodziną i w społeczeństwie.

W 2002 r. w Polsce, w Świętokrzyskim Centrum Onkologii w Kielcach podczas jednego zabiegu dokonano: tracheotomii, laryngektomii całkowitej oraz implantacji zastawki tchawiczoprzelykowej (Okła, 2007). Jednak przez wiele kolejnych lat w wielu polskich szpitalach onkologicznych implantowanie protez głosowych raczej nie było stosowane¹ głównie z uwagi na brak refundacji i przeszkolenia kadry oraz negatywne konsekwencje wynikające z ich użytkowania. Głównym sposobem komunikowania się osób po laryngektomii totalnej była mowa przelykowa, jak już zostało zauważone – trudna w wytworzeniu. Jednak od 2017 r. wstawianie zastawek tchawiczoprzelykowych w polskich szpitalach powoli zaczęło być kanonem postępowania w przypadku zaawansowanego raka krtani². Naturalne jest, że wśród logopedów pojawia się potrzeba poznania standardów postępowania logopedycznego w przypadku uczenia mowy przetokowej u osób po laryngektomii całkowitej (Hamerlińska, 2018).

W niniejszym tekście zwrócono uwagę na historię stosowanych metod leczenia u osób z zaawansowanym rakiem krtani. Następnie opisano zastawkę tchawiczoprzelykową, scharakteryzowano mowę przetokową oraz dokonano jej porównania z mową przelykową na podstawie analizy literatury. Celem pracy jest przedstawienie standardu postępowania logopedycznego po implantacji zastawki tchawiczoprzelykowej u osób po laryngektomii całkowitej.

Historyczne ujęcie leczenia w przypadku raka krtani

Historia leczenia w przypadku nowotworów złośliwych krtani sięga XIX wieku. Początkowo jedynym sposobem leczenia było usunięcie chirurgiczne guza, a gdy były wskazania, to usuwano guza wraz z węzłami chłonnościami i sąsiadującymi z krtanią tkankami szyi (Betlejewski, 2009). Pierwsza laryngektomia całkowita, czyli zabieg polegający na usunięciu krtani, została dokonana w 1866 r. przez Patricka Watsona. W Polsce tego zabiegu dokonał jedenaście lat później Julian

¹ Odmienny był standard postępowania w krajach Europy Zachodniej.

² Dane przedstawiane podczas III Ogólnopolskiej Konferencji „Innowacje w Otorynolaryngologii”, 1–13 kwietnia 2019 r., w Poznaniu.

Kosiński – była to czternasta operacja na świecie (Towpik, Jeziorski, 2009). Następnie Teodor Billroth, po wykonanej w 1873 r. resekcji krtani, określił pierwsze zasady leczenia raka krtani: rozpoznanie, operacja, wygojenie rany pooperacyjnej, rehabilitacja. Coraz częściej stosowano laryngektomię całkowitą, dzieloną na dwa etapy, co dawało dłuższy okres przeżycia chorych. Dalej Billroth w 1878 r. wykonał po raz pierwszy hemilaryngektomię³ pionową, a metodę tę rozwinęli Louis Clerf i Charles Norris (Osuch-Wójcikiewicz, 2002).

W dalszym etapie rozwoju leczenia dołączono napromienianie pooperacyjne jako terapię uzupełniającą cały proces. Należy przyznać, że radioterapia jest jedną z najbardziej dynamicznie rozwijających się dziedzin współczesnej medycyny i obok chirurgii oraz farmakoterapii stanowi podstawową metodę leczenia pierwotnego, uzupełniającego oraz postępowania paliatywnego u chorych na nowotwory ogółem. W miarę rozwoju technik radiologicznych, w przypadkach wczesnych, ograniczonych zmian nowotworowych krtani zaczęto stosować terapię przy użyciu promieniowania jonizującego jako samodzielnego sposobu usunięcia tych mało zaawansowanych zmian (Betlejewski, 2009). We wczesnych fazach zaawansowania nowotworu (tzn. w I i II stopniu złośliwości) radioterapia pozwala osiągnąć 75–90% wyleczeń z zachowaniem anatomii i funkcji narządu (Fijuth, 2017).

W przypadku bardziej rozległych zmian nowotworowych krtani do dziś stosowane jest przede wszystkim leczenie chirurgiczne, które obejmuje:

- częściowe usunięcie krtani z dojścia wewnętrznego – operacje endoskopowe z wykorzystaniem lasera CO₂;
- częściowe usunięcie krtani z dojścia zewnętrznego (chordektomia częściowa);
- całkowite usunięcie krtani (Kaczmarczyk, 2017).

Oprócz chirurgii obecnie w leczeniu nowotworów szyi stosowana jest także łącznie radiochemioterapia i radioterapia (Betlejewski, 2009, s. 39–40). Radiochemioterapia radykalna jest stosowana u chorych na nowotwory płaskonabłonkowe regionu głowy i szyi w zaawansowanym miejscowo procesie choroby pod warunkiem braku przeciwwskazań do stosowania chemioterapii i radioterapii. Na ogół stosowanym w skojarzeniu z radioterapią jest cisplatyna, dawką zwykle stosowaną jest 100 mg cisplatyny/m² powierzchni ciała podawane w dniach 1., 22. i 43. radioterapii od dawki sięgającej 70,0 Gy w standardowym funkcjonowaniu (2,0 Gy) w ciągu 7 tygodni leczenia (Fijuth, 2017). Rzadziej stosowaną metodą leczenia w nowotworach krtani jest samodzielna chemioterapia. Przyczyną tego jest zauważalna umiarkowana efektywność degradacji komórek nowotworowych poprzez stosowanie tej metody. Ponadto rak krtani często wiąże się z zaburzeniami przyjmowania pokarmów, a agresywne leczenie systemowe stosowane samodzielnie lub w skojarzeniu z napromienianiem może nasilać te problemy.

³ Hemilaryngektomia – częściowe usunięcie krtani.

Współcześnie w trakcie radykalnych operacji chirurgicznych dokonywane są również operacje rekonstrukcyjne. Głównym celem chirurgii onkologiczno-rekonstrukcyjnej jest odtworzenie struktur anatomicznych i ich funkcji przy minimalnym ryzyku wznowy nowotworu. Rozkwit chirurgii rekonstrukcyjnej nastąpił w latach 1970–1980 (Morawiec-Sztandera, 2017).

Proteza głosowa i mowa przetokowa – wyjaśnienie pojęcia oraz charakterystyka porównawcza

Proteza głosowa to metoda chirurgiczna rehabilitacji głosu polegająca na wytworzeniu małej przetoki pomiędzy światłem tchawicy na wysokości tracheostomy a światłem przełyku. Aby zabezpieczyć drogi oddechowe przed zalaniem treścią pokarmową lub cofającą się treścią żołądkową, implantuje się do przetoki protezę głosową. Chirurgiczne wytworzenie przetoki tchawiczoprzełykowej i implantacja protezy głosowej stwarzają szansę na powrót głosu i możliwości komunikowania się zaraz po wygojeniu rany po zabiegu, jeszcze przed powrotem pacjenta do domu (Dąbrowski, 2015).

W 1874 r. Carl Gussenbauer opracował pierwsze protezy głosowe dla pacjentów po laryngektomii. Efekty ich stosowania były jednak niezadowolające. Dopiero w 1972 r. Erwin Mozolewski, Polak, opracował pierwsze protezy głosowe w formie drenów, które dawały możliwość uzyskania głosu zastępczego. Kilka lat później, w 1980 r., swoje doświadczenia ze zmodyfikowanymi protezami głosowymi opisali Singer i Blom. Obecnie zabiegi implantacji protez głosowych są wykonywane w większości ośrodków klinicznych na świecie, również w Polsce (Zimmer-Nowicka, 2017).

Proteza głosowa to zawór, wentyl, którego zadaniem jest z jednej strony doprowadzenie podczas wydechu powietrza z tchawicy do przełyku, gardła i jamy ustnej, a z drugiej strony – blokowanie pokarmów i płynów od światła przełyku, aby uniemożliwić zachłystywanie się. Sama proteza nie wytwarza dźwięków, nie wprowadza w drgania cząsteczek powietrza, ale umożliwia transfer powietrza z tchawicy do górnych dróg oddechowych, aby tam wprowadzić je w wibracje, umożliwić powstanie i modulację głosu. Wykorzystywane w ten sposób powietrze wydechowe z płuc pozwala na uzyskanie znacznie dłuższego czasu fonacji i znacznie szybszego tempa mowy. Tworzone dźwięki są głośne, utrzymywane jest naturalny, zgodny z oddychaniem tor mówienia. Największą wadą dla chorego jest konieczność zamykania palcem otworu tracheostomijnego. Po zamknięciu tracheostomy powietrze wydechowe kieruje się do protezy głosowej, gdzie jego napór i ciśnienie powoduje otwarcie się zastawki i w ten sposób dostaje się ono do przełyku i gardła. Proteza jest tworzywem sztucznym, zbudowanym z plastiku lub silikonu, wymaga w ciągu dnia kilkukrotnego oczyszczania, stosowania środków przeciwgrzybiczych oraz okresowej wymiany (Dąbrowski, 2015).

Najbardziej rozpowszechnionym rodzajem protez głosowych w Polsce oraz innych krajach Europy są protezy Provox (Atos Medical, Szwecja) (Zimmer-Nowicka, Morawiec-Bajda, 2007).

Stosowanie protezy głosowej daje możliwość powstania tzw. mowy przetokowej. Mowa przetokowa jest to mowa zastępcza stosowana przez osoby po utracie krtani, stanowi element protetycznej (nienaturalnej) strategii postępowania logopedycznego⁴.

Według prowadzonych badań okazuje się, że mowa przetokowa jest skuteczniejsza od mowy przelykowej. Przez ową skuteczność rozumie się dłuższy czas fonacji, donośniejszy głos oraz szybsze tempo uczenia się mówienia. Wnioski te zostały potwierdzone przez Markowskiego i in. (2014), którzy prowadzili badania nad oceną skuteczności rehabilitacji głosu po zabiegu implantacji protez głosowych typu Provox 2 u 26 pacjentów po laryngektomii całkowitej. Wyniki porównano z osobami mówiącymi mową przelykową. Jakość głosu oceniono w obu grupach za pomocą kwestionariusza współczynnika niepełnosprawności głosowej (VHI, Voice Handicap Index). Korzystniejsze wyniki otrzymały osoby z protezami.

Według większości autorów głos przetokowy jest znacznie bardziej wydolny socjalnie niż głos przelykowy czy gardłowy (Ratajczak, Wojdas, Jurkiewicz, 2008). Jednakże zastosowanie protezy głosowej wiąże się z pewnymi konsekwencjami. Z badań prowadzonych w Oddziale Otolaryngologicznym Szpitala Powiatowego w Skarżysku-Kamiennej w latach 2012–2017, którym poddano 33 pacjentów z protezą głosową Provox 2 i Provox Vega wynika, że w analizowanym okresie zastąpiono 127 protez głosowych u 33 pacjentów. Najczęstszym powodem zastąpienia protezy głosowej był przeciek przez kanał protezy głosowej, wypadnięcie protezy głosu. O wiele bardziej poważnym powikłaniem było występowanie wycieków wokół protezy głosowej. Odnotowano także odstawanie i przekręcanie się protezy w tchawicy (Kamiński, 2017).

Podobnie Prashant i in. (2008) wskazują, że główną wadą protez głosowych jest wystąpienie aspiracji przez przetokę do tchawicy i zwężenie oraz zamknięcie przetoki. Poza tym wśród czynników niekorzystnych wymienia się: potrzebę ręcznego przykrycia stomii podczas wypowiedzania (choć obecnie są protezy niewymagające przykrycia stomii, w Polsce nie są jednak refundowane); konieczną odpowiednią rezerwę płucną; dodatkową operację konieczną w przypadku wtórnych nakłuć; możliwe naruszenie tylnej ściany przelyku; przejście cewnika przez fałszywe przejście i perforacja przelyku.

Zwraca się także uwagę na liczne zalety protez głosowych, a mianowicie:

1. Możliwe jest stosowanie radioterapii.
2. Umożliwia karmienie w bezpośrednim okresie pooperacyjnym.

⁴ Drugim często stosowanym sposobem komunikowania się jest mowa przelykowa, która stanowi element naturalnej strategii postępowania logopedycznego. Powstaje ona dzięki zebraniu i przekierowaniu powietrza z przelyku do jamy ustnej.

3. Można ją łatwo usunąć, jeśli jest niepożądana przez pacjenta.
4. Mowa pojawia się od razu po zastosowaniu.
5. Wysoki wskaźnik sukcesu w rehabilitacji głosowej protez.
6. Doskonała jakość głosu w niemal 88%.
7. Głos jest bardziej zrozumiały i stanowi bardziej naturalny dźwięk, poza tym trwa dłużej przy dużej intensywności (Prashant i in., 2008).

Standard postępowania logopedycznego po implantacji zastawki tchawiczo-przelykowej

Standard postępowania logopedycznego to swoiste procedury terapeutyczne, których stosowanie ma na celu przybliżenie sukcesu terapii oraz ograniczenie niepożądanych zjawisk. To wytyczne, którymi powinni się kierować logopedzi podczas prowadzenia terapii logopedycznej. Pacjenci po laryngektomii całkowitej oczekują pomocy w zakresie opanowania mowy zastępczej. Jednocześnie w przypadku posiadania protezy głosowej bywa, że osoby laryngektomowane czują się niedoinformowane lub niewystarczająco wyedukowane w zakresie pielęgnacji protezy i rurki tracheostomijnej. Proteza głosowa, traktowana jako ciało obce w ciele, wywołuje różne emocje – np. lęk przed uszkodzeniem, przed dotknięciem. Dlatego też istotne jest, by na początku wizyty logopedycznej przeprowadzić rozmowę z osobą laryngektomowaną mającą na celu odpowiednie jej ukierunkowanie i udzielenie wsparcia psychicznego.

Ważne jest, by osoba przychodząca do gabinetu logopedycznego czyniła to z własnej inicjatywy, a nie pod presją rodziny. Gotowość psychiczna do rozpoczęcia komunikowania się nowym głosem oraz inną mową jest niebywale zasadnicza. Istotne jest poznanie stanu ogólnego pacjenta – psychicznego i somatycznego, co będzie wyznaczało tempo rehabilitacji⁵.

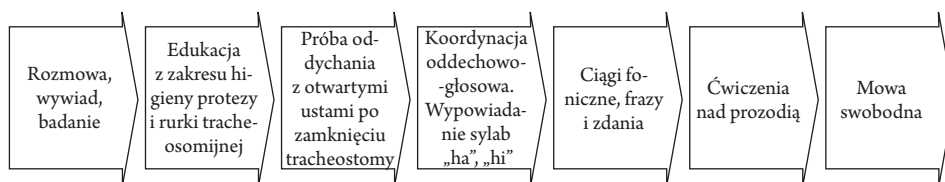
Warunkami uzyskania dobrego głosu protezowego są (Zimmer-Nowicka, 2017):

1. Szczelne zamknięcie tracheostomy palcem, balonikiem lub odpowiednim urządzeniem z zastawką.
2. Wyprostowana, ale zrelaksowana postawa ciała z pochyleniem lekkim głowy do przodu w celu właściwego podparcia oddechowego.
3. Spokojny oddech z rozszerzeniem klatki piersiowej w jej dolnej części z udziałem brzuszego toru oddechowego.

⁵ O ile to możliwe, wskazane jest, by jeszcze w okresie przedoperacyjnym osoba skierowana do resekcji krtani miała sposobność poznania i porozmawiania z osobą po laryngektomii całkowitej, która mówi za pomocą protezy głosowej. Takie doświadczenia znacznie ułatwiają proces terapeutyczny.

4. Wypracowanie koordynacji oddechowo-fonacyjnej, aby głos powstawał w czasie wydechu, ponieważ wówczas można uniknąć wydechowego szmeru tracheostomijnego (Zimmer-Nowicka, 2017).

Terapię logopedyczną po całkowitym usunięciu krtani i implantacji pierwotnej protezy można rozpocząć nawet po 2 tygodniach od operacji. Początek terapii należy odroczyć w przypadku, gdy proces gojenia się rany pooperacyjnej jest przedłużony. Kolejność poszczególnych czynności, które osoba początkująca musi zapamiętać, to: wdech, zamknięcie tracheostomy, fonacja, zwolnienie palca z tracheostomy i ponowny wdech. Pierwszym etapem rehabilitacji jest sprawdzenie drożności protezy i ewentualne jej oczyszczenie. Bywa, że pacjenta należy nauczyć czynności pielęgnacyjnych lub też wyjaśnić wartość odpowiedniej higieny z perspektywy terapii logopedycznej. Drugi etap stanowi próba oddychania z otwartymi ustami po zamknięciu tracheostomy. Z kolei trzeci etap polega na wypowiedaniu sylab „ha”, „hi”. Wykorzystanie głóski [x] wydaje się ułatwiać powstanie mowy przetokowej z uwagi na jej cechę, jaką jest modalność: położenie tylnojęzykowe. Jeśli osobie laryngektomowanej nie udaje się łatwo wydobyć spokojnego głosu, wskazany jest krzyk, który wytwarza silniejszy podmuch powietrza i ułatwia wydobywanie głosu. Należy poinstruować pacjenta, aby w pierwszej kolejności wykonał wdech, a następnie zamknął tracheostomę palcem. Do tej czynności służą filtry wchodzące w skład zestawu pielęgnacyjnego. Pacjent powinien unikać wkładania palca bezpośrednio do stomy głównie z przyczyn higienicznych. Po uzyskaniu pierwszych dźwięków należy zachęcić pacjenta do wydłużania wypowiedzi poprzez stosowanie: ciągów fonicznych, liczenia do dziesięciu lub wymieniania dni tygodnia lub nazw miesięcy. W miarę treningu powinien on wypowiadać coraz dłuższe frazy i zdania. Najlepszym sposobem sprawdzania efektywności terapii logopedycznej jest liczenie, ile słów udaje się wypowiedzieć przy jednorazowym nabraniu powietrza. Intensywność głosu poprawia się zazwyczaj stopniowo, w miarę trwania treningu. Przedostatnia faza terapii obejmuje pracę nad prozodią. Warto ćwiczyć modulację, akcent, tempo mówienia⁶. Sukcesem terapii będzie wykształcenie u pacjenta mowy przetokowej wykorzystywanej w każdej sytuacji życiowej (rysunek 1) (por. Zimmer-Nowicka, 2017).



Rysunek 1. Strategia postępowania logopedycznego po implantacji zastawki tchawiczo-przelykowej

Źródło: Zimmer-Nowicka, 2017, s. 250–252.

⁶ Można wykorzystywać wiersze, sztuki teatralne, dowcipy z podziałem na role.

W ocenie mowy przetokowej powinno się brać pod uwagę następujące elementy:

1. Zdolność do posługiwania się mową tchawiczo-przelykową.
2. Jakość wytwarzanego głosu, czyli łatwość jego emisji i zrozumiałość.
3. Samodzielną pielęgnację protezy i przetoki (zdolność pacjenta do samodzielnej codziennej opieki nad protezą i przetoką).

Wyżej wymienione składowe stanowią skalę oceny skuteczności rehabilitacji głosu po zabiegu implantacji protezy tchawiczo-przelykowej Harrison-Robilliar-Schultz (tabela 1) (Markowski i in., 2014).

Tabela 1. Skala oceny skuteczności rehabilitacji głosu po zabiegu implantacji protezy tchawiczo-przelykowej Harrison-Robilliar-Schultz

Zdolność do posługiwania się mową tchawiczo-przelykową
1. Nigdy nie posługuje się mową tchawiczo-przelykową (0%)
2. Używa mowy tchawiczo-przelykowej przez poniżej 50% czasu
3. Używa mowy tchawiczo-przelykowej przez 50–80% czasu
4. Używa mowy tchawiczo-przelykowej, zamykając ręcznie tracheostomy, jako głównego sposobu komunikacji werbalnej
Jakość wytwarzanego głosu (łatwość jego emisji oraz zrozumiałość)
1. Nie potrafi użyć powietrza wydychanego z płuc do fonacji
2. Głos jest zbyt świszczący i przez to niezrozumiały
3. Nie potrafi szczelnie przesłonić tracheostomy, co utrudnia zrozumienie emitowanego głosu
4. Głos jest dość wyraźny, chociaż świszczący
5. Głos jest wytwarzany bez trudności, stoma jest szczelnie przysłonięta, a mowa jest zrozumiała
Samodzielną pielęgnacją protezy i przetoki; zdolność pacjenta do samodzielnej codziennej opieki nad protezą i przetoką dotyczy 4 zakresów czynności:
1) czyszczenia i dezynfekcji protezy
2) rozpoznawania trudności i zdolności rozwiązywania problemów
3) zamawiania materiałów zużywalnych potrzebnych do pielęgnacji protezy i przetoki
1. Nie jest w stanie wykonać żadnej z 3 powyższych czynności
2. Wykonuje 1 z 3 powyższych czynności
3. Wykonuje 2 z 3 powyższych czynności

Źródło: Markowski i in., 2014, s. 165.

Celem terapii logopedycznej u osób po laryngektomii całkowitej z zastawką tchawiczo-przelykową jest wykształcenie mowy przetokowej. Metoda chirurgicznej rehabilitacji głosu i mowy z wykorzystaniem protezy głosowej jest skuteczna, pozwala osobom laryngektomowanym na sprawną komunikację werbalną z otoczeniem (Okła, 2007, s. 98).

Podsumowanie

Proteza głosowa umożliwia werbalne komunikowanie się z rodziną i bliskimi w krótkim czasie po laryngektomii całkowitej. Mowa przetokowa jest zrozumiała, donośna i dobrze odbierana przez najbliższych (przypomina chrypę). Bywa, że potrzeba wymiany protezy lub trudności wynikające z jej używania stają uciążliwe. Wówczas warto rozważać uczenie mowy przelykowej przy jednoczesnym posiadaniu protezy głosowej. Najistotniejsze jest, aby pacjent mógł sam dokonywać wyboru, który sposób komunikowania się jest dla niego najlepszy. Ponadto warto, by logopedzi posiadali wiedzę i doświadczenie w zakresie standardów postępowania logopedycznego w przypadku osób po laryngektomii całkowitej. Dlatego też istotne jest, by stosowane praktycznie standardy pomocy logopedycznej były spójne ze standardami kształcenia logopedów.

Bibliografia

- Betlejewski S. (2009), *Metody leczenia raka krtani, czynniki wpływające na wybór postępowania leczniczego*, [w:] *Pacjent po operacji krtani*, red. A. Sinkiewicz, Bydgoskie Stowarzyszenie Laryngektomowanych, Bydgoszcz, s. 35–51.
- Dąbrowski P. (2015), *Proteza głosowa. Metoda rehabilitacji głosu po laryngektomii całkowitej*, „Forum Logopedy”, nr 10, s. 21–41.
- Fijuth J. (2017), *Nowoczesne podejście do radioterapii nowotworów głowy i szyi*, [w:] *Laryngologia onkologiczna. Diagnostyka, leczenie i rehabilitacja*, red. A. Morawiec-Sztandera, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, s. 220–228.
- Grabias S. (1997), *Mowa i jej zaburzenia*, „Audiofonologia”, X, s. 9–37.
- Hamerlińska A. (2018), *Onkologopedia w systemie kształcenia logopedów*, „Logopaedica Lodziensia”, nr 2, s. 47–61.
- Kaczmarczyk D. (2017), *Operacje chirurgiczne nowotworów krtani*, [w:] *Laryngologia onkologiczna. Diagnostyka, leczenie i rehabilitacja*, red. A. Morawiec-Sztandera, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, s. 126–145.
- Kamiński B. (2017), *Surgical voice rehabilitation performed by means of voice prosthesis post laryngectomy*, „European Journal of Clinical and Experimental Medicine”, vol. 15 (4), s. 338–341.
- Markowski J., Piotrowska-Seweryn A., Witkowska M., Wardas P., Paluch J., Likus W. (2014), *Ocena skuteczności rehabilitacji głosu po zabiegu implantacji protez głosowych typu Provox 2 u pacjentów laryngektomowanych*, „Otorynolaryngologia”, t. 13 (3), s. 163–168.

- Morawiec-Sztandera A. (2017), *Operacje rekonstrukcyjne w nowotworach głowy i szyi w zarysie*, [w:] *Laryngologia onkologiczna. Diagnostyka, leczenie i rehabilitacja*, red. A. Morawiec-Sztandera, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, s. 202–220.
- Okła S. (2007), *Chirurgiczna rehabilitacja głosu po całkowitej laryngektomii*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
- Osuch-Wójcikiewicz E. (2002), *Historia rozwoju diagnostyki i leczenia raka krtani i gardła dolnego*, [w:] *Rak krtani i gardła dolnego*, red. G. Janczewski, E. Osuch-Wójcikiewicz, Alfa Medica Press, Bielsko-Biała, s. 9–14.
- Prashant V. P., Suhail I. S., Rehan K., Mohan V. J. (2008), *Current status and future prospects in prosthetic voice rehabilitation following laryngectomy*, „Journal of Cancer Research and Therapeutics”, vol. 4 (4), s. 186–191.
- Ratajczak J., Wojdas A., Jurkiewicz D. (2008), *Wyniki rehabilitacji głosu i mowy po wszczepieniu wentylowych protez głosowych u chorych po całkowitym usunięciu krtani*, „Otolaryngologia Polska”, t. 62 (6), s. 727–730.
- Towpik E., Jeziorski A. (2009), *Historia chirurgicznego leczenia chorych na nowotwory*, [w:] *Chirurgia onkologiczna*, t. 1, red. A. Jeziorski, A. W. Szawłowski, E. Towpik, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, s. 3–21.
- Zatoński W., Zatoński T. (2002), *Epidemiologia nowotworów złośliwych krtani*, [w:] *Rak krtani i gardła dolnego*, red. G. Janczewski, E. Osuch-Wójcikiewicz, Alfa Medica Press, Bielsko-Biała, s. 15–29.
- Zimmer-Nowicka J. (2017), *Rehabilitacja głosu u chorych po laryngektomii*, [w:] *Laryngologia onkologiczna. Diagnostyka, leczenie i rehabilitacja*, red. A. Morawiec-Sztandera, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, s. 248–259.
- Zimmer-Nowicka J., Morawiec-Bajda A. (2007), *Nowoczesne metody rehabilitacji i oceny głosu u chorych po całkowitym usunięciu krtani*, „Postępy Rehabilitacji”, t. 21, s. 96–97.

Summary

The text describes the treatment methods used in people with advanced larynx cancer. In the article has been described a voice prosthesis implanted after surgical removal of the larynx. The resulting speech is a tracheoesophageal fistula with insertion of vocal prosthesis. Tracheoesophageal fistula and esophageal speech were compared by analyzing the literature. The purpose of the text is to present the standard of speech therapy in patients after total laryngectomy, in whom the tracheoesophageal vocal prosthesis was implanted.

Magdalena Kokot*

ZABURZENIA WIDZENIA U OSÓB PO UDARZE MÓZGU A MOŻLIWOŚCI ADAPTACJI MATERIAŁÓW DRUKOWANYCH DLA OSÓB Z AFAZJĄ

VISUAL DISTURBANCES IN PEOPLE AFTER STROKE
AND THE POSSIBILITY OF ADAPTATION OF PRINTED
MATERIALS FOR PEOPLE WITH APHASIA

Słowa kluczowe: udar mózgu, zaburzenia widzenia, rehabilitacja, terapia afazji, osoba słabowidząca.

Keywords: stroke, vision deficits, rehabilitation, aphasia therapy, visual impairment.

Wprowadzenie

Problem efektywności działań terapeutycznych i neurologopedycznych to zagadnienie, które interesuje nie tylko badaczy, lecz przede wszystkim osoby po udarze mózgu, z afazją oraz ich rodziny. Niestety, część badań wskazuje, że brak jest korelacji pomiędzy liczbą lat terapii logopedycznej a poprawą funkcji językowych pacjenta (Siudak, 2015; Vallila-Rohter, Kiran, 2015; Jodzio, 2003; 2005). Seniów i Litwin (2013) wskazują wręcz, że ani wiek, płeć, ani nawet typ afazji nie stanowią czynników predykcyjnych, co do tempa zdrowienia.

Przyczynę niepowodzeń w rehabilitacji osób po udarze stanowią znacznie nasilone deficyty widzenia i percepcji wzrokowej obecne w tej grupie (Smith i in., 2018). Pojawia się więc uzasadnione pytanie, w jaki sposób terapeuta, neurologopeda, neuropsycholog mogą wspomóc osobę z afazją w odbudowie funkcji językowych i poznawczych. Pod warunkiem, że pacjent posiada określone deficyty widzenia.

* Uniwersytet Gdański, Wydział Filologiczny, Instytut Logopedii, 80-312 Gdańsk, ul. Wita Stwosza 51, e-mail: logmkot@gmail.com

Afazja jako przyczyna niepełnosprawności

Udar mózgu, a w jego następstwie afazja, stanowi jedną z najczęstszych przyczyn niepełnosprawności wśród osób po 60 roku życia (Grabowska-Fudala, Jaracz, Górna, 2010). Jak podaje Maria Pąchalska (2008, s. 156): „Afazja to nabyta, w miarę trwała dezintegracja procesów językowych, fonologicznych, semantycznych i/lub syntaktycznych, wywołana destabilizacją systemów mózgowych, spowodowaną różnorodnymi uszkodzeniami mózgu”. W zaprezentowanym cytacie na szczególną uwagę zasługuje określenie „w miarę trwała dezintegracja”, które wskazuje, że z konsekwencjami wynikającymi z udaru mózgu, w tym z afazją, osoba nią dotknięta będzie borykała się przez dłuższy czas. Jak pokazują zaś doświadczenia terapeutyczne (Olejniczak-Pachulska, Urbańska, 2017), część chorych z afazją już na zawsze pozostaje dotkniętych obniżoną sprawnością fizyczną i trudnościami w komunikowaniu się. Rozpad i dezintegracja funkcji językowych, poznawczych i komunikacyjnych u osób po udarze prowadzi do: „dysfunkcji w zakresie komunikacji z innymi ludźmi, co z kolei prowadzi do powstania stanu niepełnosprawności spowodowanego izolacją społeczną, utratą ról społecznych itp.” (Pąchalska, 2008, s. 156).

Warto nadmienić, że afazja spowodowana jest udarami mózgu aż w 58–75% (Panasiuk, 2015) i występuje w następstwie 21–38% wszystkich udarów mózgu (Ryglewicz, Milewska, 2004). Zapadalność na udar mózgu w Polsce wynosi natomiast 110–200 osób na 100 tysięcy (Grabowska-Fudala, Jaracz, Górna, 2010 s. 439–442).

Deficyty widzenia przed i po udarze mózgu

Podczas rehabilitacji pacjenta po udarze mózgu od strony neurologopedycznej, neuropsychologicznej czy nawet fizjoterapeutycznej aż 90% oddziaływań diagnostycznych i terapeutycznych skupiona jest na wykorzystaniu wzroku przez chorego (Białkowska, Kaniak, Jary, Niewiadomska, 2007, s. 59–64; Colvard, Charles, 2010, s. 20–23).

Począwszy od diagnozy osoby z afazją, terapeuta oczekuje, iż badana osoba wskaże, odpowie, nazwie, odczyta, napisze czy narysuje. Wszystkie wymienione zadania wykonywane są z wykorzystywaniem analizatora wzrokowego. Niestety, pacjent po udarze może nie być w stanie optymalnie wykonać określonego zadania z powodu obiektywnych trudności wynikających z deficytów widzenia i to zarówno tych powstałych na skutek udaru, jak i tych, które posiadał jeszcze przed udarem.

Dane epidemiologiczne są zatrważające. Jak podaje Partyka i Wysocki (2015, s. 905), 80% dorosłych Polaków cierpi na różnego rodzaju wady refrakcji, czyli zaburzenia ostrości wzroku poddające się w większości korekcji okularowej.

Podają oni ponadto, że do najczęstszych chorób oczu należą: zaćma, jaskra, AMD i retinopatia cukrzycowa.

W grupie schorzeń narządu wzroku występujących u dorosłych Polaków pierwsze miejsce zajmuje zaćma (zmętnienie soczewki), na które choruje około 800 tys. osób (Partyka, Wysocki, 2015, s. 905). Kolejną z chorób oczu o wysokiej zapadalności jest jaskra (neuropatia jaskrowa, z charakterystycznymi ubytkami w polu widzenia), na którą również cierpi około 800 tys. Polaków (Grabska-Liberek i in., 2017, s. 4). Innym schorzeniem, które należy wymienić, jest AMD (zwyrodnienie plamki żółtej związane z wiekiem) występujące u osób po 45 roku życia, na które choruje 1,5 mln osób (Partyka, Wysocki, 2015, s. 905).

Omawianą grupę najczęściej występujących schorzeń oczu zamyka retinopatia cukrzycowa (neuropatia siatkówki spowodowana cukrzycą), na którą według danych NFZ z 2018 r. choruje ponad 1/3 spośród 2,9 mln osób chorujących na cukrzycę (NFZ, 2019, s. 12, 53).

Jak wskazują badania anglojęzyczne, dotyczące deficytów widzenia u osób po udarze, przedstawione powyżej schorzenia wzroku współtowarzyszą deficytom widzenia powstałym na skutek udaru (Jones, Shinton, 2006; Rowe i in., 2009; 2013; Lamirel, Newman, Biousse, 2011; Smith i in., 2018).

Na omówione już schorzenia wzroku występujące jeszcze przed udarem mózgu nałożyć się mogą kolejne utrudnienia w percepcji wzrokowej. Sam bowiem udar w swym przebiegu może uszkadzać nie tylko takie funkcje, jak ruch, czucie, funkcje poznawcze czy komunikacyjne, lecz także wzrok. Do uszkodzenia wzroku dochodzi, gdy udar objął swym zasięgiem m.in.: tętnicę szyjną, tętnicę skroniową, przedni oraz tylny krąg unaczynienia mózgu, tętnicę tylną mózgu, układ kręgowo-podstawny oraz układ żylny mózgu (Lamirel, Newman, Biousse, 2011, s. 121–132). Nietrudno zauważyć, że obszary mózgu odpowiedzialne za funkcje językowe także zaopatrywane są przez część z wymienionych naczyń i układów (Jodzio, 2005; Bitniok, 2007; Nolte, 2011).

Rodzaje deficytów widzenia po udarze mózgu

Polska literatura przedmiotu, dotycząca zagadnienia deficytów widzenia pojawiających się u pacjentów po przebytych udarze mózgu, jest bardzo uboga. W niektórych artykułach pojawiają się jedynie nieliczne wzmianki na ten temat (Czaińska, Dubas, Sobierajewicz, 2015, s. 36–39; Poleszak, Pogorzała, Poleszak, 2016, s. 176). Zjawisko to jest jednak powszechne i jak pokazują anglojęzyczne artykuły naukowe – cieszy się też dużym zainteresowaniem badaczy w związku z dążeniami do zwiększenia efektywności rehabilitacji neurologicznej chorych po udarze.

Zaburzenia percepcji wzrokowej u chorych po udarze mózgu według różnych autorów dotykają od 66% (Smith i in., 2018, s. 1), 70% (Benshir, 2016,

s. 128), 85% (Rowe i in., 2013, s. 150) aż do 92% (Rowe i in., 2009) pacjentów, z czego część z nich miała nawet trzy i więcej różnego rodzaju zaburzeń widzenia (Rowe i in., 2009; 2013; Benshir, 2016; Smith i in., 2018).

Rowe i in. (2009, s. 188, 190) przebadali 323 chorych po udarze, rozpoznając w tej grupie takie zaburzenia widzenia, jak: niedowidzenie, niedomagania ruchów gałek ocznych, deficyty pola widzenia i trudności percepcyjne. W opisywanej grupie 54% badanych posiadało więcej niż dwa spośród wymienionych zaburzeń widzenia, a przeszło 1/3 badanych posiadała schorzenia narządu wzroku przed udarem.

Spośród prezentowanych tu badań na szczególną uwagę, z powodu liczby badanych – 915 osób, zasługują wyniki przedstawione przez Rowe i in. (2013). Zauważyli oni, że 85% badanych ma różnorakie deficyty w obrębie percepcji wzrokowej. Uczestnicy badania zgłaszali takie objawy, jak: podwójne widzenie, niewyraźne widzenie, trudności w czytaniu, utratę pola widzenia, trudności w postrzeganiu i oscylopsję, oczopląs (Rowe i in., 2013, s. 150).

Benshir (2016, s. 130–131) przebadał 200 pacjentów po udarze, z których jedynie 8 osób nie miało zaburzeń widzenia. W omawianej próbie zaobserwowano, że większość chorych po udarze miała więcej niż jeden z deficytów widzenia. Wyróżniono tutaj takie trudności w obrębie funkcjonowania narządu wzroku, jak: obniżenie ostrości wzroku, zaburzenia pola widzenia, zaburzenia pracy mięśni okoruchowych, zez, a także zaburzenia: percepcji barw, gnozji, wrażliwości na światło, poczucia głębi.

Natomiast Smith i in. (2018) zbadali 65 osób, które zgłaszały zaburzenia ostrości widzenia, zaburzenia ruchu gałek ocznych, zaburzenia percepcji pola widzenia, opadanie powieki, zaburzenia w percepcji barw, wrażliwości na światło oraz gnozji wzrokowej.

Na tak wysoki wskaźnik poziomu deficytów widzenia składają się, jak zaprezentowano już powyżej, oprócz samych zaburzeń widzenia, także osłabienie ostrości widzenia (Rowe i in., 2009; 2013; Benshir, 2016; Smith i in., 2018). Znaczna część pacjentów cierpi też z powodu zaburzeń w pracy gałek ocznych – 70% (Benshir, 2016, s. 130–131). W opracowaniu pokonferencyjnym, przygotowanym przez Edbom-Kolarz i Marcinkowskiego (2011, s. 1), autorzy informują, że u 30% wszystkich osób po udarze obserwowane są ubytki w polu widzenia. Jak podają natomiast Rowe i in. (2013, s. 150), co najmniej 14% badanych nie zgłasza zaburzeń widzenia.

Wśród licznych trudności w percepcji wzrokowej występują: niedowidzenie połowicze, zaburzenia wrażliwości na światło (światłowstręt), oczopląs, dwojenie, zez. Deficyty te mogą występować w jednym lub w obojgu oczach. Ponadto autorzy zauważają, że do grupy dysfunkcji widzenia należą także zaburzenia wyższych funkcji percepcji wzrokowej, np. agnozje wzrokowe, które w równym stopniu utrudniają funkcjonowanie i rehabilitację chorego po udarze (Jones, Shinton, 2006; Rowe i in., 2009; Lamirel, Newman, Biousse, 2011; Hanna, Rowe, 2017; Smith i in., 2018).

Warto podkreślić, iż prezentowane dane dotyczą pacjentów po przebytych pierwszym udarze mózgu, którzy byli w stanie nawiązać kontakt z badaczem w celu prze-

prowadzenia oceny widzenia. Diagnoza była stawiana na podstawie badań przeprowadzonych przez optometrystę, okulistę i rehabilitanta wzroku. Natomiast większość danych była zbierana na licznych grupach badanych, tj. powyżej 500 osób.

Na uwagę zasługują ponadto dane, z których wynika, że co najmniej 15% pacjentów znajdujących się w szpitalach na oddziałach udarowych, neurologicznych, rehabilitacji neurologicznej w ogóle nie zabiera ze sobą okularów z obawy o ich uszkodzenie lub utratę (Jones, Shinton, 2006, s. 561). Aż 75% chorych przebywających na oddziałach rehabilitacji neurologicznej posiadało okulary niewłaściwie dobrane lub niewystarczające do ich aktualnych potrzeb wzrokowych (Smith i in., 2018, s. 2).

Dostępność materiału drukowanego dla chorego po udarze mózgu

Mając na uwadze przedstawione powyżej deficyty widzenia, nasuwa się refleksja, iż część tych trudności, np. obniżoną ostrość widzenia, można w łatwy sposób kompensować poprzez prezentowanie materiału wizualnego/drukowanego powiększoną, bardziej wyrazistą czcionką i z zastosowaniem pogrubionego konturu w materiałach graficznych.

W literaturze tyflopedagogicznej, która zajmuje się m.in. kwestiami szeroko rozumianej dostępności materiałów drukowanych dostosowanych do potrzeb podopiecznych z różnorodnymi dysfunkcjami widzenia, autorzy wymieniają kilka prostych sposobów dokonania adaptacji materiałów diagnostycznych czy terapeutycznych i nie tylko. Należą do nich: użycie czcionki bezszeryfowej (np. Arial/Verdana) w rozmiarze nie mniejszym niż 16 punktów; wyrównanie tekstu wyłącznie do lewej strony; zastosowanie wysokiego kontrastu i dobrego nasycenia barw – dbanie o jakość wydruku i kserokopii; unikanie kursywy i pogrubienia tekstu oraz wykorzystanie pogrubionych konturów rysunków z ograniczoną liczbą elementów (Utnik i in., 1996; Sheedy i in., 2005; Kończyk, 2008; Piskorska, Krzeszowski, Marek, 2008).

Jak pokazały prezentowane poniżej wyniki badań własnych, zastosowanie omówionych adaptacji korzystnie wpłynęło na efektywność prowadzonych działań terapeutycznych z chorymi po udarze mózgu z afazją.

Badania własne – cel i opis badania

Celem badania było sprawdzenie, czy chorzy z afazją popełniają mniej błędów podczas czytania tekstu, jeżeli jest on przygotowany z zastosowaniem takich adaptacji, jak dla osób słabowidzących. W badaniu wzięło udział 50 osób, tj. 26 kobiet i 24 mężczyzn, a średnia wieku badanych wyniosła 66 lat. Średni czas uczestniczenia w terapii logopedycznej wynosił 3 lata i 6 miesięcy.

W badaniu zastosowano dwa teksty, na podobnym poziomie trudności, których treść dotyczyła życia codziennego. Jeden z tekstów był utworzony z adaptacją, drugi bez niej. Tekst A (z adaptacją) był zapisany czcionką Arial, w rozmiarze 36 punktów, wyrównany do lewej strony, drukowany jednostronnie, w orientacji poziomej z dbałością o wysoki kontrast i dobre nasycenie koloru druku. Tekst B (bez adaptacji) wydrukowany był czcionką Times New Roman, w rozmiarze 12 punktów, z zastosowaniem justowania do obu marginesów. Druk dwustronny, w odcieniach szarości, z pionową orientacją tekstu.

Dodatkowo badani odpowiadali na pytania dotyczące posiadanej choroby oczu. Ustalano, czy po udarze badani korzystali z konsultacji u okulisty i optometrysty celem sprawdzenia stanu wzroku, a co za tym idzie, dobrania odpowiednich okularów.

Badania własne – przebieg i wyniki badania

Badanie polegało na dwukrotnym odczytaniu tekstu A, a po upływie miesiąca odczytaniu tekstu B także dwukrotnie. Znacząca przerwa pomiędzy obiema próbami była spowodowana możliwościami organizacyjnymi, m.in. ambulatoryjną formą terapii, w jakiej badani brali udział. Każda z osób badanych uczestniczyła w zajęciach z treningu językowego nie więcej niż raz w tygodniu. Innym czynnikiem wpływającym na odstęp pomiędzy obiema próbami była znaczna absencja badanych, wynikająca z panujących w owym czasie upałów. Mając jednak na uwadze, że badani brali udział w terapii średnio przez 3 lata i 6 miesięcy, uznano, że takie odroczenie nie powinno znacząco wpływać na różnice w odbiorze tekstów.

Podczas badania ocenie podlegało tempo odczytywania tekstu oraz liczba popełnianych błędów. Dodatkowo zapisywano uwagi oraz reakcje badanych na prezentowany im tekst.

Wyniki wskazują, że jedynie 8% spośród badanych było u okulisty po przebyciu udaru. Nikt zaś nie był u optometrysty. 84% badanych skarżyło się na zaprezentowanie im tekstu bez adaptacji. Natomiast 40% wszystkich badanych zgłosiło, że chorują na jedną lub więcej z czterech wymienionych chorób – AMD, jaskrę, zaćmę, retinopatię cukrzycową – z czego 30% wszystkich respondentów z trudem odczytywało czcionkę w rozmiarze 12 punktów. Badania wykazały, iż 90% osób szybciej czytało tekst z adaptacją, bowiem czytanie powiększonego tekstu sprawia, że badani popełniają mniej błędów podczas lektury. Ta ostatnia różnica była obserwowana u 76% badanych.

Podsumowanie

Mając na uwadze zaprezentowane w niniejszym artykule dane dotyczące występowania zaburzeń widzenia u osób po udarze mózgu oraz wyniki badań własnych nad zastosowaniem adaptacji w materiałach prezentowanych osobom

z afazją, nasuwa się wniosek, iż takie działania prawdopodobnie mogłyby znacząco wpłynąć na efektywność podejmowanych czynności terapeutycznych przez neurologopedów, neuropsychologów i innych specjalistów z branży rehabilitacji osób dotkniętych udarem mózgu. Innymi zagadnieniami, które są warte uwagi, to diagnostyka okulistyczna i świadomość deficytów widzenia wynikających z udaru. Wrażliwość w tych obszarach powinna być znacząco większa zarówno wśród chorych, jak i specjalistów zajmujących się rehabilitacją. Czasami bowiem wiedza i wdrożenie drobnych dostosowań może w znaczący sposób wpłynąć na jakość funkcjonowania osoby po udarze i przyspieszyć jej powrót do jak największej sprawności i samodzielności.

Bibliografia

- Adamowicz-Hummel A. (2013), *Materiały z zajęć. Rehabilitacja wzroku*, Wydawnictwo APS, Warszawa.
- Benshir M. D. (2016), *Prevalence of Vision Disorders After Stroke: A Pilot Study to Identify the Visual Needs of Stroke Patients*, „Optometry & Visual Performance”, vol. 4, issue VIII, s. 128–132.
- Białkowska J., Kaniak A., Jary E., Niewiadomska T. (2007), *Analiza czynników ryzyka i ocena przydatności skal określających stan funkcjonalny chorych po udarze mózgu*, „Rocznik Medyczny”, s. 59–64.
- Bitniok M. (2007), *Dysfunkcje mózgu a komunikacja językowa*, Akademia Techniczno-Humanistyczna, Bielsko-Biała.
- Colvard M., Charles S. (2010), *Restoring Vision After Stroke or Trauma*, „Review Ophthalmology”, III, s. 20–23.
- Czaińska M., Dubas K., Sobierajewicz J. (2015), *Terapia wzrokowa pacjentów po udarach oraz urazach mózgu*, „Optyka”, nr 6 (37), s. 36–39.
- Domańska Ł., Borkowska A. R. (2008), *Podstawy neuropsychologii klinicznej*, Wydawnictwo UMCS, Lublin.
- Edbom-Kolarz A., Marcinkowski J. T. (2011), *Materiały z sympozjum „Syn & Stroke” – „Wzrok i udar mózgu” – skandynawskie sympozjum o nowych metodach rehabilitacji narządu wzroku po udarach, 27–28.04.2011 r.*, Kopenhaga, https://www.pth.pl/konferencje_opis.php?aktualnosciPage=1&aktualnosciPageSize=10&id_menu_left=47&id_konf=30 (dostęp: 30.09.2019).
- Grabowska-Fudala B., Jaracz K., Górna K. (2010), *Zapadalność, śmiertelność i umieralność z powodu udarów mózgu – aktualne tendencje i prognozy na przyszłość*, „Przegląd Epidemiologiczny”, nr 64, s. 439–442.
- Grabska-Liberek I., Majczyk-Ionescu J., Skowyra A., Terelak-Borys B. (2017), *Program edukacyjny dla lekarzy praktyków „Kompedium okulistyki”*. Jaskra, „Okulistyka. Kwartalnik Medyczny”, nr 39 (3).
- Hanna K. L., Rowe F. J. (2017), *Clinical versus Evidence-based Rehabilitation Options for Post-stroke Visual Impairment*, „Neuro-ophthalmology”, t. 41, nr 6, s. 297–305.

- Jodzio K. (2003), *Wybrane parametry prognostyczne zaburzeń językowych w afazji*, „Studia Psychologiczne”, t. 41 (4), s. 25–42.
- Jodzio K. (2005), *Zdrowiejący mózg – nowe spojrzenie, stary problem afazjologii*, [w:] *Neuro-nalny świat umysłu*, red. K. Jodzio, Wydawnictwo Impuls, Kraków, s. 191–217.
- Jones S. A., Shinton R. A. (2006), *Improving outcome in stroke patients with visual problems*, „Age and Ageing”, 35, s. 560–565.
- Kończyk D. (red.) (2008), *Zasady adaptacji materiałów dydaktycznych do potrzeb osób słabowidzących*, Uniwersytet Warszawski, Warszawa.
- Kwolek A. (2009), *Rehabilitacja w udarze mózgu*, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów.
- Lamirel C., Newman N. J., Biousse V. (2011), *Zaburzenia neurookulistyczne o podłożu naczyniowym*, „Neurologia po Dyplomie”, nr 6 (1), s. 21–42.
- Narodowy Fundusz Zdrowia (2019), *NFZ o zdrowiu. Cukrzyca*, Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia, Departament Analiz i Strategii, Warszawa.
- Nolte J. (2011), *Mózg człowieka*, Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner, Wrocław.
- Olejniczak-Pachulska I., Urbańska K. (2017), *Moja afazja. Poradnik dla osób z afazją i ich opiekunów*, Fundacja Między Słowami, Gdynia.
- Panasiuk J. (2015), *Standardy postępowania logopedycznego w przypadku afazji*, [w:] *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego. Podręcznik akademicki*, red. J. Panasiuk, S. Grabias, T. Woźniak, Wydawnictwo UMCS, Lublin, s. 869–916.
- Partyka O., Wysocki M. J. (2015), *Epidemiologia chorób wzroku oraz infrastruktura okulistyki w Polsce*, „Zdrowie Publiczne”, nr 69, s. 905–908.
- Pąchalska M. (2008), *Patogeneza i neuropsychologiczna diagnostyka afazji*, [w:] *Podstawy neuropsychologii klinicznej*, red. Ł. Domańska, A. M. Borkowska, Wydawnictwo UMCS, Lublin, s. 155–163.
- Piskorska A., Krzeszowski T., Marek B. (2008), *Uczeń z dysfunkcją wzroku na lekcji angielskiego. Wskazówki metodyczne dla nauczycieli*, Uniwersytet Warszawski, Warszawa.
- Poleszak A., Pogorzała A. M., Poleszak P. (2016), *Wybrane zaburzenia funkcji poznawczych u osób po udarze niedokrwiennym mózgu*, [w:] *Horyzonty współczesnej fizjoterapii*, red. A. M. Borowicz, M. Osińska, Wyższa Szkoła Edukacji i Terapii im. Prof. Kazimierzy Milanowskiej, Poznań, s. 169–179.
- Poradnik pracodawcy osób niewidomych i słabo widzących* (2000), Fundacja AWARE Europe, Warszawa.
- Rowe F. (2009), *Visual Perceptual Consequences of Stroke*, „Strabismus”, nr 17, s. 24–28.
- Rowe F., Brand D., Jackson C. A. (2009), *Visual impairment following stroke: do stroke patients require vision assessment*, „Age and Ageing”, nr 38, s. 188–193.
- Rowe F., Brand D., Jackson C. A., Price A., Walker L., Harrison S., Eccleston C., Scott C., Akerman N., Dodridge C., Howard C., Shipman T., Sperring U., Macdiarmid S., Freeman C. (2013), *Symptoms of stroke-related visual impairment*, „Strabismus”, nr 21 (2), s. 150–154.
- Ryglewicz D., Milewska D. (2004), *Epidemiologia afazji u chorych z udarem mózgu*, „Udar Mózgu”, nr 6, s. 65–70.
- Seniów J., Litwin M. (2013), *Afazja poudarowa*, „Neurologia po Dyplomie”, nr 8 (2), s. 46–51.
- Sheedy J. E., Subbaram M. V., Zimmerman A. B., Hayes J. R. (2005), *Text legibility and the letter superiority effect*, „Human Factors”, t. 47 (4), s. 797–815.

- Siudak A. (2015), *Afazja w ujęciu lingwistycznym, czyli co strukturalizm, generatywizm, kognitywizm wnoszą do współczesnej afazjologii*, „Socjolingwistyka”, XXIX, s. 89–104.
- Smith T. M., Pappadis M. R., Monique R., Krishnan S., Reistetter T. A. (2018), *Stroke Survivor and Caregiver Perspectives on Post-Stroke Visual Concerns and Long-Term Consequences*, „Behavioural Neurology”, t. 2018, s. 1–6.
- Utnik L., Lisowska A., Sękowska E. (red.) (1996), *Jak pomóc dzieciom słabo widzącym?*, Wydawnictwo Poli ART Studio, Lublin, s. 13–16.
- Vallila-Rohter S., Kiran S. (2015), *An examination of strategy implementation during abstract nonlinguistic category learning in aphasia*, „Journal of Speech, Language, and Hearing Research”, t. 58, s. 1195–1209.
- Walczak G. (1998), *Stymulacja umiejętności widzenia słabo widzących dzieci w wieku 0–3 roku życia. Poradnik*, WSiP, Warszawa.

Summary

Every year, approximately 60–70,000 people suffer from stroke in Poland, a significant proportion of whom are over 60 (Kwolek, 2009). Up to 70% of these patients are affected by severe visual deficits resulting from stroke alone (Benshir, 2016). Some of the patients with stroke had been sufferde onset of sight diseases such as: AMD „age-related macular degeneration”, cataracts, glaucoma, diabetic retinopathy (Smith i in., 2018) before the stroke. In vision deficits resulting from stroke or age-related eye diseases, eyeglass correction is sometimes too little to improve vision quality, and consequently rehabilitation and life after stroke. This article aims to introduce the issue of visual impairment in people after stroke and indicate possible ways to increase the effectiveness of therapy based on own research.

Justyna Żulewska*
Karolina Pożoga**

WYPALENIE ZAWODOWE JAKO ZAGROŻENIE W PRACY LOGOPEDY NA ODDZIAŁACH NEUROLOGII I REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ

BURNOUT AS A THREAT AT THE SPEECH THERAPIST'S
WORK IN THE DEPARTMENTS OF NEUROLOGY AND
NEUROLOGICAL REHABILITATION

Słowa kluczowe: wypalenie zawodowe, Oldenburski Kwestionariusz Wypalenia Zawodowego, logopeda.

Keywords: occupational burnout, Oldenburg Burnout Inventory, Speech-Language Pathologists.

Wprowadzenie

Wypalenie zawodowe jest syndromem pojawiającym się często u osób pracujących w zawodach społecznych, związanych z pomaganiem innym. C. Maslach definiuje wypalenie zawodowe jako „syndrom emocjonalnego wyczerpania, depersonalizacji i braku satysfakcji zawodowej, które może wystąpić u osób wykonujących zawody oparte na kontaktach z innymi ludźmi” (Maslach, 1982, s. 3). H. Sęk podkreśla, że wypalenia zawodowe pojawia się u osób pracujących w zawodach, które można określić jako społeczne i usługowe zarazem, takich jak: nauczyciel, lekarz, pielęgniarka, pracownik socjalny, terapeuta. Są to zawody, w których bliski kontakt interpersonalny, pełne zaangażowanie i cechy

* Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie, Instytut Wspomagania Rozwoju Człowieka i Edukacji, Zakład Logopedii i Lingwistyki Edukacyjnej, 02-353 Warszawa, ul. Szczęśliwicka 40, e-mail: jzulewska@aps.edu.pl, ORCID: 0000-0001-5017-3418.

** Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach, Wydział Humanistyczny, Instytut Literaturoznawstwa i Językoznawstwa, 25-406 Kielce, ul. Uniwersytecka 17, e-mail: karolina.pozoga@ujk.edu.pl, ORCID: 0000-0002-5041-1962.

osobowości profesjonalisty stanowią podstawowe instrumenty czynności zawodowych, decydujące o poziomie wykonywania zawodu i sukcesów zawodowych (Sęk, 2000). Alternatywne rozumienie zjawiska wypalenia zawodowego zaproponował A. Bańka. Według autora jest ono nie tylko silnie skorelowane ze stresem związanym z sytuacją pomagania innym ludziom, lecz także z ogólnym zaniemotywowaniem, sensu życia, brakiem perspektyw na przyszłość (Bańka, 1992). Można zatem wyróżnić wypalenie zawodowe oraz wypalenie egzystencjalne, które mogą się w pracy zawodowej wzajemnie warunkować oraz wzmacniać.

C. Maslach (1993, s. 20) wyróżniła trzy wymiary wypalenia zawodowego: wyczerpanie emocjonalne, depersonalizację i poczucie obniżonej skuteczności zawodowej. Charakterystyczne dla wymiaru wyczerpania emocjonalnego są: poczucie ogólnego zmęczenia, brak naturalnej energii i zapału do działania, brak radości życia, zwiększona drażliwość oraz impulsywność. Osoba czuje się wyeksploatowana i wyczerpana, a równocześnie nie dostrzega możliwości regeneracji sił. Depersonalizacja określa specyficzny stosunek jednostki do innych ludzi, będących odbiorcami usług danej osoby, a wyraża się negatywnym, cynicznym, nadmiernym dystansowaniem się w kontaktach interpersonalnych. Relacje z innymi stają się przedmiotowe, bezosobowe, zdepersonalizowane. Poczucie obniżonej skuteczności zawodowej przejawia się spadkiem wiary we własne kompetencje oraz niską oceną skuteczności swoich działań. Może być ono wynikiem trudności w radzeniu sobie z wymaganiami, jakie stawiane są w pracy, a także ze stresem związanym z wykonywanym zawodem (Tucholska, 2001).

W latach 90. ubiegłego stulecia C. Maslach rozwinęła koncepcję wypalenia zawodowego. Autorka uznała, że nie należy ograniczać tego zjawiska wyłącznie do zawodów społecznych, ponieważ może dotyczyć przedstawicieli różnych zawodów. W związku z rozszerzeniem teorii wypalenia zawodowego C. Maslach i in. zastąpili dawne określenia wszystkich komponentów wypalenia zawodowego nowymi terminami: wyczerpanie emocjonalne zastąpiono ogólnym wyczerpaniem, depersonalizację zastąpiono określeniem cynizm, natomiast obniżone poczucie dokonań osobistych zawężono do poczucia obniżonej efektywności zawodowej (Maslach, Leiter, 2008, s. 499).

Według E. Demerouti, A. B. Bakker, F. Nachreiner, W. B. Schaufeli wypalenie zawodowe to zjawisko dwu-, nie zaś trójwymiarowe. Autorzy wyróżnili w swoim modelu dwa wymiary wypalenia zawodowego, tj. wyczerpanie oraz brak zaangażowania w pracę (Demerouti i in., 2001, s. 500). Przyjęli, że każdy zawód niesie ze sobą specyficzne czynniki ryzyka, które w przypadku niewystarczających zasobów mogą prowadzić do wypalenia zawodowego. Wyczerpanie jest skutkiem przewlekłego stresu związanego z określonymi wymaganiami pracy. Autorzy przypisują mu aspekt fizyczny, emocjonalny i poznawczy. Zamiast pojęcia depersonalizacji E. Demerouti i in. wprowadzili termin braku zaangażowania w pracę, który rozumieją jako postawę wycofującą się wobec klientów, współpracowników, braku zainteresowania treścią i kontekstem pracy, z uwzględnieniem

identyfikowania się z wykonywaną pracą oraz zamiarem pozostania w zawodzie (Demerouti i in., 2001, s. 501). Do pomiaru wypalenia zawodowego w nowym ujęciu badacze zaproponowali Oldenburski Kwestionariusz Wypalenia Zawodowego (OLBI) (Baka, Basińska, 2016).

Warto podkreślić, że wypalenie zawodowe jest procesem, narasta powoli w ciągu kilku lub kilkunastu lat. To następstwo nakładania się określonych czynników, które dotyczą indywidualnych uwarunkowań osobowościowych oraz samej pracy i struktury organizacyjnej instytucji zatrudniającej, w której jednostka narażona jest na stres oraz zniechęcenie. Wypalenie zawodowe wpływa na jakość wykonywanej pracy, a także satysfakcję z pracy oraz z życia rodzinnego. Pracownik, który odczuwa wypalenie zawodowe, może zmagać się z dolegliwościami zdrowotnymi oraz problemami emocjonalnymi. Badacze podkreślają, że rodzaj wykonywanej pracy jest jednym z najistotniejszych czynników determinujących ryzyko wystąpienia wypalenia zawodowego.

Metodologia badań własnych

Cel pracy

Celem podjętych badań była ocena stopnia występowania wypalenia zawodowego wśród logopedów z oddziałów rehabilitacji neurologicznej i neurologii oraz wskazanie, czy wybrane czynniki wpływają na poziom wypalenia zawodowego w badanej grupie. Analizie poddano takie czynniki, jak: miejsce pracy, wymiar czasu pracy, poziom zarobków, staż pracy w zawodzie oraz na oddziale, podejmowanie dodatkowej pracy. Są to czynniki, które według danych dostępnych z badań mogą wpływać na rozwój wypalenia zawodowego (Gruszczynska i in., 2014; Pustułka-Piwnik i in., 2014; Wrzezińska i in., 2015; Wieder-Huszla i in., 2016). Od lat w Polsce prowadzone są badania dotyczące wypalenia zawodowego, obejmujące swym zasięgiem krąg zawodów medycznych (m.in. Ramuszewicz i in., 2005; Mróz i in., 2010; Kowalczuk i in., 2011; Kędra, Sanak, 2013; Mikołajewska, 2014; Pustułka-Piwnik i in., 2014; Parużyńska, Nowomiejski, Rasińska, 2015; Wrzezińska i in., 2015; Wieder-Huszla i in., 2016; Makara-Studzińska i in., 2018). We wspomnianych badaniach brały udział grupy specjalistów, takich jak pielęgniarki, lekarze, fizjoterapeuci. Brak jest natomiast danych dotyczących występowania wypalenia zawodowego wśród polskich logopedów. Logopedzi, wykonując zawód, którego istotą jest praca z ludźmi, niesienie pomocy, ekspozycja na oczekiwania ze strony pacjenta i jego rodziny, narażeni są na pojawienie się syndromów wypalenia zawodowego. Dodatkowo charakter i specyfika ich pracy na oddziałach neurologii i rehabilitacji neurologicznej może w znaczącym stopniu wpłynąć na rozwój zespołu wypalenia zawodowego.

W kontekście opisanych wyżej założeń poszukiwano odpowiedzi na następujące pytania badawcze:

1. Czy wśród logopedów zatrudnionych na oddziałach rehabilitacji neurologicznej i neurologii obserwuje się zjawisko wypalenia zawodowego?
2. Czy grupy badanych logopedów pracujących na oddziałach neurologii oraz na oddziałach rehabilitacji neurologicznej różnią się od siebie pod względem stopnia wypalenia zawodowego?
3. Czy wybrane czynniki, takie jak: miejsce pracy, wymiar zatrudnienia, poziom zarobków, staż pracy na oddziale, staż pracy w zawodzie i podejmowanie dodatkowej pracy wpływają na poziom wypalenia zawodowego wśród logopedów zatrudnionych na oddziałach rehabilitacji neurologicznej i na oddziałach neurologii?

Metody, techniki oraz narzędzia badawcze

W pracy posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, zastosowaną techniką badawczą była ankieta, a narzędziem badawczym – Oldenburski Kwestionariusz Wypalenia Zawodowego (OLBI) w polskiej adaptacji T. Chirkowskiej-Smolak (2018). Kwestionariusz OLBI pozwalał zmierzyć dwa wymiary wypalenia zawodowego – wyczerpanie i zdystansowanie wobec pracy. Składał się z 16 stwierdzeń i 2 podskali (każda po 8 stwierdzeń). Pierwsza podskala została nazwana „wyczerpaniem”, a druga – „zdystansowaniem wobec pracy”. Odpowiedzi zaznaczone były na 4-stopniowej skali, w której 1 oznaczało „zdecydowanie zgadzam się”, a 4 – „zdecydowanie nie zgadzam się”. Połowa stwierdzeń sformułowana była negatywnie (np. „Czasami robi mi się niedobrze na myśl o pracy”), a połowa pozytywnie (np. „Kiedy pracuję, zwykle czuję się pełna(-y) energii”). Itemy sformułowane negatywnie przeliczano w inwersji (czyli poprzez odwrócenie skali). Zgodnie z sugestią autorów nie obliczano wyniku ogólnego wypalenia, lecz interpretowano wynik oddzielnie dla każdej podskali. Suma ocen dzielona przez ich liczbę dla podskali „wyczerpania” i „zdystansowania wobec pracy” dawała wynik odpowiednio dla każdej z tych podskali (zakres 1–4). Im wyższy wynik uzyskany został w badaniu, tym odpowiednio wyższy poziom wyczerpania i zdystansowania wobec pracy.

W trakcie badań zastosowano również kwestionariusz ankiety, zawierający pytania o dane socjodemograficzne respondentów oraz wybrane zmienne, takie jak: miejsce pracy, wymiar zatrudnienia, poziom zarobków, staż pracy na oddziale, staż pracy w zawodzie i podejmowanie dodatkowej pracy.

Organizacja i przebieg badań

Badania przeprowadzono w okresie od czerwca do sierpnia 2019 r. za pośrednictwem Internetu. Stworzono elektroniczną wersję kwestionariusza ankiety w postaci strony internetowej. Taki wybór dawał znacznie większe moż-

liwości konstrukcji ankiety, a także samego procesu przeprowadzania badania i jego kontroli. Przyporządkowany do strony WWW link został rozesłany do respondentów pocztą elektroniczną. Osoby prowadzące badanie kontaktowały się z potencjalnymi uczestnikami badań drogą telefoniczną. Nawiązanie kontaktu miało służyć nie tylko skutecznej rekrutacji, lecz także zbudowaniu atmosfery wzajemnego zaufania. Osoba, która miała wziąć udział w badaniu, przed wyrażeniem zgody otrzymała informacje dotyczące szczegółów badania: kto je organizuje i przeprowadza, jaki jest cel badawczy, w jaki sposób zostaną wykorzystane dane uzyskane w badaniu oraz na czym będzie polegać procedura badawcza. Respondentom został przekazany kontakt do badaczy, co umożliwiło badanym uzyskanie dodatkowych informacji oraz zgłoszenie wątpliwości. W e-mailu wysłanym do uczestników badań znalazła się także prośba o ewentualne przesłanie linka do kwestionariusza ankiety do osób, które podobnie jak one, zatrudnione są na stanowisku logopedy na oddziałach neurologii bądź rehabilitacji neurologicznej. Był to sposób na dotarcie z ankietą do szerszego kręgu badanych. Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy. Każdego uczestnika zapewniono o dyskrecji oraz wykorzystaniu uzyskanych informacji tylko i wyłącznie do celów badawczych.

Charakterystyka badanej grupy

Badaniami objęto logopedów pracujących na oddziałach rehabilitacji neurologicznej i neurologii. W badaniu wzięło udział 86 osób (84 kobiety i 2 mężczyzn). Badani najliczniej reprezentowali przedziały wiekowe: 31–40 lat (35%), a także 41–50 lat (30%). Przedział wiekowy 51–60 lat stanowiło 24% badanych. Wśród ankietowanych znalazły się także osoby poniżej 30 roku życia (6) i powyżej 60 roku życia (3). Dodatkowe dane dotyczące stanu cywilnego, posiadania dzieci oraz miejsca zamieszkania badanych zawarto w tabeli 1.

Większość ankietowanych zdobyła uprawnienie do wykonywania zawodu logopedy, kończąc studia podyplomowe (77%), natomiast 23% badanych studia magisterskie o specjalności logopedia. W zakresie dodatkowych kwalifikacji 71 osób podało, iż ukończyło studia podyplomowe z zakresu neurologopedii, a 17 osób specjalizację z dziedziny neurologopedii. 5 osób wymienia także studia doktoranckie. Aż 50 osób spośród badanych deklaruje udział w kursach podnoszących kwalifikacje zawodowe.

Wśród badanych znalazło się 56 osób pracujących na oddziale rehabilitacji neurologicznej, 15 na oddziałach neurologii, a także 15 osób, które zadeklarowały pracę zarówno na oddziale rehabilitacji neurologicznej, jak i na oddziale neurologii. W tabeli 2 zaprezentowano podział badanych ze względu na ogólny staż pracy w zawodzie logopedy i staż pracy na oddziale.

Tabela 1. Dane społeczno-demograficzne ankietowanych

Zmienne	N	%
Płeć		
kobieta	84	98%
mężczyzna	2	2%
Przedział wiekowy		
poniżej 30	6	7%
31–40	30	35%
41–50	26	30%
51–60	21	24%
powyżej 60	3	3%
Stan cywilny		
mężatka/żonaty	54	63%
rozwidziona/rozwidziony	8	9%
wdowa/wdowiec	2	2%
związek wolny	3	3%
panna/kawaler	17	20%
Dzieci		
tak	62	72%
nie	24	28%
Miejsce zamieszkania		
miasto 20–50 tys. mieszkańców	16	19%
miasto 50–100 tys. mieszkańców	14	16%
miasto do 20 tys. mieszkańców	13	15%
miasto powyżej 100 tys. mieszkańców	31	36%
wieś	12	14%

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 2. Podział badanych ze względu na staż pracy w zawodzie i staż pracy na oddziale w latach

Przedziały w latach	Staż pracy w zawodzie	Staż pracy na oddziale neurologii/ rehabilitacji neurologicznej
	liczba badanych	
0–9	41	51
10–19	22	28
20–29	15	6
powyżej 30	8	1

Źródło: opracowanie własne.

Większość badanych podało, iż jest zatrudnionych w ramach umowy o pracę na czas nieokreślony (60%). Pozostałe osoby ankietowane wskazywały prowadzenie własnej działalności gospodarczej (16%), zatrudnienie w ramach umowy na czas określony (12%) oraz na umowę zlecenie (12%). Pracę na oddziale w wymiarze pełnego etatu wykazało 64% badanych, na niepełny etat – 36%. 62,4% badanych wykazało także podejmowanie dodatkowej pracy.

Wyniki badań

Analizę statystyczną przeprowadzono za pomocą pakietu IBM SPSS Statistics w wersji 25. Wykonano analizę podstawowych statystyk opisowych, jednoczynnikową analizę wariancji, testy *t*-Studenta dla prób niezależnych oraz analizy korelacji ze współczynnikiem *r*-Pearsona oraz *rho*-Spearmana. Za poziom istotności statystycznej przyjęto klasyczny próg $p < 0,05$. Tabela 3 zawiera podstawowe statystyki opisowe oraz testy normalności rozkładu. Średnia wartość dla podskali wyczerpanie wynosiła 2,57, natomiast dla podskali zdystansowanie wobec pracy 2,30. Różnica między średnimi wartościami dla powyższych podskal nie była istotna statystycznie (wartość p wynosiła więcej niż 0,05). Przy wykorzystaniu testu Shapiro-Wilka potwierdzono rozkład normalny dla zdystansowania wobec pracy ($p > 0,05$), zaś wartości uzyskane dla wymiaru wyczerpania nie wykazywały rozkładu zbliżonego do rozkładu normalnego ($p < 0,05$). Niemniej wartości skośności tej zmiennej nie przekraczały bezwzględnej wartości 1. Świadczyły to o nieznaczącej asymetrii rozkładu względem średniej i pozwoliło na zastosowanie testów parametrycznych w celu weryfikacji hipotez badawczych.

Tabela 3. Podstawowe statystyki opisowe wraz z testem Shapiro-Wilka

OLBI	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>SD</i>	<i>Sk.</i>	<i>Kurt.</i>	<i>Min.</i>	<i>Maks.</i>	<i>W</i>	<i>p</i>
Wyczerpanie	2,57	2,56	0,53	-0,49	0,33	1,00	3,50	0,97	0,034
Zdystansowanie wobec pracy	2,30	2,25	0,46	-0,06	0,09	1,13	3,38	0,98	0,269

Objaśnienia: *M* – średnia, *Me* – mediana, *SD* – odchylenie standardowe, *Sk.* – skośność, *Kurt.* – kurtoza, *Min.* – najniższa wartość rozkładu, *Maks.* – najwyższa wartość rozkładu, *W* – wynik testu Shapiro-Wilka, *p* – istotność.

Źródło: opracowanie własne.

Poziom wypalenia zawodowego wśród logopedów zatrudnionych na oddziałach rehabilitacji neurologicznej i neurologii

Brak jest polskich norm dla wyników Oldenburskiego Kwestionariusza Wypalenia Zawodowego, z uwagi na powyższe punktem odniesienia dla oszacowania poziomu wypalenia zawodowego logopedów stała się skala

staninowa¹. Wyniki uzyskane przez badanych przekształcono według formuły skali staninowej. Wyniki pomiaru poziomu wypalenia zawodowego diagnozowano na trzech poziomach: niskim, średnim, wysokim.

W tabelach 4 i 5 znajduje się rozkład stanin dla poziomu wyczerpania osób badanych. Jedynie 7,0% grupy wykazało niski poziom wyczerpania, co przełożyło się na stanin 1 (2,3%), 2 (2,3%) oraz 3 (2,3%). Umiarkowane nasilenie wyczerpania w zakresie wypalenia zawodowego charakteryzowało ponad połowę osób badanych, tj. 52,3%. Do tego zakresu wliczane zostały: stanin 4 (14,0%), stanin 5 (17,4%) oraz stanin 6 (20,9%). Ostatecznie 40,7% badanych osób cechowało się wysokim poziomem nasilenia wyczerpania (stanin 7 – 18,6%; stanin 8 – 16,3%; stanin 9 – 5,8%).

Tabela 4. Rozkład stanin dla wyczerpania

Staniny	Liczebność N	%
1	2	2,3%
2	2	2,3%
3	2	2,3%
4	12	14,0%
5	15	17,4%
6	18	20,9%
7	16	18,6%
8	14	16,3%
9	5	5,8%

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 5. Poziom wyczerpania badanych

Poziom wyczerpania	Liczebność N	%
niski	6	7,0%
umiarkowany	45	52,3%
wysoki	35	40,7%

Źródło: opracowanie własne.

¹ Skala staninowa to dziewięciostopniowa skala testu psychologicznego znormalizowana, gdzie średnia w populacji wynosiła 5, a odchylenie standardowe 2. Liczba jednostek skali wynosi 9 staninów, natomiast jej zakres wynosi od 1 do 9 stanin (Niemierko, 1975, s. 149).

Tabele 6 oraz 7 przedstawiają wyniki rozkładu stanin dla zdystansowania wobec pracy. Badani, uzyskując wynik mieszczący się w: staninie 1 (3,5%), staninie 2 (3,5%), staninie 3 (10,5%), wskazywali na niski poziom zdystansowania wobec pracy (17,4%). Umiarkowanym poziomem zdystansowania wobec pracy cechowała się większość osób badanych (64,0%), otrzymali wyniki usytuowane kolejno w: staninie 4 (24,4%), staninie 5 (22,1%), staninie 6 (17,4%). Z kolei wysokim poziomem zdystansowania wobec pracy odznaczało się 18,6% respondentów, w tym 11,6% badanych osiągnęło wynik zawierający się w staninie 7, kolejno 5,8% w staninie 8 oraz 1,2% w staninie 9.

Tabela 6. Rozkład stanin dla zdystansowania wobec pracy

Staniny	Liczebność <i>N</i>	%
1	3	3,5%
2	3	3,5%
3	9	10,5%
4	21	24,4%
5	19	22,1%
6	15	17,4%
7	10	11,6%
8	5	5,8%
9	1	1,2%

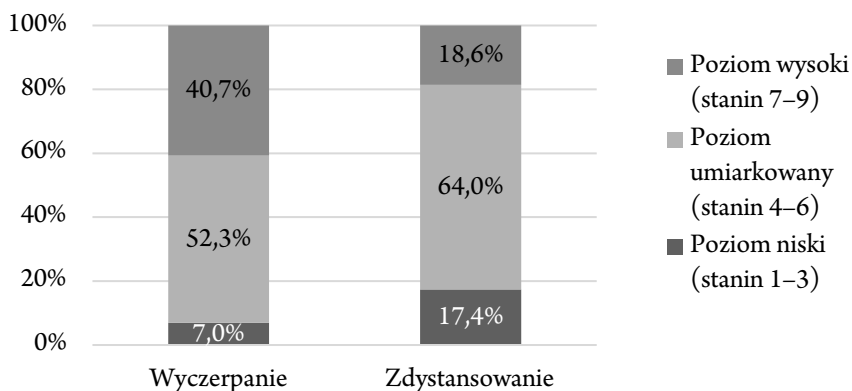
Źródło: opracowanie własne.

Tabela 7. Rozkład poziomu zdystansowania wobec pracy osób badanych

Poziom zdystansowania wobec pracy	Liczebność <i>N</i>	%
niski	15	17,4%
umiarkowany	55	64,0%
wysoki	16	18,6%

Źródło: opracowanie własne.

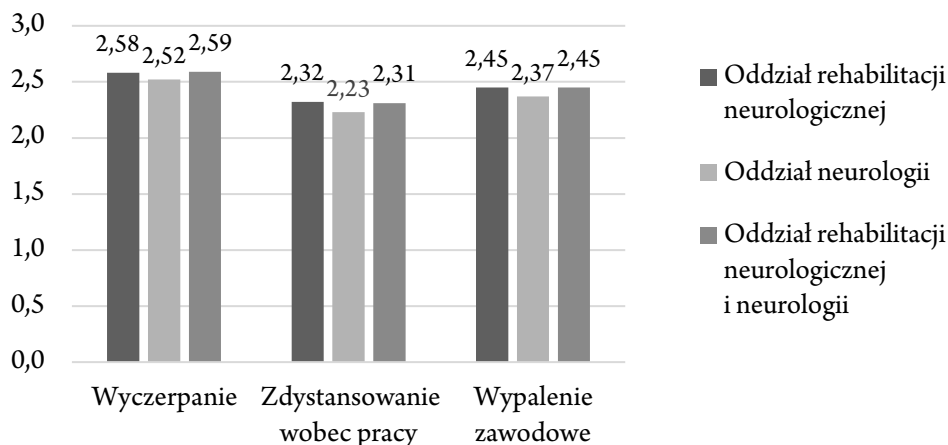
Podsumowując powyższe analizy, można zauważyć, że logopedzi zatrudnieni na oddziałach rehabilitacji neurologicznej i neurologii wykazywali objawy wypalenia zawodowego w każdym wymiarze badanego zjawiska, tj. umiarkowany oraz wysoki poziom dla wyczerpania oraz umiarkowany dla zdystansowania wobec pracy (wykres 1).



Wykres 1. Ogólny poziom wypalenia zawodowego wśród ankietowanych
Źródło: opracowanie własne.

Zależność pomiędzy wypaleniem zawodowym a miejscem pracy

Przeprowadzone analizy w zakresie syndromów wypalenia zawodowego nie wykazały istotnych statystycznie różnic uzyskanych w wynikach przez osoby badane pracujące na oddziałach neurologii i na oddziałach rehabilitacji neurologicznej. Ponadto osoby pracujące jednocześnie na dwóch oddziałach nie różniły się pod względem występowania u nich nasilenia wyczerpania, zdystansowania wobec pracy oraz ogólnego wyniku wypalenia zawodowego od osób pracujących wyłącznie na jednym z oddziałów (rehabilitacji neurologicznej bądź neurologii) (wykres 2).



Wykres 2. Średnia wartość dla podskali wyczerpanie, zdystansowanie wobec pracy oraz dla wypalenia zawodowego z uwzględnieniem miejsca pracy

Źródło: opracowanie własne.

Średnia wartość dla podskali wyczerpanie i zdystansowanie wobec pracy wraz z odchyleniem standardowym oraz wyniki analiz zaprezentowano w tabeli 8.

Tabela 8. Średnia wartość oraz odchylenie standardowe dla podskali wyczerpanie, zdystansowanie wobec pracy oraz dla wypalenia zawodowego wraz z wynikami analizy wariancji

Badane zmienne	Oddział rehabilitacji neurologicznej (n = 56)		Oddział neurologii (n = 15)		Oddział neurologii i rehabilitacji neurologicznej (n = 15)		F	p	ω^2
	M	SD	M	SD	M	SD			
Wyczerpanie	2,58	0,56	2,52	0,50	2,59	0,44	0,11	0,899	<0,01
Zdystansowanie wobec pracy	2,32	0,50	2,23	0,43	2,31	0,34	0,25	0,777	<0,01
Wypalenie zawodowe	2,45	0,49	2,37	0,39	2,45	0,36	0,20	0,821	<0,01

Objaśnienia: M – średnia, SD – odchylenie standardowe, F – wynik analizy wariancji, p – istotność, ω^2 – omega kwadrat.

Źródło: opracowanie własne.

Zależność pomiędzy wypaleniem zawodowym a wymiarem zatrudnienia

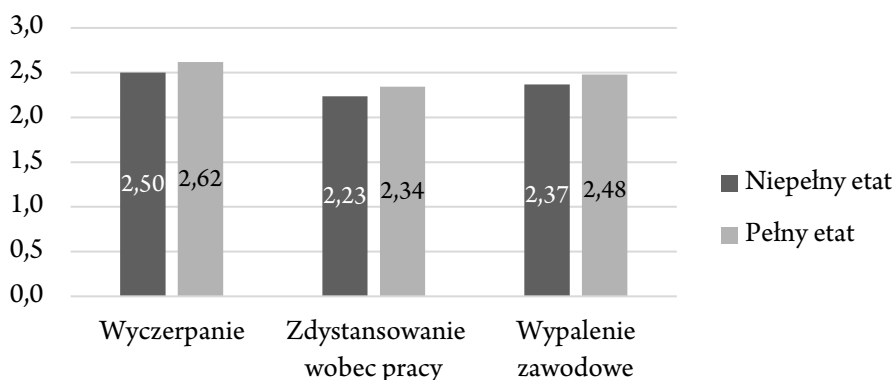
Wykonano test *t*-Studenta dla prób niezależnych. W uzyskiwanych wynikach nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic pomiędzy osobami pracującymi na niepełny etat a osobami pracującymi na pełny etat zarówno w zakresie wyczerpania, zdystansowania wobec pracy, jaki i ogólnego wypalenia zawodowego. Wyniki przeprowadzonego testu przedstawiono w tabeli 9. Osoby badane, które pracowały w różnym wymiarze czasu pracy, uzyskały porównywalną średnią wartość dla podskali wyczerpanie, zdystansowanie wobec pracy oraz wypalenie zawodowe (wykres 3).

Tabela 9. Wyniki testowe dla wyczerpania, zdystansowania wobec pracy oraz wypalenia zawodowego dla grupy osób pracujących na niepełny etat i pracujących na pełny etat

Badane zmienne	Statystyki opisowe								<i>d</i> -Cohena
	Niepełny etat (<i>n</i> = 32)		Pełny etat (<i>n</i> = 54)		<i>t</i>	<i>p</i>	95% <i>CI</i>		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			<i>LL</i>	<i>UL</i>	
Wyczerpanie	2,50	0,40	2,62	0,59	-1,10	0,274	-0,33	0,10	0,22
Zdystansowanie wobec pracy	2,23	0,41	2,34	0,49	-1,05	0,298	-0,31	0,10	0,23
Wypalenie zawodowe	2,37	0,36	2,48	0,50	-1,12	0,265	-0,31	0,09	0,25

Objaśnienia: *M* – średnia, *SD* – odchylenie standardowe, *t* – wynik testu *t*-Studenta, *p* – istotność, 95% *CI* – przedział ufności, *d*-Cohena – wielkość efektu.

Źródło: opracowanie własne.



Wykres 3. Średnia wartość dla podskali wyczerpanie, zdystansowanie wobec pracy oraz dla wypalenia zawodowego z uwzględnieniem wymiaru czasu pracy

Źródło: opracowanie własne.

Zależność pomiędzy wypaleniem zawodowym a poziomem zarobków

Przeprowadzono analizy korelacji ze współczynnikiem *rho*-Spearmana. Nie wykazano istotnej statystycznie korelacji pomiędzy miesięcznym poziomem zarobków brutto a stopniem nasilenia wyczerpania, zdystansowania wobec pracy oraz ogólnym wynikiem wypalenia zawodowego w grupie badanych. Świadczy to o braku powiązania poziomu wynagrodzenia osób badanych ze stopniem nasilenia ich wypalenia zawodowego. Wyniki analiz korelacji zamieszczono w tabeli 10.

Tabela 10. Współczynniki korelacji pomiędzy miesięcznym poziomem zarobków brutto a wyczerpaniem, zdystansowaniem wobec pracy oraz wypaleniem zawodowym

Badane zmienne	Statystyki opisowe	Miesięczny poziom zarobków brutto
Wyczerpanie	ρ -Spearmana	0,07
	p	0,508
Zdystansowanie wobec pracy	ρ -Spearmana	0,08
	p	0,494
Wypalenie zawodowe	ρ -Spearmana	0,08
	p	0,439

Objaśnienia: ρ -Spearmana – współczynnik korelacji ρ -Spearmana; p – istotność.

Źródło: opracowanie własne.

Zależność pomiędzy wypaleniem zawodowym a stażem pracy

Przeprowadzono analizy korelacji ze współczynnikiem r -Pearsona. Wyniki badań nie wskazały na występowanie istotnej statystycznie korelacji między poziomem wyczerpania, zdystansowania wobec pracy i ogólnym wynikiem wypalenia zawodowego a stażem pracy zarówno w grupie ankietowanych zatrudnionych na oddziale rehabilitacji neurologicznej, jak i tych pracujących na oddziale neurologii. Wyniki analiz korelacji pomiędzy stażem pracy a wyczerpaniem, zdystansowaniem wobec pracy i ogólnym wynikiem wypalenia zawodowego zaprezentowano w tabeli 11.

Tabela 11. Współczynniki korelacji pomiędzy stażem pracy a wyczerpaniem, zdystansowaniem wobec pracy oraz wypaleniem zawodowym

Badane zmienne	Statystyki opisowe	Staż pracy w zawodzie	Staż pracy na oddziale neurologii/ rehabilitacji neurologicznej
Wyczerpanie	r -Pearsona	0,01	-0,01
	p	0,931	0,950
Zdystansowanie wobec pracy	r -Pearsona	-0,02	0,05
	p	0,874	0,658
Wypalenie zawodowe	r -Pearsona	0,00	0,02
	p	0,975	0,850

Objaśnienia: r -Pearsona – współczynnik korelacji Pearsona, p – istotność.

Źródło: opracowanie własne.

Zależność pomiędzy wypaleniem zawodowym a podejmowaniem dodatkowej pracy

W ostatnim kroku analiz statystycznych przeprowadzono test t -Studenta dla prób niezależnych. Nie wykazano istotnej statystycznie korelacji pomiędzy podejmowaniem dodatkowej pracy przez ankietowanych a uzyskanymi wynikami

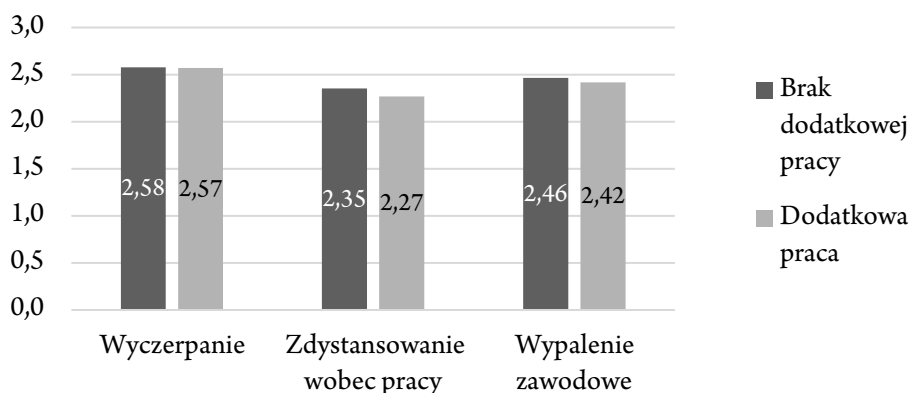
dla podskali wyczerpanie, zdystansowanie wobec pracy oraz dla wypalenia zawodowego. Wyniki testu *t*-Studenta dla prób niezależnych przedstawiono w tabeli 12. Ankietowani, którzy zadeklarowali wykonywanie dodatkowej pracy, jak i ci, którzy nie oświadczyli jej podejmowania, uzyskali porównywalną średnią wartość dla podskali wyczerpanie, zdystansowanie wobec pracy oraz dla wypalenia zawodowego (wykres 4).

Tabela 12. Wyniki testowe dla wyczerpania, zdystansowania wobec pracy oraz wypalenia zawodowego dla grupy osób wykonujących i niewykonywujących dodatkowej pracy

Badane zmienne	Brak dodatkowej pracy (<i>n</i> = 32)		Dodatkowa praca (<i>n</i> = 53)		<i>t</i>	<i>p</i>	95% CI		<i>d</i> -Cohena
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			<i>LL</i>	<i>UL</i>	
Wyczerpanie	2,58	0,58	2,57	0,51	0,06	0,951	-0,23	0,25	0,01
Zdystansowanie wobec pracy	2,35	0,52	2,27	0,43	0,82	0,417	-0,12	0,29	0,18
Wypalenie zawodowe	2,46	0,51	2,42	0,42	0,45	0,653	-0,16	0,25	0,10

Objaśnienia: *M* – średnia; *SD* – odchylenie standardowe; *t* – wynik testu *t*-Studenta; *p* – istotność; 95% CI – przedział ufności; *d*-Cohena – wielkość efektu.

Źródło: opracowanie własne.



Wykres 4. Średnia wartość dla podskali wyczerpanie, zdystansowanie wobec pracy oraz dla wypalenia zawodowego z uwzględnieniem wykonywania/niewykonywania dodatkowej pracy

Źródło: opracowanie własne.

Wnioski

1. Logopedzi zatrudnieni na oddziałach neurologii, oddziałach rehabilitacji neurologicznej i na obu wymienionych oddziałach wykazywali: umiarkowany poziom zdystansowania wobec pracy, a także umiarkowany oraz wysoki poziom wyczerpania.
2. Stopień wypalenia zawodowego jest porównywalny wśród badanych, bez względu na ich miejsce zatrudnienia.
3. Nie wykazano istotnej statystycznie różnicy pomiędzy stopniem wyczerpania i zdystansowania wobec pracy a takimi badanymi czynnikami, jak: wymiar czasu pracy, poziom zarobków, staż pracy w zawodzie oraz na oddziale, podejmowanie dodatkowej pracy.
4. Występowanie wypalenia zawodowego wśród logopedów może przekładać się na obniżenie efektywności ich pracy i jakości prowadzonej przez nich terapii, jak również wywoływać problemy zdrowotne w tej grupie zawodowej.
5. Kształtowanie umiejętności radzenia sobie ze stresem w pracy, pomiar oraz rozwijanie indywidualnych i społecznych zasobów u logopedów może przyczynić się do zmniejszenia negatywnych konsekwencji objawów wypalenia zawodowego.

Bibliografia

- Baka Ł., Basińska B. A. (2016), *Psychometryczne właściwości polskiej wersji Oldenburskiego Kwestionariusza Wypalenia Zawodowego (OLBI)*, „Medycyna Pracy”, 67 (1), s. 29–41.
- Bańka A. (1992), *Czynniki „wypalenia się” zawodowego u pracowników zajmujących się pomaganiem ludziom*, [w:] *Bezrobocie. Podręcznik pomocy psychologicznej*, red. A. Bańka, Wydawnictwo Print-B, Poznań, s. 139–155.
- Chirkowska-Smolak T. (2018), *Polska adaptacja kwestionariusza do pomiaru wypalenia zawodowego OLBI (The Oldenburg Burnout Inventory)*, „Studia Oeconomica Posnaniensia”, 6 (3), s. 27–47.
- Demerouti E., Bakker A. B., Nachreiner F., Schaufeli W. B. (2001), *The job demands-resources model of burnout*, „Journal of Applied Psychology”, 86 (3), s. 499–512.
- Gruszczyńska M., Skowrońska E., Bator A., Bąk-Sosnowska M. (2014), *Staż pracy, poziom wypalenia zawodowego i strategie radzenia sobie ze stresem wśród położnych*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu”, 20 (3), s. 276–281.
- Kędra E., Sanak K. (2013), *Stres i wypalenie zawodowe w pracy pielęgniarek*, „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne”, 3 (2), s. 119–132.
- Kowalczyk K., Zdańska A., Krajewska-Kula E., Łukaszuk C., Van Damme-Ostapowicz K., Klimaszewska K., Kondzior D., Kowalewska B., Rozwadowska E. (2011), *Stres w pracy pielęgniarek jako czynnik ryzyka wypalenia zawodowego*, „Problemy Pielęgniarstwa”, 19 (3), s. 307–314.
- Makara-Studzińska M., Tylec A., Kudlik A., Matuszczyk M., Murawiec S. (2018), *Analiza zjawiska wypalenia zawodowego w grupie lekarzy psychiatrów – przegląd badań*, „Psychiatria”, 15 (1), s. 35–38.

- Maslach C. (1982), *Burnout: The cost of caring*, Englewood Cliffs, Prentice-Hall.
- Maslach C. (1993), *Burnout: a multidimensional perspective*, [w:] *Professional burnout: recent developments and research*, red. W. Schaufeli, Ch. Maslach, T. Marek, Taylor & Francis, Washington, s. 19–32.
- Maslach C., Leiter M. P. (2008), *Early predictors of job burnout and engagement*, „Journal of Applied Psychology”, 93 (3), 498–512.
- Mikołajewska E. (2014), *Stres związany z pracą i wypalenie zawodowe u fizjoterapeutów – przegląd literatury*, „Medycyna Pracy”, 65 (5), s. 693–701.
- Mróz B., Turkiewicz A, Mordarski S. (2010), *Wypalenie zawodowe wśród personelu intensywnej opieki medycznej*, „Polskie Forum Psychologiczne”, 15 (2), s. 212–226.
- Niemierko B. (1975), *Testy osiągnięć szkolnych – podstawowe pojęcia i techniki obliczeniowe*, WSiP, Warszawa.
- Parużyńska K., Nowomiejski J., Rasińska R. (2015), *Analiza zjawiska wypalenia zawodowego personelu medycznego*, „Pielęgniarstwo Polskie”, 2 (56), s. 175–180.
- Pustułka-Piwnik U., Ryn Z. J., Krzywoszański Ł., Stożek J. (2014), *Zespół wypalenia zawodowego u fizjoterapeutów a zmienne demograficzne i organizacyjne*, „Medycyna Pracy”, 65 (4), s. 453–462.
- Ramuszewicz M., Krajewska-Kułak E., Rolka H., Łukaszuk C., Kułak W. (2005), *Problem wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek operacyjnych*, „Chirurgia Polska”, 7 (4), s. 244–251.
- Sęk H. (2000), *Wypalenie zawodowe. Przyczyny mechanizmy zapobieganie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Tucholska S. (2001), *Christiny Maslach koncepcja wypalenia zawodowego: etapy rozwoju*, „Przegląd Psychologiczny”, 44 (3), s. 301–317.
- Wieder-Huszla S., Żak B., Jurczak A., Augustyniuk K., Schneider-Matyka D., Szkup M. (2016), *Wypalenie zawodowe wśród personelu pielęgniarstwa*, „Family Medicine & Primary Care Review”, 18 (1), s. 63–68.
- Wrzesińska M., Rasmus P., Wicherska K., Krukowska J. (2015), *Wypalenie zawodowe a zmienne demograficzne i psychospołeczne u aktywnych zawodowo fizjoterapeutów*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie”, 3, s. 295–301.

Summary

A significant number of studies have been focused on the issue of occupational burnout among medical personnel, but none of the papers addresses this problem with respect to speech therapists. Speech therapists practicing a profession whose essence is working with people, providing help, exposure to the expectations of patients and their families, are exposed to the appearance of symptoms of occupational burnout. In addition, the nature and specificity of the speech therapist's work in the departments of neurology and neurological rehabilitation can significantly affect the development of burnout syndrome. The aim of the study was to assess the degree of occupational burnout among speech therapists working in the departments of neurological rehabilitation and neurology, as well as to find out its causes. If the speech therapist is at risk of burnout, it is important to determine what the risk depends on and how to counteract it.

CZEŚĆ II

**LOGOPEDIA I GLOTTODYDAKTYKA
– WSPÓLNE CELE I METODY**

Michalina Biernacka*

WIEDZA GLOTTODYDAKTYCZNA W SŁUŻBIE LOGOPEDII MIĘDZYKULTUROWEJ

KNOWLEDGE OF TEACHING POLISH AS A FOREIGN
LANGUAGE IN THE SERVICE OF INTERCULTURAL
SPEECH-LANGUAGE THERAPY

Słowa kluczowe: fonodydaktyka, logopedia międzykulturowa, nauczanie wymowy, język polski jako język obcy.

Keywords: phonodidactics, intercultural speech-language therapy, teaching pronunciation, Polish language as a foreign language.

Wprowadzenie

Niniejszy tekst ma charakter pogładowy – nie ma bowiem takiej możliwości, by na kilkunastu stronach opisać wszystkie istotne aspekty powiązań między nawet podstawową wiedzą fonodydaktyczną (gałąź glottodydaktyki skoncentrowana na nauczaniu wymowy osób z doświadczeniem migracji) a logopedią. Poruszone kwestie to więc wybór tych, które poprzez odniesienie do doświadczeń autorki wydają się jednymi z najistotniejszych. Od razu warto też zaznaczyć, że o przeciwnym kierunku wpływów pisano już niejednokrotnie (Madelska, 2010b; Świstowska, 2011; Biernacka, 2016; Czempka-Wewióra, Graboń, 2017), oddziaływanie zdobywcy logopedii na pracę glottodydaktyków jest bowiem nie do przecenienia – sposób diagnozy błędów wymawianiowych, umiejętne odróżnianie ich od wad wymowy, techniki wywoływania głosek, ich utrwalania i automatyzacji czy usprawniania narządów artykulacyjnych to tylko wybór zagadnień, które poruszali wymienieni badacze.

By jednak wykazać, w jakim wymiarze wiedza glottodydaktyczna może się przydać logopedom, rozważania należy zacząć od zagadnień elementarnych, czyli terminologii. Istotą prowadzonego wywodu jest bowiem założenie, że zarówno

* Uniwersytet Łódzki, Wydział Filologiczny, Instytut Filologii Polskiej i Logopedii, Zakład Lingwistyki Stosowanej i Kulturowej, 90-236 Łódź, ul. Pomorska 171/173, e-mail: michalina.biernacka@uni.lodz.pl, ORCID: 0000-0002-2414-9745.

glottodydaktyka polonistyczna (badająca wszystkie elementy układu glottodydaktycznego, a teoretyczną wiedzę przekładająca na praktykę nauczania języka polskiego jako obcego/drugiego/odziedziczonego – por. Zarzycka, 2018, s. 30), jak i logopedia (traktująca o biologicznych uwarunkowaniach języka i zachowań językowych, wykorzystywana do diagnozy i terapii zaburzeń mowy oraz wszelkich problemów z komunikacją międzyludzką – por. Grabias, 2011, s. 17–18) to dwie niezwykle prężnie rozwijające się nauki, które dzięki interdyscyplinarnemu charakterowi (czerpiąc z siebie nawzajem, lecz także z wielu innych dyscyplin) mogą wreszcie uzyskać status liczących się nauk humanistycznych, bowiem ich badania i analizy przekładają się na wnioski mające praktyczne zastosowania dla współczesnego społeczeństwa. O ile więc logopedii służy fonetyka patoartykulacyjna (por. Siudzińska, 2011, s. 57), która bada i opisuje indywidualne i niernormatywne realizacje fonemów, o tyle w glottodydaktyce mówi się o fonetyce korektywnej – punkt ciężkości osadzając nie na koncentrowaniu się na różnicach pomiędzy wymową rodzimych użytkowników języka a obcokrajowców, lecz na sposobie radzenia sobie z nimi, przewidywania ich wystąpienia w zależności od tego, w jakim wieku jest mówiący po polsku cudzoziemiec lub z jakiego kręgu kulturowo-językowego pochodzi, a także ich eliminowania (zob. Biernacka, 2016). Należy jednak zaznaczyć, że dla obu zarówno klasyfikowanie błędów, jak i ich analiza to ważne źródło wiedzy, pomagające ustalić sposoby prowadzonej terapii lub korekty. Niemniej jednak, by właściwie ocenić sposób wymowy, specjalista musi wykazywać się odpowiednimi kompetencjami i szeroką wiedzą z zakresu fonetyki w ogóle: fundamentalne jest oczywiście przejście kursu fonetyki artykulacyjnej ogólnego języka polskiego, a ideałem sytuacja, w której choć elementarne podstawy fonetyki akustycznej, audytywnej, patoartykulacyjnej i korektywnej są włączane w tok nauki. Jeśli natomiast chce się prawidłowo i bez wątpliwości diagnozować (logopedzi) lub orzekać (fonodydaktycy) o powodach zmienionej wymowy oraz najskuteczniejszych formach zaradzania błędom wymawianiowym (zakładając, że to możliwe i pożądane), to nie można zakończyć rozwoju kompetencji zawodowych na uzyskaniu tej podstawowej wiedzy.

Znajomość systemów fonologicznych języków świata

Przede wszystkim za niezbędne i kluczowe uważa się zaznajomienie się specjalisty z obcymi systemami fonologicznymi – dobrze, by znał, choć ogólnie, potencjał w zakresie systemów fonologicznych różnych języków świata (np. mlasków czy tonów), zaś dokładnie warto, by znał te, którymi posługują się osoby przez niego uczone lub terapeutyzowane. Zapoznanie się z inwentarzem fonemów danego języka obcego – choć dziś dzięki Internetowi łatwiejsze niż jeszcze kilka lat temu – nie jest jednak wystarczające. Trzeba mieć na względzie m.in. wariantywność wymowy uzależnioną od formalizacji sytuacji komunikacyjnej czy też obligatoryj-

ność występowania określonych realizacji w typowych kontekstach (zob. np. szwa), charakterystyczne zjawiska koartikulacyjne, reguły fonotaktyczne, typy sylab czy możliwe odstępstwa od standardowej akcentuacji, na co często nie zwraca się uwagi, a co jest kluczem do zrozumienia choćby zmienności artykulacyjnej, np. tego, że ktoś popełnia jakiegoś typu błędy kompleksowe (termin za: Sikorski, 2007) lub wielokrotnie wymawiając jeden wyraz, produkuje go na różne sposoby – jak się niekiedy w pierwszej chwili zdaje – przypadkowo i bez wyraźnego powodu. Ważne jest więc także docenianie wariantywności tzw. mowy ciągłej (por. procesy fonostylistyczne), czyli uwzględnianie zjawisk często zależnych od tempa, niekoniecznie jednak staranności wymowy, takich jak epentezy ('domu Ani') czy redukcje ('grała'). To, jaką specjalista ma wiedzę z zakresu inwentarza fonemów i allofonów – również pozycyjnych i fakultatywnych – L1 (i kolejnych języków) osoby uczącej się mówić po polsku, często decyduje przeciw o podejmowanych krokach pracy nad artykulacją czy szerzej – komunikacją w języku polskim. Choć nie jest możliwe szczegółowe orientowanie się w wielu różnych systemach językowych, szczególnie tych dla Europy bardziej egzotycznych, np. afrykańskich czy azjatyckich, to jednak każda próba zgłębienia tej wiedzy może okazać się kluczowa¹.

Podobnie istotne jest przyswojenie jak najbardziej szczegółowych informacji na temat tzw. miejsc trudnych, czyli takich elementów podsystemu wokalicznego, konsonantycznego czy prozodycznego, które są trudne dla większości cudzoziemców, niezależnie od ich kraju pochodzenia, języka ojczystego, predyspozycji do uczenia się obcojęzycznej wymowy czy innych czynników wpływających na procesy percepcyjno-artykulacyjne (przykładowo wiek, elastyczność mózgu czy ruchomych narządów mowy, kinestezja artykulacyjna)². Ponadto warte poznania są trudności w opanowywaniu polskiej wymowy charakterystyczne dla poszczególnych grup narodowościowych, osób posługujących się konkretnymi językami

¹ Za przykład posłużyć może doświadczenie autorki niniejszego tekstu. Kilka lat temu uczyła ona studentkę z Nigerii, która nie potrafiła realizować głosek dentalizowanych. Żadne znane w logopedii techniki ich wywoływania nie działały ze względów czynnościowych i anatomicznych (ankyloglosja w stopniu nieznacznym). Wszelkie próby wywiedzenia polskich dźwięków z innych, np. z języka angielskiego, którym biegle (choć niezwykle niewyraźnie) posługiwała się studentka, nie pomagały. Budowanie głosek od nowa – na gruncie polszczyzny – było niewystarczające. Dopiero pytanie o język ojczysty czy inne języki bądź dialekty znane z kraju (które pojawiło się po wysłuchaniu dialogu między studentką a innymi Afrykańczykami) okazało się pomocne, bowiem wykazało, że zna ona nie tylko język hausa (typowy dla Nigerii), lecz także język xhosa (z języków bantu), w którym w jakiś sposób kompensacyjnie udaje jej się realizować trzy mlaski, w tym zębowy [c]. Stał się on więc w nauce języka polskiego koronną głoską, która umożliwiła opanowanie artykulacji polskich dźwięków mowy w sposób umożliwiający skuteczną komunikację.

² Informacje na ten temat można znaleźć w kilku publikacjach, m.in. Balkowska, 2004; Seretny, Lipińska, 2005; Tambor, Maciołek, 2012; Biernacka, 2016.

ojczystymi bądź też o określonych cechach osobowościowych czy zdolnościach (ewentualnie ich braku)³. Znajomość, choćby teoretyczna, innych systemów pozwala szybciej przewidywać różnego rodzaju trudności, a także orientować się w tendencjach wymawianiowych, charakterystycznych dla języka ojczystego lub kolejnych osoby opanowującej polszczyznę, np. interdentalności (np. Hiszpanie), tzw. szatkowania wypowiedzi⁴ (np. Chińczycy) czy specyficznej ekspresji (np. Meksykanie).

Konsekwencją tej wiedzy jest zrozumienie (w możliwie największym stopniu) zjawiska bilingwizmu. Ze względu na wciąż zmieniającą się sytuację geopolityczną Polski i wzrastającą liczbę mieszkających w niej cudzoziemców lub powracających emigrantów (przy czym zastrzec należy, że natężenie osób przyjeżdżających z różnych krajów – mimo utrzymujących się pewnych tendencji – jest wciąż dość labilne), lekceważenie tej coraz większej liczby potrzebujących pomocy logopedycznej dzieci i dorosłych z doświadczeniem migracji jest bezzasadne i wręcz niebezpieczne. Potwierdzeniem prawdziwości tego stwierdzenia mogą być dane udostępniane przez Urząd Miasta Łodzi, według których o dodatkowe zajęcia z języka polskiego dla uczniów cudzoziemskich w roku szkolnym 2018/2019 proszono ponad dwa razy częściej niż w poprzednim (398 dzieci w roku szkolnym 2018/2019, zaś 192 dzieci w roku 2017/2018)⁵.

Odpowiednie przygotowanie merytoryczne do pracy z obcokrajowcami w młodszym wieku, którzy w rozmowach z terapeutą czy nauczycielem nie mogą wspomóc się językiem medium, implikuje konieczność dostosowywania form pracy do nietypowych sposobów interpretacji poleceń czy wiedzy ogólnej z innego zakresu (por. brak informacji na temat kultury antycznej i religii chrześcijańskiej, niezbędne choćby do interpretacji polskiej literatury).

Fonodydaktyka

Odkrywaniem właściwych sposobów nauczania percepcji i artykulacji cudzoziemców oraz w ogóle umiejętnego wypowiedzania się w języku polskim – płynnego, z zachowaniem odpowiednich cech odmiany mówionej języka,

³ W niniejszym artykule nie sposób przywołać wszystkich tekstów, które omawiają trudności uczących się z poszczególnych kręgów kulturowych, wobec czego zdecydowano się na podanie tylko kilku publikacji dotyczących różnych języków pierwszych: Kijewska, 2001; Majewska-Tworek, 2005; Ikeda, 2009; Kaleta, 2010; Szmidt, Castellví, 2010; Waclawek, 2014; Krawczuk, 2017.

⁴ Zwykle wynikające z wielu następujących po sobie zmian tonów.

⁵ <https://dzienniklodzki.pl/dwa-razy-wiecej-obcokrajowcow-w-szkolach-w-lo-dzi-sa-tez-w-piotrkowie-i-skierniewicach-te-dane-swadcza-ze-ich-rodziny-chca-u/ar/c5-14654561> (dostęp: 21.12.2019).

swobodnego i niezaburzonego intencyjnie zajmuje się fonodydaktyka. Warto zwrócić uwagę, że jako metodyka nauczania języka polskiego jako obcego w zakresie podsystemu fonicznego bywa rozumiana wąsko (podobnie jak niegdyś logopedia), a więc odnoszona jest wyłącznie do metod i technik nauczania wymowy polskiej cudzoziemców. Samo rozwijanie umiejętności artykulacyjnych, jakkolwiek konstytutywne w procesie komunikacji, nie wyczerpuje jednak obowiązków, jakie spoczywają na lektorach. Ich rolą jest przecież nauczenie sprawnego i skutecznego sposobu porozumiewania się po polsku (m.in. ustnego), czyli kształcenia działań interakcyjnych i mediacyjnych (zob. Janowska, 2019) – które poza zaplanowaniem treści komunikatu, ujęciem jej w odpowiednią formę językową (gramatycznie, leksykalnie, semantycznie) wymagają właśnie uwzględnienia wymowy. Wymowa to jednak nie tylko głoski, lecz także intonacja, akcent, rytm, tempo, głośność, wyrazistość, dostosowywanie się do odbiorcy (np. dziecka), płynność, tendencje wymawianiowe, wariantywność zależna od normy, pauzowanie, zjawiska typu redukcje, intruzje, osłabienie zwarcia, cechy gwarowe itp. Myśląc bowiem o uczącym się języka polskiego, powinno się brać pod uwagę zarówno podstawowe potrzeby osób na poziomie A1, jak i wyższe wymagania uczących się z poziomu C2, tłumaczy symultanicznych czy osób bilingwalnych (każdorzazowo mając na uwadze delikatne względy tożsamościowe).

Choć doświadczenia praktyków bywają różne, to wypada uznać, że logopedzi częściej niż glottodydaktycy pracują z pacjentem indywidualnie niż grupowo. Glottodydaktycy zazwyczaj prowadzą całe grupy, a tylko od czasu do czasu mają szansę uczyć pary czy pojedynczych uczniów (zwykle poza podstawowym miejscem zatrudnienia). Te różnice stanowią jedną z przyczyn dopasowywania metod i technik pracy, które niekiedy w zakresie kształcenia wymowy są oczywiście zbieżne w obu dyscyplinach.

To jak bliskie sobie bywają cele glottodydaktyków i logopedów pokazuje samo pojawienie się i rozwój metody werbo-tonalnej Petara Guberiny – wstępnie przewidywanej dla osób słyszących, uczących się języków obcych, ostatecznie silny wpływ mające na logopedię i pracę z osobami z ubytkami słuchu (Fleis, 2002). Ważne jest, by uświadomić sobie, że te same techniki, wykorzystywane przez praktyków reprezentujących obie dziedziny, potrafią spełniać inne cele bądź też w różny sposób mogą być modelowane. Przykładem technik, które logopedzi wykorzystują za sprawą nauczania języków obcych, a więc fonetyki korektywnej, są m.in. *backchaining* (czytanie wyrazów, fraz, zdań – ogólnie wzorów – od końca), *technika numeru*⁶ (jedna z licznych wariacji technik opartych na parach minimalnych, niezwykle częstych w glottodydaktyce) czy *nagrywanie wymowy* (a następnie odsłuchiwanie nagrań, wspólne wyszukiwanie błędów,

⁶ Zapisywanie przypisanych paronimom cyfr w kolejności zgodnej z prezentowanym układem, np. 1 – 1 – 2 po odsłuchaniu zestawu *jem – jem – dżem*.

porównywanie z kolejnymi nagraniami w celu dostarczenia uczącemu się informacji o postępie lub jego braku)⁷.

Ciekawym przykładem na to, że podobne techniki proponowane są w innej formie, mogą być tzw. *łamańce językowe*. Logopedzi, ucząc właściwej wymowy, niekiedy proszą o powtarzanie czy uczenie się na pamięć wersów, zdań, fragmentów wierszy z nagromadzeniem głosek trudnych (jednej konkretnej, kilku konkretnych czy nawet wielu różnych, które jednak w bliskim zestawieniu bywają trudne do wyartykułowania nawet dla dorosłych rodzimych użytkowników języka), takich jak np. popularne *Stół z powyłamywanymi nogami* lub *W Szczecinie chrząszcz brzmi w trzcinie* Jana Brzechwy. Autorka niniejszego artykułu zwykła zaś analogiczne trudne zestawienia głosek dla potrzeb pracy z cudzoziemcami nazywać *glottolamańcami*. Nie są to jednak pełnoprawne wypowiedzenia czy fragmenty poezji, a zestawienia wyrazów czy tylko sylab, które należy jak najszybciej wypowiedzieć w zgodzie z prawidłami wymowy, np. KSIĄŻKA – KRZESŁO – KSIĄŻKA – KRZESŁO – KSIĄŻKA – KRZESŁO bądź TRZ – GRZ – TRZ – GRZ – TRZ – GRZ. Jak widać, materiał leksykalny jest wyraźnie ograniczony, co jednak nie oznacza, że takie zestawienia są dla obcokrajowców łatwe. Na poziomie A1 bywa, że ich opanowanie zajmuje wiele czasu, daje zaś poczucie celowości wykonywanych ćwiczeń oraz zwiększa poczucie bezpieczeństwa w początkach spontanicznej komunikacji.

Warto zaznaczyć, że różne techniki – wierszyki, zagadki, dialogi, piosenki, listy słownictwa, zdania, krzyżówki, rebusy itp. – są świadomie przez logopedów opracowywane tak, iż *de facto* stają się obciążone leksykalnie, wypowiedziane na jednej linii intonacyjnej i mimo że planowane tematycznie (w znaczeniu zbierania leksyki z jednego pola tematycznego, np. ubrania, pory roku, jedzenie), to oderwane tematycznie od tego, co uczący się aktualnie omawia w szkole, przedszkolu czy nawet na kursie językowym. Terapeuta mowy zwykle nie musi jednak czuć nad tym, by w zakresie treści i tematów przygotowywane przez niego ćwiczenia zawsze były zbieżne – często nawet o to nie pyta, nie przyświeca mu taki cel, bo program terapeutyczny skoncentrowany na określonej trudności stawia przykładowo kontekst fonetyczny nad znaczeniem. Dziecko polskojęzyczne, nie mówiąc o dorosłym użytkowniku języka, szybciej i z większą łatwością opanowuje leksykę, choćby dlatego że posiada ją już w słowniku biernym. Glotodydaktyk wie natomiast, że jeśli chce szybszego procesu utrwalania i automatyzacji leksyki, to z dowolnie wprowadzanej leksyki musi zrezygnować, bowiem ćwiczenia oparte na nowym i nieużywanym słownictwie będą zniechęcające i nie

⁷ Spis metod i technik fonodydaktycznych odnaleźć można w publikacjach: Komorowska, 2005; Seretny, Lipińska, 2005; Maciołek, Tambor, 2014; Biernacka, 2016, a także popularnych podręcznikach, np. Majewska-Tworek, 2010; Kołaczek, 2017; Bednarska-Adamowicz, Dembińska, Małycka, 2019.

przyniosą zamierzonych efektów. O ile więc logopeda podczas jednego spotkania może zaproponować np. szereg kilku ćwiczeń utrwalających jedną głoskę, z czego w każdym ćwiczeniu, czerpiącym z innego pola semantycznego, będzie po 10 różnych słów, a dziecko od czasu do czasu trafiając na takie, których nie zna, po prostu je przećwicy (wyartykułuje) i jest duże prawdopodobieństwo, że i zapamięta, o tyle nauczyciel języka polskiego jako obcego/drugiego przygotuje całe spotkanie, opierając się na jednej grupie wyrazów ćwiczących określoną głoskę, a w sumie – w zależności od wieku – nowych słów nie będzie więcej niż między 6 a 11 w ciągu całych zajęć. Nie pojawią się też takie jednostki leksykalne, które są rzadkie, archaiczne czy spoza poziomu biegłości, który prezentuje uczący się.

Podkreślenie tej różnicy wydaje się tym ważniejsze, że w gabinetach logopedycznych coraz częściej pojawiają się osoby dwu- lub wielojęzyczne, wymagające nowego, zindywidualizowanego podejścia. Trudności w zakresie prowadzenia czy w ogóle planowania terapii rozpoczynają się zaś już na etapie diagnozy – niestety, często obciążonej leksykalnie. Testy diagnostyczne, na wielu płaszczyznach nieprzystosowane do cudzoziemców, sprawdzają między innymi znajomość leksyki czy wymowy na słownictwie, które dzieciom nie jest bliskie choćby ze względów kulturowych. Mierzenie się z takimi ograniczeniami jest więc wyzwaniem, które należy podjąć.

Diagnoza

Krystian Barzykowski, Joanna Durlik i Halina Grzymała-Moszczyńska (2018, s. 177–178) zwracają uwagę, że „w celu zachowania wysokiego standardu pracy diagności powinni zawsze brać pod uwagę kontekst kulturowy osoby diagnozowanej, ponieważ nieuwzględnienie tego zapleczka prowadzi najczęściej do poważnego zniekształcenia wyników postępowania diagnostycznego i ograniczenia prawomocności formułowanych wniosków”. Chociaż to spostrzeżenie dotyczy diagnozy psychologicznej, nie sposób oprzeć się wrażeniu, że kontekst wspomnianego wymogu powinien zostać rozciągnięty m.in. na działania logopedyczne i glottodydaktyczne. Przede wszystkim oczekiwanie takiego samego czy podobnego poziomu biegłości językowej (również znajomości grzeczności językowej czy umiejętności nawiązywania i podtrzymywania kontaktu słownego, a także znajomości zespołu cech charakterystycznych dla mowy niewerbalnej typowych dla Polaków) wśród osób pochodzących z innej kultury nie może bądź też nie musi być realnym celem.

Dla przykładu choćby w zakresie słownictwa dziecko dwujęzyczne będzie się różnić od jednojęzycznego, m.in. dlatego, że w domu używa słów potrzebnych do określenia innych desygnatów niż w szkole czy przedszkolu, a to ma bezpośredni wpływ na bogactwo językowe również w zakresie tzw. języka edukacji szkolnej. Inny poziom umiejętności będzie dotyczyć sprawności pisania i samej pisowni

(różnice wzrastają, gdy dzieci pochodzą z krajów, w których uczone były alfabetu odmiennego od łacińskiego) czy też różnic we wszelkiej syntezie (tempo syntezy a przełączanie kodów). Ocenianie leksyki motywowane opisem rozwoju systemu słownikowego i semantycznego charakterystycznego dla polszczyzny (i wielu innych języków europejskich) skutkuje przykładowo oczekiwaniem do 2 roku życia dziecka rzeczowników i wykrzykników z niewielką liczbą czasowników. Dzieci azjatyckie (np. japońskie czy koreańskie) najpierw przyswajają jednak czasowniki, a potem wraz z rzeczownikami dominują one nad wyrazami jednosylabowymi (Gopnik, Choi, Baumberger, 1996) – co pokazuje, że diagnoza powinna mieć formę krzyżową (w możliwie najszerszy sposób powinna być prowadzona w dwu językach). Przykład podkreśla, że pełen opis nie polega wyłącznie na wypisaniu głosek, wyrazów czy struktur z dwu języków, a przyrost wszelkich elementów językowych powinien być weryfikowany w obu językach i odnoszony do obu norm rozwojowych (o ile istnieją i są dostępne).

Różnice kulturowe są podstawową determinantą rozwoju – inne wzorce kulturowe, inne popularne postaci z bajek czy nawet inni celebryci (a co ważniejsze – różne wartości, idee i cenione zachowania w komunikacji międzyludzkiej) wpływają na dostrzeganie powiązań, rozumienie książek/bajek itp. (por. psa jako nieczyste zwierzę dla muzułmanów⁸, których dzieci niechętnie wykonują ćwiczenia uwzględniające jego rysowanie czy opisywanie bądź też niezauważane w pierwszej chwili różnice wynikające z tłumaczeń – Moana vel Vaiana⁹), a nawet intencji konkretnych sposobów postępowania w określonych sytuacjach.

Inne zabawy, którym swój czas wolny poświęcają dzieci z różnych kręgów kulturowych, też nie są bez znaczenia. Wiążą się z nimi bowiem nabywane zdolności odpowiednio długiego koncentrowania się na wykonywanych ćwiczeniach, znajomość poszczególnych desygnatów, a nawet umiejętność wykonywania poszczególnych zadań (rysowania, korzystania z map, układania sekwencji itp.), co jest istotne w pracy terapeutycznej i samej diagnozie (por. testy logopedyczne i stosowane w nich obrazki ilustrujące poszczególne przedmioty – nieaktualne czy abstrakcyjne często już również dla polskich dzieci oraz prognostyczne, pokazujące postęp i potencjał testy dynamiczne)¹⁰.

⁸ Por. spostrzeżenia Elżbiety Fiok (2014, s. 4) po pracy z dziećmi czeczeńskimi.

⁹ Autorka była świadkiem sytuacji, w której doszło do nieporozumienia i chwilowego wykluczenia z dyskusji chętnego do działań językowych dziecka obcojęzycznego, bowiem dwie strony, mówiąc o tej samej bajce, stosowały inne imię głównej bohaterki – nie mogły się długo zorientować, że rozmowa toczy się na ten sam temat, że poglądy są zgodne co do meritum (obie dziewczynki sądziły, że podają argumenty dotyczące innych postaci).

¹⁰ Popularne w glottodydaktyce polonistycznej narzędzie diagnozy to test Liliany Madelskiej *Bliźniacze słowa* (2010a). Najnowszą publikacją, która kładzie nacisk na aktualność leksyki, a pomaga sprawdzać jej znajomość wśród cudzoziemców, są zaś

Nauczyciel języka polskiego jako obcego/drugiego – szczególnie ten, który pracuje w kraju – ma zwykle na co dzień do czynienia z przedstawicielami rozmaitych kultur i języków, przez co w toku zdobywania doświadczenia zawodowego kształtuje się w nim postawa tolerancji i zrozumienia trudności, z jakimi obcokrajowcy mierzą się w Polsce. Do tego dochodzi coraz częstsza praca z reemigrantami, którzy choć urodzeni, niekiedy nawet przez kilka lat wychowywani w kraju, po pobycie na emigracji wracają i po raz drugi wpasowują się w rzeczywistość, tworząc ją sobie na nowo. Istotne jest zrozumienie, że to także są osoby, które przez pewien czas przebywały w innej kulturze, wobec czego nabyły pewnych przeświadczeń, konkretnych oczekiwań czy sposobów wchodzenia w interakcje i zachowań – tak językowych, jak i socjokulturowych – niekoniecznie standardowych z punktu widzenia Polaków. Logopeda zaś zazwyczaj pracuje jednak z rodzimymi użytkownikami języka i przedstawicielami bliskiej mu kultury, a jeśli nawet styka się z krajową obcością (językowo, np. z innym dialektem, gwarą; kulturowo – z niskim wykształceniem, mniej częstą religią czy ateizmem, ekscentrycznością) to jest w stanie przewidzieć niektóre zachowania bądź trudności, z jakimi pacjent w określonym wieku może przyjąć na terapię. Przykładem wyjścia naprzeciw trudnościom związanym z diagnozą osób z doświadczeniem migracji jest więc zwrócenie uwagi zarówno na ocenę rozumienia i produkcji (wszystkie podsystemy i działania językowe), jak i aspekt pragmatyczny wypowiedzi – określać jednak należy nie tylko słabe, lecz także mocne strony, a w ramach obszarów deficytowych wyjątkowo ważne jest zaobserwowanie, na ile trudności są efektem deficytów rozwojowych, a na ile bilingwizmu.

Warta podkreślenia jest wobec tego rola postaw wobec odmienności kulturowej. Z natury człowiek traktuje podobieństwo w sposób pozytywny, jeśli zaś konfrontuje się z innością, to często nastawia się wobec niej co najmniej z dystansem. Logopeda z jednej strony ma kontakt z samym pacjentem, z drugiej natomiast prowadzi wywiad z rodzicem czy opiekunem, którego może postrzegać różnie – jego opinie na temat wykształcenia, umiejętności zachowania się w sytuacji oficjalnej czy prawdopodobnych poglądów mogą skutkować odpowiednim sposobem prowadzenia rozmowy, a w dalszej konsekwencji mniejszą cierpliwością do pacjenta, słabszym zachęcaniem go do podjęcia wysiłku i pracy własnej, wnioskami dotyczącymi diagnozy, opartymi na zakorzenionych i nierzadko nieuświadomionych stereotypach. Obserwowano nawet zaniechanie procesu diagnozy bądź terapii, wynikające z uprzedzeń, a niemające poparcia w rzeczywistości (choć oczywiście nie należą dziś do rzadkości sytuacje, w których trudności w porozumiewaniu się z rodzicami czy opiekunami młodszych pacjentów są wyjątkowo trudne).

Obrazki do kształtowania percepcji słuchowej oraz wymowy cudzoziemców uczących się języka polskiego Marcina Maciołka (2018). O braku standaryzacji testów warto przeczytać w tekście Barbary Kyrca (2018).

Cele

Idealem, do którego dążą badacze na świecie, jest proces diagnostyczno-terapeutyczny, który jest prowadzony przez wyspecjalizowanych logopedów międzykulturowych – znających biegle także pierwszy (niekiedy ojczysty) lub drugi język dziecka z doświadczeniem migracji, wyszkolonych w obrębie różnic kulturowych i pracujących (choć krótko) w obu systemach logopedycznych (polskim i innym), a więc znających obce testy, sposoby formułowania poleceń czy oczekiwania odnoszone do norm rozwojowych. Niestety rzadko zdarza się, że w ramach kształcenia akademickiego podejmowane są próby kształcenia tego rodzaju specjalistów – a przecież wystarczyłoby na początek proponować kierunki łączące wybrane neofilologie z logopedią, glottodydaktyką i psychologią rozwojową (kulturową)¹¹. Te, miejmy nadzieję, nieutopijne założenia wpisują się jednak w postulaty zagranicznych organizacji zrzeszających logopedów (np. *Speech Pathology Australia*¹²).

Cieszy więc to, że coraz częściej również w Polsce podejmowane są dyskusje różnych badaczy odnoszące się do trudności, jakie na swojej drodze spotykają osoby z doświadczeniem migracji. Chociaż idealnie by było, gdyby każdorazowo logopeda sam był dwujęzyczny bądź biegle władał danym językiem (co zdarza się w przypadku takich języków, jak angielski, niemiecki czy francuski), to sytuacja taka jest niezwykle rzadka (i trudno się temu dziwić), wobec czego należy wspierać się konsultacjami z mądrymi tłumaczami, mieć w zespole osobę dwujęzyczną czy biegle mówiącą w języku obcym, z którą może się na bieżąco porozumiewać. Niekorzystną sytuacją, na którą zwraca się już uwagę, jest korzystanie z pomocy rodziców jako tłumaczy – mimo wszystko nie zawsze jest inna możliwość (zob. języki niszowe). Trzeba dodać, że biegła znajomość co najmniej jednego języka obcego charakterystyczna jest właśnie dla wielu glottodydaktyków (wypada nadmienić, że nie jest obowiązkowa, po prostu wielu spośród nich to neofilologowie).

Warto podkreślić, że niebagatelną rolę odgrywa również znajomość innych systemów edukacji, bowiem różnice w podejściu do dzieci czy w formach zachęcania ich do wykonywania zadań lub wchodzenia w relacje interpersonalne bywają ogromne. Wiele dziś mówi się o tym, że młodzież, która powraca z Wielkiej Brytanii (mimo braku prowadzonych statystyk liczba powrotów zauważalna jest niemal w każdej szkole) nie potrafi dostosować się do oczekiwań polskiego szkolnictwa i na nowo opuszcza kraj. W przypadku pracy logopedów zauważalna jest bezradność w sytuacji, gdy dziecko w ogóle lub prawie wcale nie posługuje się polszczyzną (niekoniecznie małe dziecko), charakterystyczne są także trudności w redagowaniu komunikatów: brak umiejętności upraszczania wypowie-

¹¹ Autorka tekstu ma to szczęście, że swoim glottodydaktycznym doświadczeniem z zakresu fonodydaktyki i fonetyki korektywnej może dzielić się od kilku lat ze studentami kierunku *logopedia z audiologią* na Uniwersytecie Łódzkim – za co niniejszym dziękuję.

¹² edukacjadwujęzyczna.com (dostęp: 21.12.2019).

dzeń czy tekstów, rezygnacja z trudniejszych struktur gramatycznych i rzadszej, specjalistycznej, książkowej leksyki. Typowe dla polskich dzieci jest przykładowo w wieku przedszkolnym słuchanie, oglądanie czy czytanie bajek, w których występują m.in. liczne archaizmy. Podobnie rozwój języka edukacji szkolnej przebiega płynnie, bowiem podstawy języka są przyswojone i można kształcenie wprowadzać na nowe tory. Dla obcokrajowców liczba synonimicznych komunikatów o zbliżonej treści – typu: *Co to jest? Jak to się nazywa? / Opisz, co widzisz. / Proszę nazwać, co jest na obrazku / ilustracjach. / Zinterpretuj zdjęcia* itp. – nawet po wcześniejszym przedstawieniu słownictwa i weryfikacji jego znajomości, okazuje się często wyzwaniem początkowo przekraczającym możliwości. Może więc i sam język edukacji szkolnej winien być rozwijany przez specjalistów – w końcu logopedzi mają o wiele więcej zadań niż tylko niwelowanie wad wymowy.

Na koniec wypada podkreślić, jak ważna jest międzyjęzykowa (a więc i międzykulturowa) analiza mowy uczących się. W ramach takiej analizy błędów bada się głoski docelowe w każdym z języków oraz ich zamienniki, z uwzględnieniem wpływów jednego języka na drugi, odnotowuje się postęp i pozwala na właściwą diagnozę i terapię. Trzeba jednak pamiętać o tym, że zapis wymowy powinien być zrozumiały zarówno dla przeprowadzającego diagnozę, jak i dla innych, którzy mogą później potrzebować tych danych do kontynuowania terapii. Stąd tak ważne jest, by wiedzieć, jak odnotowywać błędy nie tylko sławistycznym alfabetem fonetycznym, lecz także międzynarodowym. Kiedy bowiem dziecko opuszcza Polskę, co przecież zdarza się nierzadko, jego rodzice potrzebują informacji, które byłyby zrozumiałe poza krajem. Dla utrzymania rzetelności pomiarów oraz w trakcie porównywania realizacji dźwięków mowy poszczególnych języków zapis międzynarodowy też jest niezbędny¹³. Dlatego podczas pracy z cudzoziemcami należy przeprowadzać badania w obu językach, w obu też odnotowywać progres – gdy zaś niemożliwe jest sprawdzenie, czy w języku ojczystym rozwój przebiega prawidłowo, pozostaje poprosić o weryfikację rodzinę. Nie jest to w najmniejszym stopniu wystarczające, ale z braku innych możliwości trzeba pamiętać, że wszelkie dane zbliżają diagnostę do sedna problemów.

Podsumowanie

Ogrom możliwości rozwoju logopedii zaczął nareszcie uwzględniać procesy migracyjne, a logopedia międzykulturowa – rozgałęziać się i obejmować różne aspekty pracy z cudzoziemcami. Wciąż mało jest jednak publikacji, które dawałyby szczegółowe rady, pokazywały rozwiązania metodyczne czy rozwiewały wątpliwości dotyczące zasadności konkretnych sposobów postępowania. Niestety, trzeba uznać, że braki te spowodowane są nadal niewystarczającym doświadczeniem,

¹³ Publikacje pomagające prawidłowo odnotowywać błędy wymowy za pomocą alfabetu międzynarodowego, to m.in. Porayski-Pomsta i in., 2013; Lorenc, 2015; Rybka, 2015.

które polscy logopedzi mają w pracy z obcokrajowcami – wciąż nieczęsto gabinety odwiedzają dzieci dwujęzyczne czy dzieci reemigrantów, a jeszcze rzadziej zdarzają się na terapii dorośli obcokrajowcy. Liczba jednych i drugich rośnie jednak znacząco w ostatnich latach, powoli więc widać, że międzykulturowość w terapii jest nowym wyzwaniem, które należy podjąć.

Aby jednak przykładowo rodzice dzieci wielojęzycznych, podejrzewając zaburzenia mowy, mogli uzyskać odpowiednie wsparcie, specjaliści muszą poczuć się bezpiecznie i pewnie na tym nowym gruncie, który otwiera dla nich wielokulturowy świat. Procesów migracyjnych nie da się zatrzymać, więc pozostaje dostosować się do wymagań społecznych, by niesiona pomoc mogła rzeczywiście przynosić oczekiwane rezultaty. Uważa się więc, że wśród logopedów należy rozpowszechnić naukę języków obcych (do wysokich poziomów), zapewniać im szkolenia wielo- i międzykulturowe oraz glottodydaktyczne. Jeśli natomiast z jakiegoś powodu edukacja glottodydaktyczna, lingwistyczna i międzykulturowa nie jest możliwa, sugeruje się nawiązywanie i utrzymywanie kontaktów z glottodydaktykami, tłumaczami czy psychologami, tak jak zwykle współpracuje się z laryngologami czy ortodontami. Niemniej jednak konkretnym rozwiązaniem byłoby uzupełnianie programów studiów logopedycznych (ogólnych) o zajęcia z podstaw metodyki nauczania języka polskiego jako obcego/drugiego dzieci i młodzieży, metodyki nauczania sprawności czy też działań językowych, fonetyki korektywnej, logopedii międzykulturowej, psychologii międzykulturowej, wielokulturowości, języka polskiego na tle innych języków świata oraz lektoratów języków obcych – również tych mniej popularnych.

Bibliografia

- Balkowska G. (2004), *Nauczanie wymowy polskiej w grupie wielojęzycznej*, [w:] *Wrocławska dyskusja o języku polskim*, red. A. Dąbrowska, Wrocławskie Towarzystwa Naukowe, Wrocław, s. 247–254.
- Barzykowski K., Durlik J., Grzymała-Moszczyńska H. (2018), *Rola i znaczenie odmienności kulturowej i językowej w procesie diagnozy: wybrane zagadnienia*, [w:] *Logopedia międzykulturowa*, red. E. Czaplewska, Harmonia Universalis, Gdańsk, s. 176–208.
- Bednarska-Adamowicz K., Dembińska K., Małycka A. (2019), *Łatwo ci mówić! Ćwiczenia fonetyczne dla obcokrajowców uczących się języka polskiego*, Start Polish, Warszawa.
- Biernacka M. (2016), *Znajdź z polskim wspólny język. Fonetyka w nauczaniu języka polskiego jako obcego*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.
- Czempka-Wewióra M., Graboń K. (2017), *Diagnoza i postępowanie logopedyczne w nauczaniu języka polskiego jako obcego*, „Postscriptum Polonistyczne”, t. 1 (19), s. 147–161.
- Fiok E. (2014), *Osiem kroków czyli kilka praktycznych rad*, <http://www.bc.ore.edu.pl/dlibra/doccontent?id=617> (dostęp: 21.12.2019).
- Fleis W. (2002), *Edukacyjna metoda werbo-tonalna dla osób z uszkodzonym narządem słuchu*, „Audiofonologia”, tłum. M. Degórska-Karpińska, T. Galkowski, t. XXI, s. 9–22.

- Gopnik A., Choi S., Baumberger T. (1996), *Cross-Linguistic Differences in Early Semantic and Cognitive Development*, „Cognitive Development”, t. 11, s. 197–227.
- Grabias S. (2011), *Logopedia – nauka o biologicznych uwarunkowaniach języka i zachowań językowych*, „Logopedia”, t. 39/40, s. 9–34.
- Ikedo A. (2009), *Co japoński student myśli o głoskach polskich – kilka uwag z perspektywy logopedycznej*, „Spotkania Polonistyk Trzech Krajów – Chiny, Korea, Japonia”, vol. 1, s. 179–185.
- Janowska I. (2019), *Wypowiedź ustna w dydaktyce językowej na przykładzie języka polskiego jako obcego*, t. 17, Biblioteka LingVariów. Glottodydaktyka, Kraków.
- Kaleta R. (2010), *Błędy fonetyczne Białorusinów uczących się języka polskiego*, „Lingwistyka Stosowana”, nr 2, s. 121–132.
- Kijewska A. (2001), *Bułgarskie interferencje fonetyczne w języku polskim a błąd glottodydaktyczny (na materiale prac pisemnych studentów bułgarskich)*, [w:] *Inne optyki. Nowe programy, nowe metody, nowe technologie w nauczaniu kultury polskiej i języka polskiego jako obcego*, red. R. Cudak, J. Tambor, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice, s. 263–274.
- Kołaczek E. (2017), *Testuj swój polski. Fonetyka*, Prolog, Kraków.
- Komorowska H. (2005), *Metodyka nauczania języków obcych*, Wydawnictwo Fraszka Edukacyjna, Warszawa.
- Krawczuk A. (2017), *Обучение польскому произношению в украинскоязычной среде / Nauczanie polskiej wymowy osób ukraińskojęzycznych*, [w:] *Язык, Сознание, Коммуникация. Сборник научных статей к юбилею профессора Наталии Евгеньевны Ананьевой*, red. V. V. Krasnykh, A. I. Izotov, t. 55, МАКС Пресс, Moskwa, s. 127–140.
- Kyrc B. (2018), *Dziecko dwujęzyczne jako uczeń o specjalnych potrzebach edukacyjnych. Słownik dziecka dwujęzycznego – studium przypadku*, „Postscriptum Polonistyczne”, 2 (22), s. 51–67.
- Lorenc A. (2015), *Transkrypcja mowy zaburzonej*, [w:] *Metodologia badań logopedycznych z perspektywy teorii i praktyki*, red. S. Milewski, K. Kaczorowska-Bray, Harmonia Universalis, Gdańsk, s. 112–143.
- Maciolek M. (2018), *Obrazki do kształtowania percepcji słuchowej oraz wymowy cudzoziemców uczących się języka polskiego*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice.
- Maciolek M., Tambor J. (2014), *Głoski polskie. Przewodnik fonetyczny dla cudzoziemców i nauczycieli uczących się języka polskiego jako obcego*, Wydawnictwo Gnome, Katowice.
- Madelska L. (2010a), *Bliźniacze słowa. Test przesiewowy do badania dojrzałości szkolnej w zakresie percepcji i wymowy dzieci wielojęzycznych*, Polonijne Centrum Nauczycielskie, Lublin.
- Madelska L. (2010b), *Między logopedią a glottodydaktyką*, „Wielkopolski Przegląd Logopedyczny”, 1/9, s. 57–65.
- Majewska-Tworek A. (2005), *Trudności fonetyczne i fonologiczne niemieckojęzycznych studentów uczących się języka polskiego jako obcego*, [w:] *Nauczanie języka polskiego i kultury polskiej w nowej rzeczywistości europejskiej. Materiały z VI Międzynarodowej Konferencji Glottodydaktycznej*, red. P. Garncarek, Uniwersytet Warszawski, Warszawa, s. 159–163.
- Majewska-Tworek A. (2010), *Szura, szumi i szeleści. Ćwiczenia fonetyczne nie tylko dla cudzoziemców*, Oficyna Wydawnicza ATUT, Wrocław.
- Porayski-Pomsta J., Kwasiborska-Dudek J., Jauer-Niworowska O., Lipiec D., Więcek-Poborczyk I., Golanowska M., Malinowska A. (2013), *Znaki fonetyczne do zapisu poprawnych i zdeformowanych realizacji fonemów języka polskiego w alfabetych międzynarodowym i slawistycznym*, Przedsiębiorstwo Glottispol Sp. z o.o., Gdańsk.

- Rybka P. (2015), *Międzynarodowy alfabet fonetyczny w slawistyce*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice.
- Seretny A., Lipińska E. (2005), *ABC metodyki nauczania języka polskiego jako obcego*, red. W. T. Miodunka, Universitas, Kraków.
- Sikorski J. (2007), *Ocena aktualnej kompetencji fonetycznej*, [w:] *Dokumenty Rady Europy a nauczanie języków w polskim systemie edukacji*, red. M. Pawlak, J. Fisiak, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi, Łódź, s. 145–158.
- Siudzińska N. (2011), *Co to jest fonetyka patoartykulacyjna (patofonetyka)?*, „Poradnik Językowy”, z. 9, s. 52–59.
- Szmidt D. T., Castellví J. (2010), *Cechy charakterystyczne fonetyki polskiej w nauczaniu Katalończyków*, [w:] *Polonistyka bez granic*, red. R. Nycz, W. Miodunka, T. Kunz, t. 2, Universitas, Kraków, s. 198–207.
- Świstowska M. (2011), *Między logopedią a glottodydaktyką. Zastosowanie metod logopedycznych w nauczaniu języka polskiego jako obcego*, [w:] *Polonistyka bez granic*, red. R. Nycz, W. Miodunka, T. Kunz, t. 2, Universitas, Kraków, s. 93–100.
- Tambor J., Maciołek M. (2012), *Głoski polskie. Przewodnik fonetyczny dla cudzoziemców i nauczycieli uczących języka polskiego jako obcego*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice.
- Wacławek M. (2014), *Indywidualizacja procesu nauczania wymowy polskiej (na przykładzie hungarofonów)*, [w:] *Indywidualizacja nauczania języków obcych. Badania i praktyka*, red. J. Małocha, Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie Wydawnictwo Naukowe, Kraków, s. 101–113.
- Zarzycka G. (2018), *Dyskurs – dyskursologia – glottodydaktyka polonistyczna*, [w:] *Polonistyczne językoznawstwo polonistyczne*, „Acta Universitatis Lodzianensis. Kształcenie Polonistyczne Cudzoziemców”, nr 25, s. 28–42.

Źródła internetowe

- edukacjadwujezyczna.com (dostęp: 21.12.2019).
<https://dzienniklodzki.pl/dwa-razy-wiecej-obcokrajowcow-w-szkolach-w-lodzi-sa-tez-w-piotrkowie-i-skierniewicach-te-dane-swiadcza-ze-ich-rodziny-chca-u/ar/c5-14654561> (dostęp: 21.12.2019).

Summary

The developing intercultural speech therapy is supported by Polish language glottodidactics. It is worth considering the experience of many years of teaching Polish as a foreign/second/inherited language as well as the language of school education in the process of diagnosis and therapy. The aim of this paper is to answer the question: how glottodidactic knowledge can be useful in the daily work of a speech therapist? It will be discussed how the developed teaching methods and techniques may be useful in the context of the speech therapist's work.

Małgorzata Rocławska-Daniluk^{*}
Weronika Kisiel^{**}

PODSTAWOWE ZAŁOŻENIA GLOTTODYDAKTYKI BRONISŁAWA ROCŁAWSKIEGO I JEJ INTERDYSCYPLINARNE ZASTOSOWANIE W NAUCZANIU POCZĄTKOWYM I LOGOPEDII – PRZEGLĄD LITERATURY PRZEDMIOTOWEJ

THE BASIC ASSUMPTIONS OF BRONISŁAW ROCŁAWSKI'S
GLOTTODIDACTICS AND ITS INTERDISCIPLINARY
APPLICATION IN PRIMARY EDUCATION AND SPEECH
THERAPY: A REVIEW OF LITERATURE ON THE TOPIC

Słowa kluczowe: glottodydaktyka, czytanie i pisanie, edukacja początkowa, logopedia.
Keywords: glottodidactics, reading and writing, primary education, speech therapy.

Wprowadzenie

Bronisław Rocławski w latach 70. XX w. na Uniwersytecie Gdańskim rozpoczął badania mające na celu podniesienie jakości kształcenia uczniów i nauczycieli. Obserwacje procesu kształcenia w szkołach i przedszkolach doprowadziły go do stworzenia autorskiej propozycji nauczania dzieci o nazwie glottodydaktyka (z grec. glōtta – język, didáscō – uczyć), do której istotny wkład wniosła także jego żona Izabela Rocławska – doświadczona metodyczka nauczania początkowego, przez wiele lat związana zawodowo z Uniwersytetem Gdańskim.

Artykuł jest odpowiedzią na zapotrzebowanie dotyczące publikacji na temat systemu edukacyjnego Bronisława Rocławskiego o nazwie *glottodydaktyka*,

^{*} Uniwersytet Gdański, Wydział Filologiczny, Instytut Logopedii, 80-309 Gdańsk, ul. Bażyńskiego 8, e-mail: małgorzata.roclawska-daniluk@ug.edu.pl, ORCID: 0000-0002-7060-2934.

^{**} Uniwersytet Łódzki, Wydział Nauk o Wychowaniu, Katedra Pedagogiki Wieków Dziecięcego, 91-408 Łódź, ul. Pomorska 46/48, e-mail: weronika.kisiel@unilodz.eu, ORCID: 0000-0002-6518-9284.

formułowane w wielu miejscach, m.in. przez nauczycieli nauczania początkowego oraz logopedów. Co prawda istnieje już wiele opracowań na ten temat, ale niemała część z nich pozostaje w wersjach niepublikowanych lub dostępnych w małych nakładach, np. prace doktorskie lub materiały pokonferencyjne. Można przypuszczać, że dokonanie przeglądu publikacji dotyczących glottodydaktyki jest przedsięwzięciem ważnym, dającym szansę na jej poznanie i zrozumienie.

Przegląd wybranej literatury na temat glottodydaktyki opublikowanej w latach 1996–2019

Profilaktyka niepowodzeń dzieci na etapie nauczania początkowego od wielu lat przyciąga uwagę szerokiego grona badaczy (Brzezińska, Burtowy, 1985; Burtowy, 1992). Dotyczy bowiem najważniejszego okresu życia, w którym tworzą się podwaliny dojrzałego funkcjonowania jednostki na miarę jej indywidualnych predyspozycji i potrzeb. W zasadzie cały okres przedszkolny to czas zapobiegania nieprawidłowościom i rozpoznawania potrzeb dzieci, by były one zdolne do realizowania swoich życiowych celów. Logopedzi już od wielu lat piszą o potrzebie wczesnej opieki logopedycznej (por. Rocławski, 2005), bowiem im wcześniej zostaną wykryte symptomy trudności w zakresie czynności poprzedzających aktywność słowną dziecka – jak np. infantylne polykanie lub niewłaściwy tor oddechowy – tym lepiej będzie można zapobiec nawarstwianiu się trudności artykulacyjnych czy problemów emocjonalnych u dzieci. Między innymi z tych względów rozłożenie działań profilaktycznych w czasie całego okresu przedszkolnego nabiera szczególnej wagi. Z pewnością zapobieganie niepowodzeniom szkolnym nie może być zagwarantowane w ramach jedynie tzw. rocznego obowiązkowego przygotowania, ze względu na niewystarczającą ilość czasu, który jest jednym z głównych determinantów efektywności nauczania małych dzieci¹.

Potrzebę podjęcia działań dydaktycznych odpowiednio rozłożonych w czasie opisano w wielu pracach odnoszących się do glottodydaktyki. Przegląd tego rodzaju publikacji otwiera pozycja książkowa Bronisława Rocławskiego zatytułowana *Nauka czytania i pisania* (1996). Stanowi ona podstawowe źródło wiedzy na temat systemu edukacyjnego (zwanego także programem edukacyjnym) B. Rocławskiego. W przystępny sposób została w niej przedstawiona problematyka przygotowania do nauki czytania i pisania, a także właściwy przebieg początkowej nauki czytania i pisania. Zawiera wyjaśnienie najważniejszych przyczyn niepowodzeń szkolnych dzieci. Autor dociera do sedna trudności, które uniemożliwiają właściwe przygotowanie dzieci do nauki w szkole podstawowej. Swój postulat

¹ www.prawo.vulcan.edu.pl/przegdok.asp?qdatprz=akt&qplikid=4186 (dostęp: 27.12.2019).

formuluje w następujący sposób: „domagam się właściwego do potrzeb każdego dziecka czasu na przygotowanie do nauki czytania i pisania oraz skrócenia w miarę możliwości do minimum czasu opanowywania względnie płynnego pisania i sprawnego czytania ze zrozumieniem” (Rocławski, 1996, s. 5). Następnie w syntetycznej formie, zgodnie z chronologią rozwoju dziecka 3–6-letniego, prezentuje wytyczne do realizacji systemu glottodydaktyki. Wszystkie wskazówki potrzebne do doprowadzenia dziecka do podjęcia czynności czytania i pisania są w tej publikacji w przystępny sposób rozwinięte, z myślą o czytelniku, który będzie chciał w przyszłości pogłębić swoje zrozumienie systemu glottodydaktyki, sięgając po kolejne lektury. Wśród nich wymienić należy pozycję autorstwa B. Rocławskiego, która ukazała się w wersji elektronicznej pod tytułem *Glottodydaktyk – nauczyciel XXI wieku* (I wyd. – 2002; II wyd. – 2012). Autor opisuje w niej m.in. historię powstania glottodydaktyki, a także związki łączące nauczanie języka z nauczaniem matematyki. W wielu miejscach podkreśla, iż proces kształcenia nauczycieli jest dla niego zagadnieniem wymagającym szczególnego namysłu. Pomimo upływu kilkunastu lat od pierwszego wydania tej e-książki, autor nadal podtrzymuje swoją negatywną ocenę stanu przygotowania nauczycieli nauczania początkowego do zawodu. Niezmiennie przywołuje swoje propozycje korekty błędnych reguł ortograficznych (np. w zakresie pisowni „rz” po spółgłoskach), wskazuje różnego rodzaju błędy obecne także w podręcznikach szkolnych dla dzieci. Twierdzi, że „tradycyjna nauka zasad ortograficznych nie służy poprawnemu zapisowi wyrazów” (Rocławski, 2012, s. 39). Na podstawie wieloletnich obserwacji formuluje następujący wniosek: „Dzieci, które trafiają do nas z orzeczeniami, że są dziećmi dyslektycznymi, to są najczęściej dzieci niewłaściwie przygotowane do czytania i pisania. Prawie zawsze stwierdzamy u nich brak umiejętności sprawnego syntetyzowania wyrazów z głosek” (Rocławski, 2012, s. 34, por. także Rocławska-Daniluk, 2019). Szereg wątków podjętych w tej pracy wykracza poza tradycyjne widzenie procesu nauczania czytania i pisania, gdyż glottodydaktyk ma według tej koncepcji łączyć wiedzę z zakresu wielu obszarów, takich jak np. język ojczysty, język obcy czy matematyka. Ma także refleksyjnie podchodzić do swojej pracy. Dowodem takiego właśnie podejścia w glottodydaktyce jest publikacja *Moje spotkanie z glottodydaktyką* pod red. B. Rocławskiego (I wyd. – 1995; II wyd. – 1998). Jest to zbiór fragmentów listów napisanych przez absolwentów kursów glottodydaktyki, organizowanych od wielu lat w Polsce. Książka jest odzwierciedleniem efektów pracy wykładowców prowadzących kursy, a także zapisem drogi absolwentów ku lepszemu nauczaniu. Czytelnik może zapoznać się z liczącą 74 listy dokumentacją, z której wylania się obraz niewłaściwego przygotowania lingwistycznego nauczycieli do nauczania dzieci. Monografia zawiera także opracowane przez nauczycieli pogadanki na temat glottodydaktyki przedszkolnej i wczesnoszkolnej. W aneksie znalazły się m.in. przykazania glottodydaktyczne opracowane przez B. Rocławskiego, szkic programu Studium Glottodydaktyki, a także wyjaśnienie określeń: dysleksja, dyslektyk, Polskie Towarzystwo Dyslektyczne.

Kolejną pozycją podejmującą problematykę niepowodzeń szkolnych dzieci jest krótki artykuł Izabeli Rocławskiej ***Glottodydaktyka w kształceniu logopedów*** (1998). Autorka zwraca w nim uwagę na interdyscyplinarny wymiar glottodydaktyki, polegający na jej przydatności – nie tylko w nauczaniu przedszkolnym czy wczesnoszkolnym, lecz także w pracy logopedów. Podkreśla potrzebę indywidualizacji działań z zakresu glottodydaktyki i uwrażliwia na to, by „każde dziecko kroczyło od kamienia do kamienia własną ścieżką” (Rocławska, 1998, s. 76). Stawia też pytanie: „Jak logopeda, nieznający przyczyn trudności w czytaniu i pisaniu u dziecka, może skutecznie mu pomóc?”. I. Rocławska w swoim referacie postuluje, by glottodydaktyka znalazła się w programie studiów logopedycznych, gdyż od wielu lat „dobrze służy logopedom, terapeutom, polonistom, nauczycielom wychowania przedszkolnego i nauczania początkowego, a także zainteresowanym rodzicom dzieci z trudnościami w czytaniu i pisaniu” (Rocławska, 1998, s. 77).

W kolejnym artykule Izabeli Rocławskiej zatytułowanym ***Wpływ glottodydaktyki na stan zaburzeń mowy*** (2010) podjęty został temat postawy nauczycieli w stosunku do dzieci z zaburzeniami mowy, polegającej na wycofywaniu się nauczyciela z kontaktów werbalnych z takimi dziećmi. Zdaniem autorki prowadzi to u dzieci do „narastania stresu, izolacji społecznej, a często także do niepowodzeń szkolnych”. Jej zdaniem warto oceniać również poprawność wymowy nauczycieli. Z obserwacji Rocławskiej wynika, iż niepoprawnie mówiący nauczyciele nie należą do wyjątków. Należy zatem nadal upowszechniać wiedzę zawartą w *Poradniku fonetycznym dla nauczycieli* (1986) B. Rocławskiego, a także dążyć do tego, by w każdej placówce oświatowej pracował logopeda na pełnym etacie. Zdaniem tej autorki, edukacja ojczystojęzyczna powinna zawsze stać na pierwszym miejscu, zaś wprowadzanie języka obcego na etapie przedszkola należy dobrze przemyśleć.

Właściwie prowadzone ćwiczenia z zakresu glottodydaktyki Rocławskiego prowadzą do zmniejszenia liczby dzieci wymagających interwencji w gabinecie logopedy. Na ten temat I. Rocławska pisze w następujących słowach: „Już ponad 10 lat temu logopeda z Nowego Tomysła przekazała mi informację, że liczba pacjentów z zaburzeniami mowy w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej, w której jest dyrektorem, spadła o dwie trzecie. Przyczynę tego stanu rzeczy upatrywała w praktykowanej w rejonie jej poradni glottodydaktyce” (Rocławska, 2010, s. 202). Płyne stąd wniosek, iż dotarcie do wiedzy glottodydaktycznej powinno zainteresować każdego logopedę, szczególnie zaś tego, który jest otwarty na potrzeby dzieci i gotowy do podejmowania dodatkowego wysiłku.

Pośród opracowań mających charakter analiz językoznawczych znalazła się praca Małgorzaty Rocławskiej-Daniluk zatytułowana ***Jakie aspekty języka polskiego wpływają na syntetyzowanie wyrazów z fonemów przez dzieci sześciolatnie?*** (2002). Autorka postawiła w niej następujące pytanie badawcze: „Czym jest uwarunkowany wysoki poziom umiejętności syntetyzowania wyrazów z fo-

memów u dzieci z najstarszej grupy przedszkolnej?”. W celu znalezienia odpowiedzi na to pytanie przeprowadzone zostały trzyetapowe badania. Dobór próby spośród dzieci przedszkolnych był celowy, gdyż zaangażowano dzieci z przedszkoli, w których od kilku lat z powodzeniem wdrażano program glottodydaktyki. Procedura badawcza została szczegółowo opisana w pracy *Rozwój sprawności syntetyzowania wyrazów z fonemów w grupie dzieci 6-letnich* (Rocławska-Daniluk, 2007). Analiza wyników badań wykazała wysoką wartość korelacji ($-0,85$) dla zależności między liczbą fonemów w wyrazach a średnią częstością syntetyzowania tych wyrazów z fonemów z utrudnieniami. Do narzędzi badawczych należała lista 33 wyrazów nazywających części ciała. Na jej podstawie zostały wyróżnione dwa najłatwiejsze wyrazy do syntezy fonemowej: *ucho* oraz *nos*, a także wyrazy najtrudniejsze, takie jak: *kostka* i *paznokcie*. W podsumowaniu artykułu autorka stwierdziła, iż „w silnej korelacji z poziomem syntetyzowania wyrazów z fonemów pozostają takie aspekty języka polskiego, jak liczba fonemów w wyrazie oraz liczba spółgłosek w wyrazie” (Rocławska-Daniluk, 2002, s. 59). Zaznaczyła także, iż w dalszej perspektywie należałoby zbadać korelację biernej i czynnej znajomości wyrazów z poziomem syntetyzowania wyrazów z fonemów przez dzieci sześciolatnie, jak również korelację liczby samogłosek w syntetyzowanych wyrazach z ich poziomem syntetyzowania z fonemów.

Kierując się przede wszystkim chęcią popularyzowania wiedzy, autor glottodydaktyki opublikował w pracy zbiorowej pod redakcją Danuty Waloszek interesujący artykuł *Nabywanie umiejętności czytania i pisania wraz z rozwijaniem logicznego myślenia w glottodydaktyce ojczystojęzycznej* (Rocławski, 2009). Przywołuje w nim fragmenty opowiadania M. Gorkiego *Jak uczyłem się* (wyd. rosyjskie – 1918, wyd. polskie – 1960), będące świadectwem zmagania, jakie przechodził autor tego opowiadania, ucząc się czytać niewłaściwą metodą. Po wielu latach, gdy był już wytrawnym czytelnikiem, Gorki z entuzjazmem wypowiedział się na temat lepszej jego zdaniem metody, opartej na przyporządkowywaniu głosek do liter. Artykuł Rocławskiego zawiera przemyślenia autora glottodydaktyki na temat różnic między pismem alfabetycznym i ideograficznym, porusza kwestię wymowy głosek w izolacji, analizy fonemowej wyrazów, a także alfabetu obrazkowego, który zabija w dzieciach logiczne myślenie. Jak zauważa Rocławski, alfabetyczność w polszczyźnie jest zachowana dla 14 głosek: /m, n, r, l, w, z, dz, b, d, i, y, ę, ą, a/. Są to więc głoski łatwe ortograficznie, gdyż do ich zapisywania używa się zawsze tych samych liter. Do szczególnie trudnych w polszczyźnie należy głoska /ń/, którą oznaczamy aż pięcioma literami: n, ń, ni, (ę) oraz (ą)².

² W glottodydaktyce zastosowano podział liter na podstawowe (czarne) i niepodstawowe (czerwone). Dla głoski /ń/ niepodstawowe są litery: n, ni. Dodatkowo głoska /ń/ pojawia w grupie dwufonemowej /oń/ zapisanej literą ą (np. w słowie wziąć) oraz w grupie dwufonemowej /eń/ zapisanej literą ę (np. w słowie pędzić).

Rocławski (2009, s. 112) podkreśla, iż „świadomość istnienia tych związków i występowania głosek oznaczanych dwiema, a nawet trzema i czterema literami to podstawa do budowania wiedzy ortograficznej”. W dalszej części referatu autor analizuje błędnie sformułowane reguły ortograficzne i proponuje ich poprawioną wersję. Krytyce poddaje regułę umieszczoną w *Słowniku ortograficznym dla najmłodszych Profesora Edwarda Polańskiego* (1998), dotyczącą pisowni zakończeń *-aż, -eż*. Zwraca także uwagę na błędy związane z myleniem głosek z literami. Stanowcze uwagi padają w tym artykule pod adresem nauczycieli, którzy wywierają na dzieci presję (zwaną terroryzmem ortograficznym) w czasie rutynowych dyktand ortograficznych.

Artykuł zatytułowany *Glottodydaktyka ojczystojęzyczna w systemie edukacyjnym B. Rocławskiego*, autorstwa Barbary Borowskiej (2016), zawiera dane na temat międzynarodowych badań prowadzonych przez OECD/PISA z lat 2000–2003, a także Eurobarometr z 2013 r. oraz Bibliotekę Narodową w latach 2008–2014. Wyniki przytoczone przez Borowską świadczą o niskim poziomie czytelnictwa w Polsce na tle innych krajów Europy. Autorka przypomina, iż „w 2014 r. 19 mln Polaków nie miało w rękach ani jednej książki, a 10 mln nie miało ani jednej w domu. Do tego 6,2 mln Polaków znajduje się poza kulturą pisma, czyli nie przeczytało żadnej książki ani nic z prasy” (Borowska, 2016, s. 112). Borowska dodaje, iż niechęć uczniów do czytania w liceum wynika z tego, iż wielu młodych ludzi w tym wieku nie nauczyło się dobrze czytać. „Uczniowie sylabizują, a bywa, że literują, i nie są to pojedyncze przypadki” (Borowska, 2013, s. 100, za: Borowska, 2016, s. 112). W podobnym, pesymistycznym tonie na temat trudności uczniów na etapie liceum z czytaniem, pisanem, gramatyką i ortografią wypowiedział się cytowany przez autorkę S. Bortnowski (2007/2008). Zasygnalizowane tu wątki są w artykule Borowskiej wprowadzeniem do prezentacji najważniejszych założeń glottodydaktyki Rocławskiego. Autorka opisuje genezę systemu, w przystępny sposób wyjaśnia jego najważniejsze założenia, a za szczególnie istotny jego walor uznaje rozwijanie myślenia dziecka. Stwierdza, iż „glottodydaktyka ojczystojęzyczna jest pełną wiedzą o dziecku, które każdego dnia osiąga sukces, wyzwalaając w sobie pozytywne emocje” (Borowska, 2016, s. 115).

W publikacji *Czytanie i pisanie. Metodyka zajęć korekcyjno-wyrównawczych* (2017) Małgorzata Rocławska-Daniluk przybliży zagadnienia dotyczące czytania i pisania z perspektywy językoznawstwa stosowanego. Opisuje szereg wskazówek zawartych w systemie glottodydaktyki, poświęcając tym zagadnieniom osobny rozdział. Obszerną część pracy stanowią autorskie ćwiczenia, zaplanowane z myślą o dzieciach będących na różnym etapie gotowości do czytania i pisania. Szczegółowe rozwiązania metodyczne poprzedzono omówieniem podstawowych zasad dydaktyki ogólnej, które należy stosować w pracy terapeutycznej z dziećmi.

Ostatnie w tym przeglądzie jest opracowanie Magdaleny Harmacińskiej-Kowalewskiej (2018b) zatytułowane *Pamięć a syntetyzowanie wyrazów z fone-*

mów w wybranych programach edukacji wczesnoszkolnej na etapie przygotowującym do czytania i pisania, w którym autorka wskazuje istotę relacji łączącej pamięć operacyjną ze sprawnością syntetyzowania wyrazów z fonemów. Swoje rozważania poprzedza opinią Ellis (1996), według której dziecięca „pojemność pamięci krótkotrwałej jest jednym z najlepszych wskaźników przyszłych osiągnięć w nauce słownictwa oraz gramatyki” (Harmacińska-Kowalewska, 2018b, s. 23). Zdaniem Harmacińskiej-Kowalewskiej, zarówno usprawnianie pamięci, jak i doskonalenie umiejętności syntetyzowania wyrazów przyczyniają się do realizacji celów edukacyjnych zawartych w podstawie programowej wychowania przedszkolnego. Odgrywają także istotną rolę w glottodydaktyce Rocławskiego, którą krótko opisuje w swoim artykule, więcej miejsca poświęcając opisowi swoich badań w grupie dzieci z zaburzeniami rozwojowymi. Stwierdza m.in., iż w jej autorskich badaniach „warunkiem rozpoczęcia nauki syntetyzowania wyrazów z fonemów (wprowadzania ćwiczeń z tego zakresu), która jest etapem przygotowania do czytania, było osiągnięcie przez dzieci umiejętności: współpracy, naśladowania, dopasowywania, rozpoznawania, skupienia uwagi, zapamiętywania oraz nazywania i manipulowania przedmiotami, które związane są z funkcjonowaniem poznawczym jednostki” (Harmacińska-Kowalewska, 2018b, s. 28). Jej zdaniem sprawna pamięć operacyjna jest umiejętnością niezbędną do rozpoczęcia nauki syntetyzowania wyrazów z fonemów. Aby opanować syntetyzowanie wyrazów z fonemów z utrudnieniami, należy ćwiczyć zgodnie ze wskazówkami opisanymi w glottodydaktyce Rocławskiego (Harmacińska-Kowalewska, 2018a). Artykuł kończy się apelem o włączenie zawartych w nim spostrzeżeń do nowoczesnych programów kształcenia nauczycieli i terapeutów.

Podsumowanie

Szkolnictwo w naszym kraju zмага się z wieloma trudnościami. W literaturze można spotkać informacje o kryzysie oświaty, który jest wynikiem braku korelacji między sferą edukacji, społeczeństwem oraz polityką. O współczesnej szkole mówi się jakoby była odpowiedzialna za blokowanie rozwoju myślenia zarówno uczniów, jak i nauczycieli, a także za hamowanie intelektualnych inicjatyw (Klus-Stańska, Nowicka, 2005, s. 5). Niewątpliwie nauczyciele i logopedzi powinni być badaczami prowadzącymi studia nad swoją praktyką zawodową. Niestety, obecnie refleksyjne podejście do praktyki zawodowej nie jest powszechne. Patrząc na sytuację polskiej szkoły można stwierdzić, że obowiązujący system zaprojektowano w innej epoce i nadal nie został on dostosowany do panujących warunków i potrzeb (Robinson, 2011, s. 61). Wśród nauczycieli dominuje negatywny stosunek do zmian i innowacji, a większość podejmowanych inicjatyw ocenia się jako zmiany pozorne. W tej sytuacji nietrudno przeoczyć fakt, iż dysponujemy w Polsce metodą dającą szansę na realną zmianę w nauczaniu początkowym.

Wachlarz możliwych do wyboru metod nauczania, z których może skorzystać nauczyciel, wymaga od absolwentów kierunków nauczycielskich wypracowania i ciągłego rozwijania tzw. myślenia krytycznego. Pracując z dziećmi, należy stale poszukiwać dowodów na trafność teorii i efektywność wybranych metod nauczania. Budowanie postawy krytycznej i refleksyjnego podejścia do pracy powinno przyczynić się do zwiększenia efektywności działań nastawionych na długofalowy sukces ucznia w dorosłym życiu.

W omówieniu wybranych publikacji na temat glottodydaktyki Bronisława Rocławskiego skrótowo ukazano, na czym polega wartość systemu, będącego szansą na realną zmianę jakości w nauczaniu przedszkolnym i wczesnoszkolnym. Należy jednak podkreślić, iż wskazówki dotyczące realizacji systemu Rocławskiego nie odbierają nauczycielom samodzielności myślenia, nie stanowią zbioru recept na sukces edukacyjny, lecz w istotny sposób wspomagają w wyborze właściwej drogi nauczania. Poglobioną analizę tego systemu należałoby przeprowadzić w osobnej publikacji, biorąc pod uwagę wypracowane w ostatnim czasie przez Rocławskiego i jego współpracowników nowe wskazówki metodyczne, podążające za zmianami, jakie stopniowo zachodzą we współczesnym świecie, a więc także w umysłach dzieci, które uczymy.

Bibliografia

- Borowska B. (2013), *Uczestnictwo licealistów polskich i francuskich w kulturze. Studium empiryczne*, Wydawnictwo KUL, Lublin.
- Borowska B. (2016), *Glottodydaktyka ojczystojęzyczna w systemie edukacyjnym B. Rocławskiego*, [w:] *Język i wychowanie. Księga jubileuszowa z okazji 45-lecia pracy naukowej Kazimierzy Krakowiak*, red. E. Domagała-Zyśk, A. Borowicz, R. Kołodziejczyk, Wydawnictwo KUL, Lublin, s. 111–123.
- Bortnowski S. (2007/2008), *Jak uczyłbym języka polskiego w szkole średniej dziś?*, „Język Polski w Liceum”, nr 2, s. 74.
- Brzezińska A., Burtowy M. (1985), *Psychopedagogiczne problemy edukacji przedszkolnej. Wybrane zagadnienia z teorii i metodyki wychowania przedszkolnego*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań.
- Burtowy M. (1992), *Przygotowywanie dzieci w wieku przedszkolnym do nauki czytania i pisanie w szkole*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań.
- Ellis N. C. (1996), *Sequencing in SLA*, „Studies in Second Language Acquisition”, 18, s. 91–126.
- Gorki M. (1918/1960), *Jak uczyłem się*, Nasza Księgarnia, Warszawa.
- Harmacińska-Kowalewska M. (2018a), *Pamięć a syntetyzowanie wyrazów z fonemów na etapie przygotowania do nauki czytania i pisanie*, Gdańsk (niepublikowana rozprawa doktorska).
- Harmacińska-Kowalewska M. (2018b), *Pamięć a syntetyzowanie wyrazów z fonemów w wybranych programach edukacji wczesnoszkolnej na etapie przygotowującym do czytania i pisanie*, „Edukacja”, nr 147, s. 22–32.

- Klus-Stańska D., Nowicka M. (2005), *Sensy i bezsensy edukacji wczesnoszkolnej*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne Spółka Akcyjna, Warszawa 2005, s. 5.
- Polański E. (1998), *Słownik ortograficzny dla najmłodszych Profesora Edwarda Polańskiego*, Wydawnictwa Szkolne PWN, Warszawa.
- Robinson K. (2011), *Zmiana paradygmatu edukacji*, [w:] *Rozwój i edukacja. Wielkie przewartościowanie*, red. J. Szomburg, seria „Wolność i Solidarność”, nr 42, Instytut Badań nad Gospodarką Rynkową, Gdańsk 2011, s. 61.
- Rocławska I. (1998), *Glottodydaktyka w kształceniu logopedów*, [w:] *Effata-otwarcie. Logopedia jako nauka interdyscyplinarna teoretyczna i stosowana*, red. I. Nowakowska-Kempna, Podyplomowe Studium Logopedii i Glottodydaktyki z Terapią Logopedyczną, Uniwersytet Śląski, Katowice.
- Rocławska I. (2010), *Wpływ glottodydaktyki na stan zaburzeń mowy*, [w:] *Logopedia u progu XXI wieku*, red. M. Młynarska, T. Smereka, Podyplomowe Studia Logopedyczne, Uniwersytet Wrocławski, Wrocław.
- Rocławska-Daniluk M. (2002), *Jakie aspekty języka polskiego wpływają na syntetyzowanie wyrazów z fonemów przez dzieci sześciolatnie?*, „Logopedia”, nr 30, s. 51–59.
- Rocławska-Daniluk M. (2007), *Rozwój sprawności syntetyzowania wyrazów z fonemów w grupie dzieci 6-letnich*, Glottispol, Gdańsk.
- Rocławska-Daniluk M. (2017), *Czytanie i pisanie. Metodyka zajęć korekcyjno-wyrównawczych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk.
- Rocławska-Daniluk M. (2019), *Problemy dysleksji, czyli specyficznych trudności w czytaniu – refleksje na kanwie lektury serii Anny Radwańskiej pt. „Jak pomóc dziecku z dysleksją”*, Warszawa 2017–2019, Wydawnictwo Difin S.A., „Logopaedica Łodziensia”, nr 3.
- Rocławski B. (1986), *Poradnik fonetyczny dla nauczycieli*, wyd. 2 popr., WSiP, Warszawa.
- Rocławski B. (red.) (1995/1998), *Moje spotkanie z glottodydaktyką*, Glottispol, Gdańsk.
- Rocławski B. (1996), *Nauka czytania i pisania*, Glottispol, Gdańsk.
- Rocławski B. (red.) (2005), *Opieka logopedyczna od poczęcia*, Glottispol, Gdańsk.
- Rocławski B. (2009), *Nabywanie umiejętności czytania i pisania wraz z rozwijaniem logicznego myślenia w glottodydaktyce ojczystojęzycznej*, [w:] *Wybrane zagadnienia edukacji człowieka w dzieciństwie*, red. D. Waloszek, Centrum Edukacyjne „Bliżej Przedszkola”, Kraków, s. 99–120.

Źródła internetowe

- www.prawo.vulcan.edu.pl/przegdok.asp?qdatprz=akt&qplikid=4186 (dostęp: 27.12.2019).
- Rocławski B. (2002/2012), *Glottodydaktyk – nauczyciel XXI wieku*, www.glottispol.pl/_sklep/index.php?p=product&aid=164&bcat=all&backTo=164, www.glottispol.pl (dostęp: 20.12.2019).

Summary

The system (or otherwise: method) of Bronisław Rocławski's glottodydactics has been described in many scientific publications. An overview of selected scientific studies on this subject published in Poland after 1996 presents the most important glottodydactics topics. In the summary, the authors made insights about the education crisis, as well as positive attitudes to support.

Joanna Zawadka*
Marlena Kurowska**
Elżbieta Sadowska***

ROZPOZNAWANIE SYTUACJI JĘZYKOWEJ DZIECKA DWU- I WIELOJĘZYCZNEGO Z WYKORZYSTANIEM LOGOPEDYCZNEGO KWESTIONARIUSZA ROZPOZNIANIA SYTUACJI JĘZYKOWEJ DZIECKA W PERSPEKTYWIE WIELOJĘZYCZNOŚCI I WIELOKULTUROWOŚCI

RECOGNIZING OF THE LANGUAGE SITUATION OF
A BILINGUAL AND MULTILINGUAL CHILD USING THE
SPEECH THERAPY QUESTIONNAIRE FOR RECOGNIZING
A CHILD'S LANGUAGE SITUATION IN THE PERSPECTIVE
OF MULTILINGUALISM AND MULTICULTURALISM

Słowa kluczowe: wielojęzyczność, zaburzenia rozwoju mowy i języka, wywiad logopedyczny.

Keywords: multilingualism, developmental disorders of speech and language, parent interview.

* Uniwersytet Warszawski, Instytut Polonistyki Stosowanej, 00-927 Warszawa, ul. Krakowskie Przedmieście 26/28, e-mail: joanna.zawadka@uw.edu.pl, ORCID: 0000-0002-3624-0693.

** Uniwersytet Warszawski, Instytut Polonistyki Stosowanej, 00-927 Warszawa, ul. Krakowskie Przedmieście 26/28, e-mail: m.kurowska5@uw.edu.pl, ORCID: 0000-0001-7582-108X.

*** Uniwersytet Warszawski, Instytut Polonistyki Stosowanej, 00-927 Warszawa, ul. Krakowskie Przedmieście 26/28, e-mail: e.sadowska3@uw.edu.pl, ORCID: 0000-0002-3854-3196.

Wprowadzenie

Logopedia jako nauka interdyscyplinarna o dużym znaczeniu społecznym stara się bezustannie wychodzić naprzeciw potrzebom pojawiającym się w życiu współczesnego człowieka. Dowodem przemian w niej zachodzących jest rosnący stopień specjalizacji form opieki logopedycznej, proponowanie przede wszystkim tych działań i rozwiązań, które oparte są na potwierdzonych empirycznie wynikach badań (*evidence-based practice*, EBP), a także rozszerzanie refleksji teoretycznej na obszary dotychczas nierozpoznane lub rozpoznane w zbyt małym zakresie. Choć niewątpliwie dwu- i wielojęzyczność nie należą do zjawisk nowych, jeszcze do niedawna pozostawały swego rodzaju *terra incognita* dla logopedii. Współcześnie możemy zaobserwować włączenie w coraz większym stopniu zakresu wiedzy psychologicznej, psycholingwistycznej oraz lingwistycznej dotyczącej dwu- i wielojęzyczności w obręb zainteresowań logopedii, co z kolei owocuje formowaniem się nowego obszaru refleksji naukowej nazwanego logopedią międzykulturową. Według Czaplewskiej (2018, s. 279) badania wchodzące w zakres logopedii międzykulturowej w większym stopniu niż w tradycyjnie pojętej logopedii odnoszą się do zróżnicowania językowego i kulturowego jako głównej zmiennej kształtującej zachowania osób. Poszerzenie pola badawczego wzmacnia potrzebę tworzenia lub adaptacji narzędzi służących do jego rozpoznania i opisu. Badacze podkreślają niedostateczne pod względem standaryzacji i mocno ograniczone zasoby, z których może korzystać polski logopeda (lub logopeda obcojęzyczny badający język polski) w ramach diagnozy językowej osób dwu- i wielojęzycznych (Łuniewska i in., 2016; Czaplewska, 2018; Haman i in., 2018). Mając na względzie te potrzeby, pragniemy przedstawić *Logopedyczny kwestionariusz rozpoznania sytuacji językowej dziecka w perspektywie wielojęzyczności i wielokulturowości* (Zawadka, Kurowska, Sadowska, w druku) – narzędzie stworzone z myślą o logopedach pracujących w poradniach psychologiczno-pedagogicznych, placówkach edukacyjnych, gabinetach prywatnych w Polsce i za granicą, do których trafiają dzieci z trudnościami w rozwoju mowy i języka, pochodzące ze środowisk dwu- lub wielojęzycznych.

Wywiad logopedyczny

Proces diagnozy logopedycznej dziecka rozpoczyna się najczęściej od wywiadu przeprowadzanego przez logopedę z rodzicami lub opiekunami prawnymi dziecka. W najszerszym znaczeniu wywiad rozumiany jest „jako metoda gromadzenia danych przez bezpośredni kontakt słowny z osobą udzielającą informacji dotyczących problemów, które interesują badacza” (Góralski, 2009, s. 38; Emiluta-Rozya, 2013, s. 14). Istnieje wiele opracowań logopedycznych zawiera-

jących gotowe propozycje schematów przeprowadzania wywiadu oraz wykazy pytań, które powinny zostać zadane przez logopedę. Pytania te stanowią pierwszą i zarazem integralną część autorskiego postępowania diagnostycznego. Wśród publikacji tego rodzaju w szczególności należy wymienić: *Wzór karty wywiadu w badaniu mowy Ireny Styczek* (1979, s. 221–223) oraz *Wywiad z rodzicami lub opiekunami dziecka* zamieszczony w *Karcie całościowego badania logopedycznego* – Danuty Emiluty-Rozya (2013, s. 55–56). Samodzielną a zarazem pogłębianą i poszerzoną o komentarze formą jest *Wywiad biologiczno-środowiskowy do wykrywania wczesnych uwarunkowań rozwoju mowy* – Wiesławy Fedorowskiej i Barbary Wardowskiej (1992). W praktyce logopedycznej wielu logopedów posiłkuje się również kartami wywiadów stworzonych pod kątem własnych potrzeb i specyfiki działań diagnostycznych.

Przeprowadzenie wywiadu daje możliwość poznania historii rozwoju dziecka, zapoznania się z jego najbliższym środowiskiem wychowawczo-edukacyjnym oraz poznania warunków, w jakich proces wzrostu, rozwoju i dojrzewania przebiegał od najwcześniejszych chwil jego życia aż do momentu zgłoszenia się do logopedy. Nadrzędnym celem jest zebranie jak największej ilości informacji o uwarunkowaniach przyswajania mowy i języka przez dziecko, o możliwych niekorzystnych czynnikach oddziałujących na ten proces, o czasie ich wystąpienia, rodzaju i stopniu nasilenia. Ważne jest również poznanie sposobów dotychczasowego leczenia oraz podjętych działań usprawniających. Często wywiad oparty jest na schemacie o wyrazistej budowie, a pytania w nim zawarte są pogrupowane tematycznie, obejmując: dane ewidencyjno-personalne (środowiskowe), dane dotyczące rozwoju dziecka – w okresie prenatalnym, okołoporodowym oraz postnatalnym. Szczególnie istotne jest zebranie informacji o rozwoju psychoruchowym i komunikacji językowej dziecka.

Logopeda, przeprowadzając wywiad, powinien zindywidualizować swoje postępowanie. Wybór tematów i głębokość poruszanych kwestii zależą od podejrzewanych przyczyn zaburzeń mowy. Inny jest zakres i poziom szczegółowości pytań, gdy rodzice dziecka zgłaszają nieprawidłowości w artykulacji, a inny, gdy dziecko ma trudności w rozumieniu i budowaniu wypowiedzi. Wywiad nie powinien być przeprowadzany w obecności dziecka. Rozmowa z rodzicami powinna przebiegać w przyjaznej i szczerzej atmosferze. Od osób w nią zaangażowanych wymaga się wzajemnego szacunku, pełnej koncentracji i uważności, a w bardziej złożonych przypadkach – również taktu, specjalnej wrażliwości logopedy. Niekiedy przeprowadzenie pełnego, wnikliwego wywiadu możliwe jest dopiero po pewnym czasie znajomości, ponieważ jedno spotkanie nie pozwala na zbudowanie wystarczającego zaufania i otwartości. Ważne jest również, aby zarówno logopeda, jak i rodzice czy opiekunowie mieli czas na odpowiednie przygotowanie się do wywiadu. Rodzice powinni zabrać ze sobą wszelką dostępną dokumentację dziecka, aby w razie potrzeby sprawdzić istotne informacje dotyczące jego rozwoju. Pomocne są też notatki

sporządzane przez rodziców na użytek własny (np. w jakim wieku dziecko zaczęło raczkować, wypowiadać pierwsze słowa itp.).

Często zebrane w wywiadzie logopedycznym informacje pozwalają na sformułowanie pierwszych hipotez odnośnie przyczyny nieprawidłowości rejestrowanych u dziecka – najczęściej ma ona charakter anatomiczny, funkcjonalny lub środowiskowy, choć zdarza się, że podłoże opóźnień lub zaburzeń rozwoju mowy jest wieloczynnikowe. Bywa jednak i tak, że zarówno analiza treści wywiadu, jak i wyników przeprowadzonych badań nie pozwalają na wskazanie czynników uszkadzających, a trudności dziecka do czasu wyjaśnienia określane są jako „zaburzenia o nieokreślonej etiologii”. Większość wykorzystywanych przez logopedów procedur wywiadów dotyczy rozwoju dzieci wychowywanych w środowisku jednojęzycznym. Omawiany w niniejszym artykule *Logopedyczny kwestionariusz rozpoznania sytuacji językowej dziecka w perspektywie wielojęzyczności i wielokulturowości* pozwala na przeprowadzenie **wywiadu ogólnego (wstępnego)**, a także **wywiadu ukierunkowanego (sprofilowanego)**, służącego w tym przypadku przede wszystkim zdobyciu informacji o środowisku wielokulturowym i wielojęzycznym, w którym wychowuje się dziecko, oraz pozwalającego na podjęcie próby określenia przyczyn problemów dziecka.

Typy dwu- i wielojęzyczności dzieci badanych *Logopedycznym kwestionariuszem rozpoznania sytuacji językowej dziecka w perspektywie wielojęzyczności i wielokulturowości*

Logopedyczny kwestionariusz rozpoznania sytuacji językowej dziecka w perspektywie wielojęzyczności i wielokulturowości służy poznaniu trudności z opanowaniem mowy i języka zarówno u dzieci młodszych, jak i starszych (w wieku szkolnym, klasy I–III), pochodzących z:

- rodzin polskich mieszkających za granicą (w tym także dzieci, których rodziny powracają obecnie do Polski);
- rodzin cudzoziemskich mieszkających w Polsce;
- rodzin cudzoziemsko-polskich mieszkających w Polsce i za granicą;
- rodzin polskich mieszkających w Polsce, stosujących wychowanie dwujęzyczne (ewentualnie wielojęzyczne).

Ze względu na różnorodną biografię językową (Miodunka, 2016) tych dzieci warto przez moment zatrzymać się przy kwestiach terminologicznych i typologicznych. W zależności od kolejności opanowywania języków badacze wyróżniają dwujęzyczność symultaniczną (równoczesną) oraz dwujęzyczność konsekwentną (sekwencyjną) (por. Kurcz, 2007, s. 21; Olpińska-Szkiełko, 2013, s. 54). Jeśli wziąć pod uwagę poziom opanowania obu języków, możemy mówić o dwujęzyczności dominującej i zrównoważonej (Pearson, 2008, s. 128). Gdy spojrzeć na kwestię dwujęzyczności z perspektywy relacji językowo-rodzinnych,

stwierdzimy, że w stosunku do niektórych dzieci będziemy opisywać ich sytuację, posługując się terminami język ojczysty (matczyny) oraz język obcy, a wobec innych dzieci konieczne stanie się dokonanie rozróżnienia między językiem ojczystym a językiem odziedziczonym (językiem ojczystym jako drugim; Lipińska, Seretny, 2016). Z kolei w przypadku innych dzieci bardziej trafne będzie korzystanie z określeń język pierwszy (a także język funkcjonalnie pierwszy), język drugi (Lipińska, 2003, s. 11–15, 41–43), czy nawet – języki pierwsze, drugie, trzecie, kolejne (Chłopek, 2011, s. 20).

Wymieniane w literaturze przedmiotu podziały z jednej strony uzmysławiają potrzebę wielostronnego ujmowania zjawisk kontaktu z więcej niż jednym językiem, a z drugiej – dostarczają niezbędnej terminologii pozwalającej na ujęcie tych zjawisk w dość jednoznacznej (na ile to możliwe) formule nazewniczej. Choć podstawowym celem *Logopedycznego kwestionariusza...* nie jest określenie typu dwu- lub wielojęzyczności, to jednak narzędzie to pozwala zgromadzić informacje, które ze względów diagnostycznych i prognostycznych są pomocne w opisie sytuacji językowej dziecka. W kwestionariuszu akcent pada na prześledzenie zmian i próbę odtworzenia historii rozwoju językowego osoby badanej. Zarejestrowanie faktów kształtujących dynamikę zjawisk może mieć kluczowe znaczenie dla rozpoznania przyczyn problemów dziecka. W trakcie rozmowy logopedy z rodzicami całościowy obraz wyłaniać się będzie stopniowo wraz z uwzględnieniem kolejnych danych dotyczących różnych obszarów funkcjonowania rodziny oraz samego dziecka. Dlatego też postulujemy stosowanie zarówno podejścia diachronicznego, jak i synchronicznego w opisie dwujęzyczności (lub wielojęzyczności) osoby badanej. Bliski jest nam pogląd mówiący o stawianiu się osobą dwujęzyczną (Lipińska, 2003, s. 115–116), przy czym – inaczej niż badacze glottodydaktycy – chcemy widzieć owo „stawanie się” także w perspektywie zmian rozwojowych, a nie tylko – wpływów społeczno-kulturowych. W praktyce oznacza to, że podejście logopedyczne będzie na pierwszym miejscu rozpatrywać dwujęzyczność lub wielojęzyczność dziecka w kontekście jego rozwoju osobniczego. Mając za cel diagnozę i następujące w jej konsekwencji projektowanie działań terapeutycznych, zachodzi bowiem potrzeba rozpoznania, na ile problemy językowe i komunikacyjne dziecka wynikają z jego kondycji rozwojowej, a na ile przyczynia się do nich sytuacja dwu- lub wielojęzyczności.

Zalecenia i ograniczenia wykorzystania *Logopedycznego kwestionariusza rozpoznania sytuacji językowej dziecka w perspektywie wielojęzyczności i wielokulturowości*

Pytania i stwierdzenia zawarte w kwestionariuszu służą poznaniu problemów dziecka, stanowiąc punkt wyjścia do rozmowy i pozyskania wybranych informacji odnośnie rozwoju ogólnego dziecka, jego rozwoju mowy i języka, kontekstu

rodzinnego, edukacyjnego, kulturowego, w jakim ono funkcjonuje. Zebrane dane mają ułatwić dokonanie diagnozy poprzez:

- odróżnienie objawów zaburzeń od zachowań wynikających z dotychczasowych językowych i kulturowych doświadczeń dziecka;
- wstępne określenie, który z języków wymaga stymulacji rozwoju;
- ustalenie kontekstów społecznych, w których pojawia się komunikacja w danym języku (z kim, kiedy, jak często i na jakie tematy możliwa jest komunikacja w danym języku).

Należy podkreślić, że bez uzyskania możliwie pełnego wykazu wspomnianych kontekstów społecznych nie należy podejmować decyzji o wycofaniu lub utrzymaniu któregoś z języków w kontakcie z dzieckiem.

Wskazane cele diagnostyczne znajdują odbicie w budowie kwestionariusza – pytania i stwierdzenia są uporządkowane w większe bloki tematyczne i określają zalecane tematy rozmowy w trakcie wywiadu logopedycznego. Logopeda sam wybiera i ocenia, które kwestie chce poruszyć (uwzględniając wiek dziecka, sytuację rodziny, rodzaj zgłaszanego problemu, wyniki badania przesiewowego itp.). Możliwe jest zatem pominięcie części pytań lub zmiana ich kolejności. Całość tworzy rozbudowaną i szczegółową strukturę, która umożliwia uwzględnienie i uporządkowanie różnorodnych informacji o dziecku zgromadzonych podczas pogłębionego, ukierunkowanego wywiadu logopedycznego.

Zaleca się, by przed podjęciem pracy z wykorzystaniem narzędzia poświęcić czas na jego poznanie i wstępne przygotowanie się do jego użycia tak, by budowana z jego pomocą struktura rozmowy miała charakter płynnej, spójnej i uporządkowanej wymiany informacji. Pytania i stwierdzenia w kwestionariuszu nie stanowią gotowego scenariusza wywiadu – to logopeda wypełnia formularz na podstawie otrzymanych odpowiedzi. Ponadto niektóre pytania w czasie wywiadu należy – w zależności od wiedzy rozmówców – sformułować w sposób bardziej przystępny (np. nie używając terminologii, obudowując przykładami). Ze względów etycznych należy poinformować rodziców/opiekunów o klauzuli poufności dotyczącej przekazywanych informacji, a także o prawie odmowy odpowiedzi na wybrane pytania bez podania przyczyny. Jeśli wymagane jest zebranie pogłębionego wywiadu logopedycznego, rozmowy z rodzicami/opiekunami dziecka trzeba rozłożyć na kilka spotkań, a ich przebieg wyznaczany jest z zachowaniem zasady indywidualizacji podejścia. Możliwe zatem, że w pewnych przypadkach obecna w *Logopedycznym kwestionariuszu*... lista pytań i stwierdzeń może okazać się niewystarczająca, dlatego logopeda nie powinien czuć się zwolniony z uważnego rejestrowania dostarczanych mu informacji, a w razie potrzeby wzbogacić wywiad o kolejne pytania – tym bardziej, że zawarte w kwestionariuszu elementy diagnostyczne odnoszą się głównie do najbardziej typowych sytuacji i problemów dzieci dwu-/wielojęzycznych.

Struktura Logopedycznego kwestionariusza rozpoznania sytuacji językowej dziecka w perspektywie wielojęzyczności i wielokulturowości

Kwestionariusz składa się z 6 części:

- A. Podstawowe dane.
- B. Historia rozwoju dziecka.
- C. Aktualny stan rozwoju dziecka.
- D. Dotychczasowe działania diagnostyczne i terapeutyczne.
- E. Środowisko wychowawcze dziecka.
- F. Umiejętności i zainteresowania, osiągnięcia edukacyjne.

Do wywiadu ogólnego (wstępnego) należy zaliczyć pytania i stwierdzenia zawarte głównie w częściach A–D, dzięki którym logopeda poznaje podstawowe informacje na temat dziecka i jego rodziny, np.: wiek dziecka, płeć dziecka, wiek rodziców, imiona rodzeństwa, uczestnictwo w edukacji przedszkolnej/szkolnej, przebieg ciąży i porodu, rozwój psychomotoryczny w pierwszych latach życia dziecka i stan obecny, rozwój mowy dziecka w pierwszych latach życia i stan obecny, podejmowane działania diagnostyczne, uczestnictwo w terapiach itd. Do wywiadu ukierunkowanego (sprofilowanego) zalicza się pytania i stwierdzenia zawarte przede wszystkim w częściach E i F, ale też w częściach A–D, które odnoszą się do sytuacji wielojęzycznego i wielokulturowego środowiska, w jakim przebywa dziecko, oraz do kluczowych objawów problemów adaptacyjnych i zaburzeń ogólnorozwojowych – w tym do zaburzeń ze spektrum autyzmu.

Pytania oraz stwierdzenia zawarte w kwestionariuszu stanowią punkt wyjścia do pozyskania różnorodnych informacji na temat dziecka – faktów i ocen. Do faktów zaliczymy przekazane przez rodziców dane o: wadze urodzeniowej; przebytych chorobach dziecięcych; wieku, w jakim pojawiły się pierwsze słowa itd. Choć informacje te traktowane są jako obiektywne, może się zdarzyć, że odpowiedzi będą się różnić w relacji matki i ojca dziecka. Mimo dostrzeżonych (przez logopedę czy samych rodziców) niezgodności lub wątpliwości odnośnie prawdziwości podawanych informacji wszystkie odpowiedzi opiekunów powinny zostać odnotowane w kwestionariuszu. Rodzic ma możliwość sprostowania tego typu informacji na kolejnym spotkaniu, jeśli uda mu się odnaleźć w domowym archiwum wiarygodne źródło danych, nieuwzględnione w czasie spotkania z logopedą, np. karta bilansu dziecka. Zdarza się, że rodzice myślą kolejność zdarzeń lub w ogóle nie potrafią sobie przypomnieć „szczegółów”, o które pytamy i które dla logopedy stanowią kluczową informację. Jeśli rodzice są w stanie udzielić odpowiedzi tylko w bardzo ogólny sposób, to pomocne mogą stać się pytania o subiektywne odczucia rodziców dotyczące pewnego okresu życia dziecka. Przykładowo, gdy rodzic nie pamięta, w jakim wieku dziecko siadało samodzielnie, logopeda może zapytać, czy w odczuciu rodziców było to o czasie,

czy raczej wzbudzało to ich niepokój i mieli poczucie, że umiejętność rozwijała się z opóźnieniem. Logopeda może też odnieść się do innych umiejętności dziecka, które powinny pojawić się w tym okresie, np. lęk przed obcymi (Bee, 2008, s. 163, 192). Czasem pomocne może być również przeanalizowanie przez rodziców nagrań i zdjęć dziecka z danego okresu.

Z kolei do informacji subiektywnych zaliczymy odpowiedzi uzyskane na pytania o ocenę poziomu rozwoju dziecka w różnych aspektach jego funkcjonowania. Rodzic ma subiektywnie ocenić na skali od 1 (bardzo niski) do 5 (bardzo wysoki) poziom rozwoju danej umiejętności. Taka formuła pozwala zorientować się, czy fakty dotyczące rozwoju dziecka nie są przez rodziców niewłaściwie interpretowane: zbyt przeceniane lub niedoceniane, a przez to, czy wymagania rozwojowe wobec dziecka nie są (nie były) stawiane na zbyt niskim lub zbyt wysokim poziomie, co także może przyczyniać się do tworzenia czy pogłębiania się problemów.

Uzyskane podczas wywiadu dane będą częściowo odnotowane w kwestionariuszu w postaci wyboru odpowiedniej, przewidzianej opcji odpowiedzi (np. tak/nie, wybór najlepiej pasującego opisu zachowania, ocena na skali). W pozostałych przypadkach logopeda będzie wpisywał w przeznaczone do tego miejsce syntetyczną odpowiedź rodzica (opiekuna) (np. umieszczając przykład wypowiedzi dziecka, podając nazwę przedszkola, opisując dostrzeżone problemy w zachowaniu dziecka). Oczywiście w przypadku pytań zamkniętych logopeda może starać się dopytać o potrzebne szczegóły w trakcie rozmowy.

W czasie spotkania z rodzicem logopeda musi być uważny i wyczulony na informacje, które mogą okazać się kluczowe dla postawienia wstępnego rozpoznania. Nie można zapominać, że rodzic nie posiada specjalistycznej wiedzy, w takim zakresie jak logopeda, co oznacza, że często nie jest w stanie interpretować zachowań dziecka przez pryzmat konkretnych zaburzeń. Zdarza się, iż logopeda uzyskuje interesujące informacje, mimo iż nie były one przedmiotem konkretnego pytania, np. rodzic wskazuje, iż w wolnym czasie dziecko najczęściej patrzy na wirującą pralkę lub przekłada kartki w encyklopedii. Mimo że zachowanie to nie wzbudza niepokoju rodzica, dla logopedy jest wskazówką, iż powinien pogłębić wywiad o pytania z zakresu całościowych zaburzeń rozwojowych. Podobnie może być z informacjami dotyczącymi sprawności motorycznej – rodzic stwierdza, że dziecko nie potrafi jeździć na rowerku, ale bardzo chętnie bawi się elementami roweru, np. wiele godzin jest w stanie obracać koła, jak również zna wszystkie firmy produkujące rowery. Ponownie, choć nie było to przedmiotem pytania, uzyskana informacja pozwala diagnoście podejrzewać, że u dziecka mogą występować niepokojące objawy ze spektrum autyzmu.

W *Logopedycznym kwestionariuszu...*, obok zwrócenia uwagi na uwarunkowania endogenne, uwzględniono również możliwy wpływ czynników egzogennych na powstanie nieprawidłowości w rozwoju mowy i języka dziecka.

Wśród stwierżeń i pytań pojawiły się więc zagadnienia związane ze sposobem budowania przez najbliższe środowisko rodzinne sytuacji komunikacyjnych. Niejednokrotnie bowiem niewłaściwa, nieadekwatna stymulacja rozwoju dziecka, tzn. niedostosowana do jego wieku i możliwości, skutkuje opóźnieniem rozwoju mowy i języka. Z jednej strony dziecko może nie zwracać uwagi na komunikaty werbalne, nie słuchać wypowiedzi, ponieważ są one formułowane przez rodziców w zbyt szybkim tempie, chaotycznie czy w formie bardzo złożonych, skomplikowanych konstrukcji. Z drugiej – opiekunowie mogą nie zwracać uwagi na komunikaty niewerbalne małego dziecka: gesty, miny, nieartykułowane dźwięki. A zatem u dziecka nie zostaje ukształtowana postawa komunikacyjna, która pozwala na przyswajanie jakiegokolwiek języka. Dziecko nie zwraca się do osoby mówiącej, nie patrzy na nią, nie słucha jej. Niekiedy niewłaściwa stymulacja rozwoju umiejętności komunikacyjnych u dziecka może być spowodowana koncentracją rodziny na młodszym rodzeństwie lub też w danej rodzinie brakuje pewnych nawyków spędzania czasu wspólnie z dzieckiem, wspólnych zabaw, spacerów. Dziecko rozwija się otoczone różnymi urządzeniami i tzw. wysokimi technologiami przy znacznie ograniczonym kontakcie z drugą osobą (Kurowska, 2017). Zagadnienia te wiążą się również ze stylami wychowawczymi przyjętymi w danej rodzinie. Partnerskie traktowanie dziecka – w stylu demokratycznym – motywuje je do komunikowania się z otoczeniem, sprzyja kształtowaniu umiejętności werbalnych, natomiast style autokratyczny i liberalny ograniczają te możliwości. Ponadto trudności w rozwoju umiejętności komunikacyjnych mogą być związane z odmienną od polskiej kulturowo tradycją wychowywania dziewczynek i chłopców – stawiane są im inne wymagania wychowawcze, od wczesnego dzieciństwa inaczej przebiega ich przygotowanie do odgrywania ról społecznych, inne są ich prawa i obowiązki, a także inne tematy są z nimi poruszane w rozmowach. Z jednej strony logopeda powinien dostrzegać te odmienności, wskazywać możliwe źródła utrudniające rozwój umiejętności komunikacyjnych i językowych, stymulować oraz kształtować postawy sprzyjające wzrostowi kompetencji, z drugiej jednak – powinien szanować przekaz kulturowy i tradycje obowiązujące w danej grupie społecznej.

Podsumowanie

Prezentowany w niniejszym artykule *Logopedyczny kwestionariusz rozpoznania sytuacji językowej dziecka w perspektywie wielojęzyczności i wielokulturowości* to propozycja, która będzie pomocnym narzędziem przy przeprowadzaniu pogłębianego wywiadu logopedycznego w przypadku podejrzenia trudności z rozwojem mowy i języka u dzieci wychowujących się w środowisku wielojęzycznym i wielokulturowym. Mając na względzie zróżnicowaną językowo i kulturowo

grupę dzieci, do których będzie się on odnosił, a także różnorodność sytuacji diagnostycznych, kwestionariusz przyjął postać rozbudowanej, wieloelementowej struktury. W przyszłości mamy nadzieję zaprezentować także inne niż polska wersje językowe omawianego narzędzia.

Bibliografia

- Bee H. (2008), *Psychologia rozwoju człowieka*, Wydawnictwo Zyska i S-ka, Warszawa.
- Chłopek Z. (2011), *Nabywanie języków trzecich i kolejnych oraz wielojęzyczność. Aspekty psycholingwistyczne (i inne)*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław.
- Czaplewska E. (2018), *Rola logopedii we współczesnych społeczeństwach wielokulturowych*, [w:] *Logopedia międzykulturowa*, red. E. Czaplewska, Harmonia Universalis, Gdańsk, s. 261–278.
- Emiluta-Rozya D. (2013), *Całościowe badanie logopedyczne z materiałem obrazkowym*, Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, Warszawa.
- Fedorowska W., Wardowska B. (1992), *Wywiad biologiczno-środowiskowy do wykrywania wczesnych uwarunkowań rozwoju mowy*, Uniwersytet Gdański, Gdańsk.
- Góralski A. (2009), *Metodologia badań pedagogicznych w zarysie*, Wydawnictwo Universitas Rediviva, Warszawa.
- Haman E., Łuniewska M., Maryniak A., Wodniecka Z. (2018), *Specyficzne zaburzenie językowe (SLI) i dwujęzyczność: pozorne związki i realne konsekwencje*, [w:] *Logopedia międzykulturowa*, red. E. Czaplewska, Harmonia Universalis, Gdańsk, s. 150–173.
- Kurcz I. (2007), *Psychologiczne aspekty dwujęzyczności*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Kurowska M. (2017), *Rola rodziców w procesie stymulacji mowy dziecka z opóźnionym rozwojem mowy*, „Forum Logopedy”, nr 22, s. 23–27.
- Lipińska E. (2003), *Język ojczysty, język obcy, język drugi. Wstęp do badań dwujęzyczności*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Lipińska E., Seretny A. (2016), *Język odziedziczony – polszczyzna pokoleń polonijnych*, „Poradnik Językowy”, nr 10, s. 45–61.
- Łuniewska M., Kołak J., Kacprzak A., Białecka-Pikul M., Haman E., Wodniecka Z. (2016), *Wyzwania w diagnozie rozwoju językowego dzieci dwu- i wielojęzycznych*, [w:] *Głos, język, komunikacja*, t. 2, red. A. Myszka, E. Oronowicz-Kida, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów, s. 35–56.
- Miodunka W. (2016), *Biografia językowa jako jedna z metod badania dwujęzyczności*, [w:] *Bilingwizm polsko-obcy dziś. Od teorii i metodologii badań do studiów przypadków*, red. W. Miodunka, R. Dębski, Księgarnia Akademicka, Kraków, s. 49–88.
- Olpińska-Szkiełko M. (2013), *Wychowanie dwujęzyczne w przedszkolu*, Wydawnictwo Naukowe Instytutu Kulturologii i Lingwistyki Antropocentrycznej Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa.
- Pearson B. Z. (2008), *Jak wychować dziecko dwujęzyczne*, Media Rodzina, Poznań.
- Styczek I. (1979), *Logopedia*, PWN, Warszawa.

Summary

In the article, we present the assumptions of the *Logopedyczny kwestionariusz rozpoznania sytuacji językowej dziecka w perspektywie wielojęzyczności i wielokulturowości* (Zawadzka, Kurowska, Sadowska, in print), which is a tool supporting an in-depth parent interview for initial speech and language evaluation in the event of suspected difficulties in developing speech and language in children growing up in a multilingual and multicultural environment.

CZEŚĆ III

**INTERDYSCYPLINARNOŚĆ
W DIAGNOZIE I TERAPII
ZABURZEŃ MOWY ZWIĄZANYCH
Z NIEWYKSZTAŁCONĄ
KOMPETENCJĄ JĘZYKOWĄ**

Alicja Chilińska-Pułkowska*

SPRAWNOŚĆ KOMUNIKACYJNA OSÓB Z GŁĘBOKĄ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ

THE COMMUNICATION EFFICIENCY OF PERSONS WITH PROFOUND INTELLECTUAL DISABILITIES

Słowa kluczowe: niepełnosprawność intelektualna, głęboka niepełnosprawność intelektualna, komunikacja, AAC, komunikacja alternatywna i wspomagająca, logopedia.

Keywords: intellectual disability, profound intellectual disability, communication, AAC, alternative and augmentative communication, speech therapy.

Wprowadzenie

Zagadnienie kompetencji i sprawności komunikacyjnej osób z głęboką niepełnosprawnością intelektualną to temat pozostający nadal na pograniczu rozważań teoretycznych i praktycznych logopedów. Przedmiotem logopedii są „biologiczne uwarunkowania języka i zachowań językowych” (Grabias, 2016, s. 35), a logopeda powinien posiadać „procedury i narzędzia badawcze pozwalające oceniać i interpretować wypowiedzi jednostki (w jej pełnym, werbalnym oraz gestyczno-mimicznym charakterze)” (Grabias, 2012, s. 57–58). Wobec tej warunkującej definicji trudno sprostać wymaganiom terapeutycznym, diagnostycznym i badawczym, jakie stawia przed logopedami grupa osób niemownych i niemówiących¹.

* Uniwersytet Gdański, Instytut Logopedii, 80-308 Gdańsk, ul. Wita Stwosza 58, e-mail: alapruszcz@wp.pl

¹ Pojęcie niemowności nie jest obecne ani w językoznawstwie, ani w logopedycznym dyskursie. Mirosław Michalik dokonuje swoistej reinterpretacji pojęć *mowy* i *mówienia* oraz proponuje następujące definicje: *niemówienie* to sytuacja, w której „nadawca, chcąc przekazać odbiorcy pewną informację, nie wybiera z kodu językowego odpowiedniego słownictwa i struktur gramatycznych, nie uruchamia narządów mownych mających zrealizować formę wybranych jednostek językowych, w wyniku czego nie wysyła fal

Rzeczywistość terapeutyczna wymaga jednak podejmowania działań rehabilitacyjnych, gdyż „podstawowym zadaniem rehabilitacji dziecka z niepełnosprawnością jest opanowanie przez nie umiejętności porozumiewania się” (Bombińska-Domżał, 2012, s. 503). Mimo że problematyka rozwoju umiejętności porozumiewania się u dzieci niemówiących, zwłaszcza dzieci z głęboką niepełnosprawnością intelektualną, jest wciąż niedostatecznie zbada i opisana, trudno nie zgodzić się ze stwierdzeniem, iż „wykorzystanie systemów komunikacji alternatywnej i wspomagającej daje szansę dzieciom nie mogącym porozumiewać się werbalnie na pełniejsze uczestnictwo w życiu społecznym i kulturalnym” (Bombińska-Domżał, 2012, s. 503). Podejmowane badania, rozważania teoretyczne i praktyczne są niezbędne do poszerzania wiedzy na temat opisywanego zjawiska.

Jak zaznacza Alina Smyczek, logopeda wraz z fizjoterapeutą stanowią pierwszy zespół diagnostyczny i terapeutyczny małego dziecka zagrożonego niepełnosprawnością. Narzuca to konieczność posiadania wiedzy na temat wszystkich dostępnych sposobów postępowania, gdy zespół ów stwierdzi mogące pojawić się poważne trudności w rozwoju umiejętności porozumiewania się. Logopeda powinien orientować się w formach diagnozy zachowań komunikacyjnych oraz w formach terapii z wykorzystaniem alternatywnych i wspomagających metod komunikacji już na najwcześniejszym etapie wspomagania rozwoju (por. Smyczek, 2006, s. 71). Powinien także wykazać się umiejętnościami, które Mirosław Michalik nazywa kompetencją lingwoedukacyjną i definiuje jako dostateczny poziom wiedzy i umiejętności terapeuty w zakresie: „1. Kształtowania zdolności odbiorczych osób niemówiących/niemownych [...]; 2. Wyposażania osoby niemówiącej lub niemownej w sposoby przekazywania wiedzy [...]; 3. Umiejętności diagnozowania stopnia przyswojenia kompetencji lingwistycznej przez osobę niemówiącą/niemowną” (Michalik, 2018, s. 204).

Charakterystyka funkcjonowania osoby z głęboką niepełnosprawnością intelektualną

Iloraz inteligencji osób z głęboką niepełnosprawnością intelektualną wynosi poniżej 20 (tzn. 5 i więcej odchyłeń standardowych). Literatura przedmiotu uwzględnia podział wewnątrz tej grupy na jednostki bardziej lub mniej

akustycznych do ucha odbiorcy, w którego narządach odbiorczych nie dokonuje się recepcja dźwięku i jego interpretacja mentalna” (Michalik, 2018, s. 44). Za nadrzędne do pojęcia *niemówienia* uznaje pojęcie *niemowności*, które definiuje jako „niepodejmowanie zespołu czynności, jakie przy udziale języka wykonuje człowiek mówiący [...], nie pozna je przy tym samymi rzeczywistości na poziomie osób mownych, nie przekazuje także jej interpretacji [...] innym uczestnikom życia społecznego” (Michalik, 2018, s. 44).

niepełnosprawne. Dokonuje się go na podstawie ilorazu inteligencji i według następującej skali: 0–9 – bardziej głębokie, 10–19 – mniej głębokie (por. Kostrzewski, 1981, s. 102; Zasępa, 2016, s. 140). Zgodnie z charakterystyką dostępną w opracowaniach osoby te posiadają znaczne ograniczenia w porozumiewaniu się, odbieraniu i nadawaniu komunikatów, wykonywaniu poleceń, mają głęboko zaburzone funkcje ruchowe i percepcyjne. Towarzyszą temu zarówno zmiany neurologiczne, jak i zaburzenia wzroku i słuchu, liczne deformacje oraz schorzenia wymagające leczenia specjalistycznego (por. Bobińska i in., 2012; Kępiński, 2018, s. 370). Nawet jeśli nie diagnozuje się wad fizycznych w zakresie funkcjonowania wzrokowego czy słuchowego, zawsze rozpoznaje się ograniczenia procesów orientacyjno-poznawczych, intelektualnych, wykonawczych, motywacyjnych oraz emocjonalnych (Kostrzewski, 1981, s. 102; Lausch-Żuk, 2005, s. 150). Przyjmuje się, że osoby te nie przekroczą ogólnego poziomu sprawności intelektualnych trzyletniego dziecka, a w zakresie przystosowania społecznego – poziomu dziecka czteroletniego (por. Kostrzewski, 1981; Kępiński, 2018, s. 371).

Obserwowane dysfunkcje warunkują ograniczoną aktywność własną, potrzebę wspierania czynności życiowych oraz konieczność stałej opieki przez całe życie (por. Smith, 2009, s. 311; Zasępa, 2016, s. 140). Opiekę tę przejmują zazwyczaj rodzice lub specjalistyczne instytucje pełniące funkcję placówek rewalidacyjnych lub opiekuńczych. „Większość [...] w ciągu całego życia wymaga uwagi, pielęgnacji i troski, jaką otaczać trzeba małe dziecko. Ci, którzy potrafią chodzić bez pomocy, wymagają nadzoru, ponieważ nie umieją ustrzec się zwykłych fizycznych niebezpieczeństw” (Clarke i Clarke, 1969, s. 19).

Istotnym problemem w funkcjonowaniu osoby z głęboką niepełnosprawnością intelektualną jest, wspomniana wyżej, minimalna aktywność własna. Brak możliwości doświadczania rzeczywistości, zmniejszony dopływ wrażeń oraz niemożność prawidłowego odbierania i odczuwania bodźców sensorycznych warunkują ograniczenia w postrzeganiu siebie jako odrębnej jednostki. Zaburzone jest poczucie własnego „ja”, odczuwanie tożsamości i rozumienie odrębności, co stanowi o całkowitym subiektywizmie, niekiedy również o bierności w postrzeganiu rzeczywistości. Może to mieć znaczący wpływ na rozwój umiejętności w zakresie porozumiewania (Frohlich, 2016).

Należy zwrócić uwagę na dużą rozpiętość rozwoju poszczególnych umiejętności i funkcji w zależności od głębokości niepełnosprawności intelektualnej:

[...] od braku percepcji do zdolności spostrzegania przedmiotów, czynności, sytuacji, od braku koncentracji uwagi mimowolnej przez dość długi czas; od braku zdolności opanowania kilku słów i rozumienia nawet melodii słów do porozumiewania się 2- lub 3-wyrazowymi zdaniami oraz rozumienia prostych poleceń [...]; od niezdolności opanowania jakiegokolwiek umiejętności [...] do sprawnego wykonywania prostych zadań porządkowych i innych (Kostrzewski, 1981, s. 104).

Podsumowując, osoby z głęboką niepełnosprawnością doświadczają całościowych i wielorakich ograniczeń we wszystkich dziedzinach codziennego życia. Zarówno w zakresie funkcjonowania emocjonalnego, poznawczego, ruchowego, fizycznego, jak i społecznego. Mają trudności w zaspokajaniu swoich potrzeb, nawiązywaniu kontaktów i więzi. Uzależniają się od pomocy, wsparcia i interpretacji swoich zachowań od rodziców, opiekunów, terapeutów.

Autorzy podkreślają wiążącą się z tym samotność, brak akceptacji, demobilizację (Frohlich, 2016). „Sytuacja osób z głębokim stopniem niepełnosprawności jawi się jako szczególnie trudna, stąd niezwykle ważne jest znalezienie sposobów, które pozwoliłyby na przewyższanie ograniczeń w ich własnej aktywności, samostanowieniu i porozumiewaniu się” (Rudomska, 2016, s. 122).

Sprawność komunikacyjna osób z głęboką niepełnosprawnością intelektualną

Mowa – jako „układ czynności, jakie przy udziale języka wykonuje człowiek, poznając świat i przekazując wiedzę o sobie i świecie innym uczestnikom życia społecznego” (Grabias, 2012, s. 61) – u osób z głęboką niepełnosprawnością intelektualną nie rozwija się. W charakterystykach przytaczanych w publikacjach czytamy, że osiąga ona okres melodii. Dzieci krzyczą, głużą, gaworzą, niekiedy są w stanie opanować 2–3 wyrazy, które nie są kojarzone z konkretną sytuacją, zdarzeniem czy potrzebą (Kaczorowska-Bray, 2012, s. 60; Błeszyński, 2012, s. 196). Dlatego u podstaw porozumiewania się z osobami z głęboką niepełnosprawnością intelektualną „leży odczytywanie ich zachowań w kategoriach komunikatu” (Smyczek, Siwiec, 2000, s. 55).

Charakterystyki osób z głębokim upośledzeniem umysłowym – poza wzmianką o ilorazie inteligencji – nie zawierają zbyt wielu danych, zwłaszcza o charakterze funkcjonalnym. Informacje dotyczące tak ważnego obszaru, jakim jest komunikacja, najczęściej mówią o jej braku lub niemożności jej nawiązania; czytamy: uczeń nie reaguje, uczeń nie wykazuje zainteresowania, kontakt z uczniem jest niemożliwy (Baraniewicz i Baraniewicz, 2007, s. 195).

Pod względem poziomu funkcjonowania komunikacyjnego grupa ta jest bardzo różnorodna. U większości jednak „poziom komunikacji zredukowany jest [...] do podstawowych potrzeb” (Błeszyński, 2012, s. 199). Osoby niepełnosprawne w stopniu głębokim podzielić można na te, które komunikują się w sposób przedintencjonalny i te, których komunikacja osiąga poziom intencjonalny (por. Baraniewicz i Baraniewicz, 2007).

W przypadku porozumiewania się na poziomie przedintencjonalnym skuteczność nadawania uzależniona jest od interpretacji zachowań mogących mieć znaczenie komunikacyjne. Obserwacja sygnałów płynących od dziecka wymaga

od odbiorcy szczególnej uważności i wrażliwości zarówno na reakcje fizjologiczne (oddech, pocenie się, rytm serca, źrenice, zabarwienie skóry, napięcie mięśniowe), jak i afektywne (mimika, postawa i ruchy ciała, gesty, kompleks ożywienia², proksemika), a także na wszelkie niewerbalne formy porozumiewania się (natężenie, wysokość głosu, tempo mówienia), dźwięki niejęzykowe (śmiech, pisk, krzyk, mruczenie, mlaskanie, ziewanie) (por. Smyczek, Siwiec, 2000; Baraniewicz i Baraniewicz, 2007; Kaczorowska-Bray, 2012).

Komunikacja intencjonalna odbywa się poprzez sygnały zapowiadające, fizyczne naprowadzanie, gest i najtrudniejszy do opanowania model, czyli mowę (por. Baraniewicz i Baraniewicz, 2007; Kaczorowska-Bray, 2012). Należy pamiętać, że mowa, nawet jeśli się pojawi, nie będzie nigdy stanowiła głównego sposobu porozumiewania się z osobą z głębokimi zaburzeniami rozwoju intelektualnego (por. Jęczeń, 2015, s. 278).

Wysyłając komunikaty intencjonalne, osoba korzysta zazwyczaj z kombinacji dźwięków, gestów, spojrzeń, ruchów ciała. Rozumie przy tym, że jej zachowanie skutkuje realizacją potrzeby. Aby „gotowość do komunikacji wyrażana przez nieintencjonalne reakcje i zachowania zmieniała się w komunikację intencjonalną, musi nastąpić reakcja otoczenia, polegająca na prawidłowej interpretacji i reagowaniu na obserwowane sygnały, które osoba wysyła” (Marcinkowska, 2013, s. 36).

Metodologia badań własnych

Ocena możliwości i umiejętności komunikacyjnych osób z głęboką niepełnosprawnością intelektualną to trudny proces. Wymaga od terapeuty uwzględnienia u badanego trudności motorycznych, pojawiających się przetrwałych odruchów, stereotypii ruchowych, zaburzeń percepcyjnych i sensorycznych, zaburzeń uwagi, zaburzeń emocjonalnych, wśród których mogą pojawiać się zachowania agresywne lub autoagresywne (por. Baraniewicz i Baraniewicz, 2007).

Rozpoczynając pracę z dzieckiem, oceniamy jego indywidualne możliwości komunikacyjne. Ich ocena stanie się bazą przy konstruowaniu planu terapii i dobieraniu strategii komunikacyjnych³. W przypadku dziecka z głęboką niepełnosprawnością intelektualną wykorzystanie sformalizowanych testów – zarówno ogólnych testów inteligencji, jak i testów wybiórczych badających rozumienie mowy lub zdolności artykulacyjne – jest niemożliwe. Opierają się one bowiem na diagnozie funkcji, które u tych dzieci są znacznie zaburzone i upośledzone. Zakładają

² Znaczenie kompleksu w procesie rozwijania funkcji komunikacyjnych opisują Elżbieta Minczakiewicz (2006) oraz Monika Jerzyk (2019).

³ Strategia komunikacyjna (strategia AAC) to „proces lub planowanie określonego działania w celu wykorzystania go dla poprawy skuteczności porozumiewania się osoby ze złożonymi potrzebami komunikacyjnymi [...]” (Grycman, 2015, s. 8).

ponadto, że badany widzi, słyszy, rozumie polecenia, manipuluje przedmiotami i mówi (por. Pisarek, 2005, s. 106).

Na potrzebę niniejszych badań wykorzystano narzędzie Magdaleny Grycman *Sprawdź, jak się porozumiewam. Ocena efektywności porozumiewania się dzieci ze złożonymi zaburzeniami komunikacji wraz z propozycjami strategii terapeutycznych*⁴ (Grycman, 2015) oraz model Indywidualnego Systemu Komunikacyjnego (ISK)⁵. Korzystając z powyższych narzędzi, określono poziom umiejętności porozumiewania się poprzez wyliczenie średniej z poszczególnych ocenianych sfer (por. Grycman, 2015, s. 9), gdzie wyniki 0–0,5 określają niską skuteczność, a 1–2 umiarkowaną skuteczność porozumiewania się. Poddano również analizie zachowania badanych i uwzględniono oraz wyróżniono te, które uznano za komunikacyjne.

Badaniem objęto dziesięcioro podopiecznych Ośrodka Rehabilitacyjno-Edukacyjno-Wychowawczego w Pruszczu Gdańskim. Są to osoby w wieku od 3 do 17 lat (2 osoby w wieku 17 lat, 3 osoby w wieku 7–12 lat, 5 osób w wieku 3–5 lat). Wszyscy uczniowie posiadają orzeczenie o głębokim stopniu niepełnosprawności. Wśród badanych są dzieci, których niepełnosprawność jest wynikiem skrajnego wcześniactwa (2 osoby), mózgowego porażenia dziecięcego (3 osoby), encefalopatii i padaczki lekoopornej (2 osoby), Zespołu Wolfa-Hirschhorna (1 osoba), Zespołu Westa (1 osoba) i Zespołu Sanfilippo (1 osoba).

Diagnozy dokonywano w czerwcu oraz we wrześniu 2019 r. Badania przeprowadzono w oparciu o obserwację, analizę danych uzyskanych z wywiadu z terapeutami pracującymi z dzieckiem oraz analizę dokumentacji medycznej, psychologicznej i pedagogicznej (opinia, diagnoza funkcjonalna, Indywidualny Program Edukacyjno-Terapeutyczny)⁶.

⁴ Publikacja jest skutecznym narzędziem wspierającym diagnozę zaburzonych funkcji w zakresie porozumiewania się, a także doskonałą pomocą podczas ustalania planu terapii dziecka ze specjalnymi potrzebami komunikacyjnymi. Na poziomie diagnozy analizowana jest skuteczność porozumiewania się w zakresie przekazu informacji, budowania wypowiedzi, funkcjonalnego współgrania z rozmówcą oraz motywacji i nastawienia do komunikacji. Analiza danych pozwala terapeutce na określenie skali (poziomu) umiejętności i dostosowanie do tego poziomu odpowiednich strategii (Grycman, 2015).

⁵ Jak definiuje Monika Jerzyk, ISK jest „wieloelementowym tworem uwzględniającym wszystkie możliwości użytkownika w zakresie porozumiewania, jak również wiele warunków koniecznych do tego, aby porozumiewanie się osoby z głęboką wieloraką niepełnosprawnością było możliwe” (Jerzyk, 2013, s. 36).

⁶ Wsparcie terapeutów podczas procesu diagnostycznego umożliwia szersze spojrzenie i zmniejsza ryzyko przeoczenia istotnego momentu mającego znaczenie komunikacyjne. Wspólna analiza danych pomaga w skutecznej interpretacji zachowań oraz wyodrębnienie tych, które nie pojawiają się zawsze, a jedynie w określonych sytuacjach (np. podczas karmienia, zajęć z hipoterapii, hydroterapii czy zajęć muzycznych). Analiza dokumentacji jest niezbędna do określenia aktualnego poziomu funkcjonowania dziecka, jego stanu zdrowia, stanu emocjonalnego i motorycznego.

Dużym atutem badań była znajomość osób nimi objętych. Dzieci są podopiecznymi placówki, w której pracuje zarówno osoba badająca, jak i terapeuci wspierający proces diagnostyczny. Diagnoza odbywała się w komfortowych warunkach, podczas kilku spotkań odbywających się w formie indywidualnych półgodzinnych zajęć. Następnie, podczas spotkania zindywidualizowanego pod kątem poszczególnych uczniów, przeanalizowano wnioski i zebrano dodatkowe dane z wywiadu z terapeutami.

Charakterystyka sposobów komunikacji badanej grupy

Po dokonaniu oceny umiejętności komunikacyjnych w zakresie przekazu informacji, budowania wypowiedzi, funkcjonalnego współgrania z rozmówcą, ogólnego nastawienia i motywacji do komunikacji (por. Grycman, 2015) oraz wyliczeniu średniej z poszczególnych zakresów, zdiagnozowano niską skuteczność w zakresie umiejętności porozumiewania się u ośmiorga badanych (wynik 0–0,5). Dwoje dzieci pozostaje na wyższych poziomach (poziom 1 i poziom 2).

Dalsza analiza pozwoliła na wyodrębnienie czynności, sytuacji i aktywności, które motywują do komunikacji. U dzieci o niskiej skuteczności zakres tematyczny jest bardzo wąski i dotyczy przede wszystkim jedzenia, sygnalizowania zadowolenia podczas ulubionych aktywności (stymulacja dotykowa, zapachowa, zajęcia muzyczne, zajęcia z wykorzystaniem zabawek wibrujących, świecących, grających, zabawy kontaktowe i baraszkowanie, dogoterapia) lub dyskomfortu związanego z hałasem, zbyt długim przyjmowaniem nie ulubianej pozycji (siedzenie w siedzisku), trudnościami podczas przyjmowania pokarmów, zabranieniem ulubionej zabawki, koniecznością korzystania ze specjalistycznego sprzętu rehabilitacyjnego (łuski, gorset, okulary, pionizator).

Wśród obserwowanych zachowań, które po analizie uznano za komunikacyjne, najczęściej powtarzają się zachowania fizjologiczne w postaci przyspieszonego oddechu, wzmożonego napięcia mięśniowego, przyspieszonej akcji serca oraz afektywne, takie jak wzrok (kierowanie wzroku w określone miejsce lub na przedmiot, zamykanie oczu, odwracanie wzroku), mimika, ruchy ciała, gesty, kompleks ożywienia, proksemika (dziecko zbliża się do terapeuty lub oddala, w zależności od nastawienia do sytuacji), natężenie, wysokość głosu, dźwięki niejęzykowe (śmiech, pisk, krzyk, mruczenie, mlaskanie, ziewanie, dźwięki gardłowe, nucenie, kłaskanie, cmokanie). Zaobserwowano również zachowania agresywne (szczypanie, gryzienie), autoagresywne (gryzienie własnej dłoni, palców, wargi, uderzanie głową o twarde przedmioty lub meble, szczypanie swojego ciała) i te, które można określić jako społecznie nieakceptowalne (plucie, zabawa językiem, wkładanie ręki w miejsca intymne, wyrzucanie przedmiotów, odpychanie przedmiotu lub osoby).

Powyższe zachowania należą do grupy zachowań na poziomie komunikacji nieintencjonalnej i korzystają z nich osoby z poziomów 0–0,5. Wyodrębnienie ich, przypisanie do sytuacji oraz interpretacja pozwalają na weryfikację i ustalenie takich, które poprzez wzmacnianie staną się bazą do rozwijania umiejętności komunikacyjnych i szansą na uzyskanie wyższego poziomu komunikacyjnego.

Wśród badanych mamy również dwie osoby porozumiewające się w sposób intencjonalny. Wynik ich umiejętności w zakresie porozumiewania się określono na poziomie 1 i 2. Korzystają świadomie z określonego repertuaru zachowań, symboli i gestów. Komunikacja dokonuje się poprzez korzystanie z symboli PCS wskazywanych wzrokiem, dłonią lub palcem, mimikę (w tym przypadku czytelną, gdzie uśmiech jest adekwatną reakcją i chęcią potwierdzenia), gesty (dotykanie miejsca na ciele, gdzie odczuwany jest ból lub dyskomfort, machanie na pożegnanie), formy werbalne w postaci pojedynczych słów, wykrzyknień, onomatopei powtarzanych stereotypowo w konkretnych sytuacjach (*tak, nie, no, do domu, soku, jeść, pić, godzina, gdzie Jarek?, jest Ola?, cześć, O nie!, Ooo!, Aha!, Ej!, Och! Ojej!, bam*). Adekwatne korzystanie z werbalnego modelu komunikacji zawsze wymaga wsparcia ze strony terapeuty, np. poprzez zadawanie dodatkowych pytań zamkniętych lub dawanie wyboru. Inne obserwowane zachowania w tej grupie, charakterystyczne również dla dzieci komunikujących się przedintencjonalnie, to płacz, tonus mięśniowy, zaczerwienienie, przyspieszony oddech, pocenie się. Są one reakcjami na nagłe zmiany, mocno emocjonujące sytuacje, duży dyskomfort, ból, zmęczenie.

Wnioski

Zebrane wyniki badań wskazują przede wszystkim na duże ograniczenia w zakresie możliwości komunikacyjnych dziecka z głęboką niepełnosprawnością intelektualną. Porozumiewanie przybiera formę sygnałów, które nie zawsze są adekwatne, powtarzalne i czytelne. Niektóre z nich pojawiają się częściej i tworzą charakterystyczny dla opisywanej grupy osób repertuar zachowań mających charakter swoistego komunikatu. Warto jednak zaznaczyć, że do ich wyodrębnienia, analizy i interpretacji potrzeba kilkusobowego zespołu oraz czasu pozwalającego na ocenę w różnych sytuacjach i kontekstach. Wymaga to tworzenia sztucznych sytuacji motywujących do aktywności komunikacyjnej, a także uważnej obserwacji dziecka w sytuacjach dnia codziennego.

Zachowania komunikacyjne zaobserwowane podczas badania opierają się na wielu kanałach komunikacyjnych. Korzystając z dostępnych dla siebie środków i sposobów, osoba z głęboką niepełnosprawnością podejmuje próby porozumiewania się i wyrażania podstawowych potrzeb. Brak reakcji na owe próby może prowadzić do frustracji przerażającej się w agresję bądź bierność. Nie pozwoli to w konsekwencji na pełne wykorzystanie potencjału dziecka.

Komunikacja i jej rozwój jako jeden z najważniejszych aspektów naszego funkcjonowania nie może być bagatelizowany bez względu na rodzaj i poziom niepełnosprawności ucznia. Im wyższa jakość komunikacji, tym pełniejsza realizacja potrzeb, a co za tym idzie – lepsza jakość życia. Należy o tym pamiętać zwłaszcza w przypadku uczniów z zaburzeniami komunikacji w tym również osób z głębokim upośledzeniem umysłowym. Może się bowiem okazać, że to „tylko” głęboka wieloraka niepełnosprawność... (Baraniewicz, 2005, s. 117).

Bibliografia

- Baraniewicz D., Baraniewicz M. (2007), *Możliwości komunikacyjne uczniów z głębokim upośledzeniem umysłowym*, [w:] *Umiejętności komunikacyjne osób z niepełnosprawnością. Teoria, diagnoza, wspomaganie*, red. J. Baran, A. Mikruta, Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków, s. 195–205.
- Baraniewicz M. (2005), *Głębokie upośledzenie umysłowe w kontekście komunikacyjnym*, [w:] *Gestem – obrazem – słowem. Materiały z III Krajowej Konferencji „Wspomagające sposoby porozumiewania się”*, red. A. Pilch, E. Przebinda, Stowarzyszenie Mówić bez Słów, Kraków, s. 109–117.
- Barnes C., Mercer G. (2008), *Niepełnosprawność, Sic!*, Warszawa.
- Bleszyński J. J. (2012), *Diagnoza rozwoju mowy osób z niepełnosprawnością intelektualną*, [w:] *Diagnoza logopedyczna. Podręcznik akademicki*, red. E. Czaplewska, S. Milewski, GWP, Sopot, s. 177–221.
- Bleszyński J. J. (2013), *Niepełnosprawność intelektualna. Mowa – język – komunikacja. Czy iloraz inteligencji wyjaśnia wszystko?*, Harmonia Universalis, Gdańsk.
- Bobińska K., Pietras T., Galecki P. (red.) (2012), *Niepełnosprawność intelektualna – etiopatogeneza, epidemiologia, diagnoza, terapia*, Continuo, Wrocław.
- Bombińska-Domżał A. (2012), *Komunikacja wspomagająca i alternatywna w pracy z dzieckiem niepełnosprawnym intelektualnie*, [w:] *Niepełnosprawność intelektualna – etiopatogeneza, epidemiologia, diagnoza, terapia*, red. K. Bobińska, T. Pietras, P. Galecki, Continuo, Wrocław, s. 486–505.
- Clarke A. M., Clarke A. D. B. (1969), *Upośledzenie umysłowe*, PWN, Warszawa.
- Cytowska B., Drzazga A. (2018), *Znaczenie i wykorzystanie komunikacji wspomagającej i alternatywnej (AAC) w porozumiewaniu się z osobami z głęboką niepełnosprawnością intelektualną*, [w:] *Dzieci o specjalnych potrzebach komunikacyjnych*, red. B. Winczura, Impuls, Kraków, s. 337–353.
- Frohlich A. D. (red.) (2016), *Edukacja bazalna. Nauczanie i terapia dzieci z głęboką niepełnosprawnością*, GWP, Sopot.
- Grabias S. (2012), *O ostrość refleksji naukowej. Przedmiot logopedii i procedury logopedycznego postępowania*, [w:] *Logopedia. Wybrane aspekty historii, teorii, praktyki*, red. S. Milewski, K. Kaczorowska-Bray, Harmonia, Gdańsk, s. 56–69.
- Grabias S. (2016), *Język w diagnozowaniu umysłu. Terapia logopedyczna a poznawcza i interakcyjna funkcja języka*, [w:] *Współczesne tendencje w diagnozie i terapii logopedycznej*, red. D. Pluta-Wojciechowska, B. Sambor, Harmonia, Gdańsk, s. 35–63.

- Grycman M. (2015), *Sprawdź, jak się porozumiewam. Ocena efektywności porozumiewania się dzieci ze złożonymi zaburzeniami komunikacji wraz z propozycjami strategii terapeutycznych*, Stowarzyszenie Rehabilitacyjne Centrum Rozwoju Porozumiewania, Kwidzyn.
- Jerzyk M. (2013), *Proces tworzenia Indywidualnych Systemów Komunikacyjnych dla osób z głęboką wieloraką niepełnosprawnością*, [w:] *Rozwój daje radość*, red. J. Kielin, GWP, Sopot.
- Jerzyk M. (2019), *Oddziaływania wspierające rozwój komunikacji osób z głęboką wieloraką niepełnosprawnością*, „Metody Terapii”, nr 4, <https://terapiaspecjalna.pl/artukul/oddziaływania-wspierajace-rozwoj-komunikacji-osob-z-gleboka-wieloraka-niepelnosprawno-scia> (dostęp: 13.12.2018).
- Jęczeń U. (2015), *Postępowanie logopedyczne w przypadku oligofazji*, [w:] *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*, red. S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak, Wydawnictwo UMCS, Lublin, s. 267–282.
- Kaczorowska-Bray K. (2012), *Zaburzenia komunikacji językowej w grupie osób z niepełnosprawnością intelektualną*, [w:] *Diagnoza i terapia logopedyczna osób z niepełnosprawnością intelektualną*, red. J. J. Błęszyński, K. Kaczorowska-Bray, Harmonia Universalis, Gdańsk, s. 36–64.
- Kępiński A. (2018), *Niepełnosprawność intelektualna (F70–F79)*, [w:] *Psychiatria*, red. P. Galecki, A. Szulc, Edra Urban & Partner, Wrocław, s. 365–376.
- Kostrzewski J. (1981), *Charakterystyka osób upośledzonych umysłowo*, [w:] *Upośledzenie umysłowe – pedagogika*, red. K. Kirejczyk, PWN, Warszawa, s. 97–127.
- Lausch-Żuk J. (2005), *Pedagogika osób z umiarkowanym, znacznym i głębokim upośledzeniem umysłowym*, [w:] *Pedagogika specjalna*, red. W. Dykcik, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań, s. 149–165.
- Marcinkowska B. (2013), *Model kompetencji komunikacyjnych osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną*, Wydawnictwo APS, Warszawa.
- Michalik M. (2018), *Lingwistyczno-logopedyczne podstawy komunikacji alternatywnej i wspomagającej, ujęcie metodologiczne*, Wydawnictwo Naukowe UP, Kraków.
- Minczakiewicz M. E. (2006), *Syndrom ożywienia i jego miejsce w procesie rozwoju funkcji mowy i języka u dzieci z uszkodzeniami neurologicznymi*, [w:] *Alternatywne i wspomagające metody komunikacji*, red. J. J. Błęszyński, Impuls, Kraków, s. 45–69.
- Ossowski R. (2012), *Niepełnosprawność intelektualna – wprowadzenie do problematyki*, [w:] *Diagnoza i terapia logopedyczna osób z niepełnosprawnością intelektualną*, red. J. J. Błęszyński, K. Kaczorowska-Bray, Harmonia Universalis, Gdańsk, s. 13–35.
- Pisarek A. (2005), *Ocena możliwości komunikacyjnych dzieci z dużymi trudnościami rozwojowymi*, [w:] *Gestem – obrazem – słowem. Materiały z III Krajowej Konferencji „Wspomagające sposoby porozumiewania się”*, red. A. Pilch, E. Przebinda, Stowarzyszenie Mówić bez Słów, Kraków, s. 105–110.
- Rudomska H. (2016), *Stymulacja bazalna w pracy z dzieckiem z problemami rozwojowymi: studium przypadku*, „Czasopismo Pedagogiczne”, nr 2 (3), s. 121–134.
- Smith D. D. (2009), *Pedagogika specjalna. Podręcznik akademicki*, t. 1, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Smyczek A. (2006), *Zastosowanie wspomagających i alternatywnych metod komunikacji (AAC approach) w terapii małych dzieci zagrożonych poważnymi zaburzeniami w porozumiewaniu się*, [w:] *Alternatywne i wspomagające metody komunikacji*, red. J. J. Błęszyński, Impuls, Kraków, s. 71–109.

Smyczek A., Siwiec J. (2000), *Poszukiwanie sposobów porozumiewania się*, [w:] *Edukacja uczniów z głębokim upośledzeniem umysłowym*, Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej MEN, Warszawa, s. 55–64.

Wyczesany J. (2004), *Pedagogika upośledzonych umysłowo*, Impuls, Kraków.

Zasępa E. (2016), *Osoba z niepełnosprawnością intelektualną. Procesy poznawcze*, Impuls, Warszawa–Kraków.

Summary

The article has characterised the functioning at the level of communication efficiency of persons with profound intellectual disabilities in speech act and reception. The results of the studies, based on available diagnostic tools to help extract communication channels, form, thematic scope and the way messages are transmitted, are taken into account. Final analysis gives an image most of the communication behaviour forms which can be observed in a child with profound disability. Without undermining the need of individualisation of the diagnostic process of communication skills, the data obtained can be illustrative and focus therapists' attention on specific signals which can be interpreted as communicative. Further interpretation of them always depends on the personal characteristics, situations, capabilities and preferences a person under charge. The subject considered in this article is the beginning of a therapist's path, including the speech therapist in improving the ability to communicate with a child with special communication needs. Creating a reliable diagnosis allows you to introduce actions that minimize lack of speech and present other effective forms of communication. It is the basis for introducing AAC actions which allow you to establish clear and relatively satisfying relationship with children and for them it will be helpful in expressing their needs and understanding the reality.

Renata Marciniak-Firadza*

TERAPIA LOGOPEDYCZNA DZIECKA Z MÓZGOWYM PORAZENIEM DZIECIĘCYM – STYMULACJA DOTYKOWA

LOGOPAEDIC THERAPY OF CHILDREN WITH CEREBRAL
PALSY – TACTILE STIMULATION

Słowa kluczowe: mózgowie porażenie dziecięce, terapia logopedyczna, stymulacja dotykowa, masaż logopedyczny.

Keywords: cerebral palsy, logopaedic therapy, tactile stimulation, logopaedic massage.

Wprowadzenie

Prawidłowy rozwój ośrodkowego układu nerwowego (OUN) warunkuje harmonijne etapy rozwoju psychomotorycznego dziecka. Rozwijający się układ nerwowy jest wrażliwy na wiele czynników szkodliwych, które mogą zaburzyć kształtowanie struktur morfologicznych i ich funkcje. Uszkodzenie dojrzewającego mózgu, umiejscowienie i rozległość oraz nieodwracalność zmian w OUN mogą spowodować mózgowie porażenie dziecięce (MPD).

Jednym z objawów mózgowego porażenia dziecięcego są zaburzenia napięcia mięśniowego, a więc także zaburzenia czynności mięśni twarzy.

Zaburzenia czynności mięśni twarzy są związane z nadjądrowym uszkodzeniem dróg, tzw. opuszkowych, występowaniem mimowolnych ruchów w obrębie tych mięśni, jak również przetrwaniem ich poza okres fizjologicznego występowania w postaci automatyzmów ruchowych, związanych z czynnością jedzenia. Dlatego tak ważną rolę w rehabilitacji dziecka z MPD odgrywa stymulacja dotykowa oraz masaż różnych części twarzy – okolicy jamy ustnej, szczęk, nosa, policzków. Jest to o tyle istotne, że mięśnie twarzy biorą udział w ruchach niezbędnych do przyjmowania pokarmów, kształtowania kęśów i podtrzymywania ich w odpowiednim położeniu w jamie ustnej,

* Uniwersytet Łódzki, Wydział Filologiczny, Instytut Filologii Polskiej i Logopedii, Zakład Dialektologii Polskiej i Logopedii, 90-236 Łódź, ul. Pomorska 171/173, e-mail: renata.marciniak@uni.lodz.pl, ORCID: 0000-0001-6301-8820.

wpływają na rozwój narządu zucia (szczęk i uzębienia), a także czynny udział w kształtowaniu ruchowych mechanizmów mowy i wytwarzaniu dźwięków mowy (por. Regner, 2006; 2015).

Czym jest mózgowe porażenie dziecięce?

Termin *mózgowe porażenie dziecięce* jest bardzo trudny do zdefiniowania. Główną przyczyną jest to, iż występują niejednolite intensyfikacje i stopnie oznak charakterystycznych dla tego zaburzenia. Nie stanowi ono bowiem określonej odrębnej jednostki chorobowej, ale jest zespołem wielu objawów chorobowych – zarówno pod względem rodzaju zaburzeń ruchowych, jak i innych współistniejących z nimi uszkodzeń mózgu. Ten różny etiologicznie zespół objawów chorobowych powstał w wyniku patologicznego działania m.in. takich czynników, jak: niedotlenienie ośrodkowego układu nerwowego, procesy zapalne, wylewy śródczaszkowe, wcześniactwo, hiperbilirubinemia. Istotną kwestią kształtującą obraz kliniczny mózgowego porażenia dziecięcego jest stopień dojrzałości ośrodkowego układu nerwowego w momencie, w którym zadziałały negatywne czynniki (por. Michałowicz, 1997, s. 7).

Mózgowe porażenie dziecięce można zdefiniować jako powstałe w okresie prenatalnym, perinatalnym i postnatalnym, aż do końca 2–3 roku życia niepostępujące zaburzenia czynności będącego w stadium niezakończonego rozwoju ośrodkowego układu nerwowego, ze szczególnym uwzględnieniem ośrodkowego neuronu ruchowego (por. Michałowicz, 1997, s. 7; Michalik, 2015b, s. 366).

Jedną z nowszych definicji mózgowego porażenia dziecięcego opracowały Katarzyna Kaczorowska-Bray i Ilona Brzozowska-Misiewicz. Według nich MPD oznacza „grupę zaburzeń rozwoju, ruchu i postawy, ograniczających aktywność ruchową, które przypisane są niepostępującym zaburzeniom rozwoju mózgu płodu lub noworodka”. Zaburzeniom ruchowym MPD często towarzyszą zaburzenia: zmysłów, poznawcze, komunikacji, percepcji, zachowania, napadowe (Kaczorowska-Bray, Brzozowska-Misiewicz, 2015, s. 131).

Na podstawie literatury przedmiotu i definicji tam zamieszczonych (por. np. Łosiowski, Serejski, 1985, s. 34; Michałowicz, 1986, s. 11; Wyszyńska, 1987, s. 145; Borkowska, 1989, s. 11; Łosiowski, 1997, s. 11; Zabłocki, 1998, s. 21; Głogowska, 2002, s. 11; Levitt, 2007, s. 17; Michalska i in., 2012, s. 25; Kaczorowska-Bray, Brzozowska-Misiewicz, 2015, s. 131; Michalik, 2015b, s. 366) proponuję rozszerzoną definicję mózgowego porażenia dziecięcego, mianowicie: jest to przewlekłe, niepostępujące, niejednorodne pod względem etiologicznym i klinicznym oraz typów i stopnia ciężkości, zaburzenia rozwoju, ruchu i postawy (porażenia/plegie, niedowłady/parezy, atetozy/ruchy mimowolne, zaburzenia tonusu/napięcia mięśniowego, zaburzenia równowagi), będące następstwem

nieprawidłowego rozwoju mózgu lub jego uszkodzenia w okresie intensywnego rozwoju mózgu, tj. w okresie prenatalnym (ciąży), peri(y)natalnym (okołoporodowym) lub postnatalnym (do 2–3 roku życia). Nie jest to jednostka chorobowa, lecz zespół objawów, głównie z zaburzeniem funkcji motorycznych, ale też różnym obrazem anatomopatologicznym – zaburzeniom motoryki często towarzyszą zaburzenia w zakresie zmysłowym, poznawczym, komunikacyjnym, percepcyjnym, zaburzenia zachowania, zaburzenia napadowe (epilepsja) oraz wtórne problemy mięśniowo-szkieletowe, tj. przykurcze mięśni, ścięgien, zniekształcenia kręgosłupa itp. Kliniczny obraz MPD ulega zmianie z czasem, rozwojem, uczeniem się, terapią, starzeniem się.

Niepostępujący charakter dotyczy zmian w ośrodkowym układzie nerwowym, natomiast zaburzenia rozwoju, wynikającego z uszkodzeń układu nerwowego, mają charakter postępujący i nasilają się wraz z dorastaniem dziecka (por. Matyja, Domagalska, 1997, s. 23; Posłuszny, 2013, s. 126).

Częstość występowania MPD w Polsce nie odbiega od średniej światowej. Przytaczane w literaturze dane dotyczące częstotliwości wystąpienia MPD mówią o 1–3%, czyli o jednym do trojga dzieci (od 1,0 do 3,0 dzieci) na każde 1000 żywo urodzonych (por. Michalska i in., 2012, s. 35; Michalik, 2014, s. 287–288).

W ostatnich latach obserwuje się zwiększanie liczby pacjentów z MPD (wzrasta ryzyko wystąpienia tego zespołu). Niewątpliwie wiąże się to z rozwojem medycyny, a konkretnie z coraz lepszą opieką medyczną nad matkami i ich dziećmi. Skutkiem jest coraz niższa umieralność dzieci, u których występuje ryzyko pojawienia się zaburzeń mózgowych. Tę zależność obserwujemy, na przykład, w sytuacji dzieci urodzonych przedwcześnie, cechujących się niską wagą urodzeniową (poniżej 1500 gramów), u których występuje ryzyko obciążeń neurologicznych (Michalik, 2015a, s. 22).

Opozycyjnie do powyższego trendu podaje się spadek liczby pacjentów z omawianym zespołem o uszkodzeniu w okresie perinatalnym, co najprawdopodobniej wiąże się z poprawą możliwości diagnostycznych płodu oraz lepszą opieką medyczną w czasie ciąży (Kaczorowska-Bray, Brzozowska-Misiewicz, 2015, s. 139).

Etiologia mózgowego porażenia dziecięcego

Współcześnie uznaje się, że przyczyny mózgowego porażenia dziecięcego mają charakter wieloczynnikowy. Oznacza to, że nie można wskazać jednej, występującej u każdego pacjenta, przyczyny powstawania MPD. Tak więc mamy do czynienia ze zjawiskiem polietiologicznym (wieloprzyczynowym), przekładającym się na polisymptomatologię (wieloobjawowość) omawianego zespołu zaburzeń.

Choć ogólnie stwierdza się, że przyczyną wystąpienia MPD jest uszkodzenie OUN, to, precyzując ową myśl, należy spróbować określić czynniki, które mogą do tego doprowadzić.

Do najczęściej wymienianych przyczyn mózgowego porażenia dziecięcego należą:

- a) czynniki oddziałujące w życiu płodowym (w okresie prenatalnym): urazy brzucha matki, niedotlenienie, zakażenia w okresie ciąży (pochodzenia bakteryjnego: kiła, pasożytniczego: toksoplazmoza, wirusowego: półpasiec, odra, świnka, cytomegalia, różyczka), podrażnienia płodu, zatrucie ciąży – gestoza (zatrucie ciążowe, które objawia się nadciśnieniem tętniczym, obrzękiem lub białkomoczem), zaburzenia chromosomów, genów, przemian enzymatycznych, immunologicznych i metabolicznych, krwawienie podczas ciąży, płamienie, konflikt serologiczny, wady w budowie łożyska oraz narządu rodniego, odklejenie się łożyska, przodujące łożysko, przedwczesne odejście wód płodowych, ciąża mnoga, wahania tętna płodu, wewnątrzmaciczne zahamowanie rozwoju płodu, energia promienista, leki i substancje o działaniu toksycznym, palenie tytoniu i picie alkoholu podczas ciąży, wiek rodziców, ekspozycja na wibracje, hałas, ultradźwięki, niedożywienie, inne niekorzystne warunki socjalno-bytowe, ryzyko poronienia, stosowanie tokolitycznych leków, które hamują czynność skurczową macicy;
- b) czynniki okołoporodowe (działające w okresie peri(y)natalnym): urazy okołoporodowe, niedotlenienie, wcześniactwo, zbyt duży poziom bilirubiny we krwi, czyli hiperbilirubinemia, krwawienie śródczaszkowe, dość długi poród;
- c) czynniki działające po urodzeniu dziecka (w okresie postnatalnym): urazy mózgu, niedotlenienie po urodzeniu, zakażenie OUN, zapalenie mózgu, zapalenie opon mózgowych po urodzeniu, znacznie nasiloną żółtaczka noworodka, wodogłowie, wylewy śródczaszkowe, zespół zaburzeń oddychania, wady wrodzone, niska masa urodzeniowa dziecka, tlenoterapia, sztuczna wentylacja, transfuzja wymienna (Borkowska, 1989; Zabłocki, 1998, s. 13, 25; Głogowska, 2002, s. 15–16; Michalik, 2015a, s. 20).

Ponadto zauważa się, że niewielki procent przypadków wystąpienia opisywanego zespołu można powiązać z przyczynami o charakterze genetycznym (Michalik, 2015b, s. 367).

Mimo wyodrębnienia dość obszernej grupy okoliczności predysponujących do wystąpienia MPD, etiologia tego stanu nie w każdym przypadku jest znana. Zaistnienie któregoś z wymienionych czynników ryzyka mogących doprowadzić do wystąpienia mózgowego porażenia dziecięcego nie oznacza, że u dziecka na pewno ujawni się to zaburzenie. Uszkodzenie neurologiczne lub nieprawidłowości neurorozwojowe nie przesądzają zatem obligatoryjnie o pojawieniu się MPD. Zaprezentowane czynniki stanowią pewną grupę ryzyka predysponującą do pojawienia się omawianego stanu, ale nie są jej bezwzględny wyznacznikiem.

Spośród wszystkich przyczyn największe znaczenie w powstawaniu mózgowego porażenia dziecięcego ma zespół niedokrwienno-niedotlenieniowy u noworodków donoszonych oraz krwawienia śródczaszkowe (okołokomorowe i śródkomorowe) u dzieci urodzonych przedwcześnie (Dobrzańska, 1996; Sobaniec i in., 2001; Kułak, Bobrowski, Sobaniec, 2003), a także stany zapalne, uszkodzenia oraz infekcje okołoporodowe, infekcje wrodzone, nieprawidłowości metaboliczne oraz czynniki genetyczne (Kaczorowska-Bray, Brzozowska-Misiewicz, 2015, s. 140).

Symptomatologia mózgowego porażenia dziecięcego

Jak już wspomniano, mózgowe porażenie dziecięce jest zespołem polisymptomatologicznym, co oznacza, że cechuje go wieloobjawowość.

Pomimo braku jednorodności symptomów, można wskazać na pewne cechy wspólne MPD, takie jak: a) uszkodzenia aparatu ruchowego, które warunkują dysfunkcje zarówno programowania ruchu, spontaniczności ruchowej, jak i problemy neuroortopedyczne. Dysfunkcje motoryczne dotyczą motoryki dużej (całego ciała), motoryki małej (ręka) i motoryki artykulacyjnej; b) zaburzenia napięcia mięśniowego (hipertonia, hipotonia); c) opóźnienia rozwoju psychoruchowego; d) porażenia (plegie) i niedowład (parezy); e) zaburzenia zborności ruchów, czyli dyskoordynację ruchów; f) zaburzenia posturalne; g) zakłócenia równowagi (por. Michalik, 2015b, s. 368; por. też Lubicz-Rudnicka, 1987, s. 141–171; Król, Kryszczyńska, Wnuk, 2009, s. 73).

Dodatkowo występują fizyczne objawy towarzyszące, takie jak: a) epilepsja będąca wynikiem ciężkich uszkodzeń ośrodkowego układu nerwowego; często jest to padaczka lekooporna znana jako zespół Westa; b) zaburzenia czynności ssania (nadmiernie nasilony odruch ssania), połykania oraz żucia (dysfagia), ślinienie się (por. np. Borkowska, 1989, s. 94–97; Synder, 2002, s. 14).

W przypadku porażenia mózgowego mamy często do czynienia z niepełnosprawnością sprzężoną, gdzie oprócz niepełnosprawności ruchowej mogą wystąpić: niepełnosprawność intelektualna, zaburzenia rozwoju mowy, artykulacji (dyzartria), percepcji i pamięci słuchowej, wzrokowej, koordynacji wzrokowo-ruchowej („niech twoje oczy patrzą na to, co robi twoja ręka”), czucia kinestetycznego, somatognozji, lateralizacji, a także współistniejące schorzenia, jak m.in. wady słuchu (np. głuchota, niedosłuch, zaburzenia słuchu fonemowego, zaburzenia analizy i syntezy słuchowej), wzroku (np. zez, oczopląs, ubytki w polu widzenia, trudności w spostrzeganiu, zaburzenia analizy i syntezy bodźców wzrokowych, zaburzenia refrakcji, co wiąże się z trudnościami w postrzeganiu kształtów, trudności w ujmowaniu całości i stosunków przestrzennych, zanik nerwu wzrokowego, jaskra, zaćma, porażenie spoglądania w górę, opsoklonia – spontaniczne, nierytmiczne, sprzężone

lub częściowo sprzężone ruchy gałek ocznych o dużej amplitudzie i częstotliwości, małocze, ślepotą i niedowidzenie – retinopatia wcześniacza, ślepotą funkcjonalną – analizator wzrokowy działa prawidłowo, ale dziecko nie wykorzystuje wzroku w sytuacjach życiowych, wzrok nie jest wyćwiczony funkcjonalnie, zaburzenia wegetatywne czy zaburzenia sfery emocjonalnej i psychicznej w zakresie myślenia, komunikacji, kontaktów społecznych (por. Wiśniewska, 2009, s. 48; por. też Lubicz-Rudnicka, 1987, s. 141–171; Król, Kryszczyńska, Wnuk, 2009, s. 73). Wśród objawów psychicznych wskazuje się m.in. na: zaburzenia adaptacyjne, specyficzne odchylenia od normy (np. tiki, nietrzymanie zwieraczy), zaburzenia zachowania i nieprawidłowy rozwój osobowości (postępowania destruktywne, agresywne, niestałość emocjonalna), zespoły nerwicowe (natręctwa, lęki, nerwice, histerie), zespoły psychotyczne (reaktywne, depresyjne, autyzm, psychozy symbiotyczne) (Zabłocki, 1998, s. 30).

Poza wymienionymi objawami symptomami mózgowego porażenia dziecięcego są obserwowane u dziecka: brak reakcji lub nadmierna reakcja na bodźce dźwiękowe, zaburzenia czucia, niepokój, zaburzenia snu, tzw. „odgięciowe” ułożenie dziecka (*opistotonus*), reakcje kurczowe grup mięśniowych, drżenie kończyn, wyprostne odruchy mięśni karku i kręgosłupa (w skrajnych postaciach nawet tzw. *opistotonus* – polegający na łukowatym wygięciu kręgosłupa ku tyłowi z głową odgiętą do tyłu), przywiedzeniowe ustawienie bioder, zgięciowe ustawienie kolan, krzyżowanie kończyn dolnych i ustawianie stóp w zgięciu poduszwowym, przetrwanie poza określony czas odruchów fizjologicznych tj. zbyt długie utrzymywanie się odruchów typowych dla noworodka i niemowlęcia, pojawienie się odruchów patologicznych, klasyczna asymetria ułożenia tułowia i kończyn dolnych, czynnościowa skolioza lędźwiowa, kręcz szyi – przymusowe ustawienie głowy w pochyleniu do boku z jednoczesnym skręceniem jej w stronę przeciwną pochyleniu, przykurcze przywiedzeniowo-rotacyjne barków, tj. krzyżowanie kończyn górnych i ustawianie barków do wewnątrz, przykurcz zgięciowy łokci, nadgarstków i palców rąk (Czochańska, 2000; Borkowska, 2001; Karski, Królewski, 2001; Kwolek, 2003).

W literaturze wskazuje się również (choć rzadko) na niskorosłość osób z MPD (Michalik, 2015a, s. 22).

Klasyfikacja mózgowego porażenia dziecięcego

W literaturze przedmiotu funkcjonuje kilka klasyfikacji mózgowego porażenia dziecięcego. Najbardziej znane, wykorzystywane w praktyce fizjoterapeutycznej i neurologicznej, są te dokonane przez Thomasa Ingrama czy Bengta Hagberga. W artykule przedstawiam bardzo ogólny podział, uwzględniając kryterium umiejscowienia uszkodzenia mózgowia i objawy obwodowe:

Tabela 1. Klasyfikacja mózgowego porażenia dziecięcego ze względu na umiejscowienie uszkodzenia i objawy obwodowe

Postać MPD	Umiejscowienie uszkodzenia	Objawy obwodowe	Procent przypadków
piramidowa (spastyczna)	ośrodki i drogi mózgowie kierujące czynnościami ruchowymi	wzmoczone napięcie mięśniowe typu szczyrkowatego (kiedy największe napięcie występuje w początkowej i końcowej fazie ruchu)	75%
pozapiramidowa, podkorowa (atetotyczna)	torebka wewnętrzna oraz jądra podstawne (podstawy)	ruchy mimowolne, najczęściej atetotyczno-ślazawicze, tak zwane węzowe, nadmierne skurcze mięśni szkieletowych, uogólniona sztwność mięśniowa . Objawy te znikają w czasie snu, a nasilają się w momentach podekscytowania	10%
móździkowa (ataktyczna)	móździk	ataksja, czyli niezborność ruchu. Poza tym występują: hipotonia mięśniowa , nadmierna kurczliwość i pobudliwość mięśni, obniżenie reakcji odruchowych, ogólne spowolnienie motoryczne, a w zakresie dużej motoryki chód niepewny z zaburzeniami równowagi i zakłóconą orientacją przestrzenną	5%

Źródło: opracowanie własne za: Michalik, 2015b, s. 369–370.

Marek Synder wyróżnia dodatkowo typ hipotoniczny – charakteryzujący się znaczną wiotkością mięśni oraz typ mieszane (Synder, 2002, s. 13).

Terapia dziecka z mózgowym porażeniem dziecięcym – stymulacja dotykowa

Usprawnianie dziecka z MPD jest działaniem prowadzącym do osiągnięcia jak największej samodzielności w zakresie sprawności fizycznej czy społecznej (Kronenberger, Arabski, 2004, s. 126), a działania terapeutyczne wymagają współpracy wielu specjalistów: neurologa dziecięcego, fizjoterapeuty, terapeuty

integracji sensorycznej, pedagoga specjalnego, oligofrenopedagoga, (neuro)logopedy, laryngologa/audiologa, okulisty, psychologa dziecięcego.

Jak wspomniałam wcześniej, w następstwie uszkodzenia ośrodkowego neuronu ruchowego u dzieci z mózgowym porażeniem dochodzi do zaburzeń w napięciu mięśni twarzy, podniebienia miękkiego, gardła, krtani i języka, prowadzących do nieprawidłowości czynności jedzenia (ssania, gryzienia, żucia) i połykania, a później fonacji i artykulacji. Nieprawidłowe napięcie i ruchomość mięśni języka, podniebienia i gardła oraz zaburzone czucie tych okolic powodują łatwe zachłystywanie się, utrudniają połykanie śliny, doprowadzając do ślinotoku (Borkowska, 1989, s. 95).

Rolę (neuro)logopedy upatruję więc m.in. w usprawnianiu zaburzeń ruchowych, kinestetycznych oraz czuciowych w obrębie aparatu mowy. W przypadku problemów sensorycznych i/lub przy nieprawidłowym napięciu mięśniowym, do jego regulacji, w terapii najczęściej wykorzystywane są techniki manualne, inaczej dotykowe (Regner, 2015, s. 15), zwane też stymulacją dotykową (Borkowska, 1997, s. 27).

Wśród najczęściej stosowanych technik wyróżniamy: a) dotyk – służy do stymulacji receptorów czuciowych; b) głaskanie – uspokaja podrażnione zakończenia nerwowe, a gwałtowne szybkie głaskanie podwyższa napięcie mięśniowe; c) uciskanie/ugniatanie – wykonuje się w celu pobudzenia mięśni, aktywizuje ono zakończenia nerwowe, stymuluje system nerwowy; d) rozciąganie – w czasie rozciągania napięcie przekazywane jest do tkanek miękkich, takich jak: tkanka mięśniowa, ścięgna, tkanka łączna, tkanka naczyniowa, skóra właściwa, tkanka nerwowa; e) wibrację – polega na wywoływaniu drgań przez krótkotrwałe, rytmiczne uderzanie opuszkami palców o powierzchnię ciała; delikatna, powolna wibracja obniża podwyższone napięcie mięśniowe oraz napięcie ścian naczyń krwionośnych, a szybka, mocniejsza wibracja zwiększa napięcie mięśni wiotkich (Regner, 2015, s. 15–16; por. też Borkowska, 1997, s. 28–29).

Nadrzędnymi celami stymulacji dotykowej są:

- normalizacja napięcia mięśniowego, przezwyciężenie hipo-/hipertonusu w mięśniach twarzy;
- wyeliminowanie objawów patologicznych, takich jak hiperkinezy, synkinezy;
- stymulacja prawidłowej kinestezji;
- poprawa jakości ruchów artykulacyjnych (dokładność, zakres, płynność);
- zwiększenie siły skurczu mięśni;
- aktywizacja drobnych, zróżnicowanych ruchów narządów artykulacyjnych wymaganych w terapii wymowy głosek (por. Archipowa, 2008).

W celach terapeutycznych polscy logopedzi korzystają m.in. z masażu logopedycznego Elżbiety Stecko, ustno-twarzowej terapii regulacyjnej według Castillo Moralesa, neurosensomotorycznej integracji odruchów (metoda MNRI) Swietłany Masgutowej czy terapii ustno-twarzowej Anny Regner, a także rzadziej z masażu twarzy Shantala.

W artykule pragnę przedstawić autorską metodę masażu Eleny Archipowej – profesora Moskiewskiego Państwowego Uniwersytetu Pedagogicznego im. Szołochowa w Moskwie, czynnego logopedy, od kilkudziesięciu lat zajmującego się terapią dyzartrii u dzieci w różnym wieku. Metoda została opisana w pracy *Logopedyczny masaż pri dizartrii* (Archipowa, 2008).

Zaletą tej metody jest to, że zasady i techniki masażu zostały dostosowane do różnych postaci dyzartrii. W artykule omówię stymulację dotykową w przypadku dwu typów – spastycznego i wiotkiego, a ponieważ w mózgowym porażeniu dziecięcym większe niedowłady dotyczą mięśni dolnej części twarzy (Borkowska, 1989, s. 95), skupię się przede wszystkim na dolnych jej partiach.

Różnice między masażem stosowanym przy hipertonii i hipotonii (por. Archipowa, 2008):

1. Inny cel główny: w przypadku hipertonii jest to rozluźnienie napiętych mięśni, obniżenie napięcia mięśniowego; w hipotonii celem jest wzmocnienie i stymulacja osłabionych mięśni.
2. Różne tempo i różna siła nacisku: w hipertonii ruchy powinny być powolne i delikatne; w hipotonii zaś szybsze, z większą siłą nacisku.
3. Inne techniki masażu: przy zwiększonym napięciu mięśniowym stosujemy technikę głaskania/gładzenia (logopeda powinien obserwować reakcje dziecka na dotyk – jeśli pojawiają się drgawki, musi natychmiast przerwać masaż); przy obniżonym natomiast może być to również ugniatanie, rozcieranie, szczypanie czy wibracja.
4. Różne kierunki masażu: w typie spastycznym kierunek masażu jest od „peryferii” do „centrum”, por. np. od płatków uszu przez policzki do skrzydełek nosa, po górnej wardze od kącika ust do środka; w typie wiotkim odwrotnie, tj. od „centrum” do „peryferii”, por. np. policzki od nosa w stronę uszu, od podbródka w stronę uszu, od środka dolnej wargi do kącika ust.

Poniżej zostanie omówiona technika masażu poszczególnych dolnych partii twarzy przy hipertonii i hipotonii.

Masaż ust: przy hipertonii celem jest rozluźnienie warg i mięśnia okrężnego ust przez delikatne gładzenie warg od kącików ust do środka, palcami wskazującymi obu rąk (8–10 razy), natomiast przy hipotonii – wzmocnienie i aktywizacja mięśni warg poprzez: a) ugniatanie warg od środka do kącików, opuszkami palców obu rąk (6–8 razy); b) poszcypywanie warg od środka do kącików, palcami wskazującymi i kciukami obu rąk (6–8 razy); c) intensywne oklepywanie warg od środka do kącików (4–6 razy); d) rozcieranie warg od środka do kącika, palcami wskazującymi obu rąk; usta powinny być rozciągnięte, a dziecko powinno czuć mrowienie warg (4–6 razy).

Należy pamiętać o tym, że usta w trakcie stymulacji powinny być domknięte. Dziecko lubi kontakt wargi górnej z wargą dolną. Zanim domkniemy usta dziecku należy sprawdzić tor oddechowy.

Masaż policzków: przy hipertonii celem jest rozluźnienie mięśni podnoszących kąci ust, tzw. mięśni dźwigaczy kąta ust przez delikatne głaskanie policzków od płatków uszu do skrzydełek nosa, wskazującym i środkowym palcem obu rąk, przy hipotonii natomiast wzmocnienie mięśni policzków przez gładzenie, rozcieranie, ugniatanie mięśni policzków. Ugniatanie i rozcieranie wykonuje się obiema rękami w kierunku od nosa do policzków w przeciągu 6–8 sekund.

Masaż mięśnia jarzmowego: w przypadku hipertonii celem jest rozluźnienie mięśni jarzmowych przez delikatne głaskanie/gładzenie od płatków uszu do środka podbródka, wskazującymi i środkowymi palcami obu rąk (6–8 ruchów), odwrotnie jest przy hipotonii, gdy celem jest wzmocnienie mięśnia jarzmowego poprzez gładzenie tego mięśnia od środka podbródka do płatków uszu, wskazującymi i środkowymi palcami obu rąk (8–10 ruchów).

Masaż mięśnia okrężnego ust: przy wzmożonym napięciu mięśniowym celem jest maksymalne rozluźnienie mięśnia okrężnego ust przez gładzenie ruchami półkolistymi mięśnia okrężnego wskazującymi palcami obu rąk (6–8 razy), podczas gdy w przypadku obniżonego napięcia mięśniowego celem jest wzmocnienie i aktywizacja mięśnia okrężnego ust, mięśni dźwigaczy wargi górnej i mięśni dźwigaczy kąta ust oraz mięśni obniżaczy wargi dolnej i mięśni obniżaczy kąta ust przez rozcieranie mięśni wzdłuż fałdów nosowo-wargowych do góry i do dołu pod kątami dolnej wargi (3–4 razy).

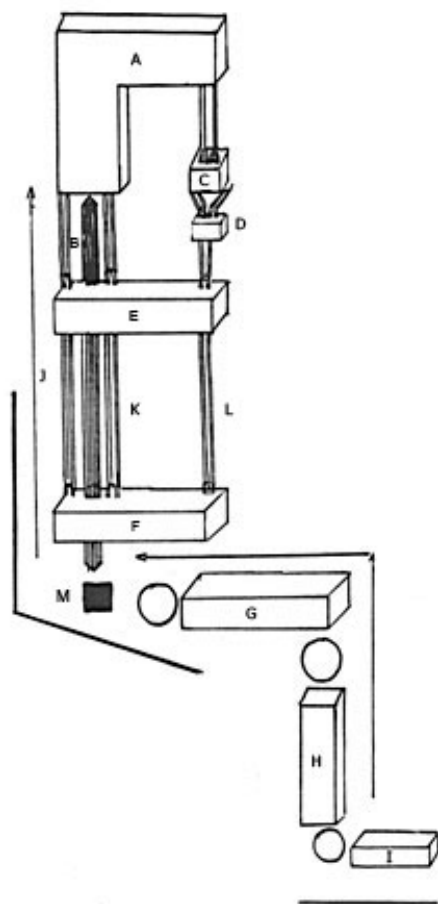
Masaż języka: w przypadku hipertonii celem masażu jest rozluźnienie mięśni języka przez delikatne gładzenie/głaskanie języka od czubka do korzenia, palcem wskazującym lub szpatułką (6–8 ruchów), zaś hipotonii – wzmocnienie i aktywacja podłużnych mięśni języka przez gładzenie tych mięśni od korzenia do czubka języka palcem wskazującym (8–10 razy). Trzeba mieć na uwadze fakt, że w przypadku języka wiotkiego należy uważać, by nie włożyć palca zbyt głęboko, bo można wywołać odruch wymiotny. W przypadku spastyczności dziecko może mieć szczękocisk i niezamierzenie ugryźć terapeutę.

Należy pamiętać o tym, że powyższe techniki powinny być wykonywane w przyjemnej atmosferze, akceptowanej przez dziecko. Terapeuta może włączyć relaksującą muzykę, zapalić kominek zapachowy, podśpiewywać dziecku itp. Powinien utrzymywać kontakt wzrokowy z dzieckiem, uprzedzać oraz opisywać (w prostych słowach) to, co robi. Nie należy wykonywać modulacji, kiedy dziecko nie ma na to ochoty.

Na początku terapeuta powinien skupić się na ukształtowaniu właściwej postawy dziecka, która będzie bazą dla wyprowadzenia właściwych ruchów w sferze oralnej. Jeśli dziecko prezentuje, na przykład, obniżone centralnie napięcie mięśniowe, to bardzo trudno mu np. koordynować oddychanie z ruchami żuchwy. Właściwe ustawienie (wyrównanie) miednicy, kręgosłupa i głowy ułatwia koordynację ruchów klatki piersiowej i żuchwy.

Jak podaje Anna Regner, kliniczne obserwacje pokazały, że patologiczne, wadliwe postawy obręczy miednicy wpływają na pozycje żuchwy. Schemat A. G. Bro-

diego (rysunek 1) pokazuje, że żuchwa, kość gnykowa i ułożenie języka zależą bezpośrednio od pozycji głowy i tułowia. Aby można było utworzyć funkcjonalny wzorzec ruchu w obrębie twarzy, potrzebna jest prawidłowa pozycja tułowia, która utrzymuje głowę i żuchwę we właściwym ułożeniu (por. Regner, 2006).



- A. Czaszka
- B. Kręgosłup
- C. Szczeka
- D. Kość gnykowa
- E. Obręcz barkowa
- F. Punkt bródki
- G. Staw biodrowy
- H. Udo
- I. Goleń
- J. Stopa
- K. Mięśnie tylne kręgosłupa
- L. Mięśnie brzuszne
- M. Kość kulszowa

Rysunek 1. Integracja kompleksu ustno-twarzowego z motoryką całego ciała (schemat Brodiego zmodyfikowany przez R. Castillo Moralesa, 1998, s. 24)

Źródło: Regner, 2006.

Najważniejsze zasady, jeśli chodzi o prawidłowe usadzenie osoby niepełnosprawnej ruchowo, są następujące:

1. Stopy oparte płasko na podłożu.
2. Kończyny dolne zgięte pod kątem prostym (staw skokowy, kolanowy, biodrowy pod kątem 90°). Przy spastyczności przypinamy stopy dziecka.

3. Uda odwiedzone zrotowane na zewnątrz w całości oparte o powierzchnię siedziska (w przypadku kłopotu z taką pozycją, stosujemy klin między udami i pasy biodrowe).
4. Proste plecy (zabezpieczeniem może być szeroki pas lub kamizelka). U dziecka z hipotonią stosujemy usztywnienie barków.
5. Głowa pośrodku ciała, w przypadku braku kontroli głowy dajemy podpórkę w okolicy potylicy.
6. „Ustawianie” dziecka zaczynamy od dołu.

Podsumowanie

Praca z dziećmi z ciężkim uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego jest bardzo żmudnym, nieprzynoszącym szybkich i radykalnych rezultatów zajęciem. Bez wieloetapowej rehabilitacji ich rozwój jest jednak bardzo utrudniony, a niekiedy wręcz niemożliwy.

Należy pamiętać, że dziecko z zaburzeniami w rozwoju nie jest nigdy zbyt małe na wdrożenie odpowiednich procedur terapeutycznych. Wręcz przeciwnie – im wcześniej pojawi się pomoc, tym większe są szanse na poprawę funkcji. Sporo ćwiczeń można włączyć w repertuar czynności pielęgnacyjnych, które zwyczajowo wykonuje się przy dziecku (Wiśniewska, 2006).

Opisywana w artykule stymulacja dotykowa twarzy poprawia funkcjonowanie jej mięśni i czucia, zaś oralna ma na celu normalizację wrażliwości okolic ust i wnętrza jamy ustnej, redukcję przetrwałych odruchów patologicznych, wdrażanie dziecka do fizjologicznego polykania, a tym samym lepszą kontrolę mimowolnego ślinotoku i poprawę artykulacji (mówienia).

Wskazane jest, aby za każdym razem zastosować osobno jeden rodzaj stymulacji dotykowej: ciągle ruchy, oklepywanie, głaskanie, rozcieranie, delikatne ugniatanie itp. Masaż powinien wywoływać zadowolenie dziecka. Należy też zadbąć, aby wszystkie części twarzy były objęte stymulacją, ale więcej czasu poświęcamy policzkom i wargom niż bardziej odległym okolicom, np. uszom, skroniom, czołu, bowiem w mózgowym porażeniu dziecięcym większe niedowłady dotyczą mięśni dolnej części twarzy (por. Borkowska, 1989).

Bibliografia

- Archipowa E. (2008), *Logopedycznej masaż pri dizartrii*, wyd. Astrel, Moskwa.
- Borkowska M. (2001), *Uwarunkowania rozwoju ruchowego i jego zaburzenia w mózgowym porażeniu dziecięcym*, wyd. 2, Zaulek, Warszawa.
- Borkowska M. (red.) (1989), *ABC rehabilitacji dzieci. Mózgowe porażenie dziecięce*, Pelikan, Warszawa.

- Borkowska M. (red.) (1997), *Dziecko niepełnosprawne ruchowo*, cz. 2: *Usprawnianie ruchowe*, WSiP, Warszawa.
- Castillo-Morales R. (1998), *Die Orofaziale Regulationstherapie*, Pflaum Verlag, München.
- Czochańska J. (2000), *Mózgowe porażenie dziecięce*, [w:] *Zdrowie i szkoła*, red. B. Woynarowska, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, s. 299–303.
- Dobrzańska A. (1996), *Przyczyny i patomechanizm uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego w okresie ciąży-okołoporodowym*, Centrum Zdrowia Dziecka, Warszawa.
- Głogowska M. (red.) (2002), *Mózgowe porażenie dziecięce*, Via Medica, Gdańsk.
- Kaczorowska-Bray K., Brzozowska-Misiewicz I. (2015), *Niepełnosprawność intelektualna jako zaburzenie mogące współwystępować z innymi zespołami*, [w:] *Diagnoza i terapia logopedyczna osób z niepełnosprawnością intelektualną*, red. J. J. Bleszyński, K. Kaczorowska-Bray, Harmonia, Gdańsk, s. 130–152.
- Karski T., Królewski J. (red.) (2001), *Mózgowe porażenie dziecięce: leczenie operacyjne zniekształceń spastycznych kończyn*, Folium, Lublin.
- Kronenberger M., Arabski K. (2004), *Zapobieganie i leczenie zniekształceń kończyn górnych i dolnych u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym metodami fizjoterapii i muzykoterapii*, „*Studia Medyczne Akademii Świętokrzyskiej*”, t. 2, s. 125–131.
- Król M., Kryszczyńska J., Wnuk A. (2009), *Europejskie modele organizacji systemu zintegrowanych działań rehabilitacyjno-edukacyjno-opiekuńczych wobec dzieci z mózgowym porażeniem*, „*Studia Medyczne*”, t. 15, s. 71–78.
- Kulak W., Bobrowski R., Sobaniec W. (2003), *Patogeneza zespołu niedokrwienno-niedotlenieniowego jako jedna z przyczyn mózgowego porażenia dziecięcego*, „*Neurologia Dziecięca*”, t. 12, Suplement zjazdowy, s. 68–69.
- Kwolek A. (red.) (2003), *Rehabilitacja medyczna*, t. 2, Urban & Partner, Wrocław.
- Levitt S. (2007), *Rehabilitacja w porażeniu mózgowym i zaburzeniach ruchu*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
- Lubicz-Rudnicka Z. (1987), *Kinezyterapia w mózgowych porażeniach dziecięcych według metody Bobathów*, [w:] *Fizjoterapia dla medycznych studiów zawodowych – wydziałów fizjoterapii*, red. A. Zembaty, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, s. 141–171.
- Łosiowski Z. (red.) (1997), *Dziecko niepełnosprawne ruchowo. Wybrane zaburzenia neurorozwojowe i zespoły neurologiczne*, cz. I, WSiP, Warszawa.
- Łosiowski Z., Serejski J. (red.) (1985), *Mózgowe porażenie dziecięce – aspekty medyczne, pedagogiczne i socjalne*, Ośrodek Badawczo-Rozwojowy Pomocy Naukowych i Sprzętu Szkolnego, Warszawa.
- Matyja M., Domagalska M. (1997), *Podstawy usprawniania neurorozwojowego według Berty i Karela Bobathów*, AWF, Katowice.
- Michalik M. (2014), *Biologiczne uwarunkowania rozwoju i zaburzeń mowy w mózgowym porażeniu dziecięcym*, [w:] *Biomedyczne podstawy logopedii*, red. S. Milewski, J. Kuczkowski, K. Kaczorowska-Bray, Harmonia, Gdańsk.
- Michalik M. (2015a), *Mózgowe porażenie dziecięce w teorii i praktyce logopedycznej*, Harmonia, Gdańsk.
- Michalik M. (2015b), *Postępowanie logopedyczne w przypadku mózgowego porażenia dziecięcego*, [w:] *Standardy postępowania logopedycznego*, red. S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak, UMCS, Lublin, s. 363–418.

- Michalska A., Boksa E., Wendorff J., Wiktor P. J. (2012), *Jakość życia dzieci i młodzieży z mózgowym porażeniem dziecięcym i niepełnosprawnością intelektualną. Wybrane uwarunkowania społeczno-demograficzne*, „Neurologia Dziecięca”, t. 21, nr 42, s. 35–44.
- Michałowicz R. (1997), *Mózgowe porażenie dziecięce (m.p.dz.)*, [w:] *Mózgowe porażenie dziecięce. Problemy mowy. Diagnostowanie i postępowanie usprawniające*, oprac. H. Mierzejewska, M. Przybysz-Piwkova, Wydawnictwa DiG, Warszawa, s. 7–12.
- Michałowicz R. (red.) (1986), *Mózgowe porażenie dziecięce*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
- Posłuszny A. (2013), *Realne cele usprawniania jako podstawa efektywnej terapii ruchowej*, [w:] *Synergia. Mowa, terapia, wychowanie*, red. M. Michalik, A. Hetman, Wydawnictwo Pasaże, Jastrzębie-Zdrój–Kraków, s. 125–144.
- Regner A. (2006), *Wczesne wspomaganie rozwoju psychomotorycznego małego dziecka z zastosowaniem metody R. Castillo Moralesa*, [w:] *Dziecko z zaburzeniami w rozwoju*, red. B. Cytowska, B. Winczura, wyd. 2, Impuls, Kraków, s. 205–213.
- Regner A. (2015), *Poradnik terapii ustno-twarzowej*, Wydawnictwo Ergo-Sum, Bytom.
- Sobaniec W., Kułak W., Boćkowski L., Śmigiełska-Kuzia M., Sobaniec-Łotowska E., Sołowiej E., Sobaniec H., Artemowicz B. (2001), *Badania procesów uszkodzenia układu nerwowego i możliwości neuroprotekcji*, „Przegląd Lekarski”, t. 58, supl. 1, s. 41–47.
- Synder M. (red.) (2002), *Dziecko z porażeniem mózgowym. Przewodnik dla rodziców i opiekunów*, Wydawnictwo Święty Paweł, Częstochowa.
- Wiśniewska B. (2009), *Standardy i kontrowersje w diagnozie i terapii psychologicznej mózgowego porażenia dziecięcego*, „Studia Medyczne”, t. 14, s. 45–51.
- Wiśniewska M. (2006), *Codzienna stymulacja sensoryczna, „Rewalidacja”*, z. 1 (19), s. 100–103.
- Wyszyńska A. (red.) (1987), *Psychologia defektologiczna*, PWN, Warszawa.
- Zabłocki K. J. (1998), *Mózgowe porażenie dziecięce w teorii i terapii*, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa.

Summary

One of the symptoms of cerebral palsy is muscle tone disorder hence the disorder of facial muscles. The disorder of facial muscles is connected with the supranuclear damage to the so-called bulbar pathways, with involuntary movements of these muscles that continue beyond the period of physiological occurrence in the form of motor automatisms associated with eating. Therefore the tactile stimulation and massage of certain parts of the face, around the mouth, jaws, nose and cheeks, play such an important role in the rehabilitation of children with CP. It is important because facial muscles take part in the necessary movements of eating, taking bites and keeping them in the mouth in the right position. Those processes affect the development of masticatory organ (jaws and teeth) and take active part in the shaping of motor speech mechanisms and producing sounds of speech.

The aim of the paper is to discuss tactile stimulation on the example of Elena Archipowa's method.

Natalia Siudzińska*

WIELOSPECJALISTYCZNE POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU DZIECKA Z ZESPOŁEM VAN DER WOUDE

MULTISPECIALIZED PROCEEDINGS IN THE CASE OF A CHILD WITH VAN DER WAUDE SYNDROME

Słowa kluczowe: zespół van der Woude, rozszczep podniebienia i wargi, nosowanie otwarte, terapia logopedyczna.

Keywords: Van der Woude syndrome, cleft palate and cleft lip, open nasality, speech therapy.

Wprowadzenie

Celem artykułu jest zaprezentowanie studium przypadku 4-letniego chłopca z zespołem van der Woude. Obraz kliniczny zaburzeń występujących u dziecka jest skomplikowany. Jego leczenie i usprawnianie funkcji związanych z mową przebiegają wieloetapowo i wielopłaszczyznowo, a to oznacza, że w procesie tym uczestniczy wielu specjalistów. Chciałabym zwrócić uwagę, jak ważne jest wieloaspektowe postępowanie w przypadku tak skomplikowanych zaburzeń, ale jednocześnie podkreślić, że nie chodzi mi o szerokie spektrum działań logopedy, tylko terapię prowadzoną przez różnych specjalistów, współpracujących ze sobą (tak jak odbywa się to w zespołach wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka¹). Współcześnie logopedzi prezentują bardzo szeroki wachlarz działań:

* Uniwersytet Warszawski, Wydział Polonistyki, Instytut Polonistyki Stosowanej, Zakład Logopedii i Emisji Głosu, e-mail: n.siudzinska@uw.edu.pl, ORCID: 0000-0003-3741-6627.

¹ Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka to wielospecjalistyczne działania, których celem jest stymulowanie funkcji odpowiedzialnych za rozwój psychomotoryczny dziecka od chwili wykrycia niepełnosprawności do czasu podjęcia przez dziecko nauki w szkole, a także – pomoc i wsparcie udzielane rodzicom i rodzinie w nabywaniu przez nich umiejętności postępowania z dzieckiem. Z wczesnego wspomaganie rozwoju może korzystać dziecko niepełnosprawne lub zagrożone niepełnosprawnością, któremu na

od stymulowania bądź usprawniania rozwoju mowy poprzez psychoterapię aż po terapię ręki bądź inne formy pomocy. Są to często działania z pogranicza logopedii i pedagogiki, fizjoterapii, psychologii itp. Interdyscyplinarność logopedii jest promowana w literaturze i uwzględniana w standardach postępowania logopedycznego w różnych grupach ryzyka. Przykładowo Danuta Pluta-Wojciechowska w swoich publikacjach na temat terapii logopedycznej dzieci z rozszczepem proponuje: działania o charakterze psychologicznym, edukacyjnym, informacyjnym oraz ściśle logopedycznym z podziałem na działania profilaktyczne, diagnostyczne oraz postdiagnostyczne (por. np. Pluta-Wojciechowska, 2008, s. 131–137). Oczywiście, w pewnym stopniu jest to nieuniknione, że logopeda sięga po różne metody z innych dziedzin (jest to wpisane w logopedię), wydaje mi się jednak, że warto rozważyć próbę zawężenia obszaru działań logopedycznych na koszt współpracy z innymi specjalistami. Opisując wybrany przypadek, chciałabym pokazać korzystny wpływ (bardziej lub mniej skoordynowanej) współpracy wielu specjalistów na rozwój danego dziecka. Szczególną uwagę chciałabym poświęcić terapii nosowania otwartego, które w przypadku opisywanego dziecka odgrywa istotną rolę.

Charakterystyka zespołu

Zespół van der Woude (VDWS) to zespół wad wrodzonych charakteryzujący się deformacjami podniebienia i ust². W literaturze zwraca się uwagę na rodzinne występowanie zespołu, co wskazuje na genetyczne podłoże choroby. Większość przypadków zespołu Van der Woude jest związana z mutacją w genie IRF6 zlokalizowanym na 1 chromosomie (1q32–q41). Dziedziczenie choroby odbywa się w sposób dominujący autosomalny (a więc jeżeli jeden z rodziców posiada mutację, istnieje 50% ryzyka, że przekaze chorobę swoim potomkom). Występują przypadki pacjentów (około 4%), u których mimo mutacji choroba się nie objawia, jednak mogą oni przekazać wadę genetyczną i wywołać chorobę u potomstwa tak samo, jak osoby pełnoobjawowe (por. Szelağ, Paradowska, Mikulewicz, 2008, s. 447; Wang i in., 2003, s. 382; Tan, Lim, Lee, 2013). Częstość występowania VDWS to 1 dziecko na 40 000–100 000 urodzeń (Lam, David, Townsend, Anderson, 2010).

wniosek rodziców została wydana opinia o wczesnym wspomaganie rozwoju. Opinię tę wydają zespoły orzekające działające w poradniach psychologiczno-pedagogicznych. Podstawa prawna: ustawa z dn. 7 września 1991 r. o systemie oświaty z późn. zm.; rozporządzenie Ministra Edukacji z dn. 11 października 2013 r. w sprawie organizowania wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka.

² Jest najczęstszym wśród zespołów, w skład których wchodzi rozszczep wargi i podniebienia jako malformacja, a także jest przyczyną 2% wszystkich rozszczepów.

Dzieci z VDWS zazwyczaj mają następujące objawy:

- rozszczep wargi i podniebienia (o różnej rozległości: od całkowitego rozszczepu po rozszczep języzka podniebiennego lub rozszczep podśluzówkowy);
- dołki, przetoki ślinowe dolnej wargi³;
- małe usta;
- wąskie podniebienie;
- hipodoncja, czyli wrodzony brak zębów (jednego lub wielu, dotyczy to głównie zębów siecznych, kłów lub zębów przedtrzonowych).

W literaturze jako rzadsze objawy wymieniane są także:

- przerośnięcie języka lub ankyloglosja;
- niedosłuch;
- wady kończyn (np. zwiększoną liczbę palców, zrośnięcie palców lub „końska stopa”);
- wady serca;
- dodatkowe brodawki sutkowe (por. Rizos, Spyropoulos, 2004; Szelağ, Paradowska, Mikulewicz, 2008).

Rozwój psychoruchowy oraz intelektualny nie odbiegają od normy, jeżeli dziecko jest właściwie i o czasie leczone.

Opis przypadku

Opis dziecka i przebieg jego leczenia

W dalszej części artykułu opiszę przypadek 4-letniego chłopca, urodzonego z VDWS – z całkowitym rozszczepem podniebienia pierwotnego (po stronie prawej) i całkowitym rozszczepem podniebienia wtórnego oraz przetoki na wardze dolnej, a także znacznie skróconym wędzidełkiem podjęzykowym. Rozszczep został zoperowany w 7 miesiącu życia, a przeszczep wyrostka zębodołowego wraz z plastyką krótkiego wędzidełka w wieku 2,5 lat. Ostatni zabieg – korekta wargi dolnej – odbył się, gdy chłopiec miał 3 lata i 4 miesiące.

Chłopiec jest wychowywany w prawidłowo funkcjonującej, pełnej rodzinie. Rodzice mają wykształcenie wyższe. W dalszej rodzinie ojca występowały przypadki wad twarzoczaszki. Warunki domowe są dobre. Chłopiec jest w normie intelektualnej. Od 3 roku życia uczęszcza do przedszkola. Ciąża i poród przebiegały

³ Nieprawidłowości anatomiczne w obrębie wargi występują u ponad 80% chorych, są więc najczęstszym objawem VDWS. Zazwyczaj zmiany są obustronne. Wydzielina gruczołów ślinowych (hialina) może powodować w tego typu wadach obrzęk i powiększenie się wargi dolnej, a także infekcje (por. Rizos, Spyropoulos, 2004; Szelağ, Paradowska, Mikulewicz, 2008).

bez zakłóceń. W pierwszych latach życia przechodził infekcje kataralne oraz miał stany zapalne uszu. Przed operacją karmiony był butelką ze specjalnym smoczkiem dla dzieci z rozszczepem. Po pierwszej operacji około tygodnia był karmiony sondą, potem łyżeczką. Smoczek nie był już nigdy wykorzystywany. Po drugiej operacji otrzymywał za pomocą strzykawki pokarmy rozdrobione przez około 5–6 tygodni. Oddycha prawidłowo. Prawidłowo też przebiega jego rozwój motoryczny.

Do poradni psychologiczno-pedagogicznej dziecko trafiło w wieku 2 lat i 7 miesięcy, a powodem zgłoszenia było znaczne opóźnienie rozwoju mowy. Dziecko nie komunikowało się werbalnie (poza wyrazem [mama] i nielicznymi wokalizacjami nieartykułowanymi), ale dość skutecznie posługiwało się gestem. Po uzyskaniu opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecko zostało objęte wielospecjalistyczną opieką w poradni psychologiczno-pedagogicznej. Korzystało (i nadal korzysta) z zajęć: terapii SI, terapii behawioralnej i terapii logopedycznej. Terapia psychologiczna i logopedyczna były przede wszystkim skierowane na motywowanie dziecka do komunikacji werbalnej.

Oddziaływania terapeutów obejmowały takie obszary, jak: percepcja wzrokowa i słuchowa, procesy poznawcze (uwaga, pamięć, wyobraźnia, naśladownictwo), motoryka mała i koordynacja wzrokowo-ruchowa, duża motoryka, komunikacja (mowa bierna i czynna), rozwój społeczny i emocjonalny. Dodatkowo specjaliści zapewniali wsparcie dla rodziny dziecka oraz podjęli współpracę z podmiotami leczniczymi (Instytut Matki i Dziecka w Warszawie), a w chwili pójścia dziecka do przedszkola – jeszcze współpracę z przedszkolem.

Postępy w terapii były widoczne po kilku miesiącach. Dziecko zaczęło mówić zaraz po ukończeniu 3 roku życia: najpierw pojawiły się wyrazy dźwiękonaśladowcze, a zaraz po nich wyrazy o nieskomplikowanej strukturze i od razu proste zdania.

Rozpoznanie logopedyczne w wieku 4 lat

W obecnej chwili nieprawidłowości związane z budową anatomiczną twarzoczaszki, obniżone napięcie mięśniowe i brak pionizacji języka mocno rzutują na artykulację dziecka i wskazują na dyslalię anatomiczno-funkcjonalną (wieloraką)⁴. Towarzyszy temu nosowanie otwarte i nosowanie zamknięte, które znacznie obniżają stopień zrozumiałości wypowiedzi dziecka. Umiejętności językowe dziecka są opóźnione i zaburzone w stosunku do normy rówieśniczej. Deficyty w rozwoju językowym u chłopca obejmują przede wszystkim podsystem fonologiczny. Kompetencje komunikacyjne i narracyjne są słabo wykształcone. Chło-

⁴ Na podstawie *Projektów zestawienia form zaburzeń mowy* Haliny Mierzejewskiej i Danuty Emiluty-Rozya (por. Emiluta-Rozya, 2008).

piec posługuje się zdaniami prostymi, ale umie budować także zdania złożone współrzędnie i podrzędnie. Bierny słownik dziecka mieści się w normie, czynny jest nieznacznie obniżony. Chłopiec ma niekiedy trudności w aktualizacji właściwego wyrazu i dopiero po usłyszeniu szerszego kontekstu językowego jest w stanie dokończyć swoją wypowiedź. Pomimo nieukształtowanej jeszcze pełnej kompetencji językowej, u dziecka zauważa się dążenie do językowego porozumiewania się. Chłopiec sam inicjuje dialog, zadaje pytania, odpowiada na pytania, a jego wypowiedzi są zwykle adekwatne do sytuacji. Nie popełnia błędów gramatycznych. Nieliczne potknięcia w tym zakresie są właściwe dla danego okresu rozwojowego. Niskie wyniki prób sprawdzających funkcjonowanie słuchu fonematycznego i kinestezji artykulacyjnej wskazują na niepełne ukształtowanie umiejętności słuchowego identyfikowania i różnicowania dźwięków mowy. Ich konsekwencją są trudności w utrwalaniu prawidłowych wzorców brzmieniowo-kinestetyczno-kinetycznych. Poza tym do pełnego obrazu zaburzeń dziecka należy dodać parafunkcje w postaci ciągłego manipulowania rękami przy ustach lub nosie, a także eholalie bezpośrednie.

Wielospecjalistyczne leczenie i usprawnianie dziecka z VDWS

Najważniejszym czynnikiem wpływającym na opóźnienie rozwoju mowy, a następnie na zaburzenia artykulacji i ogólny rozwój opisywanego dziecka jest rozszczep wargi i podniebienia. Upośledza on wiele podstawowych funkcji życiowych, takich jak oddychanie, przyjmowanie pokarmów oraz potencjalnie słuch i mowę (por. Hortis-Dzierzbicka, 2004, s. 7). Właściwe terminowe operowanie nieprawidłowości anatomicznych jest więc pierwszym warunkiem prawidłowego rozwoju psychoruchowego dziecka z VDWS. Rozwój mowy w dużym stopniu zależy od warunków anatomicznych, jakie udaje się uzyskać chirurgowi podczas operacji zamknięcia szczeliny rozszczepu oraz podczas przeszczepu do wyrostka zębodołowego.

U dzieci z VDWS, tak samo jak u większości dzieci z rozszczepem izolowanym, tj. niespełnowym, często z powodu blizn ściągających, które pozostały po zaszyciu rozszczepu podniebienia, często występuje niedorozwój kości szczęki i wady zgryzu (Rizos, Spyropoulos, 2004, s. 17–24). Poza tym, nawet jeżeli warunki anatomiczne po operacji są zbliżone do prawidłowych, pozostają nieprawidłowe nawyki dotyczące oddychania, przyjmowania pokarmów, które również mogą mieć negatywny wpływ na zgryz. Dlatego konieczne jest leczenie ortodontyczne. U opisywanego chłopca nie zaobserwowano dysfunkcji oddychania, ale występują problemy z przyjmowaniem pokarmu (nieprawidłowe polykanie i problemy z żuciem), a także nieprawidłowości zgryzowe. Dziecko jest leczone ortodontycznie i jest skoncentrowane na eliminowaniu zgryzu krzyżowego oraz ekspansję szczęki. Od roku chłopiec nosi aparat ortodontyczny ruchomy.

Jak już wspomniałam, chłopiec w pierwszych latach życia przechodził infekcje kataralne oraz miał stany zapalne uszu. Jest więc pod stałą opieką laryngologa, choć na chwilę obecną nie ma problemów z uszami ani ze słuchem. Warto zaznaczyć, że konsekwencją wcześniejszych infekcji mogą być obecne problemy z różnicowaniem dźwięków mowy.

U dzieci, u których w skład wady wchodzi rozszczep podniebienia wtórnego, tak jak u opisywanego chłopca, może wystąpić niewydolność podniebienno-gardłowa. Niewydolność ta istotnie utrudnia rozwój mowy i prowadzi do znacznych zaburzeń rezonansu nosowego. Przyczyny niewydolności podniebienno-gardłowej mogą mieć podłoże anatomiczne lub funkcjonalne. Ustalenie przyczyny niewydolności jest wyjątkowo ważne podczas planowania terapii logopedycznej. Jeżeli podczas obserwacji sposobu mówienia dziecka oraz kontroli ucieczki powietrza przez nos podczas wymawiania przez niego ciągów sylab otwartych (np. *pa-pa-pa*, *pi-pi-pi*, *ta-ta-ta* itp.) lub prostych wyrazów utworzonych na podstawie spółgłosek nienosowych i samogłosek nie jesteśmy w stanie ustalić, czy jest to nosowanie nawykowe czy anatomiczne, konieczne jest badanie nasofiberoskopowe. U chłopca upośledzenie pracy zwieracza podniebienno-gardłowego ma charakter nawykowy, co zostało potwierdzone próbami przeprowadzonymi w warunkach gabinetowych⁵ oraz badaniem nasofiberoskopowym, przeprowadzonym przez foniatrę. Eliminowanie zaburzeń rezonansu nosowego w postaci nosowania otwartego stanowi trzon terapii logopedycznej tego dziecka.

Kolejnym czynnikiem negatywnie wpływającym na rozwój mowy oraz rozwój emocjonalny chłopca to pobyty w szpitalu, a także problemy z nawiązywaniem i podtrzymywaniem kontaktu z rówieśnikami. Z tego powodu konieczne jest wsparcie psychologiczne. W danym przypadku opieką psychologiczną zostało objęte nie tylko dziecko, lecz także jego rodzice.

Dodatkowo u tego dziecka zaobserwowano zaburzenia przetwarzania sensorycznego, które jak wiadomo również wpływają niekorzystnie na jego rozwój psychomotoryczny. Chłopiec od roku uczęszcza na terapię integracji sensorycznej.

Ostatni specjalista, odgrywający istotną rolę w procesie terapeutycznym dziecka, to logopeda. W chwili obecnej w zespole terapeutycznym stanowi naj-

⁵ Sprawdzeniu sprawności podniebienia miękkiego oraz zwarcia podniebienno-gardłowego posłużyły przede wszystkim próby: 1) wymowa głoski [a] staccato, 2) próba Czermarka (w trakcie wypowiedzania przez dziecko sylab *pa*, *ta*, *ba*, badający podsuwa pod nozdrza lusterko i sprawdza, czy nie zaparowuje ono podczas wymawiania przez dziecko dźwięków ustnych, por. Pruszewicz, 1992), 3) próba polegająca na wymawianiu sylab i wyrazów w pozycji leżącej. Ostatnia z prób jest wykorzystywana głównie do ustalenia typu nosowania: strukturalne czy funkcjonalne. Jeżeli w pozycji leżącej pacjentowi udaje się wymówić poszczególne głoski ustne bez poszumu nosowego, oznacza to, że mamy do czynienia z nosowaniem nawykowym.

ważniejsze ogniwo, ponieważ zaburzenia mowy mają znaczny wpływ na rozwój ogólny chłopca i jego edukację przedszkolną.

W dalszej części artykułu skupię się na wybranym fragmencie planu terapeutycznego, a dokładniej na części poświęconej eliminowaniu nosowania otwartego. Zaburzenia rezonansu nosowego są bowiem główną przyczyną zaburzeń artykulacyjnych oraz znacznego obniżenia stopnia zrozumiałości wypowiedzi chłopca. Jak już wspomniałam, w postępowaniu terapeutycznym należy uwzględnić przyczynę niewydolności, gdyż od tego w dużym stopniu zależy dobór ćwiczeń i kolejność ich wprowadzania. Jeżeli niewydolność ma podłoże anatomiczne, to głównym celem terapii będzie przygotowanie dziecka do zabiegu faryngoplastyki⁶, a więc uzyskanie odpowiedniej sprawności mięśni zwieracza podniebiennogardłowego (głównie elastyczności podniebienia miękkiego), która umożliwi przeprowadzenie zabiegu chirurgicznego oraz ułatwi usprawnianie mowy po operacji. Terapia przed zabiegiem nie może być nakierowana na wywoływanie bądź korygowanie głosek, gdyż to będzie tylko utrwalalo nieprawidłowe nawyki.

Przy zaburzeniach rezonansu nosowego o podłożu funkcjonalnym, jakie zostało zdiagnozowane u opisywanego dziecka, celem terapii jest przede wszystkim wyeliminowanie nosowania otwartego i uzyskanie prawidłowej artykulacji wszystkich głosek. W procesie terapeutycznym należy uwzględnić kilka etapów. Czas trwania każdego z nich jest trudny do oszacowania, ale jest to proces skomplikowany, trwający czasami kilka lat.

Etap I. Usprawnianie zwarcia podniebiennogardłowego i kontrolowanie strumienia wydychanego powietrza. Ważną rolę będą wówczas odgrywały ćwiczenia oddechowe, ćwiczenia podniebienia miękkiego (ze szczególnym uwzględnieniem ćwiczeń oporowych), masaż podniebienia miękkiego i języka, ćwiczenia izometryczne oraz w niektórych przypadkach zabiegi elektrostymulacji.

Etap II. Wypracowanie normatywnej realizacji poszczególnych fonemów (ustalenie kolejności deformowanych lub w ogóle niewymawianych przez dziecko głosek, a następnie praca nad każdą z tych głosek w kilku etapach: przygotowawczym, wywoływania/korygowania oraz automatyzacji). Do tego etapu można przejść dopiero po uzyskaniu pełnej kontroli nad wydychanym powietrzem (tj. w momencie, gdy dziecko będzie potrafiło wypuszczać powietrze ustami bez jednoczesnej ucieczki powietrza nosem). Eliminowanie parafunkcji i współruchów mimicznych (głównie poprzez masaż twarzy).

⁶ Najczęściej stosuje się w tego typu przypadkach zabieg faryngoplastyki przy użyciu płata pobranego z tylnej ściany gardła, zwany też faryngofiksacją, podczas którego wytworzone zostaje sztuczne połączenie pomiędzy tylną ścianą gardła a podniebieniem miękkim. Innym typem powszechnie stosowanej faryngoplastyki jest faryngoplastyka zwieraczowa, polegająca na operacyjnym ściśnieniu gardła górnego (por. Hortis-Dzierzbicka, Dudkiewicz, Stecko, 2005, s. 99; Wójcicki, 2004, s. 1184–1185).

Etap III. Poprawa jakości dłuższych wypowiedzi (automatyzacja skorygowanych i wywołanych dźwięków oraz praca nad wymową wyrazów o bardziej skomplikowanej budowie fonetycznej, poprawa stopnia zrozumiałości wypowiedzi dziecka).

Warto podkreślić, że w przypadku dzieci z niewydolnością funkcjonalną, u których terapia logopedyczna nie przynosi odpowiednich efektów lub efekty są niewspółmierne do nakładu pracy, lub też terapia trwa bardzo długo, warto uwzględnić konsultację foniatryczną i chirurgiczną w celu rozważenia wykonania zabiegu faryngoplastyki, co mogłoby znacznie przyspieszyć usprawnianie mowy. W tego typu przypadkach logopeda odgrywa istotną rolę w procesie kwalifikowania dziecka na zabieg.

Podsumowanie

W leczeniu i usprawnianiu dziecka z zespołem van der Woude bierze udział wielu specjalistów i każdy z nich ma tak samo ważne zadanie. W omawianym przypadku istotną rolę odegrali i nadal odgrywają: chirurg, ortodonta, foniatra, laryngolog, psycholog, terapeuta SI i logopeda. Chciałabym podkreślić, że bardzo ważny jest przepływ informacji pomiędzy tymi specjalistami, gdyż od niego w dużym stopniu zależy sukces w usprawnianiu rozwoju dziecka. W stymulowaniu rozwoju mowy i usprawnianiu zaburzeń kluczowe znaczenie w danym przypadku miała współpraca logopedy z foniatrą. Informacje na temat budowy i sprawności zwieracza podniebieno-gardłowego, odpowiadającego za rezonans nosowy głosek, zdecydowały w dużym stopniu o sposobie postępowania logopedycznego. Istotne okazały się wskazówki psychologa, zwłaszcza w początkowym okresie terapii, gdy dziecko komunikowało się werbalnie, a także zalecenia terapeuty SI podczas odwracania jamy ustnej dziecka i stymulowania funkcji pokarmowych. Chłopca czeka jeszcze długa terapia logopedyczna, której efektu końcowego nie jesteśmy w stanie przewidzieć, jednak rokowania są dobre ze względu na poczynione przez dziecko postępy, zaangażowanie wielu specjalistów, jak również rodziców w proces terapeutyczny.

Bibliografia

- Bardach J. (1967), *Rozszczep wargi górnej i podniebienia*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa.
- Chwatcew M. E. (1959; wyd. 2 – 2009), *Rinotalija*, [w:] *Logopedija*, t. 1, red. R. I. Łalajewa, S. N. Szachowskaja, Gosudarstwiennoje Uczebno-Pedagogiczeskoje Izdatielstwo Ministierstwa Proswieszczenija RSFSR, Moskwa, s. 206–245.
- Emiluta-Rozya D. (2008), *Modyfikacja zestawienia form zaburzeń mowy H. Mierzejewskiej i D. Emiluty-Rozyi*, [w:] *Diagnoza i terapia w logopedii*, red. J. Porayski-Pomsta, Wydawnictwo Elipsa, Warszawa, s. 25–36.

- Hortis-Dzierzbicka M. A. (2004), *Nasofiberoskopia w ocenie zastosowania płata gardłowego w niewydolności podniebieno-gardłowej u pacjentów z rozszczepem podniebienia*, Borgis, Warszawa.
- Hortis-Dzierzbicka M. A., Dudkiewicz Z., Stecko E. (2005), *Nosowanie otwarte – przyczyny, diagnostyka, sposoby eliminacji*, [w:] *Mowa pacjenta z rozszczepem podniebienia*, red. M. A. Hortis-Dzierzbicka, E. Stecko, Wydawnictwo WUW, Warszawa, s. 96–99.
- Jastrzębowska G., Kukuła M. (1999), *Zaburzenia mowy dzieci z rozszczepem podniebienia*, [w:] *Logopedia*, red. T. Galkowski, G. Jastrzębowska, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole, s. 191–201.
- Kopala W., Rudzki P. (2012), *Ocena przydatności nasofibrolaryngoskopii w diagnostyce patologii górnych dróg oddechowych u dzieci*, „Nowa Pediatria”, nr 2, s. 23–27.
- Lam A. K., David D. J., Townsend G. C., Anderson P. J. (2010), *Van der Woude syndrome: dentofacial features and implications for clinical practice*, „Australian Dental Journal”, t. 55, s. 51–58.
- Pluta-Wojciechowska D. (2008), *Standard postępowania logopedycznego w przypadku osób z rozszczepem wargi i podniebienia*, „Logopedia”, t. 37, s. 175–206.
- Pluta-Wojciechowska D. (2011), *Mowa dzieci z rozszczepem wargi i podniebienia*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego, Kraków.
- Pluta-Wojciechowska D. (2015), *Standard postępowania logopedycznego w przypadku rozszczepu wargi i podniebienia*, [w:] *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*, red. S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak, Wydawnictwo UMCS, Lublin, s. 727–779.
- Pluta-Wojciechowska D. (2016), *Wczesna interwencja logopedyczna w przypadku dzieci z rozszczepem wargi i podniebienia*, [w:] *Wczesna interwencja logopedyczna*, red. K. Kaczorowska-Bray, S. Milewski, Harmonia, Gdańsk, s. 309–335.
- Pruszwicz A. (red.) (1992), *Foniatryka kliniczna*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa.
- Rizos M., Spyropoulos M. N. (2004), *Van der Woude syndrome: a review. Cardinal signs, epidemiology, associated features, differential diagnosis, expressivity, genetic counselling and treatment*, „European Journal of Orthodontics”, 26 (1), s. 17–24.
- Siudzińska N. (2017a), *Zaburzenia rezonansu nosowego u dzieci z rozszczepem podniebienia miękkiego*, [w:] *Język – umysł – ciało. Zaburzenia komunikacji językowej o różnym podłożu*, red. E. Boksa, A. Rosińska-Mamej, J. Senderska, Wydawnictwo KTN, Kielce, s. 111–121.
- Siudzińska N. (2017b), *Zasady postępowania logopedycznego w przypadku dziecka z rozszczepem podniebienia i wargi*, „Poradnik Językowy”, nr 6, s. 27–38.
- Siudzińska N. (2019), *Planowanie terapii logopedycznej dziecka z nosowaniem otwartym*, „Poradnik Językowy” nr 2, s. 66–82.
- Siudzińska N., Radkowska E. (2016), *Terapia logopedyczna dzieci po zabiegu faryngoplastyki*, „Studia Pragmalingwistyczne”, nr 8, s. 63–73.
- Stecko E., Hortis-Dzierzbicka M. A. (2005), *Rozwój systemu fonetycznego u dzieci z wadą rozszczepową twarzy*, [w:] *Mowa pacjenta z rozszczepem podniebienia*, red. M. A. Hortis-Dzierzbicka, E. Stecko, Wydawnictwo WUW, Warszawa, s. 45–50.
- Suda N., Takada J., Ohya K. (2005), *Orthodontic treatment in a patient with Van der Woude syndrome*, „American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics”, 129, s. 696–705.

- Szeląg J., Paradowska A., Mikulewicz M. (2008), *Zespół van der Woude – przegląd piśmiennictwa*, „Dental and Medical Problems”, 45, 4, s. 447–449.
- Tan E. C., Lim E. C., Lee S. T. (2013), *De novo 2.3 Mb microdeletion of 1q32.2 involving the Van der Woude Syndrome locus*, „Molecular Cytogenetics”, 6, s. 31, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3751720/> (dostęp: 18.09.2019).
- Wang X., Liu J., Zhang H., Xiao M., Li J., Yang C., Lin X., Wu Z., Hu L., Kong X. (2003), *Novel mutations in the IRF6 gene for Van der Woude syndrome*, „Human Genetics”, Oct. 113 (5), s. 382–386, <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00439-003-0989-2> (dostęp: 18.09.2019).
- Wójcicki P. (2004), *Leczenie chirurgiczne niewydolności podniebienneo-gardłowej u chorych z rozszczepami podniebienia*, „Polski Przegląd Chirurgiczny”, t. 74, nr 11, s. 1180–1193.
- Wójcicki P., Kobus K., Wójcicka K. (2007), *Van der Woude Syndrome*, „Dental and Medical Problems”, 44, s. 18–21.
- Zdunkiewicz-Jedynak D., Hortis-Dzierzbicka M. A. (2005), *Lingwistyczne podstawy oceny i dokumentacji zaburzeń mowy u dzieci z wadą rozszczepową twarzy*, [w:] *Mowa pacjenta z rozszczepem podniebienia*, red. M. A. Hortis-Dzierzbicka, E. Stecko, Wydawnictwo WUW, Warszawa, s. 54–79.

Summary

The article presents the course of the treatment and improving the treatment of the four-year old boy born with Van der Woude syndrome. The combination of the congenital defects that occur in this particular case of the syndrome are the complete cleft lip, alveolus and palate, salivary fistula on the bottom lip and considerable shortening of the tongue frenulum. Anatomical malformations in the child's facial skeleton disturbed the development of the child's speech, which in turn influenced his general development. Many years' process of the boy's treatment engages various specialists where each of them has played an important role. The crucial roles have been of a surgeon, an orthodontist, a phoniatriest, a laryngologist, a psychologist and a speech therapist. Coordinated cooperation of those specialists facilitates planning and implementing the adequate treatment and speech therapy forms. The progress the child has made proves that the treatment has been right and effective and that in this case the multi-specialist proceedings are necessary.

Tomasz Wiech*

TERAPIA ZABURZEŃ MOWY I JĘZYKA CHŁOPCÓW Z ZESPOŁEM KRUCHEGO CHROMOSOMU X. STUDIUM PRZYPADKU

SPEECH AND LANGUAGE INTERVENTION FOR BOYS WITH
FRAGILE X SYNDROME. CASE STUDY

Słowa kluczowe: zespół kruchego chromosomu X, zaburzenia rozwoju mowy i języka, studium przypadku.

Keywords: Fragile X Syndrome, speech and language disorders, study case.

Terminologia, klasyfikacja oraz etiologia zespołu kruchego chromosomu

Zespół kruchego chromosomu X (FRA X)¹ to choroba genetyczna sprzężona z płcią. Charakteryzuje się obniżeniem poziomu rozwoju intelektualnego różnego stopnia (NI)² od lekkiego z 70–80 IQ (20% chorych) do głębokiego (80%). Towarzyszą mu zaburzenia behawioralne, które częściowo pokrywają się z objawami dla autyzmu oraz charakterystyczne cechy dysmorficzne (de la Paz, Grofit, 2010, s. 133–134). Występuje częściej u mężczyzn (1/4000) niż kobiet (1/8000). Po trisomii chromosomu 21, jest drugą co do częstotliwości przyczyną dziedzicznej niepełnosprawności intelektualnej (Killeen, Rubin, Strayer, 2009, s. 92–116).

FRA X został po raz pierwszy opisany przez Jamesa Martina i Julię Bell w 1943 r. Przedstawili oni rodowód rodziny wielopokoleniowej, w której występowała NI w stopniu znacznym u mężczyzn. Przypuszczali, że jest ona spowodowana przez wzorzec dziedziczenia, który jest odmienny od innych

* Centrum Fizjoterapii Zaawansowanej Tactum Sanitas, 25-524 Kielce, ul. Zagnańska 94/16, e-mail: tomasz.wiech87@gmail.com

¹ FRA X – Fragile X Syndrome; skrót będzie stosowany w dalszej części artykułu.

² NI – niepełnosprawność intelektualna; skrót będzie stosowany w dalszej części artykułu.

schorzeń genetycznych. Sugerowali, że przyczyną zespołu jest pojedynczy gen związany z chromosomem X (Ober-Łopatka, 2013, s. 61). W 1969 r. Herbert Lubs, wykorzystując techniki cytogenetyczne, zidentyfikował w kariotypie niektórych osób z NI charakterystyczne przewężenie znajdujące się blisko końca długiego ramienia chromosomu X, przez co wygląda, jakby był złamany. W 1991 r. odkryto, że bezpośrednią przyczyną FRA X jest mutacja dynamiczna genu FMR1 na chromosomie X obejmująca locus Xq27.3 (Rzońca, Gos, 2012, s. 460–475). FMR1 składa się z sekwencji białek CGG. Odpowiada za syntezę białka FMR1 odpowiedzialnego za stymulację rozwoju mózgu. Prawidłowa liczba powtórzeń CGG w genie FMR1 wynosi około 5–54 i przekazywane są one stabilnie w następnych pokoleniach. Liczba powtórzeń w obrębie genu FMR1 jest niestabilna u nosicieli i podczas przekazywania materiału genetycznego potomstwu rośnie. Jeżeli liczba powtórzeń mieści się w przedziale 59–200 powtórzeń, to następuje permutacja³ genu FMR1; powyżej 200 – pełna mutacja.

Pełna mutacja może współwystępować z permutacją (zob. tabela 1). Landowska i in. (2018, s. 17) dodają, że wydłużanie się genu może w rezultacie prowadzić do innych implikacji klinicznych. Obecność mutacji, w zależności od genu, jest przyczyną około 30 chorób neurologicznych, neurodegeneracyjnych czy nerwowo-mięśniowych, np. choroby Huntingtona, dystrofii miotonicznej typu 1 i 2, wybranych ataksji rdzeniowo-mózdkowych (np. ataksji Friedreicha), niektórych rodzajów stwardnienia zanikowego bocznego, otępienia czołowo-skroniowego.

Tabela 1. Typy alleli genu FMR1 w zależności od liczby powtórzeń CGG

Typ allelu	Liczba CGG	Fenotyp	Ryzyko ekspiacji do pełnej mutacji
prawidłowy	< 45	prawidłowy	brak
	45–54	prawidłowy	brak, ewentualnie do premutacji
premutacja	55–200	podwyższone ryzyko wystąpienia FXPOI u kobiet i FXTAS u obu płci	wysokie, zwiększające się ryzyko wraz ze wzrostem liczby CGG
mutacja	> 200	FRA X – chłopcy i do 50% dziewczynek	sekwencja wysoce niestabilna

Źródło: Landowska i in., 2018, s. 17.

³ Premutacja – nieutralne zmiany materiału genetycznego spowodowane działaniem mutagenów (Komender, Mossakowski, Orłowski, 1996, s. 1067).

FRA X występuje u osób płci męskiej i żeńskiej. W obu obserwuje się szerokie spectrum objawów klinicznych. W przypadku mężczyzn są bardziej nasilone. Do fizycznych oznak FRA X zalicza się wydłużoną i wąską twarz, wysuniętą żuchwę, podniebienie gotyckie, powiększone i odstające małżowiny uszne, makrocefalię (> 50 centyla), płaskostopie (71%), zwiększoną ruchliwość stawów (67%), delikatną i miękką skórę, makroorchidyzm po okresie pokwitania (70%) (Jastrzębski i in., 2013, s. 119–129). Cechy te często pojawiają się w okresie wczesnej adolescencji, a podobieństwo wczesnych trudności rozwojowych do innych zaburzeń powoduje, że FRA X jest trudne do zdiagnozowania w okresie niemowlęcym i wczesnodziecięcym (Ober-Łopatka, 2013, s. 61).

Podstawowym objawem FRA X jest niepełnosprawność intelektualna ujawniająca się już w okresie wczesnodziecięcym, objawiająca się w postaci trudności w zakresie nabywania umiejętności kluczowych. NI w całej grupie z FRA X. W obrębie płci męskiej waha się od umiarkowanej do znacznej; natomiast u dziewczynek jest bardziej zróżnicowana i oscyluje od normy intelektualnej do umiarkowanej NI, przy czym ostatni ze stopni pojawia się najrzadziej (Carvajal, Aldrige, 2011, s. 31). Typowe jest osłabienie uwagi, pamięci wzrokowej, pamięci krótkotrwałej, postrzegania, koordynacji wzrokowo-ruchowej, planowania i przetwarzania bodźców arytmetycznych (Hall, 2009, s. 335).

Kolejnym symptomem jest opóźniony rozwój ruchowy spowodowany zwiększeniem elastyczności stawów oraz obniżonym napięciem mięśniowym. W większości przypadków umiejętności w zakresie motoryki dużej są dobrze rozwinięte, jednakże z powodu giętkości stawów i płaskostopia występuje niezdarność w poruszaniu się oraz trudności z równowagą; natomiast w przypadku motoryki małej utrudnione są planowane ruchy precyzyjne ze względu na obniżone napięcia mięśniowe (O'Hara, McCarthy, Bouras, 2010, s. 19–20).

Zaburzenia nabywania umiejętności kluczowych wpływają również na zaburzenia rozwoju sfery społecznej, behawioralnej i emocjonalnej. Charakterystyczne dla FRA X jest ADHD, autoagresja (gryzienie dłoni i palców) i agresja pojawiające się między 1 a 3 rokiem życia. Niektóre zachowania dziecka z FRA X przypominają zachowania typowe dla autyzmu, tj. brak lub unikanie kontaktu wzrokowego, zaburzenia integracji sensorycznej, zaburzenia opozycyjno-buntownicze i/lub powtarzające się zachowania autoagresywne jako forma obronna przed podejmowaniem trudniejszych zadań lub zmianą rutynowego planu aktywności w ciągu dnia (zob. tabela 2). Trudności w obszarze społecznym i emocjonalnym pojawiają się w szczególności w grupie osób płci żeńskiej w trakcie okresu dorastania. Należą do nich fobia społeczna, depresja, trudności z kontrolą impulsów, zaburzenia obsesyjno-kompulsywne, napady paniki, zaburzenia nastroju. Powyższe zaburzenia i trudności mogą prowadzić do unikania kontaktu, który w rezultacie może prowadzić do mutyzmu, nasilającego się w szkole i ustępującego w środowisku domowym (Hoffmann, Berry-Kravis, 2016, s. 331–334).

Tabela 2. Diagnoza różnicowa autyzmu i FRA X u osób płci męskiej

	Autyzm	Zespół kruchego chromosomu X
Obraz kliniczny	<ul style="list-style-type: none"> - zaburzenie rozwoju od chwili narodzin - brak objawów zewnętrznych 	<ul style="list-style-type: none"> - choroba genetyczna sprzężona z płcią - objawy zewnętrzne (zmiany dysmorficzne twarzy, makrocefalię, płaskostopie)
Percepcja bodźców	<ul style="list-style-type: none"> - nadwrażliwość - niedowrażliwość - prawidłowa 	<ul style="list-style-type: none"> - nadwrażliwość - niedowrażliwość
Komunikacja	<ul style="list-style-type: none"> - opóźniony rozwój mowy - brak, zahamowanie, wycofanie po nieharmonijny; rzadko prawidłowy pod względem etapów rozwój mowy - mowa i język nie są wykorzystywane do komunikacji - brak lub ograniczone inicjowanie i podtrzymywanie komunikacji 	<ul style="list-style-type: none"> - opóźniony rozwój mowy - pierwsze słowa pojawiają się w zależności od stopnia NI - mowa i język są wykorzystywane celowo - dążenie do nawiązania i zachowania kontaktu - kontakt jest nawiązywany i podtrzymywany przez mimikę
Kontakt wzrokowy	<ul style="list-style-type: none"> - brak 	<ul style="list-style-type: none"> - utrudniony z powodu zaburzeń koncentracji uwagi
Kontakt fizyczny	<ul style="list-style-type: none"> - zależy od czasu wystąpienia objawów 	<ul style="list-style-type: none"> - ograniczony
Emocje	<ul style="list-style-type: none"> - brak stałości zachowania - brak pozawerbalnego przekazu emocji lub przekaz nieadekwatny - nieodpowiednie reakcje, sprzeczne z przyjętymi wzorcami zachowań - preferowanie kontaktów z osobami starszymi - zachowania emocjonalne często są nieadekwatne 	<ul style="list-style-type: none"> - brak stałości zachowania lub infantylność, lekkość uczuciowa - niski poziom kontroli emocji, popędów i dążeń - często duże nasilenie potrzeby przywiązania i poczucia bezpieczeństwa
Zachowania społeczne	<ul style="list-style-type: none"> - trudności/brak nawiązywania kontaktów społecznych - zaspokajanie potrzeb - zachowania aspołeczne - preferowanie osób dorosłych 	<ul style="list-style-type: none"> - nawiązywanie kontaktów społecznych - wchodzenie w interakcje i zabawa na danym poziomie rozwoju, a nie wieku - zachowania aspołeczne
Stereotypie	<ul style="list-style-type: none"> - obecne 	<ul style="list-style-type: none"> - obecne w zależności od stopnia NI

Źródło: Winczura, 2012, s. 20–26; Birtwell, Willoughby, Nowinski, 2016, s. 19–23; Cieszyńska, 2010, s. 101–116; Hoffmann, Berry-Kravis, 2016, s. 331–334; opracowanie własne.

W niektórych przypadkach FRA X (25–30%) stwierdza się występowanie autyzmu, objawiające się poprzez ograniczoną zdolność komunikacji ze społeczeństwem, brak koncentracji, impulsywność, nadpobudliwość, nadwrażliwości/niedowrażliwości na bodźce dotykowe, stereotypie ruchowe (trzepotanie rękoma, kołysanie, klaskanie). Blomquist, badając 83 chłopców z autyzmem, zaobserwował FRA X u 13 dzieci. Fisch i Brown dokonali podobnych obserwacji. Z kolei Cohen, analizując cechy niewerbalne, stwierdził, że FRA X jest bezpośrednio związany z symptomami występującymi w autyzmie. Ponadto Gillberg i Jenkins poinformowali o możliwym powiązaniu pomiędzy FRA X a zaburzeniami w autyzmie (Milunsky i Milunsky, 2015, s. 187).

Nabywanie mowy i języka

Zaburzenia w obrębie mowy mają wieloczynnikową etiologię. Trudności w zakresie ekspresji spowodowane są prognatyzmem, rozszczepieniem podniebienia, podniebieniem gotyckim, wadami zgryzu. Występujące obniżone napięcie mięśni dodatkowo może skutkować nadmiernym ślinieniem, stale otwartymi ustami prowadzącymi do infekcji górnych dróg oddechowych i cichej mowy. Trudności z odbiorem i rozumieniem języka wynikają z wad słuchu spowodowanych infekcją ucha środkowego (85% przypadków) (Abbeduto, Hagerman, 1997, s. 314–315).

Nabywanie kompetencji językowych jest ściśle powiązane z kształtowaniem się kluczowych kompetencji i umiejętności poznawczych. Deficyty poznawcze w zakresie pamięci krótkotrwałej, sekwencyjnego przetwarzania informacji i podtrzymywania uwagi utrudniają nabywanie kompetencji językowych. Zaburzenia w obszarze komunikacji mogą być pogłębione, jeżeli dodatkowo występują zachowania charakterystyczne dla osób z autyzmem (Abbeduto, Brady, Kover, 2007, s. 38). Mowa ekspresywna rozwija się w grupie osób z FRA X. Zależy ona jednak od stopnia NI. W przypadku stopnia lekkiego gaworzenie pojawia się około 1 roku życia, sylaby – pomiędzy 1 a 2, słowa – 2 a 5, frazy – 5 a 8; natomiast w przypadku umiarkowanego i znacznego obserwuje się wydłużony okres fazy przedjęzykowej, pierwsze wyrazy pojawiają się do 8 roku życia, a frazy – do 13 roku życia (Tarkowski, 2005, s. 559–561). Przebieg i rozwój poszczególnych aspektów języka jest ściśle uzależniony od płci, jednak w przypadku chłopców jest on zazwyczaj bardziej zaburzony (zob. tabela 3).

Zaburzenia mowy ekspresywnej w grupie dzieci z FRA X obejmują powtarzanie rutynowych zwrotów i wykorzystywanie w wypowiedzi słów tylko w niewielkim stopniu związanych z jej tematem. W wypowiedziach może pojawić się również echolalia bezpośrednia lub odroczone. Trudnościom komunikacyjnym mogą towarzyszyć zachowania niewerbalne (np. autostymulacja), które utrudniają proces porozumiewania się.

Tabela 3. Zaburzenia mowy w FRA X ze względu na płeć

Chłopcy	Dziewczynki
<ul style="list-style-type: none"> – trudności w nabywaniu poszczególnych podsystemów mowy – nieprecyzyjna artykulacja – przyspieszone tempo mówienia, duża głośność wypowiedzi, chropowatość głosu – lepsze rozumienie niż nadawanie – echolalia bezpośrednia lub odroczone – trudność w rozumieniu pojęć abstrakcyjnych i symbolicznych – trudność z utrzymaniem linii tematycznej konwersacji 	<ul style="list-style-type: none"> – posługiwanie się poszczególnymi podsystemami mowy mieści się w granicach normy – trudności w zakresie rozumienia ironii, sarkazmu, odczytywania informacji zawartych w natężeniu i intonacji głosu – trudności z odczytywaniem semantyki mimiki twarzy – nieumiejętność lub ograniczona zdolność do prowadzenia dialogu – trudności w formułowaniu i wypowiedaniu myśli czy tworzeniu dłuższych wypowiedzi – słaba pamięć słuchowa – mutyzm wybiórczy

Źródło: Sarota, 2011, s. 284–285, opracowanie własne.

Według niektórych badaczy (Abbeduto, Hagerman, 1997, s. 317) może nastąpić pogorszenie umiejętności w omawianym obszarze w okresie adolescencji. Jest to związane z koniecznością nawiązywania relacji w nowym otoczeniu, co w rezultacie powoduje nasilanie lęku, zwłaszcza u płci żeńskiej.

Diagnoza logopedyczna

Studium przypadku dotyczy chłopca w wieku 6 lat i 5 miesięcy, podopiecznego przedszkola specjalnego. Urodził się w 2013 r. i jest dzieckiem z drugiej ciąży, której przebieg był prawidłowy. Poród odbył się poprzez cesarskie cięcie w 37 tyg. ciąży. Ważył 2870 g i otrzymał 9 punktów w skali Apgar. Urodził się z asymetryczną twarzą, asymetrycznym układem ciała i dysplazją stawów biodrowych. W okresie dzieciństwa stan pobudzenia był absorbujący. Z dokumentacji wynika, że rozwój psychomotoryczny dziecka był opóźniony (siadanie – 2,5 roku życia; samodzielne stanie – 3,5; chodzenie – 4). Z powodu dysplazji stawów biodrowych, obniżonego napięcia mięśniowego oraz znacznych trudności w rozwoju motorycznym prowadzony był metodą Wojty. W dalszym ciągu znajduje się pod opieką fizjoterapeuty.

Z informacji otrzymanych od matki dziecka wynika, że rozwój mowy jest znacznie opóźniony (pierwsze słowa pojawiły się około 7–8 miesiąca życia; wyrażenia dźwiękonaśladowcze – około 2 roku życia). Rozumie ono proste polecenia, ale często ich nie wykonuje. Komunikacja dziecka opiera się głównie na

ograniczonej komunikacji pozawerbalnej, wskazywaniu całą dłonią, nawiązywaniu kontaktu wzrokowego. Kiedy chłopiec ukończył 3 lata, rodzice rozpoczęli terapię logopedyczną. Nie przynosiła jednak zbyt wielu efektów ze względu na zachowania opozycyjno-buntownicze i niesystematyczne uczestnictwo w niej z powodu częstych infekcji dziecka. W wieku 4 lat chłopiec zaczął uczęszczać na zajęcia do przedszkola specjalnego, gdzie został objęty opieką logopedyczną w wymiarze 3 godzin tygodniowo.

W trakcie pierwszych spotkań w lutym 2017 r. (wiek pacjenta w momencie badania 4 lata i 4 miesiące) przeprowadziłem obserwacje oraz badanie komunikacji i mowy podopiecznego. W tym celu skorzystałem z następujących narzędzi diagnostycznych *Checklist of Communicative Functions and Means* (Wetherby, 1995), *Social Communication Skills: Pragmatic Check List* (Goberis i in., 2012) i elementów VB-MAPP (Sundberg, 2015)⁴. Celem poszczególnych prób badawczych była ocena: umiejętności inicjowania i podtrzymywania kontaktu z rówieśnikami i dorosłymi; naśladowania i działania naprzemiennego; rozumienia poleceń jedno- i kilkuetapowych; rozumienia pojęć z kategorii przedmiotów z najbliższego otoczenia oraz czasowników; sprawności i budowy aparatu artykulacyjnego; umiejętności powtarzania głosek izolowanych, sylab i słów; nazywania desygnatów. Dodatkowo sprawdzono lateralizację i funkcje poznawcze. Powyższe działania pozwoliły na wyciągnięcie wniosków i opracowanie indywidualnego programu terapii logopedycznej chłopca na rok przedszkolny 2017/2018.

Analiza wyników kwestionariuszem *Checklist of Communicative Functions and Means* wykazała ograniczone umiejętności w zakresie komunikacji niewerbalnej i werbalnej (zob. rysunek 1). Kontakt wzrokowy chłopca jest ograniczony – patrzy na całą twarz. Inicjuje i podtrzymuje kontakt zarówno z rówieśnikami, jak i osobami dorosłymi, stosując kontakt wzrokowy, manipulacje fizyczne, rzucanie

⁴ Kwestionariusz *Checklist of Communicative Functions and Means* (Wetherby, 1995) pozwala na określenie sposobów porozumiewania się i znaczenia komunikatów. Tabela jest podzielona na dwie części. Pierwsza z nich określa funkcję komunikacji (samoregulacja, interakcje społeczne, dzielenie wspólnego pola uwagi), natomiast druga – formę komunikowania się (niewerbalną i werbalną).

Kwestionariusz *Social Communication Skills: Pragmatic Checklist* (Goberis i in., 2012) jest oparty na *Pragmatic Checklist* Simona. Umożliwia ocenę kompetencji społeczno-pragmatycznych. Składa się z 6 części (wyrażanie potrzeb, wydawanie poleceń, wyrażanie emocji, interakcje społeczne, dzielenie się wiedzą i wyobraźnią).

Kwestionariusz VB-MAPP jest oparty na analizie zachowań werbalnych Skinnera, kamieni milowych rozwoju oraz danych z badania przeprowadzonego na grupie dzieci rozwijających się zdrowo, dzieci z autyzmem i dzieci z innymi zaburzeniami rozwojowymi. Składa się z pięciu części. W trakcie obserwacji dziecka wykorzystano część drugą, która pozwoliła ocenić bariery językowe i edukacyjne.

przedmiotów w stronę partnera, mimikę twarzy lub dźwięki nieartykułowane. Kontakt z partnerem komunikacyjnym podtrzymuje poprzez uśmiech i mimowolne ruchy rękami. Wyraża prośbę o przedmioty lub kontynuacje danej czynności, stosując gest wskazywania całą dłonią, używanie dłoni dorosłego, mimikę twarzy, dźwięki nieartykułowane lub płacz. Protest wyrażany jest poprzez agresję, kręcenie głową, mimikę lub płacz. W kontaktach społecznych w stosunku do niektórych osób pojawia się płacz, autoagresja lub agresja (popychanie, rzucanie przedmiotami, bicie, szarpanie). Analiza kwestionariuszem *Social Communication Skills: Pragmatic Check List* potwierdziła powyższe obserwacje. Wykazała również, że chłopiec nie potrafi dokonywać wyborów (chwyta wszystkie przedmioty znajdujące się w jego zasięgu) i nie wyraża potrzeb fizjologicznych. Dodatkowo proces komunikowania się jest utrudniony z powodu obecnych stereotypii ruchowych (machanie rękami, kołysanie się do przodu i do tyłu).

Mowa receptywna i ekspresywna chłopca jest znacznie opóźniona. Dziecko wykonuje proste polecenia jednoetapowe związane z codziennym funkcjonowaniem, jeżeli są poparte gestem. Wskazuje pojęcia na konkretnych przedmiotach z kategorii: przedmioty domowe, zabawki, zwierzęta domowe. Nie stosuje dźwięków do nazywania. Liczba wydanych dźwięków ogranicza się do samogłosek, spółgłosek [b, m, p, t] i sylab. W trakcie mowy spontanicznej [a, e] są zdeformowane; [o] jest zamieniane na [u]; w sylabach [i] → [y], [b] → [m], [t] → [p/m]. Dodatkowo obserwuje się wysuwanie języka poza jamę ustną i zuchwy do przodu.

Mówienie jest utrudnione z powodu zmian szczękowo-twarzowych (wada zgryzu, podniebienie gotyckie), zmian anatomicznych w obrębie jamy ustnej (makroglosja), osłabionego napięcia mięśniowego. Ponadto obserwuje się podwrażliwość jamy ustnej oraz ślinotok. Motoryka i kinestezja artykulacyjna⁵ – nieprawidłowe.

Zaburzeniom rozwoju mowy i języka towarzyszą: znaczne obniżenie zakresu uwagi i koncentracji, zaburzenia pamięci, opóźnienie w sferze poznawczej w stopniu umiarkowanym, zaburzenia motoryczne o bazie sensorycznej, zaburzenia reakcji posturalnych w tle (problem ze znajomością schematu ciała, brak ustalonej lateralizacji), spowolnienie procesów myślenia, znaczne opóźnienie rozwoju psychoruchowego. Zauważono wpływ zaburzonej integracji odruchowej na właściwą koordynację ruchów, motorykę małą. Biorąc pod uwagę zadania z zakresu motoryki małej (chwytywanie, łapanie) zauważa się obniżone zdolności manipulacyjne. Obserwuje się zaburzenia regulacji procesów sensorycznych o charakterze podwrażliwości układu przedsionkowego i proprioceptywnego z elementami podwrażliwości układu taktylnego (eksploracja otoczenia za pomocą dotyku i smaku), nadwrażliwość słuchową (nietolerowanie szumów i wysokotonowych dźwięków).

⁵ Kinestezja artykulacyjna – czucie ułożenia narządów mowy właściwego poszczególnym głoskom. Motoryka artykulacyjna – umiejętność wykonywania poszczególnych ruchów przez narządy artykulacyjne.

Program terapii logopedycznej

Na podstawie przeprowadzonych obserwacji opracowano indywidualny program terapii logopedycznej (zob. tabela 4). Nieprawidłowości rozwoju mowy i języka spowodowane są nie tylko niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym, lecz także zachowaniami charakterystycznymi dla osób z autyzmem. Zakłócenia te prowadzą do ograniczenia możliwości językowych i komunikacyjnych. Głównym założeniem terapii było stymulowanie rozwoju mowy receptywnej i ekspresywnej. Terapię logopedyczną oparto na podejściu behawioralnym oraz edukacji specjalnej, przewidującej zajęcia ogólnorozwojowe, aktywizujące myślenie oraz funkcje poznawcze, uwzględniając różnice związane z postacią choroby. W działaniach terapeutycznych szczególną uwagę skupiono na wygaszaniu zachowań niepożądanych i budowaniu przyjaznej atmosfery podczas zajęć. W trakcie programowania terapii dobierano odpowiednie techniki terapeutyczne, a także odpowiedni materiał ćwiczeniowy odpowiadający komunikacyjnym i poznawczym potrzebom dziecka. Program zakłada współpracę z innymi specjalistami (pedagogiem, psychologiem, fizjoterapeutą, terapeutą SI) w celu uściślenia kierunku działania.

Tabela 4. Indywidualny program terapii logopedycznej

Obszar usprawniania	Cele szczegółowe	Zadania do realizacji
emocjonalny	rozwijanie samoświadomości emocjonalnej	<ul style="list-style-type: none"> – redukowanie zachowań stereotypii (trzeptania rękami) – redukowanie autostymulacji (kiwania się do przodu i tyłu) – wygaszanie zachowań niepożądanych (krzyku, płaczu, agresji, autoagresji) – przygotowywanie do nadchodzących zmian
społeczny	nawiązywanie i podtrzymywanie kontaktu	<ul style="list-style-type: none"> – budzenie zainteresowania najbliższym otoczeniem – zwracanie uwagi na partnera komunikacyjnego – rozbudzenie świadomości, że człowiek jest źródłem zaspokajania potrzeb – dostarczanie pozytywnych doświadczeń w kontakcie z partnerem poprzez zabawę, pochwałę, nagradzanie – inicjowanie kontaktu w różnych sytuacjach i miejscach – rozwijanie umiejętności czekania – podtrzymywanie kontaktu poprzez naukę specyficznych reakcji dotyczących prośby, zaprzestania czynności, proszenia o pomoc – pokonywanie dystansu komunikacyjnego – budowanie pola wspólnego widzenia

Tabela 4 (cd.)

Obszar usprawniania	Cele szczegółowe	Zadania do realizacji
		<ul style="list-style-type: none"> - wzmacnianie kontaktu wzrokowego - budowanie modelu naprzemiennego
komunikowanie się	kształcenie umiejętności przekazywania informacji	<ul style="list-style-type: none"> - stwarzanie możliwości dokonywania wyboru ulubionych aktywności i doświadczanie skutków własnego wyboru - stwarzanie możliwości dokonywania wyboru osoby, która ma uczestniczyć w aktywności - wyrażanie potrzeb i aktywności przy użyciu PECS
	rozwijanie mowy receptywnej	<ul style="list-style-type: none"> - rozwijanie rozumienia poleceń jednoetapowych, dwuetapowych - rozwijanie rozumienia pojęć z kategorii związanych z przedmiotami codziennego użytku i aktywnościami - wskazywanie przedmiotów w otoczeniu - identyfikowanie przedmiotów na podstawie dźwięku, funkcji - podawanie przedmiotów niebędących w polu widzenia - wskazywanie pojęć związanych z miejscem - wskazywanie odpowiedzi na pytania: <i>co? kto? gdzie?</i>
	rozwijanie mowy ekspresywnej	<ul style="list-style-type: none"> - usprawnianie sfery orofacjalnej (m.in. masaże) - usprawnianie motoryki narządów artykulacyjnych (warg, języka, policzków, podniebienia) - świadome kierowanie ruchami narządów mowy - kształtowanie prawidłowego toru oddechowego poprzez wzmacnianie mięśni biorących udział w oddychaniu, wydłużanie fazy wydechowej - wzmacnianie wszelkich wokalizacji - potwierdzanie i negowanie przy pomocy gestu, słowa - zabawy dźwiękonaśladowcze - naśladowanie pojedynczych dźwięków, sylab, słów [CVCV] - nazywanie osób, przedmiotów, czynności
proces poznawczy	pamięć	<ul style="list-style-type: none"> - krótkotrwała, sekwencyjna, symultaniczna
	klasyfikowanie	<ul style="list-style-type: none"> - dopasowywanie tych samych przedmiotów, zdjęć, obrazków - dopasowywanie przedmiotów do zdjęć i obrazków; obrazków do zdjęć - porządkowanie tych samych kolorów, figur - grupowanie przedmiotów ze względu na przynależność

Obszar usprawniania	Cele szczegółowe	Zadania do realizacji
	porównywanie	<ul style="list-style-type: none"> - dopasowanie przedmiotu do ramki - wkładanie klocków do otworów
	układanie	<ul style="list-style-type: none"> - układanie przedmiotów w wyznaczonej linii - układanie przedmiotów według poleceń - układanie przedmiotów w wyznaczonym miejscu
	naśladowanie	<ul style="list-style-type: none"> - naśladowanie ułożenia przedmiotów, klocków, gestów - zabawy imitujące jedną czynność - zabawy składające się z dwóch sekwencji - zabawa tematyczna
	percepcja słuchowa	<ul style="list-style-type: none"> - stymulacja słuchowa - rozwijanie wrażliwości słuchowej poprzez identyfikowanie źródła lub miejsca wytwarzanego dźwięku - słuchanie, rozpoznawanie i wskazywanie celowo wydawanych dźwięków, najpierw za pomocą zmysłu wzroku, a potem słuchu - słuchanie, rozpoznawanie i wskazywanie dźwięków wydawanych przez zwierzęta, pojazdy - słuchanie, rozpoznawanie i wskazywanie przedmiotów pochodzących z otoczenia

Źródło: opracowanie własne.

Podsumowanie

Po 12 miesiącach nastąpiła poprawa w zakresie rozwoju sprawności językowo-komunikacyjnych, co świadczy o tym, że prowadzone działania przyniosły zamierzone efekty. Po zredukowaniu zachowań niepożądanych chłopiec zaczął podejmować próby wyrażania swoich potrzeb przy pomocy komunikacji wspomagającej (PECS).

W trakcie terapii wprowadzono ćwiczenia artykulacji prostych wykrzykników, wyrażania zdziwienia, zasmucenia (np. *o!* – wykrzyknienie, zdziwienie jako reakcja na chęć zwrócenia na coś uwagi, *aaaa* – na zrozumienie). W wyniku oddziaływań logopedycznych pojawiały się u dziecka sylaby służące komunikacji, onomatopeje. Onomatopeje, będące rdzeniem wielu wyrazów, stały się podstawą pojawiających się w jego słowniku czynnym pierwszych, prostych rzeczowników (np. balon, piłka, pić, jeść). W tym czasie chłopiec nauczył się witać i żegnać, pojawiły się u niego próby artykulacji własnego imienia oraz kolejne wyrazy. Ćwiczone z nim prozodyczne cechy języka. Niewerbalnie, poprzez wskazywanie, dokonuje wyboru: *Co chcesz?* Mimo rozwoju słownika biernego i rozumienia słów

chłopiec ma dużą trudność z artykulacją, nie zawsze odpowiada na pytania i nadal nie tworzy prostych zdań. Słownik czynny ogranicza się u niego do wyrazów, które odnoszą się do codziennego funkcjonowania, potrzeb fizjologicznych, ulubionych przedmiotów. Konsekwencją ćwiczeń kształtujących rozumienie mowy w trakcie terapii indywidualnej oraz z terapeutą na grupie jest umiejętność rozumienia prostych i złożonych poleceń.

U chłopca wzrosło zainteresowanie otoczeniem i komunikowaniem się w aspekcie społecznym. Inicjuje i stara się podtrzymywać kontakt z dorosłym i dzieckiem. W związku z rozwojem słownika biernego zwiększyła się jego chęć do komunikacji. Potrafi wykorzystać prostą gestykulację w procesie porozumiewania się z otoczeniem. Komunikaty są adekwatne do sytuacji. Poprawie uległo spostrzeganie, odbiór i przetwarzanie informacji napływających z otoczenia.

Z dzieckiem prowadzono trening słuchowy, rozpoznawanie, różnicowanie dźwięków z otoczenia, powtarzanie samogłosek, onomatopei. W zakresie funkcji wzrokowych nastąpił u niego progres w zakresie kontrolowania wzrokiem wykonywanych czynności.

Bibliografia

- Abbeduto L., Brady N., Kover S. (2007), *Language development and Fragile X Syndrome: profiles, syndrome-specificity and within-syndrome differences*, „Mental Retardation and Developmental Disabilities”, 13, s. 36–46.
- Abbeduto L., Hagerman R. (1997), *Language and communication in Fragile X Syndrome*, „Mental Retardation and Developmental Disabilities”, 3, s. 314–315.
- Birtwell K., Willoughby B., Nowinski L. (2016), *Social, Cognitive, and behavioural development of children and adolescents with autism spectrum disorder*, [w:] *Autism spectrum disorders*, red. Ch. McDougle, Oxford University Press, Oxford, s. 19–23.
- Carvajal I. D., Aldrige D. (2011), *Understanding Fragile X Syndrome: A Guide for Families and Professionals*, Jessica Kingsley Publisher, London–Philadelphia.
- Cieszyńska J. (2010), *Wczesna diagnoza i terapia zaburzeń autystycznych*, Wydawnictwo Metody Krakowskiej, Kraków.
- Goberis D., Beams D., Dalpes M., Abrisch A., Baca R., Yoshinaga-Itano Ch. (2012), *The Missing Link in Language Development of Deaf and Hard of Hearing Children: Pragmatic Language Development*, „Semin Speech Language”, 33 (04), s. 297–309.
- Hall S. (2009), *Treatments for Fragile X Syndrome: a closer look at the data*, „Developmental Disabilities”, 15, s. 355.
- O’Hara J., McCarthy J., Bouras N. (2010), *Intellectual disability and III Health: A review of the evidence*, Cambridge University Press, Cambridge, s. 19–20.
- Hoffmann A., Berry-Kravis E. (2016), *Fragile X Syndrome*, [w:] *Neuronal and synaptic dysfunction in autism spectrum disorders and intellectual disability*, red. C. Sala, C. Verpelli, Elsevier, London, s. 331–334.

- Jastrzębski K., Kacperska M., Pietras T., Radek M. (2013), *Genetyczne przyczyny upośledzenia umysłowego, z którymi neurolog może spotkać się w codziennej praktyce*, „Aktualności Neurologiczne”, 13 (2), s. 119–129.
- Killeen A., Rubin E., Strayer D. (2009), *Developmental and Genetic Diseases*, [w:] *Essentials of Rubin's Pathology*, red. E. Rubin, H. Reisner, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, s. 92–116.
- Komender J., Mossakowski M., Orłowski T., Ostrowski K., Rudowski W., Trzebski A. (1996), *Wielki słownik medyczny*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
- Landowska A., Rzońca S., Bal J., Gos M. (2018), *Zespół łamliwego chromosomu X i choroby FMRI – objawy kliniczne, epidemiologia i podłoże molekularne choroby*, „Developmental Period Medicine”, XXII/1, s. 17.
- Milunsky A., Milunsky J. M. (red.) (2015), *Genetic disorders and the fetus: Diagnosis, prevention and treatment*, John Wiley & Sons, New York–London.
- Ober-Lopatka K. (2013), *Rozwój dzieci z zespołem łamliwego chromosomu X*, [w:] *Nieznane? Poznane. Zaburzenia u dzieci z rzadkimi zespołami genetycznymi i wadami wrodzonymi*, red. M. Buchnat, K. Pawelczak, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań, s. 61.
- de la Paz M. P., Grofit S. C. (red.) (2010), *Rare Diseases Epidemiology*, Springer, London–New York.
- Rzońca S., Gos M. (2012), *Rola białka FMRP w prawidłowym funkcjonowaniu organizmu oraz patogenezie zespołu łamliwego chromosomu*, „Postępy Biologii Komórki”, t. 39, nr 3, s. 460–475.
- Sarota M. (2011), *Biologiczne determinanty rozwoju i zaburzeń mowy w zespole łamliwego chromosomu*, [w:] *Biologiczne uwarunkowania rozwoju i zaburzeń mowy*, red. M. Michalik, Collegium Columbinum, Kraków, s. 281–296.
- Sundberg M. (2015), *VB-MAPP. Ocena osiągnięcia kamieni milowych rozwoju i planowanie terapii. Program do oceny umiejętności językowych i społecznych dzieci z autyzmem i innymi zaburzeniami rozwoju*, Scholaris, Warszawa.
- Tarkowski Z. (2005), *Mowa osób upośledzonych umysłowo i jej zaburzenia*, [w:] *Podstawy neurologopedii. Podręcznik akademicki*, red. T. Gałkowski, E. Szelać, G. Jastrzębowska, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole, s. 559–561.
- Wetherby A. M. (1995), *Checklist of Communicative Functions and Means*, <https://connectability.ca/Garage/wp-content/uploads/files/communicativeFunctionsChecklist.pdf> (dostęp: 4.11.2019).
- Winczura B. (2012), *Dzieci z zaburzeniami łączonymi. Trudne ścieżki rozwoju*, Impuls, Kraków.

Summary

The article concerns the problem of communication and speech disorders for fragile X syndrome. Additionally, disorders which have an impact on the therapeutic process were characterized. The article presents differences in disorders depending on a gender. The article also presents the case study of a 4-year-old boy with FRA X.

CZEŚĆ IV

**INTERDYSCYPLINARNOŚĆ
W DIAGNOZIE I TERAPII
ZABURZEŃ MOWY DZIECI**

Izabela Ejsmunt-Wieczorek*

POLISEMANTYZMY WERBALNE W ZASOBIE LEKSYKALNYM DZIECI PRZEDSZKOLNYCH

VERBAL POLISEMANISMS IN THE LEXICAL RESOURCE
OF KINDERGARTEN-AGE CHILDREN

Słowa kluczowe: mowa dziecka, słowotwórstwo, czasownik, polisemia, neosemantyzm.
Keywords: child's speech, wordbuilding, verb, polisemy, neosemantics.

Wprowadzenie

Wieloznaczną istotę słów zauważono już w starożytnej Grecji. Wprawdzie badania nad semantyką leksemów rozpoczęły się dopiero w XIX w. (np. Ferdinand de Saussure, Hermann Paul), ale o podstawowym i wtórnym znaczeniu wyrazu pisali już filozofowie antyczni. Odmienne spojrzenie na semantykę leksemów przyniosła gramatyka kognitywna opierająca się na teorii prototypów i proponująca nowe ujęcie metafory. Zgodnie z kognitywnym punktem widzenia postrzeganie i przetwarzanie informacji uwzględnia nie tylko doznania zmysłowe, lecz także treści pamięciowe i wyobrażenia. Z tego względu kategoryzacja sama w sobie jest z natury polisemiczna, tak jak polisemiczne jest nasze myślenie, a w konsekwencji również komunikowanie (Dobrosz-Michiewicz, 2016, s. 187). Józef Porayski-Pomsta (2015, s. 177) funkcję komunikacyjną języka utożsamia z pragmatyką (wyrażaniem poprzez mowę własnych intencji), podkreślając, że stanowi ona istotę kształtowania się systemu językowego i komunikacyjnego dziecka.

Cel i metodologia badań własnych

Zasadniczym celem artykułu jest ukazanie zawilości terminologicznych związanych ze zjawiskiem wieloznaczności w języku, nakreślenie relacji polisem–neosemantyzm w zasobie leksykalnym przedszkolaków oraz próba rozstrzygnięcia, czy

* Uniwersytet Łódzki, Wydział Filologiczny, Instytut Filologii Polskiej i Logopedii, Zakład Dialektologii Polskiej i Logopedii, 90-236 Łódź, ul. Pomorska 171/173, e-mail: izabela.ejsmunt@uni.lodz.pl, ORCID: 0000-0002-1802-0005.

w odniesieniu do mowy dzieci¹ w wieku przedszkolnym możemy mówić o werbalnej polisemii leksykalnej czy jedynie o neologizacji (neosemantyzacji) języka.

Materiał źródłowy pochodzi od 40 dzieci w wieku przedszkolnym, będących w normie intelektualnej, w przedziale wiekowym 5–6 lat. Badania miały charakter eksperymentalny, prowadzono je w latach 2017–2018 metodą poprzeczną (w jednej grupie wiekowej) w 3 przedszkolach regionu łódzkiego². Zdecydowano się na czasownik, ponieważ jest to najsłabiej opracowana część mowy w języku przedszkolaków, ponadto – według niektórych językoznawców – to właśnie verba odznaczają się największym stopniem polisemiczności (por. Wojan, 2010, s. 90). Przytoczone w artykule leksemy czasownikowe pochodzą z codziennych dziecięcych konwersacji, luźnych rozmów, tematycznie ukierunkowanych dyskusji oraz pytań o konkretne czasowniki, które mogą mieć charakter wieloznaczny. Materiał zbierano samodzielnie, uważnie przysłuchując się dialogom i dyskusjom dzieci w czasie zajęć i zabaw przedszkolnych oraz wchodząc z nimi w zamierzone interakcje językowe. Swobodne wypowiedzi badanych utrwalano na nośniku cyfrowym, a w kolejnym etapie rozpisywano je na fiszkach, wydobywając znaczenia czasowników z zasłyszanych kontekstów. Następnie raz jeszcze pytano dzieci o znaczenia wyekscerpowanych czasowników. Zamierzeniem takiej przekrojowej strategii badawczej było sprawdzenie, czy pojawiające się w mowie dziecka neosemantyzmy werbalne są mu znane także w innych znaczeniach znajdujących się w słowniku języka polskiego. Na przykład pozyskany w czasie luźnej wymiany zdań między przedszkolakami czasownik *kartkować* (pochodny od podstawy słowotwórczej ‘kartka’) bez wątpienia potraktujemy jako dziecięcy neosemantyzm w obydwu odnotowanych znaczeniach: **1.** ‘rozrzucać kartki’ *Przestań tu kartkować, nie zasypuj podłogi*; **2.** ‘liczyć kartki’ *Tymek już kartkuje (liczy), ile każdy dostał (kartek)*. Kiedy jednak to samo dziecko, ale już w innych okolicznościach, zapytano: *Jak myślisz, co może oznaczać wyraz kartkować? Czy wiesz, co można kartkować?*, okazało się, że zna ono także jego znaczenie ogólnopolskie ‘przeglądać, wertować kartki w książce’ *Ja najbardziej lubię z babcią kartkować książki, babcia mi czyta, a sam oglądam obrazki*. W tym przypadku należałoby już mówić o polisemii werbalnej czasownika *kartkować*.

¹ Za Józefem Porayskim-Pomstą (2015, s. 20) przyjmuję, że mowa dziecka to zarówno okres, w którym przyswaja ono sobie sposoby porozumiewania się z otoczeniem (dotyczy to samego systemu językowego oraz innych sposobów porozumiewania się, np. gestów), jak i charakterystyczne dla okresu dziecięcego sposoby i formy komunikowania się z otoczeniem, zmienne w czasie.

² Do jednego z podłódzkich przedszkoli uczęszczały dzieci wychowujące się w środowisku wiejskim, co zaowocowało pozyskaniem form gwarowych i sprowokowało do kolejnych rozważań terminologicznych poświęconych zagadnieniu wieloznaczności w mowie dzieci.

Problemy terminologiczne

Pojęcie polisemii (z grec. *Polysemos*, czyli *poli* + *sema* 'znak') po raz pierwszy zostało użyte w językoznawstwie pod koniec XIX w. przez francuskiego filozofa Michaëla Bréala, który zgłębiał tajniki znaczenia wyrazów. W EJP (1999, s. 288) czytamy, że *polisemia* „polega na tym, iż jakiś element językowy ma dwa lub kilka innych znaczeń np. *bić* 1. 'uderzać', 2. 'pulsować (o sercu)', 3. 'wydawać dźwięk gongu' [...] i mamy z nią do czynienia tak długo, dopóki między poszczególnymi znaczeniami danego wyrazu istnieje jakiś mniej lub bardziej oczywisty związek”. Problem wieloznaczności, ze względu na brak jasno określonych wzorców terminologicznych i metodologicznych, uważa się za jeden z najtrudniejszych i najbardziej spornych we współczesnej semantyce (por. Wojan, 2010, s. 85; Raszewska-Klimas, 2018, s. 17). W przypadku polisemii mówi się o wielofunkcyjności tego samego kształtu językowego (Raszewska-Klimas, 2018, s. 16), traktując ją jako wielopłaszczyznowe zjawisko, które zwykle sytuuje się gdzieś na pograniczu poznania, dyskursu, jego zasad oraz specyficznej leksykalizacji³ (Blank, 2003, s. 267). Wieloznaczność określa się także mianem pomostu łączącego dwa antagonistyczne bieguny: monosemię i homonimię (Jochym-Kuliszkowa, 1986, s. 7). Prawdopodobnie ze względu na trudności wynikające z wyznaczenia ścisłych granic między polisemią a homonimią na ogół do badań nad wieloznacznością podchodzi się z dużą rezerwą, uważając to zjawisko za: rodzaj rozprzężenia językowego, zagrożenie zaburzające wyuczone schematy zachowań językowych, symptom ubóstwa języków, źródło błędów językowych, przejaw niewydolności funkcji segregacyjnej języka, marginalny rezultat pracy klasyfikacyjnej nad językiem, przejściowe stadium języka, świadectwo niedoskonałości i przypadkowości mowy oraz balast utrudniający komunikację (por. Wojan, 2010; Janowska 2007, s. 7). Jednak ci badacze, którzy z różnych względów podjęli się zbadania derywatów polisemantycznych, zauważyli, że rozbudowana polisemia może świadczyć o dużej elastyczności języka, o jego możliwościach kreatywnych oraz o znacznym potencjale leksykalnym, prowadzącym do powoływania twórczych przesunięć (por. Janowska, 2007).

Maria Zarębina zauważyła, że system słownikowy jest „obrazem świata, w którym obracają się wszyscy członkowie danego społeczeństwa i właśnie dzięki wspólności tego obrazu mogą się ze sobą porozumiewać” (Porayski-Pomsta, 2015, s. 140). Według Józefa Porayskiego-Pomsty (2015, s. 140) „słowa pojawiają się u dzieci w okresie lingwalnym. Ich rozumienie, które wyraża się w określonych reakcjach dziecka [...], wyprzedza ich produkcję, samo zaś wypowiedzianie słów początkowo odbiega od ich konwencjonalnego brzmienia”. Znaczenia

³ „Polysemy is a complex multi-level phenomenon right at the crossroads where cognition, discourse, discourse rules and idiosyncratic lexicalization meet” (Blank, 2003, s. 267).

pierwszych wyrazów są konkretne i wynikają z powiązania ich z realizacją stawianych przez dziecko dążeń. Na okres swoistej mowy dziecka (3–7 lat), czyli na czwarte stadium jej rozwoju, przypada pragnienie nazywania przez dziecko nowych obiektów i zjawisk oraz chęć wyrażania swojej ekspresji. W tym przedziale czasowym daje o sobie znać silna potrzeba tworzenia neologizmów semantycznych, czyli wyrazów użytych w nowym znaczeniu, np. *oczować* ‘mrużyć oczami’, *odbliżyć się* ‘odsunąć się od kogoś’, *odmóc* ‘nie pomagać’, *skórkować się* ‘o skórkach: zadzierać się’, *uśmieszyć się* ‘ucieszyć się’ itp. (Ejsmunt-Wieczorek, 2018).

W terminologii językoznawczej istnieje kilka określeń synonimicznych dla neosemantyzmu, np. *nowoznacznik*, *nowotwór* czy *homonim słowotwórczy* (Porayski-Pomsta, 2015, s. 156), np. *rozmaścić* ‘zamienić na masło’, *odemglic* ‘o mgłę: zniknąć’. O ile z dwoma pierwszymi terminami polemizować nie trzeba (z punktu widzenia słowotwórstwa to po prostu – nowy twór, zaś z punktu widzenia semantyki – nowe znaczenie), o tyle z określeniem homonim semantyczny nie w każdym przypadku można się zgodzić. Homonim to „identyczny ciąg foniczny, odnoszący się do odrębnych zjawisk” (Grzegorzczkova, 2010, s. 58–59), np. *napastować*: pasta ‘nakładać pastę do zębów’ *Ciociu, napastujesz mi szczoteczke?* i *napastować*: napaść ‘dokuczać komuś, dokonywać napaści’ *Ciociu, Wojtek mnie cały czas napastuje* (brak związku motywacyjnego między powyższymi przykładami). Niestety, wielu innych neosemantyzmów nie można nazwać homonimami, ponieważ mają wspólną podstawę słowotwórczą (motywację), np. *poniżyć się*: niski **1.** ‘schylić się’ *Musisz się trochę poniżyć, bo on jest malutki i nie zobaczysz* i ogólnop. **2.** ‘naruszyć własną godność dla uzyskania lub uniknięcia czegoś’ *Poniżyć się wobec kolegi; napędzić*: pędzić **1.** ‘nadażyć za kimś’ *Nie mogę za tobą napędzić, zwolnij!*, **2.** ‘zgromadzić kogoś lub coś w jakimś miejscu’, ‘zmusić do działania’ *Napędzić dzieci do domu. Napędzić dziecko do nauki.*

W rozważaniach na temat zasobu leksykalnego dzieci przedszkolnych istotne wydają się dwa pytania: **1.** Czy w okresie tzw. swoistej mowy dziecka możemy już doszukiwać się zjawiska polisemii?, a jeśli tak, to **2.** Kiedy będziemy mieli do czynienia z polisemią, a kiedy tylko z neosemantyzacją werbalną? Wydaje się, że jeżeli dziecko zna wyraz wyłącznie w jednym, nadanym przez siebie znaczeniu i w takiej formie nie występuje on w słowniku polszczyzny ogólnej, będzie to bez wątpienia **neosemantyzm**, np. *rozgumić się* ‘stać się jak guma’, *rozmocnić* ‘rozwiązać mocny węzeł’ (por. Chmura-Klekotowa, 1971). Jednak kiedy w zasobie leksykalnym dziecka dana forma werbalna funkcjonuje nie tylko w znaczeniu wykreowanym przez dziecko, lecz zna ono także jej wartość ogólnopolską, wtedy być może należałoby mówić o zjawisku dziecięcej **polisemii leksykalnej**, np. *zmalować*: malować **1.** ‘o farbie: zetrzeć’ *Ciociu, zmaluj mi farbę ze stoliczka*, **2.** og. ‘zrobić coś niewłaściwego, zbroić coś’ *Jest taki nieswój, chyba coś zmalował; zjechać*: jechać **1.** ‘przejechać po kimś’ *A ja widziałem na filmie, jak takiego pana samochód zjechał przez brzuch*, **2.** og. ‘zbończyć z drogi’ *Zjechać na pobocze*. Wszak czasowniki te funkcjonują w obrębie tego samego systemu językowego, tyle że verba użyte w pierwszym znaczeniu dotyczą języka w ontogenezie mowy.

Kolejny problem terminologiczny wiąże się z dubletami czasownikowymi, które w mowie dzieci przedszkolnych funkcjonują w nowych formach słowotwórczych, odmiennych znaczeniach i nie są znane polszczyźnie ogólnej, np. *zadziurować* **1.** ‘zaszyć dziury’ *Babcia zadziurowała mi spodnie, bo się rozerwało*, **2.** ‘zrobić wiele dziur w czymś’ *Zosia zadziurowała sobie rajtuzy; zabucić* **1.** ‘ubrudzić butami’ *Powiem cioci Ani, jak zabucieś mi czapkę*, **2.** ‘włożyć buty’ *Alan nie może zabucić nogi; przyzimnić* **1.** ‘zaziębić się’ *Zimne picie gardło przyzimni i będziesz chora*, **2.** ‘zrobić się zimno’ *Rano spadł śnieg i się przyzimniło; namuszać* **1.** ‘zmuszać się samemu’ *Namuszałam się do jedzenia, bo nie lubię kaszy*, **2.** ‘kazać coś komuś zrobić’ *Nie namuszaj mnie!*; *napychać się* **1.** ‘pchać się na kogoś’ *Ej, nie napychaj się na mnie*, **2.** ‘zapychać się czymś, np. jedzeniem’ *Ciociu, Karol napycha się chrupkami*. Tego typu formacje werbalne można by nazywać **neosemantyzmami wieloznacznymi**.

Podobne problemy nazewnicze pojawiają się w niektórych odmianach polszczyzny ogólnej, na przykład w gwarach. Ze względu na zróżnicowanie geograficzne gwar, niektórych przykładów, pomimo że mają identyczną budowę słowotwórczą (strukturę), nie można nazywać polisemami, gdyż zarówno ich proveniencja gwarowa, jak i znaczenie są zróżnicowane. Stąd propozycja, aby tego typu formacje wieloznaczne określać *o d p o w i e d n i k a m i g w a r o w y m i o c h a r a k t e r z e p o l i s e m i c z n y m b ą d ź s ł o w o t w ó r c z o - l e k s y k a l n y m i z b i e ż n o ść m i a m i g w a r o w y m i*, np. *dobrać*: *brać* **1.** ‘wziąć dodatkowo’ *ziń przyjechał, jeszcze jednygo do tych królików se dobrał* (TW); **2.** ‘dopasować do czegoś’ *dobroł kunia na jarmarku podłuk sfojigo kaštana* (SGD: I: 108); **3.** ‘dawać się we znaki, doskwierać’ *Raz sie obrócił na jedne stróne – spad, znova na drugo stróne, a zaś spad, tak moc razy spadował, kiym mu nie dobrała zima* (SGO: I: 165); *wyrodzić się*: *rodzić się* **1.** ‘skończyć rodzić’ *lata przesły, matka sie już wyrodziła ji wincyj dzieci ni może mić* (TW); **2.** ‘o uprawach: przestać plonować’ *zboże sie wyrodziło i trza zmienić* (SGO: II: 638); **3.** ‘być innym od reszty rodziny’ *ty wyrotku, wyrodził sie!* (KSM: 52).

W tym miejscu pojawia się następny dylemat terminologiczny, który w skrajnych przypadkach może się odzwierciedlać w mowie dziecka. Z kilku wcześniejszych opracowań wiemy (Ejsmunt-Wieczorek, 2016; 2018; Marciniak-Firadza, 2014), że istotny w rozwoju mowy dziecka okazuje się czynnik regionalny, który należy brać pod uwagę, ustalając jej przebieg. Może się bowiem zdarzyć, że w zasobie leksykalnym dziecka konkretny czasownik będzie funkcjonował niejako w trzech wymiarach: jako neosemantyzm, w znaczeniu ogólnopolskim oraz jako forma gwarowa. Istnieje bowiem ściśle powiązanie między pochodzeniem terytorialnym dziecka a językiem, jakim się ono porozumiewa. Jeśli zatem wychowuje się ono w otoczeniu dorosłych posługujących się gwarą, to być może zaczyna używać form charakterystycznych dla danego regionu (Marciniak-Firadza, 2014, s. 143–144). Nabywa indywidualnych cech wymowy, które wynikają z przynależności do danego środowiska. Na przykład wyekscerpowane czasowniki: *okręcić* oraz *obzółknąć*, w zależności od statusu użytkownika języka, mogą zostać uznane za:

- neosemantyzyzmy dziecięce:
okręcać ‘tańczyć’ *Dzisiaj okręcałem w przedszkolu z Paulinką*,
obżółknąć ‘zważyć się, skisnąć’ *Mamie dzisiaj mleko obżółkło i wylała*;
- leksemy ogólnopolskie:
okręcać **1.** ‘owijać, oplatać’ *Okręcać szyję chustką*, **2.** ‘obracać coś dookoła’
Okręcać ołówek w palcach,
obżółknąć ‘potocznie o liściach, firanach: zżółknąć’;
- formy gwarowe:
okręcać: **1.** ‘paść bydło w tym samym miejscu’ *cały tydzień się okroncało na ogrodzie, to choć raz trza ik wywiys ka dali* (SGO: 766),
obżółknąć ‘wzbogacić się’ *nasz ksiundz obzunknon na kolandzie* (SSK: III: 141).

Wyniki badań własnych

Przeprowadzając tego typu badania wśród przedszkolaków, ustalono, że pojedyncze **neosemantyzyzmy** pojawiają się najczęściej w mowie spontanicznej, w codziennych konwersacjach, zabawach, sporach, gdy dzieciom towarzyszą silne emocje, ekscytacja itp. Zdarza się, że jeden neosemantyzyzm może mieć kilka znaczeń nieznanymi polszczyźnie ogólnej (*kartkować* ‘rozrzucać kartki’ i ‘liczyć kartki’; *zabucić* ‘ubrudzić butami’ i ‘włożyć buty’) i w takim przypadku należałoby mówić o **neosemantyzyzmach wieloznacznych**. Kiedy jednak zadamy dziecku pytanie o konkretny, użyty przez nie wcześniej neosemantyzyzm, okazuje się, że potrafi ono wyjaśnić jego wartość semantyczną zgodnie ze znaczeniem ogólnopolskim. Czy w takim przypadku mamy już do czynienia z **polisemią leksykalną**, która powstała w wyniku tzw. rozszerzenia semantycznego? Wydaje się, że tak, gdyż problem dotyczy tego samego systemu językowego, tyle że w ontogenezie. Ponadto w skrajnych przypadkach, jeśli dziecko wychowuje się w środowisku wiejskim, obok znaczenia ogólnego i wykreowanego przez siebie, może znać także wartość gwarową danego czasownika. Tu powstaje niełatwy do rozwiązania problem terminologiczny: jak określić taki twór językowy, który w identycznej postaci słowotwórczej funkcjonuje w zasobie leksykalnym dziecka na 3 płaszczyznach: ogólnopolskiej, gwarowej i jako swoisty neosemantyzyzm? Polisemem nazwać go nie możemy, gdyż dotyczy różnych systemów tzn. języka ogólnego (w tym języka w ontogenezie) i gwary.

Podsumowanie

W mowie dziecka w wieku przedszkolnym najczęściej opisuje się neologizmy semantyczne, wskazując na ich innowacyjne, nieznanne polszczyźnie ogólnej znaczenia. Słusznie podkreśla się, że powoływanie przez dzieci nowych twórców językowych stymuluje ich aktywność w zakresie mówienia, świadczy o kreatywności językowej i pozwala doskonalić mowę pod względem jakościowym

(Łuczyński, 2011, s. 92). Nigdy jednak nie wspomina się o dziecięcej polisemii, podczas gdy rozwijająca się słowotwórczo latorośl może znać dane słowo także w znaczeniu ogólnym, a nawet gwarowym. Być może niektórzy lingwiści uznają, że zastanawianie się nad tą kwestią i szukanie nowej nomenklatury dla zaistniałej osobliwości językowej nie ma większego sensu, gdyż w przypadku mowy dziecka wszystko się zmienia, a taka sytuacja ma zapewne charakter przejściowy – neo-semantyzmy z czasem zanikają z zasobu słownikowego dzieci. Pozostają w nim leksemy ogólnopolskie, nabywające nowych, rozszerzonych znaczeń i ewentualne odpowiedniki gwarowe. Trudno budować innowacyjną teorię na podstawie dwóch wyekscerpowanych przykładów, jednak przeprowadzenie badań w szerszym wymiarze pokazałoby, czy warto poświęcić temu zagadnieniu więcej uwagi.

Wykaz skrótów

- EJP – S. Urbańczyk, M. Kucala (red.) (1999), *Encyklopedia języka polskiego*, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław.
- KSM – M. Kucala (1957), *Porównawczy słownik trzech wsi małopolskich*, Zakład Narodowy im. Ossolińskich – Wydawnictwo Polskiej Akademii Nauk, Wrocław.
- og. – ogólnopolski.
- SGD – M. Szymczak (1962–1973), *Słownik gwary Domaniewka w powiecie łączyckim*, t. 1–8, Zakład Narodowy im. Ossolińskich – Wydawnictwo Polskiej Akademii Nauk, Wrocław–Warszawa–Kraków.
- SGO – J. Kąś (2011), *Słownik gwary orawskiej*, t. 1–2, Księgarnia Akademicka, Kraków.
- SSK – B. Sychta (1980, 1985), *Słownictwo kociewskie na tle kultury ludowej*, t. 1–3, Ossolineum, Wrocław–Warszawa–Kraków–Gdańsk.
- TW – gwara wsi Turowa Wola (południowe Mazowsze).

Bibliografia

- Blank A. (2003), *Polysemy in the lexicon and in discourse*, [w:] *Polysemy. Flexible patterns of Meaning in Mind and Language*, red. B. Nerlich, Z. Todd, V. Herman, D. D. Clarke, Mouton de Gruyter Berlin, New York, s. 267–293.
- Chmura-Klekotowa M. (1971), *Neologizmy słowotwórcze w mowie dzieci*, „Prace Filologiczne”, t. 20, s. 99–235.
- Dobrosz-Michiewicz K. (2016), *Struktura wieloznaczności poznawczej (na podstawie komunikowania w polityce)*, „Acta Universitatis Lodzianensis. Folia Litteraria Polonica”, 2 (32), s. 187–205.
- Ejsmunt-Wieczorek I. (2016), *Verb wordbuilding in child's speech development process*, [w:] *Problemy badawcze i diagnostyczne w logopedii*, red. I. Jaros, R. Gliwa, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź, s. 47–55.

- Ejsmunt-Wieczorek I. (2018), *Sposoby tworzenia czasownikowych gniazd słowotwórczych przez dzieci w wieku przedszkolnym*, [w:] *Teoria i praktyka logopedyczna. Wybrane zagadnienia*, red. E. Gacka, M. Kaźmierczak, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź, s. 57–70.
- Grzegorzczkova R. (2010), *Wprowadzenie do semantyki językoznawczej*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Janowska A. (2007), *Polisemia staropolskich czasowników. Źródła, swoistość, konsekwencje*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice.
- Jochym-Kuliszkowa L. (1986), *Uwagi o homonimii i polisemii leksykalnej w formacjach słowotwórczych*, [w:] *Problemy semantyki leksykalnej*, red. M. Blicharski, Prace Naukowe Uniwersytetu Śląskiego, Katowice, s. 7–16.
- Łuczyński E. (2011), *Rozgryzając tajniki mowy. Wiedza o języku polskim dla logopedów*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk.
- Marciniak-Firadza R. (2014), *Diagnoza idiolektu pacjenta, czyli dlaczego logopedzie potrzebna jest wiedza o regionalnym zróżnicowaniu polszczyzny*, [w:] *Interdyscyplinarność w logopedii*, red. A. Hamerlińska-Latecka, M. Karwowska, „Komlogo” Piotr Gruba, Gliwice, s. 139–154.
- Porayski-Pomsta J. (2015), *O rozwoju mowy dziecka. Dwa studia*, Dom Wydawniczy Elipsa, Warszawa.
- Raszewska-Klimas A. (2018), *Wieloznaczność nazwisk Polaków*, Łódzkie Towarzystwo Naukowe, Łódź.
- Wojan K. (2010), *Wstęp do badań wieloznaczności leksemów w ujęciu kontrastywnym*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk.

Summary

This is another article in the series devoted to the word formation of the verb in speech ontogenesis. This time, the issue of terminological complexities related to the phenomenon of ambiguity in language was raised. Additionally, the polisemy-neosemantism relationship in the lexical resource of kindergarten children was shown, and an attempt was made to determine whether, in case of preschool children speech, we can talk about verbal lexical polisemy or only about neologisation (neosemanisation) of the language.

Aleksandra Jastrzębowska-Jasińska*

ZASTOSOWANIE MODELU PODATNOŚĆ–STRES W TERAPII JĄKANIA U DZIECI

APPLICATION OF THE DIATHESIS–STRESS MODEL
IN THERAPY OF CHILDREN WHO STUTTER

Słowa kluczowe: jąkanie, jąkanie wczesnodziecięce, model podatność–stres, resilience, terapia jąkania.

Keywords: stuttering, developmental stuttering, diathesis–stress model, resilience, stuttering therapy.

Jąkanie wczesnodziecięce

Jąkanie wczesnodziecięce oznacza „patologiczną nie płynność mówienia, powstałą w wieku przedszkolnym lub wcześniej” (Tarkowski, Humeniuk, Dunaj, 2011). Objawy niepłynności mowy pojawiają się u dzieci między 2 a 8 rokiem życia, czyli w okresie intensywnego rozwoju mowy i języka. W mowie występują takie objawy, jak powtórzenia dźwięków i sylab, prolongacje i bloki, przy których może wystąpić napięcie i współruchy w obrębie twarzy i ciała. Objawy mogą się pojawiać w różnych miejscach w wypowiedzi. Ich nasilenie w mowie powinno przekroczyć 3% w próbie mowy (Tarkowski, Humeniuk, Dunaj, 2011). Objawy niepłynności będą trwać ponad 12 miesięcy (Węsierska, Jeziorczak, 2016) i utrzymywać się na stałym poziomie lub będą się nasilać. Mogą występować okresy polepszenia i pogorszenia płynności mowy u dziecka, a dodatkowo trudności oddechowe, reakcje unikania, negatywne reakcje emocjonalne czy logofobia. Dziecko jest świadome trudności zachodzących w jego mowie. Ponadto obserwowane jest u niego jeden lub więcej czynników predysponujących do utrwalenia się jąkania.

* Akademia Pedagogiki Specjalnej im. M. Grzegorzewskiej, Wydział Stosowanych Nauk Społecznych, Instytut Psychologii, 02-353 Warszawa, ul. Szczęśliwicka 40, e-mail: kontakt@artystamowy.pl, ORCID: 0000-0002-2992-7497.

Model podatność–stres

Model podatność–stres obejmuje trzy elementy: wewnętrzną podatność, czynnik zewnętrzny wyzwalający podatność, czyli stres oraz czynniki ochronne pozwalające na poradzenie sobie z zaistniałą interakcją między podatnością a stresem (Hankin, Abela, 2005). Podatność to predyspozycje danej osoby do rozwinięcia zaburzenia, czyli czynniki wewnętrzne, które u niej występują, oraz powodują jej szczególną wrażliwość na wystąpienie danego zaburzenia. Natomiast stres to „szczególny rodzaj relacji pomiędzy jednostką i otoczeniem, który jest przez jednostkę oceniany jako nadwyrężający lub przekraczający jej możliwości i zagrażający jej dobru” (Lazarus, Folkman, 1984). Interakcja podatności oraz stresu może prowadzić do ujawnienia się zaburzenia u jednostki. Trzeci element modelu – czynniki ochronne – to umiejętności i kompetencje jednostki, które posiada lub może nabyć, aby poradzić sobie z występującym zaburzeniem i jego skutkami (Lieberman, 1988).

Model podatność–stres w odniesieniu do jąkania

Etiologia jąkania pozwala na podjęcie próby zastosowania zmodyfikowanego modelu podatność–stres w celu wyjaśnienia jego występowania u dzieci. Podatnością występującą u dziecka są czynniki predysponujące do wystąpienia i utrwalenia się u niego jąkania, które szczegółowo opisuje wieloczynnikowa koncepcja jąkania (Kelman, Nicholas, 2013). Obejmuje ona cztery grupy czynników: fizjologiczne, psychologiczne, lingwistyczne oraz środowiskowe. Do fizjologicznych zalicza się takie predyspozycje, jak: wcześniejsze występowanie zaburzeń płynności mowy w rodzinie dziecka, strukturalne i funkcjonalne różnice w strukturach mózgowych, osłabiona motoryka aparatu artykulacyjnego oraz płęć męska. Czynniki lingwistyczne to rozwój mowy o cechach opóźnienia lub przewyższający normę, mała sprawność aparatu mowy oraz nieharmonijny rozwój mowy. Czynniki psychologiczne obejmują takie cechy temperamentalne dziecka, jak: wysoka aktywność, mała elastyczność, wycofanie i wysoka wrażliwość emocjonalna, a także świadomość trudności, jakie występują w mowie. Czynniki środowiskowe traktowane jako mogące utrwalac niepłynność to nieprawidłowe interakcje rodzic–dziecko, niepokój rodzica związany z występowaniem niepłynności oraz negatywne reakcje na mowę dziecka ze strony otoczenia. Predyspozycję opisaną w koncepcji Elaine Kelman i Alison Nicholas (2013) wyzwala stres, którym jest emocjonalne wydarzenie lub zmiana, która wystąpiła w życiu dziecka. Może to być na przykład: urodzenie się młodszego rodzeństwa, przeprowadzka, pójście do przedszkola, rozstanie rodziców, silny przestraszenie czy wydarzenie bardzo pozytywne emocjonalnie dla dziecka. Podatność powoduje, że po wystąpieniu w życiu dziecka stresu – emocji, których w danym momencie nie miało możliwości wyregulować, pojawiają się ob-

jawy nie płynności mówienia. Elementami, które w ramach modelu podatność–stres mogą likwidować lub zmniejszać ich negatywne oddziaływanie, są czynniki ochronne. W opisywanym modelu obejmują one wspieranie odporności psychicznej dziecka, u którego wystąpiło jąkanie. Odporność psychiczna (resilience) to cecha osobowości pozwalająca na skuteczne radzenie sobie z presją, wyzwaniem i stresorami niezależnie od okoliczności (Strycharczyk, Clough, 2018). Rezyliencja u dziecka może być wzmacniana poprzez przekazywanie wiedzy, uczenie umiejętności, a także oddziaływania środowiska, które ma ogromny wpływ na kształtowanie się odpowiedniego poziomu odporności psychicznej u dziecka. Grotberg (2000) opisuje odporność psychiczną dziecka jako składającą się z trzech elementów, które mogą być wzmacniane bezpośrednio poprzez pracę z dzieckiem oraz pośrednio poprzez oddziaływania środowiska na dziecko. Pierwszy z elementów – JA MAM – obejmuje wiedzę dziecka o tym, że posiada: kochających bliskich, bezpieczne reguły funkcjonowania oraz opiekunów wspierających samodzielność i udzielających pomocy w potrzebie. Drugi element – JA JESTEM – to poczucie własnej wartości dziecka w szerokim rozumieniu: bycia kochającym, empatycznym, pomocnym, niezależnym, odpowiedzialnym. Ostatni element – JA POTRAFIĘ – opisuje pośrednie oddziaływania, czyli poczucie dziecka, że ma kochających opiekunów, że potrafi regulować emocje, rozwiązywać problemy, komunikować się, tworzyć relacje i szukać pomocy. Elementy koncepcji obejmują kompetencje społeczne i umiejętności interpersonalne dziecka, które mogą być tworzone w bezpiecznych kontaktach z najbliższymi opiekunami dziecka – rodzicami.

Zmodyfikowany model podatność–stres w terapii jąkania

W terapii jąkania ogromnie ważne jest angażowanie w pracę najbliższego otoczenia dziecka, czyli rodziców. Badania pokazują, że na poprawę płynności mowy wpływa modyfikacja postaw i interakcji rodzic–dziecko (Węsierska, Jeziorczak, Chrostek, 2013). Jeżeli postawimy w terapii jąkania nacisk na wspieranie murów ochronnych dziecka, czyli wspieranie odporności psychicznej i zaangażujemy w terapię rodziców, to ta „ochrona”, która zadziała w ramach opisanego modelu podatność–stres, może przyczynić się do zlikwidowania lub zmniejszenia objawów nie płynności mówienia występujących u dziecka. W Polsce istnieje kilka propozycji ogólnych programów wspierających odporność psychiczną dziecka lub zawierających taki komponent. Są to na przykład „Dzielne dzieci!” czy „Przyjaciele Zippięgo”. W ramach budowania odporności psychicznej wiele programów podkreśla znaczenie wspierania takich elementów, jak m.in.: regulacja emocjonalna, poczucie własnej wartości, empatia, elastyczne myślenie, umiejętność rozwiązywania problemów, samodzielność, umiejętność poszukiwania i przyjmowania pomocy, budowania relacji, samoskuteczność i wytrwałość. Nie wykorzystywano jednak dotąd w żadnym z istniejących programów terapii

jąkania pracy nad wspieraniem odporności psychicznej jako techniki mającej pośrednio wspierać płynność mowy u dziecka.

Opisany w niniejszym artykule model podatność–stres w odniesieniu do jąkania jest podstawą teoretyczną tworzonego od 2018 r. przez Aleksandrę Jastrzębowską-Jasińską Programu Całościowej Zintegrowanej Aktywności Dzieci (CZAD) dla dzieci jąkających się i ich rodziców, który jest pierwszym w Polsce programem opierającym terapię jąkania u dzieci na wspieraniu odporności psychicznej dzieci i ich rodzin.

Program Całościowej Zintegrowanej Aktywności Dzieci

Program CZAD bazuje na wspieraniu odporności psychicznej bezpośrednio u dzieci oraz pośrednio przez ich rodziców. Zawiera elementy bezpośredniej pracy nad upłynnianiem mowy. Obejmuje zajęcia z dziećmi i rodzicami, podczas których wspierane są interakcje oraz relacja rodzic–dziecko, a także realizowane są ćwiczenia uczące dzieci kompetencji emocjonalno-społecznych, należących do cech odpornościowych. Drugim elementem są zajęcia dla rodziców, co tworzy sieć wsparcia dla uczestników. W ramach tej grupy rodzice trenują postawy i umiejętności wychowawcze, wspierające płynność mowy i odporność psychiczną dzieci. Zajęcia prowadzone są w duchu rodzicielstwa bliskości.

Program CZAD jest kierowany do dzieci w wieku od 4 do 8 lat i ich rodziców, którzy mogą uczestniczyć w zajęciach pojedynczo lub razem. Nie jest rekomendowany dla dzieci z niepełnosprawnością intelektualną. Obejmuje 12 bloków tematycznych: regulację emocji, budowanie poczucia własnej wartości, budowanie relacji i więzi, komunikację, współpracę, pomaganie i przyjmowanie pomocy, odczulanie na problem jąkania, samodzielność, rozwiązywanie problemów, elastyczne myślenie, radzenie sobie ze zmianą i porażką. Każdy blok tematyczny realizowany jest podczas jednego lub kilku zajęć zarówno z dziećmi, jak i rodzicami.

Program CZAD obejmuje 30 spotkań realizowanych w ciągu 5 miesięcy. Zajęcia odbywają się w małych, 4–5-osobowych grupach dzieci wraz z rodzicami. Program jest od 2018 roku w fazie badań skuteczności. Realizowany jest stacjonarnie – w Artysta Mowy – Centrum Terapii i Rozwoju w Warszawie oraz wyjazdowo – podczas turnusów dla osób jąkających się organizowanych przez Ogólnopolskie Stowarzyszenie Osób Jąkających się. Zakończenie badań skuteczności Programu CZAD planowane jest na koniec 2021 roku.

Podsumowanie

Wyjaśnienie przyczyny występowania jąkania oraz sposobu jego terapii na podstawie modelu podatność–stres pozwala na jasne przedstawienie zależności i możliwości obserwowanych w zaburzeniu płynności mowy, jakim jest jąkanie.

W ramach modelu w sposób nowatorski podchodzi się do prezentowania sposobów na wspieranie płynności mowy u dziecka, traktując odporność psychiczną jako czynnik ochronny. Wdrożenie go do praktycznej pracy terapeutycznej pozwoliło na utworzenie pierwszego ustrukturalizowanego Programu CZAD, zakładającego, że kluczem do upłynnienia mowy jest poprawa odporności psychicznej dziecka i zaangażowanie w tę pracę rodziców, czyli najbliższe środowisko dziecka. Dotychczasowe badania naukowe wskazują na wysoką skuteczność Programu CZAD i zachęcają do rozwijania opisywanej w artykule koncepcji.

Bibliografia

- Grotberg E. (2000), *Zwiększanie odporności psychicznej, wzmacnianie sił duchowych*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa.
- Hankin B. L., Abela J. R. Z. (2005), *Development of Psychopathology: A Vulnerability-Stress Perspective*, SAGE Publications, New York.
- Kelman E., Nicholas A. (2013), *Praktyczna interwencja w jąkaniu wczesnodziecięcym. Podejście interakcyjne rodzic – dziecko – Palin PCI*, Wydawnictwo Harmonia Universalis, Gdańsk.
- Lazarus R. S., Folkman S. (1984), *Stress, Appraisal and Coping*, Springer, New York.
- Liberman R. P. (1988), *Coping with chronic mental disorders: A framework for hope*, [w:] *Psychiatric rehabilitation of chronic mental patients*, red. R. P. Liberman, American Psychiatric Press, Washington, DC, s. 1–28.
- Strycharczyk D., Clough P. (2018), *Odporność psychiczna. Strategie i narzędzia rozwoju*, GWP, Gdańsk.
- Tarkowski Z., Humeniuk E., Dunaj J. (2011), *Jąkanie w wieku przedszkolnym*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn.
- Węsierska K., Jeziorczak B. (2016), *DJ – Diagnoza jąkania u dzieci w wieku przedszkolnym*, Wydawnictwo „Komlogo”, Katowice.
- Węsierska K., Jeziorczak B., Chrostek A. (2013), *Profilaktyka i wczesna interwencja w jąkaniu u małych dzieci*, [w:] *Profilaktyka logopedyczna w praktyce edukacyjnej*, t. 2, red. K. Węsierska, N. Modko, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice, s. 187–212.

Summary

The article presents a new approach in the interpretation of the diathesis–stress model in relation to stuttering in children. Describes a modified model comprising three elements: diathesis, in the form of factors predisposing to the onset and persistence of stuttering, stress understood as an emotional event or change in the child's life that triggers susceptibility, and protective factors understood as factors supporting the child's mental immunity that indirectly strengthen the child and allow it to maintain speech fluency. The Holistic Integrated Child Activity Program (CZAD) for stuttering children and their parents will also be described, whose theoretical basis is based on the diathesis–stress model.

Justyna Kackieł-Tomulewicz*
Karolina Milewska**

ANALIZA WYPOWIEDZI NARRACYJNYCH DZIECI PIĘCIOLETNICH PO ZAPOZNANIU SIĘ Z MATERIAŁEM AUDIOWIZUALNYM

THE NARRATIVE REPORTS' ANALYSIS OF 5 YEAR
OLD CHILDREN AFTER GETTING AQUAIED WITH
AUDIOVISUAL MATERIAL

Słowa kluczowe: kompetencja narracyjna, dyslalia, wada wymowy, komunikacja, wypowiedź.

Keywords: narrative competence, dysplasia, speech impediment, communication, utterance.

Wprowadzenie

Według Skali Gotowości Szkolnej (SGS) (Zawada, 2006, s. 34–35) powinna wystąpić dodatnia zależność między umiejętnościami językowymi dzieci a ich gotowością szkolną. W SGS sprawdzano następujące aspekty: komunikatywność, spójność wypowiedzi (w tym: prawidłowo ujmowane relacje przyczynowo-skutkowe, chronologiczne, przedstawiony przebieg zdarzeń, logiczne i gramatyczne powiązanie zdań, zróżnicowane słownictwo), sposób budowania zdań, płynność wypowiedzi, artykulację, użycie i rozumienie wyrażen przyimkowych, odmianę rzeczowników. Badanie kompetencji narracyjnej pozwala na dokładne ocenienie wyżej wymienionych aspektów językowych. W niniejszym artykule kompetencja narracyjna rozumiana jest jako:

* Klinika Neurologii i Rehabilitacji Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Wydział Nauk o Zdrowiu, 15-001 Białystok, ul. Szpitalna 37, e-mail: justynakackieł@gmail.com, ORCID: 0000-0003-2006-8670.

** Klinika Rehabilitacji Dziecięcej z Ośrodkiem Wczesnej Pomocy Dzieciom Upośledzonym „Dać Szansę”, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Wydział Nauk o Zdrowiu, 15-001 Białystok, ul. Szpitalna 37, e-mail: karolina007@poczta.onet.pl

wiedza o istocie i strukturze narracji, o jej podstawowych funkcjach i kategoriach stylistycznych, przejawiająca się w złożonej sprawności językowej, związanej z konstruowaniem wypowiedzi narracyjnych o określonych cechach gatunkowych, zgodnie z obowiązującymi normami językowymi i adekwatnie do konsytuacji (Nadolska, 1995, s. 44).

Autorki podejmują próbę szczegółowej oceny opowiadań badanych przedszkolaków, skupiając się m.in. na sposobie budowania zdań, umiejętności zauważania związków przyczynowo-skutkowych, sposobach ukazowania przyczynowości, następstwa czasowego, sprawności leksykalnej oraz kompozycji tekstu. Badanie przeprowadzono w 16-osobowej grupie dzieci 5-letnich. Na jego potrzeby stworzono własne nadrzędzie do badania kompetencji narracyjnej. Część A – opisywana w artykule – sprawdzała umiejętność opowiedzenia bajki po jednokrotnym jej odtworzeniu na urządzeniu multimedialnym.

Pojęcie narracji

Badania nad narracją prowadzone są w ramach takich dziedzin nauki, jak: psychologia, literatura, teologia, historia, antropologia czy językoznawstwo. Pojęcie to jest jednym z częściej dyskutowanych terminów w humanistyce.

Narracja to opowiadanie serii zdarzeń, które miały miejsce w przeszłości lub które są przedstawione tak, jakby w przeszłości faktycznie się wydarzyły (Bokus, 1991, s. 16). W. Propp twierdził, że „jeśli nie potrafimy podzielić bajki na jej części składowe, to nie będziemy mogli dokonać prawidłowego porównania” (Propp, 1976, s. 13).

Obecnie w definicjach narracji uwzględniane są trzy kryteria:

- a) występowanie w opowiadaniu serii realnych lub fikcyjnych zdarzeń, które mają miejsce w przeszłości w stosunku do czasu relacjonowania;
- b) w narracji uporządkowane zdarzenia składające się na historię obejmują pewne rodzaje transformacji czy zmian; opowiadanie musi spełniać warunek przewidywalności zdarzeń i „opowiadalności”;
- c) uczestnikami uwikłanymi w akcję opowiadania są ludzie lub/i zwierzęta posiadające ludzkie cechy.

Narracja posiada specyficzną makrostrukturę oraz typowe charakterystyki formalne, takie jak: wyrażenia ekspresywne i wartościujące, mowa niezależna, prezentacja historyczna oraz wysoki poziom szczegółowości (Kielar-Turska, 1989, s. 95).

W książce *Tworzenie opowiadań przez dzieci* Bokus (1991, s. 14) dodaje, że tylko narracja przynosi odpowiedzi na pytania: Co się zdarzyło? Komu? Kiedy? Gdzie? Niektórzy autorzy uzupełniają to kryterium opisem dotyczącym zdarzeń,

o których się opowiada. T. A. van Dijk (za: Bokus, 1991, s. 14) opisuje je w następujący sposób:

- a) działania, które są częścią zdarzeń, są trudne;
- b) początkowa sytuacja w sekwencji działań jest kłopotliwa, tzn. wcale nie jest oczywiste, jaką linię działania ma obrać podmiot (sprawca), aby zmienić stan, który jest sprzeczny z jego pragnieniami;
- c) w toku normalnej sekwencji zdarzeń pojawiają się zdarzenie nieoczekiwane, które mogą spowodować, iż sprawca działania zmienia swoje cele, aby uniknąć jakiejś kłopotliwej sytuacji;
- d) niektóre stany lub zdarzenia (np. pewne przedmioty, właściwości) są dla podmiotu niezwykle czy dziwne.

Pojęciem narracji możemy także określić opowiadanie, które „służy przedstawieniu następstwa zdarzeń w czasie” (Kielar-Turska, 1989, s. 94). Na pierwszym planie jest świat przedstawiany przez osobę opowiadającą. Pomiędzy czasem opowiadania a czasem, w jakim dokonywały się zdarzenia, istnieje dystans, ponieważ „narrator [...] nie relacjonuje tego, co jest współczesne momentowi wypowiedzi” (Kielar-Turska, 1989, s. 94). Podstawowym celem narratora jest opowiedzenie przeszłych zdarzeń, dlatego charakterystyczne dla wypowiedzi narracyjnej jest stosowanie czasu przeszłego. Warto dodać, że niektórzy autorzy dopuszczają możliwość używania czasu teraźniejszego i przyszłego w narracji. Nie są to jednak użycia typowe. Bohaterami dziecięcych narracji są zazwyczaj ludzie. Występują oni w roli uczestników zdarzeń lub ich sprawców. Postacie mogą być: aktywne – wpływające na przebieg zdarzeń lub pasywne – grające drugoplanową, epizodyczną rolę i wpływające w niewielkim stopniu na fabułę, będące jedynie tłem dla działań postaci aktywnych (Kielar-Turska, 1989, s. 93–95). Narracja charakteryzuje się określoną strukturą. Składa się z początku, środka i zakończenia. Elementy te mogą być wprowadzane za pomocą specjalnych zwrotów. Są to „delimitatory początku, np. pewnego razu, i delimitatory końca, np. [...] i żyli długo i szczęśliwie” (Kielar-Turska, 1989, s. 95).

Rozwój mowy dziecka ze szczególnym uwzględnieniem 5 roku życia

Zakładając, że warunkiem opanowania mowy przez dziecko jest prawidłowy rozwój psychofizyczny, można wyróżnić dwa okresy – prelingwalny i lingwalny. Rozwój mowy rozpoczyna się w momencie poznania przez dziecko pojęcia znaku językowego i trwa do czasu przyswojenia podstaw systemu językowego – 3–4 rok życia. Między 3–4 a 7 rokiem życia dziecko rozwija swoją kompetencję komunikacyjną (Porayski-Pomsta, 1994, s. 49–53). W mowie dzieci 5-letnich pojawiają się głoski [š], [ž], [č], [ž]. Ich wymowa powinna zacząć się też stabilizować, aby pod koniec 6 roku życia dziecko poprawnie wypowiadało wszystkie głoski występujące

w języku polskim (łącznie z [r]) (Kaczmarek, 1977, s. 60). P. Łobacz uważa, że zakończenie rozwoju podsystemu fonologicznego u polskich dzieci następuje między 5 a 7 rokiem życia (Łobacz, 1996, s. 62–64). Z nieprawidłowościami dotyczącymi artykulacji mamy do czynienia w bardzo wielu zaburzeniach mowy. W niniejszej pracy za G. Jastrzębowską (1995, s. 430) przyjęto, że:

dyslalia to zaburzenia realizacji fonemów o ściśle określonej etiologii (tj. pochodzenia obwodowego). Zaburzenia te mogą przejawiać się zniekształceniem (deformacją) dźwięków mowy, ich zastępowaniem (substytucją) bądź opuszczaniem (elizją), co powoduje, że w efekcie brzmienie odbiega od ogólnie przyjętej mowy wymawianiowej.

Pięciolatek powinien prawidłowo realizować wszystkie głoski szeregu szumiącego (Czaplewska, Milewski, 2012, s. 92). P. Smoczyński (1955, s. 150) uważa, że okres gramatyzacji języka przypada na 18 miesiąc życia. W tym czasie pojawia się wypowiedź dwuwyrazowa; rozpoczyna się rozwój składni, a co za tym idzie również fleksji. Wypowiedzenia złożone częściej pojawiają się dopiero po 5 roku życia. Około 6–7 roku życia dzieci używają prawie wszystkich typów zdań złożonych; budują zdania skomplikowane, złożone i pełne. Najpóźniej (na przełomie końca wieku przedszkolnego i początku szkolnego) pojawiają się zdania przyczynowe (Tyborowska, 1966, s. 276). W okresie przedszkolnym stale rozwija się mowa dziecka; wzbogaca się między innymi ilościowo – zwiększa się zakres słownika (Zarębina, 1980, s. 96). Autorka wyróżniła trzy fazy słownikowe. W trzeciej fazie słownikowej, a więc tej, którą zwykle obserwujemy w rozwoju mowy dzieci 5–6 letnich, następuje utrwalenie wyrazów funkcyjnych – przymików i spójników, utrwalają się wyrazy szeregujące, wyrazy nazywające poszerzają swoje zakresy, ogólna liczba wyrazów stale i systematycznie wzrasta. W tej fazie słownik zawiera około 4000–6000 leksemów (Zarębina, 1994, s. 130–136). Rozwój mowy dziecka wiąże się silnie z rozwojem myślenia:

Mowa i myślenie stanowią [...] odrębne rodzaje czynności, jednak tworzą związek tak ścisły, iż pełne wyjaśnienie problemów myślenia, a zwłaszcza odnoszących się do jego form zaawansowanych, nie byłoby możliwe bez odwołania się do kwestii z zakresu języka i mowy. [...] przy głębszej analizie zjawisk językowych bez trudu wykrywamy ich intelektualne aspekty. [...] związki wzajemne tych dziedzin są dynamiczne, [...] zmieniają swój charakter w toku rozwoju jednostki (Jurkowski, 1975, s. 24).

Dzięki rozwojowi pamięci dziecko stopniowo zaczyna myśleć o tym, co kiedyś widziało, słyszało i robiło. Najłatwiej przyswaja nowe słowa wtedy, gdy widzi odpowiadające im przedmioty, zjawiska, czynności i gdy spotyka się z nimi w rzeczywistości. Pod koniec wieku przedszkolnego myślenie dziecka staje się bardziej abstrakcyjne. K. Tyborowska (1966, s. 280–283) zauważa, że wiek przedszkolny

jest okresem, kiedy dokonuje się przejście od myślenia obrazowo-oglądowego poprzez myślenie wyobrazeniowo-oglądowe do myślenia słownego, pojęciowego. Z punktu widzenia niniejszego artykułu najistotniejszy jest rozwój narracji dziecięcej.

Mowa narracyjna odgrywa doniosłą rolę zarówno w procesie komunikacji interpersonalnej, jak i w „organizowaniu wiedzy o świecie” w umyśle dziecka; może być użyta w celu „rozwiązywania problemów oraz w planowaniu przyszłości, a także – w celu odkrywania możliwych w danych warunkach rozwiązań” (Bokus, Shugar, 2007, s. 140).

Kompetencja narracyjna rozwija się wraz z rozwojem intelektualnym, emocjonalnym, społecznym i językowym. Dzieci uczą się tworzyć i rozumieć skomplikowane układy fabularne, które dotyczą różnych tematów w sytuacjach społecznych. Opowiadanie jest jedną z wcześniejszych i bardziej twórczych form aktywności językowych dziecka (Nadolska, 1995, s. 37). S. Kowalski (1962, s. 205) uważa, że „okres wstępny rozwoju umiejętności opowiadania przypada na wiek przedszkolny, w którym [...] dokonuje się [...] przejście ze stadium mowy sytuacyjnej do konkretno-wyobrazeniowej”. W wieku przedszkolnym zaczyna się kształtować myślenie przyczynowo-skutkowe, które bazuje jeszcze na konkretnych wydarzeniach i sytuacjach. Opowiadania dzieci 5-letnich zawierają serie uporządkowanych zdarzeń w czasie i organizują narrację wokół określonego punktu kulminacyjnego (Nadolska, 1995, s. 39). Badania prowadzone przez M. Kielar-Turską (1989) wykazały, że jakość opowiadań dziecięcych zależy od bodźców inspirujących narrację. Bodźce optyczne skłaniają w większym stopniu niż bodźce werbalne do reprodukcji elementów treści, natomiast bodźce werbalne silniej aktywizują sferę wyobraźni, sprzyjają opowiadaniom zindywidualizowanym, bogatszym pod względem znaczeniowym i formalnym (Nadolska, 1995, s. 39). W niniejszym artykule analizie zostały poddane monologi niemotywowane aktualnymi zdarzeniami. Jako forma wypowiedzi pojawiają się one później niż monologi motywowane sytuacyjnie (ok. 4 roku życia). Jak podaje J. Porayski-Pomsta (1994, s. 111), wiąże się to z rozwojem pamięci krótkotrwałej i długotrwałej oraz powiększaniem się w tym wieku zasobu wyrazów funkcyjnych. Badania nad narracją dziecięcą są zazwyczaj skupione na analizie monologowych tekstów narracyjnych:

[...] podkreśla się, że konstruowanie opowiadań jest jedną z wcześniejszych i bardziej twórczych form aktywności językowej dziecka. Szczególnie intensywny rozwój kompetencji narracyjnej dziecka przypada między 2 a 7 rokiem życia. Wraz z rozwojem kompetencji narracyjnej dzieci uczą się tworzyć (i rozumieć) coraz to dłuższe i coraz bardziej złożone fabuły, które dotyczyć mogą różnych zdarzeń i różnych postaci (Bokus, 1991, s. 19).

Postaci, które są wprowadzane do opowiadań przez dzieci 2–5-letnie, znane są zazwyczaj małemu narratorowi z jego osobistego doświadczenia, zaś starsi narratorzy

zapożyczają postaci z zasłyszanych bajek, przeczytanych czy usłyszonych książek, oglądanych filmów. Na podstawie spontanicznych wypowiedzi przedszkolnych J. Porayski-Pomsta stworzył tzw. kręgi tematyczne. Zauważył, że są one charakterystyczne dla poszczególnych etapów rozwoju. Dzieci 5-letnie najchętniej opowiadały o: charakterystyce wydarzeń filmowych, którą odtwarzają w zabawie, miejscach zabaw, relacjach z filmów popularnonaukowych (Porayski-Pomsta, 1994, s. 65).

W badaniach poświęconych problematyce spójności tekstu prezentowane są środki, dzięki którym spójność tekstu jest osiągnięta. Najczęściej analizowane są powtórzenia frazy rzeczownikowej zdań (jeśli kontynuujemy mówienie o tym samym przedmiocie). W badaniach okazało się, że większość dzieci 2–5-letnich dokonuje powtórzeń fraz rzeczownikowych w kolejnych [n + 1] zdaniach tekstu (u dwulatków odnotowano 81% powtórzeń, a u pięcioletków – 59% powtórzeń). Większe odstępstwa (mierzone liczbą zarejestrowanych wypowiedzi) dzielą powtórzenia frazy rzeczownikowej w tekstach dzieci starszych w porównaniu z tekstami dzieci młodszych (Bokus, 1991, s. 24). M. Halliday (1980, s. 549–553) uważa, że zastosowane formy dla „wprowadzenia” danej postaci do tekstu i kolejne o niej nadmienie świadczy o różnicowaniu przez dzieci tego, co jest nowe i stare, czyli dane w tekście. J. Porayski-Pomsta (1994, s. 112) twierdzi, że wśród dzieci da się „zaobserwować tendencję do utrzymywania spójności w obrębie przynajmniej kilku sekwencji”, a nasila się ona wraz z wiekiem dziecka. Wiąże się to z rozwojem pamięci długotrwałej i zwiększaniem zasobu wyrazów funkcyjnych.

Opis narzędzia do badania

Na przeprowadzenie badania składało się:

- odtworzenie 7-minutowego filmu pt. *Franklin i dzidzius*.
- wydanie przez badającego polecenia: *Proszę, abyś dokładnie i od początku do końca opowiedział/opowiedziała oglądaną bajkę.*
- opowiadanie przez dziecko obejrzanej bajki.

Pięcioletki oglądały 7-minutową bajkę. Wyświetlana bajka składa się z ośmiu głównych scen. Dialogi zbudowane są głównie ze zdań prostych (152 zdania), zaś złożone konstrukcje to jedynie 16% całego opowiadania (29 zdań). Żadne z badanych dzieci nie widziało wcześniej wybranego odcinka. Wypowiedzi 5-latków nie były przerywane pytaniem: *Co było dalej?* (by uniknąć przerywania ciągłości wypowiedzi, co zmieniałoby obraz badania). Niektóre dzieci były motywowane wypowiedziami typu: *pamiętasz, przypomnij sobie, ładnie opowiadasz*. Próba została wykonana w celu sprawdzenia umiejętności opowiedzenia bajki (po jednokrotnym odtworzeniu). Można w niej uzyskać 20 punktów. Szczegółowej charakterystyce poddano sposób osiągnięcia przez dzieci spójności wypowiedzi. Każda część tekstu (oceniana punktowo: analiza ilościowa) została dokładnie przeanalizowana i opisana w osobnych podrozdziałach (analiza jakościowa).

Tabela 1. Punktacja za poszczególne kompetencje językowe

Sprawdzana umiejętność	Liczba punktów możliwych do uzyskania
Zawarcie w wypowiedzi jednej z dziesięciu kluczowych sytuacji: 1. Rozmowa prowadzona przez Misia, Franklina i Ślimaka. 2. Spotkanie z Mamą Franklina. 3. Nocowanie u Franklina* . 4. Zabawa pacynkami w domu Franklina. 5. Wyłączenie światła. 6. Obudzenie Misia i Franklina przez Mamę Franklina. 7. Informacja o narodzinach siostry Misia. 8. Odwiedziny Franklina w domu Misia. 9. Obudzenie siostry Misia przez dzieci. 10. Opieka nad młodszą siostrą.	Po 1 pkt za każdą (łącznie 10 pkt)
Zachowanie prawidłowej kolejności w opowiadaniu	0–2 pkt
Wprowadzenie dialogu	0–2 pkt
Zgodność opowiadania z treścią bajki	0–2 pkt
Szczegółowość wypowiedzi	1 pkt
Spójność tekstu: – tekst bardzo spójny (3/3); – tekst spójny (2/3); – tekst zawierający nieliczne wyznaczniki spójności wypowiedzi (1/3); – tekst niespójny (0/3)**.	0–3 pkt

Objaśnienia: * pogrubione sytuacje (3 i 7) są najważniejsze dla schematu kompozycyjnego oglądanej bajki; ** w nawiasach podano punkty, które były możliwe do uzyskania.

Źródło: opracowanie własne.

Grupa badawcza

W badaniu wzięły udział dzieci 5-letnie. Na grupę składało się 16 dzieci (8 dziewczynek, 8 chłopców). W celu ich zakwalifikowania do badania przeprowadzono wywiad logopedyczny opracowany na potrzeby powyższej próby diagnostycznej. Pytania dotyczyły przebiegu ciąży, porodu, rozwoju psychoruchowego dzieci oraz rozwoju mowy w pierwszych latach życia. Pierwszym kryterium włączającym dziecko do badania był brak nieprawidłowości w przebiegu ciąży i porodu, prawidłowy rozwój psychoruchowy. Kolejnym kryterium włączającym był brak nieprawidłowości w rozwoju mowy. Do oceny wykorzystano Całościowe

Badanie Logopedyczne autorstwa D. Emiluty-Rozya (1998). Podsumowując, w badaniu wzięły udział dzieci z prawidłowym rozwojem mowy, niewykazujące nieprawidłowości w rozwoju psychoruchowym.

Cel badania

Próba badawcza służy do analizy procesu tworzenia tekstu narracyjnego przez dzieci w wieku przedszkolnym bez udziału i pomocy osoby dorosłej.

Celem badania była analiza wypowiedzi narracyjnych dzieci 5-letnich. Celem szczegółowym było sprawdzenie, czym będą się charakteryzowały poszczególne wypowiedzi dzieci z prawidłowym rozwojem mowy, odpowiadające przeprowadzonej próbie. W wyniku analizy tekstu można wysnuć hipotezy dotyczące umiejętności językowych pięciolatków.

Schemat kompozycyjny

Próba wykazała, że dzieci uwzględniały najwięcej informacji znajdujących się na początku i końcu opowiadania. Pogrubione sytuacje (3, 7) są najważniejsze dla schematu kompozycyjnego oglądanej bajki. Większość szczegółów znajdujących się w wypowiedziach narracyjnych dzieci odnosiła się do jednego z tych epizodów (3. Nocowanie u Franklina). Podobnie było w przypadku sceny końcowej (duża szczegółowość wypowiedzi, dbałość o detale). Uwaga dzieci była skupiona na początku i końcu emisji bajki. Widać wyraźny spadek zainteresowania w części środkowej. Najwyższe wskaźniki odtworzenia wykazały 4 kluczowe informacje (1, 3, 9 i 10). W tej części badania pięciolatki uzyskały łącznie 40 punktów. Średnia liczba uzyskanych punktów w przeliczeniu na jedno dziecko wyniosła 3,3. Badane dzieci potrafiły poprawnie zatytułować bajkę.

Sposób kończenia opowiadania

Analiza wypowiedzi dziecięcych wykazała następujące sposoby kończenia opowiadania, ukazane w tabeli 2.

Tabela 2. Sposób kończenia opowiadania

Sposób kończenia wypowiedzi	Ostatnia wymieniona sytuacja z bajki
<i>Tylko to pamiętam.</i>	10
<i>[...] i chyba to już wszystko.</i>	1
<i>Nic nie wiem.</i>	zdanie poprzedza wymyślona sytuacja
<i>[...] został tam na kilka dni chyba.</i>	wymyślona sytuacja

Sposób kończenia wypowiedzi	Ostatnia wymieniona sytuacja z bajki
<i>Potem to już chyba nie wiem.</i>	3
<i>Nic nie pamiętam więcej.</i>	2
<i>[...] i chyba nie pamiętam.</i>	9
<i>I to wszystko.</i>	1
<i>[...] i to był koniec.</i>	10
<i>To jest wszystko.</i>	3
<i>Koniec. Cbw.</i>	10
<i>Później F się skończyła bajka.</i>	10
<i>[...] i był koniec.</i>	10
<i>[...] później nie pamiętam, co było.</i>	3

Źródło: opracowanie własne.

Jak wynika z tabeli 2, dzieci kończyły swoją wypowiedź: powracając do początku bajki, przywołując ostatnie wydarzenia, dopowiadając wymyśloną sytuację/zdarzenie.

Ważną funkcję w ukazywaniu przyczynowości pełnią zdania współrzędne i podrzędne. Najczęściej służą one opisowi powiązań przyczynowo-skutkowych pomiędzy wydarzeniami, o których mowa.

Tabela 3. Sposoby ukazywania przyczynowości

Sposób ukazania przyczynowości	Sposób realizacji
Zdanie złożone ze spójnikiem <i>żeby</i>	Ukazanie celu za pomocą zdania złożonego: <i>[...] poszli do domu Franklinka, żeby nocować u Franklina i potem, potem, żeby zobaczyć siostrę poszli.</i>
Zdanie złożone z <i>więc</i> Dialog ze spójnikiem <i>żeby</i>	Zdanie wyjaśniające zamiary bohatera (stan wewnętrzny): <i>Franklin bardzo chciał zobaczyć siostrę misia, więc poszli i miś powiedział:</i> <i>– Ale musisz być bardzo cicho, żeby nie obudzić mojej siostry.</i>
Dopowiedzenie przyczynowy w osobnym zdaniu (rozpoczynającym się od spójnika <i>bo</i>)	<i>Przyszli rodzice i miś im powiedział, że mama o nim zapomina. Mama powiedziała, że tak, ale to prawda, że mama musi się bardziej zajmować dzidzią. Bo dzidzia bardziej wymagała opieki.</i>

Źródło: opracowanie własne.

Analiza sposobu wyrażania przyczynowości wykazała, że dzieci najczęściej używały zdań złożonych podrzędnie. Powyższe badania obrazują, że myślenie przyczynowe przedszkolaków jest w ciągłym rozwoju. Zauważono, że dzieci są zdolne do wykrywania przyczyn zdarzeń i wiązania ich ze skutkami, ale w tym zakresie występują bardzo duże różnice indywidualne.

Następstwo czasowe i sposoby jego wskazywania

Zauważono, że pięcioletki ukazują następstwo czasowe za pomocą długich i skomplikowanych zdań złożonych (o czym mowa w kolejnym podrozdziale). W celu wskazania następstwa czasowego wybierały leksemy *potem* (23) i *później* (24) (podobne znaczenie i zastosowanie w opowiadaniu). Przebieg akcji ukazywały za pomocą zdań złożonych współrzędnie i podrzędnie. W zebranych wypowiedziach narracyjnych możemy zauważyć wyznaczniki następstwa czasowego. Dzieci najczęściej posługują się słowami, które mają najmniejsze wymagania formalne w zdaniu (*potem, później*). Odnotowano tylko nieliczne próby określenia początku i końca opowiadania.

Sposób budowania wypowiedzeń współrzędnie złożonych

Poniższa analiza będzie dotyczyła umiejętności budowania dwóch różnych rodzajów zdań – złożonych współrzędnie i podrzędnie. Zdania współrzędnie złożone pojawiają się w rozwoju mowy dziecka wcześniej niż zdania podrzędnie złożone. W pierwszej grupie zanotowano dwa rodzaje zdań współrzędnie złożonych: zdania łączne ze spójnikami *i* oraz *a*, a także zdania przeciwstawne ze spójnikiem *a*. Konstrukcja większości opowiadań składała się ze zdań ze spójnikiem *i* (typowy formalny wskaźnik zespolenia), które służyły wyrażeniu relacji czasowych oraz przyczynowo-skutkowych. Ukazując relacje czasowe, dzieci dodawały do spójnika *i* takie wyrazy, jak: *potem, wtedy, później*. Zdecydowaną mniejszość stanowią zdania o prawidłowej funkcji (ukazanie współlistnienia czynności, czyli występowania w tym samym czasie i przestrzeni). Zdania ze spójnikiem *i* są najbardziej symptomatyczne dla mowy i myślenia dzieci.

Tabela 4. Sposoby budowania zdań ze spójnikiem *a*

Sposoby budowania zdań ze spójnikiem <i>a</i>	
zdanie	relacja logiczna
<i>I później przyszli rodzice, a mama Franklina nadepnęła przypadkowo na piszczalną [...]</i>	relacja czasowa

Sposoby budowania zdań ze spójnikiem <i>a</i>	
zдание	relacja logiczna
[...] <i>Franklin chciał zobaczyć siostrę, a miś powiedział, żeby być cicho, a miś zaczął tym grać i ona się rozplakała i się obudziła.</i>	relacja przyczynowo-skutkowa/ relacja czasowa
<i>Następnego dnia, jak Franklin przyszedł, to mama misia już trochę mówiła do Misia dużego, a miś trochę nie rozumiał [...].</i>	relacja przeciwstawności/ jednoczesność czynności
<i>Franklin chciał trzymać dzidzię na rączkach, a miś wiedział jak to mu powiedział.</i>	jednoczesność czynności
[...] <i>później poszli naprawdę spać, a później urodził się dzidzius i płakał, a później włączyły się pszczołki.</i>	relacja czasowa/ relacja przyczynowo-skutkowa

Źródło: opracowanie własne.

Tworząc własne wypowiedzi narracyjne, dzieci posługują się zdaniami złożonymi współrzędnie ze spójnikami *i* oraz *a*. Zdania te pełnią najczęściej funkcję wyrażania relacji czasowych, czasowo-przestrzennych i przyczynowo-skutkowych. Znacznie rzadziej ukazują czynności współlistniejące. Kolejną grupą są zdania złożone współrzędnie przeciwstawne ze spójnikiem *a*. Dzieci wielokrotnie używały tych konstrukcji w celu ukazania relacji czasowej, dodając słowa typu *później, potem, jeszcze*. Zanotowano również przykłady zdań współrzędnie złożonych przeciwstawnie tworzonych za pomocą spójnika, *ale*, a także za pomocą spójnika *a*.

Sposób budowania wypowiedzeń podrzędnie złożonych

Badane dzieci budowały zdania złożone za pomocą spójnika *że*. Najczęstszym błędem było rozpoczynanie opowiadania od spójnika *że* z pominięciem zdania głównego. Zdania złożone ze spójnikiem *że* najczęściej służyły wprowadzaniu dialogu za pomocą mowy zależnej oraz ukazywaniu relacji czasowej.

Tabela 5. Sposób budowania wypowiedzeń podrzędnie złożonych

Sposób budowania wypowiedzeń podrzędnie złożonych	
zдание	rodzaj zdania
spójnik – <i>że</i>	
<i>Później to, co pamiętam z początku, że mama powiedziała, że będzie u Franklina nocował miś.</i>	zdanie podrzędne dopełnieniowe i mowa zależna

Tabela 5 (cd.)

Sposób budowania wypowiedzi podrzędnie złożonych	
zdanie	rodzaj zdania
<i>Że rodzice myśleli, że jest w łóżku [...].</i>	sposób rozpoczynania zdania/zdanie podrzędne dopełnieniowe/mowa pozornie zależna
<i>I jeszcze udawali, że śpią.</i>	zdanie dopełnieniowe
<i>[...] i udawały, że śpią, bo się bały mamy.</i>	zdanie trzykrotnie złożone
spójniki – <i>jak/żeby</i>	
<i>I jeszcze jak mama Franklina weszła, to ich obudziła, żeby powiedzieć misiowi, że jest już starszym bratem.</i>	zdanie okolicznikowe celu i zdanie dopełnieniowe – mowa zależna

Źródło: opracowanie własne.

Dzieci 5-letnie najczęściej budują zdania złożone podrzędnie ze spójnikiem *że*. Pełnią one funkcję wyrażania relacji logicznych, takich jak: relacje czasowe, przyczynowo-skutkowe, celowe.

Wprowadzenie dialogu

Przeprowadzone badania wykazały, że dzieci 5-letnie potrafią zacytować usłyszany w bajce dialog. Umieją również wymyślić własny, dopasowując go do kontekstu całego opowiadania. Dzieci wprowadzały dialog za pomocą:

- a) mowy zależnej;
- b) mowy niezależnej – przywołując cudzą wypowiedź w sposób dosłowny.

W badanej grupie zebrano 20 wypowiedzi dialogowych, w tym w mowie zależnej 13 zdań, a w mowie niezależnej – 8. Wszystkie dialogi zostały wypowiedziane w poprawnej formie. Przytoczenie dialogu w postaci mowy zależnej jest trudniejsze i wymaga wyższej kompetencji językowej. Większość tego typu wypowiedzi jest spójna i ma swoje odzwierciedlenie w oryginalnej bajce. Dzieci 5-letnie potrafią zapamiętać i przytoczyć dialog wypowiedziany przez bohaterów bajki. Najczęściej posługują się mową zależną.

Użycie zaimków

Jednym z głównych przykładów spójności tekstowej, który można było zauważyć w przytoczonych wypowiedziach, jest stosowanie zaimków przez dzieci, jeśli kontynuują one wypowiedź dotyczącą bohatera. Temu zabiegowi językowemu służą zaimki osobowe i dzierżawcze.

Tabela 6. Użycie zaimków

Użycie zaimków w opowiadaniu			
użycie zaimka w tekście	rodzaj	użycie adekwatne	użycie nieadekwatne
<i>obudziły ich</i>	osobowy	zachowanie spójności, odniesienie do rzeczownika w zdaniu poprzedzającym	
<i>jemu urodziła się</i>	osobowy		niejednoznaczne odniesienie
[...] <i>później zabawiali swoją siostrę grzechotką.</i>	osobowy		błędne użycie, powinno być – siostrę misia
<i>oni poszli</i>	osobowy		niejednoznaczne odniesienie
<i>ona się rozplakała</i>	osobowy	zachowanie spójności, <i>ona</i> – zamiast siostra	
<i>tą jego siostrę</i>	wskazujący		powtórzenie
<i>Jego siostra</i>	osobowy		brak odniesienia
<i>on się zgodził Franklin.</i>	osobowy		zły szyk
<i>oni się schowali</i>	osobowy		brak odniesienia
<i>go odebrała</i>	osobowy	zachowanie spójności, <i>go</i> – Franklina	
[...] <i>najpierw Franklin zapukał, a potem miś mu otworzył.</i>	osobowy	zachowanie spójności	
<i>mojej siostry</i>	dzierżawczy	wskazanie na przynależność kogoś do danej osoby	
<i>przyszli rodzice i miś im powiedział, że mama o nim zapomina</i>	osobowy/ osobowy	zachowanie spójności	

Źródło: opracowanie własne.

Badane dzieci posługiwały się trzema klasami zaimków:

- a) osobowymi – sześć razy użyte zostały w sposób prawidłowy (zachowanie spójności poprzez zastąpienie rzeczownika), raz w sposób niepoprawny (brak odniesienia w tekście);
- b) wskazującym – jeden raz użycie nieadekwatne (powtórzenie);
- c) dzierżawczym – jeden raz poprawne użycie, określenie przynależności.

Podsumowanie

Próby badawcze służyły do analizy procesu tworzenia tekstu narracyjnego przez dzieci 5-letnie. Uczestnicy badania uzyskali łącznie 103 punkty. Największa liczba punktów to 20/20 (jeden raz), a najmniejsza 1/20 (jeden raz). Jedno dziecko otrzymało 9 punktów. Zauważono zależność między emocjonalnym podejściem do wykonania zadania a liczbą zdobytych punktów. Pięciolatki, które niechętnie podchodziły do badania, otrzymały znacznie mniej punktów od tych, które pozytywnie podeszły do wykonania testu. Przeprowadzone badania pokazują, że myślenie przyczynowe dzieci w wieku przedszkolnym jest w ciągłym rozwoju. Dostrzeżono, że pięciolatki są zdolne do wykrywania przyczyn zdarzeń i wiązania ich ze skutkami, ale można u nich zaobserwować w tym zakresie bardzo duże różnice indywidualne. Dzieci z prawidłowym rozwojem mowy potrafią budować zdania wskazujące na myślenie przyczynowe. Pięciolatki poprawnie posługują się wykładnikami następstwa czasowego. Tworząc własne wypowiedzi narracyjne, najczęściej stosują zdania złożone współrzędnie ze spójnikami *i* oraz *a*. Zdania te pełnią zwykle funkcję wyrażania relacji czasowych, czasowo-przestrzennych i przyczynowo-skutkowych. Znacznie rzadziej ukazują one czynności współlistniejące. Dzieci 5-letnie najczęściej budują zdania złożone podrzędnie ze spójnikiem *że*. Potrafią też zapamiętać i przytoczyć dialog wypowiedziany przez bohaterów bajki. Odnotowano bardzo mało przykładów świadczących o ich myśleniu przyczynowym.

Fakt, że w mowie dziecka w wieku przedszkolnym znajduje się mało elementów abstrakcji, znajduje swoje uzasadnienie w pracach J. Piageta [1936, s. 19–20], który okres [...] ten nazywa okresem tzw. zestawień ubocznych, charakterystycznych ze względu na brak logicznych związków pomiędzy zestawieniami zdań (Kowalski, 1962, s. 83).

Kowalski (1962, s. 83) uważa, że elementy abstrakcji w mowie małego dziecka – zaczątki pojęć ogólnych, ujmowanie stosunków między przedmiotami a zjawiskami: przestrzennych, czasowych, celowych, przyczynowych, logicznych – stanowią w tej fazie rozwoju mowy (konkretno-wyobraźniowej, sytuacyjnej) najwyższą warstwę funkcji mowy i myślenia, a co za tym idzie – zaczątek przyszłego myślenia formalno-gramatycznego.

Bibliografia

- Bokus B. (1991), *Tworzenie opowiadań przez dzieci. O linii i polu narracji*, Energiea, Kielce.
Bokus B. (2000), *Świat fabuły w narracji dziecięcej*, Energia, Warszawa.
Bokus B., Shugar G. W. (2007), *Psychologia języka dziecka*, GWP, Gdańsk.

- Czaplewska E., Milewski S. (2012), *Diagnoza logopedyczna. Podręcznik akademicki*, GWP, Sopot.
- Dijk van T. A. (2001), *Dyskurs jako analiza i proces*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Dobrzyńska T. (1993), *Tekst. Próba syntezy*, Instytut Badań Literackich, Warszawa.
- Dołęga Z. (2003), *Promowanie rozwoju mowy w okresie dzieciństwa – prawidłowości rozwoju, diagnozowanie i profilaktyka*, Wydawnictwo UŚ, Katowice.
- Emiluta-Rozya Danuta (2013), *Całościowe badanie logopedyczne*, Wydawnictwo APS, Warszawa.
- Gerstmann S. (1985), *Rozmowa i wywiad w psychologii*, PWN, Warszawa.
- Grzegorzczkowska R. (2008), *Wstęp do językoznawstwa*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Halliday M. A. K. (1980), *Uczenie się znaczeń*, przekł. H. Bartoszewicz, [w:] *Badania nad rozwojem języka dziecka. Wybór tekstów*, red. G. W. Shugar, M. Smoczyńska, PWN, Warszawa, s. 514–556.
- Jastrzębowska G. (1995), *Logopedia. Pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole.
- Jurkowski A. (1975), *Ontogeneza mowy i myślenia*, Państwowe Zakłady Wydawnictw Szkolnych, Warszawa.
- Kaczmarek L. (1977), *Nasze dziecko uczy się mowy*, Wydawnictwo Lubelskie, Lublin.
- Kielar-Turska M. (1989), *Mowa dziecka. Słowo i tekst*, nakł. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Kowalski S. (1962), *Rozwój mowy i myślenia dziecka*, PWN, Warszawa.
- Laskowska J. (2007), *Rozwój aktywności twórczej dzieci w sferze języka*, Impuls, Kraków.
- Łobacz P. (1996), *Polska fonologia dziecięca*, Energia, Warszawa.
- Nadolska H. (1995), *Kompetencja narracyjna uczniów o różnym poziomie inteligencji*, eRBe, Białystok.
- Piaget J. (1936), *Narodziny inteligencji dziecka*, PWN, Warszawa.
- Porayski-Pomsta J. (1994), *Umiejętności komunikacyjne dzieci w wieku przedszkolnym*, Wydawnictwo UW, Warszawa.
- Propp W. (1976), *Morfologia bajki*, Książka i Wiedza, Warszawa.
- Przetacznik-Gierowska M. (1993), *Świat dziecka. Aktywność – poznanie – środowisko*, nakł. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Shugar G. W., Bokus B. (1988), *Twórczość językowa dziecka w sytuacji zabawowo-zadaniowej*, Ossolineum, Łódź.
- Smoczyński P. (1955), *Przyswajanie przez dziecko postaw systemu językowego*, Ossolineum, Łódź.
- Sołtys-Chmielowicz A. (2008), *Zaburzenia artykulacji*, Impuls, Warszawa.
- Tyborowska K. (1966), *Psychologia rozwojowa dzieci i młodzieży*, PWN, Warszawa.
- Tyszkowa M. (2014), *Psychologia rozwoju człowieka*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Zarębina M. (1980), *Język polski w rozwoju jednostki. Analiza tekstów do wieku szkolnego. Rozwój semantyczny języka dziecka*, Wydawnictwo Naukowe WSP, Kraków.
- Zarębina M. (1994), *Język polski w rozwoju jednostki. Analiza tekstów dzieci do wieku szkolnego. Rozwój semantyczny języka dziecka. Dyskusja nad teorią Chomskiego*, Glottispol, Gdańsk.
- Zawada A. (2006), *Skala gotowości szkolnej*, Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej, Warszawa.

Summary

A narrative is a narrative of a series of events that have occurred in the past or are presented as if they had actually happened in the past. In this narrative competence is understood as knowledge about the essence and structure of narrative, about its basic functions and stylistic categories, manifesting itself in complex linguistic skills related to the construction of narrative statements with specific genre features, in accordance with applicable language standards and adequate to the consultation. The aim of the study was to analyze the narrative statements of 5-year-old children after familiarizing themselves with the story once viewed. The specific goal was to check what particular statements of children with proper speech development would characterize, corresponding to the conducted test.

Anna Karowicz*

KOMPLEKSOWA DIAGNOZA I TERAPIA JAKO WARUNKI SKUTECZNOŚCI TERAPII LOGOPEDYCZNEJ DZIECKA Z OPÓŹNIONYM ROZWOJEM MOWY

COMPREHENSIVE DIAGNOSIS AND THERAPY AS
A CONDITION OF SPEECH THERAPY EFFICACY OF CHILD
DIAGNOSED WITH DELAYED SPEECH DEVELOPMENT

Słowa kluczowe: opóźniony rozwój mowy, logopedia, współpraca specjalistów.
Keywords: speech delay, speech therapy, cooperation of specialists.

Wprowadzenie

W przypadku opóźnionego rozwoju mowy konieczne jest kompleksowe wsparcie rozwoju dziecka, bez ograniczania się do stymulacji jedynie mowy. Należy pamiętać o holistycznym postrzeganiu pacjenta – aby wesprzeć mowę, musimy wspierać czynności prymarne, małą i dużą motorykę, umiejętność zabawy, komunikację niewerbalną, naszą relację z dzieckiem, a także rozumienie własnych emocji (Pluta-Wojciechowska, 2015, s. 37). Opóźniony rozwój mowy (ORM) jest problemem, który, jeśli nie zostanie poddany odpowiedniej diagnozie i terapii, może prowadzić do poważnych konsekwencji. Według badań Magdaleny Smoczyńskiej (2012, s. 33) 15–25% dzieci z wcześniej zdiagnozowanym ORM nie będzie miało problemów z pierwotnymi ograniczeniami rozwojowymi, ale 30–50% może przejawiać zaburzenia funkcjonowania językowego i potrzebować interwencji specjalisty ze względu na wady wymowy.

Praca z dzieckiem z opóźnionym rozwojem mowy niesie dużo wyzwań, gdyż trudno od razu znaleźć przyczynę zaburzeń. Gdy dziecko jest starsze, jako logopedzi zajmujemy się zwykle korektą wad wymowy, zaś w przypadku małych dzieci, u których nie ma jeszcze mowy bądź występują jedynie onomatopeje czy

* Państwowa Uczelnia im. Stefana Batorego, Instytut Nauk Społecznych, Kolegium Społeczno-Ekonomiczne, 96-100 Skierniewice, ul. Batorego 64C, e-mail: anna.karowicz@gmail.com, ORCID: 0000-0001-8988-0910.

pojedyncze słowa, konieczna jest stymulacja rozwoju mowy i budowanie umiejętności komunikacyjnych, a przede wszystkim usunięcie przyczyny ORM. Poprawna artykulacja schodzi tutaj na drugi plan, ponieważ priorytetem jest komunikacja umożliwiająca rozwój społeczny i zapewniająca poczucie bezpieczeństwa, w tym możliwość sygnalizowania swoich podstawowych potrzeb.

Termin *opóźniony rozwój mowy* nie jest rozpoznaniem, lecz stwierdzeniem występowania zaburzeń w procesie komunikowania się dziecka. ORM stwarza trudności w diagnozie i planowaniu terapii, gdyż na rozwój mowy dziecka wpływa wiele czynników, takich jak prawidłowo rozwijający się wzrok i słuch, sprawność motoryczno-kinetyczna, zdrowy układ nerwowy, adekwatny do wieku rozwój psychiczny, odpowiednia stymulacja środowiska, prawidłowa budowa anatomiczna narządów mowy (Bogusławska-Wilczyńska, Stopa, Kurywczak, 2000). Terapia ORM powinna zostać wdrożona możliwie jak najszybciej – odkrycie przyczyny problemu i jej eliminacja lub odpowiednio dobrana terapia logopedyczna mogą pomóc dziecku uniknąć problemów w przyszłości. Dzieci z opóźnionym rozwojem mowy nie tylko mówią później, lecz także częściej mają problemy z wadami artykulacyjnymi, co może prowadzić do trudności w kontaktach rówieśniczych. Dziecko nierozumiane lub mówiące niewyraźnie, z widoczną wadą wymowy może być odrzucone, co prowadzi do frustracji, a czasem nawet agresji lub autoagresji (Sołtys-Chmielowicz, 2008, s. 10). Znalazienie przyczyny ORM często nie jest możliwe na jednej wizycie, ale również nie zawsze może ją odkryć sam logopeda. Przyczyny ORM możemy podzielić na zewnętrzne (egzogenne) i wewnętrzne (endogenne). Rozróżniamy więc SORM – samoistny opóźniony rozwój mowy, czyli zaburzenie o charakterze pierwotnym oraz NORM, czyli niesamoistny opóźniony rozwój mowy, z którym mamy do czynienia u omówionych w dalszej części artykułu dzieci, ponieważ opóźnienie rozwoju mowy wynikało u nich z różnego rodzaju czynników: anatomicznych, zdrowotnych czy społecznych. W wielu przypadkach konieczna jest kompleksowa diagnoza, bez której terapia logopedyczna nie byłaby skuteczna. Najczęściej potrzebna jest konsultacja z jednym ze specjalistów: laryngologiem, neurologiem, pedagogiem, psychologiem, ortodontą, okulistą, terapeutą SI, fizjoterapeutą, audiologiem czy foniatrą (Hojda, 2014, s. 283). To wszystko wymusza na logopedzie podstawową wiedzę z wyżej wymienionych specjalności, aby móc domyślać się przyczyny zaburzeń mowy bądź wiedzieć, do jakiego specjalisty skierować pacjenta. Niejednokrotnie terapia logopedyczna musi więc być wspierana również inną, równoległą terapią.

Konieczność kompleksowej diagnozy i terapii

Żyjemy w czasach dynamicznego rozwoju. Prędko rozwijająca się technologia, zmiany środowiskowe, zanieczyszczenia wody czy duża ilość chemii w pożywieniu sprawiają, że z roku na rok rośnie liczba osób z alergią i astmą. Pierwsze

objawy ujawniają się już w drugim miesiącu życia dziecka, a następnie eskalują. Gdy dziecko kończy pół roku można już zauważyć świszczący oddech, sapki, kaszel czy zatkany nos i częstsze oddychanie przez usta. Problemy te wpływają na rozwój mowy, gdyż przewlekłe zapalenia górnych dróg oddechowych prowadzą do powstania niewłaściwych nawyków: oddychania przez usta, wadliwego ssania, połykania, żucia i gryzienia. Wszystkie wyżej wymienione funkcje mają bezpośredni wpływ na kształtowanie się mowy już od okresu niemowlęcego, kiedy niepoprawnie wykształcają się wzorce artykulacyjne głosek. Dodatkowo przerost układu limfatycznego gardła, niedrożność nosa, przerost migdałów podniebiennych bądź gardłowego prowadzą do osłabienia słuchu fizjologicznego czy stanów zapalnych ucha, a w konsekwencji do zaburzonego odbioru mowy z otoczenia, które prowadzi do zaburzeń kontroli słuchowej i nieprawidłowych wzorców słuchowych wyrazów. Dzieci z częstymi chorobami górnych dróg oddechowych jest z biegiem lat coraz więcej, a u części z nich infekcje przyczyniają się do występowania seplenienia. Jeżeli dziecko nie ma możliwości oddychania nosem z powodu np. przerośniętego migdała gardłowego bądź migdałów podniebiennych, zaczyna oddychać przez usta. Język układa się wtedy na dnie jamy ustnej, a często nawet wysuwa przed zęby i przyczynia się do powstawania międzyzębowej realizacji niektórych głosek. Sam przerost migdałów prowadzi więc nie tylko do nieprawidłowego toru oddechowego i większej podatności na infekcje, lecz także wpływa na powstawanie wad zgryzu, może powodować niedosłuch przez ucisk trzeciego migdała na ujście trąbki słuchowej, tworzyć wady wymowy oraz być przyczyną niewłaściwej pozycji spoczynkowej języka i infantylnego przelękania (Marasz, 2013, s. 112–115). Opóźniony rozwój mowy może zatem mieć przyczynę, której logopeda nie jest w stanie samodzielnie zdiagnozować, a tym bardziej poddać terapii. W przypadku przerostu migdałów lub widocznych problemów ze swobodnym oddychaniem, konieczna może być konsultacja z laryngologiem, alergologiem oraz ortodontą.

W przybliżeniu połowa dzieci w wieku przedszkolnym (do 6 roku życia) cierpi na wysiękowe zapalenie ucha środkowego. Choroba ta objawia się zaleganiem płynu w przestrzeniach ucha środkowego przy zachowanej błonie bębenkowej. Problem jest o tyle istotny, że wysiękowe zapalenie ucha środkowego często jest bezobjawowe – dziecko nie skarży się na ból ucha, więc nie jest kierowane do lekarza. W przypadku tej choroby zaburzeniu ulega przewodzenie dźwięku i im dłużej trwa choroba, tym głębszy może spowodować niedosłuch. Dziecko mówi głośniejsze niż wymaga tego sytuacja, jest drażliwe, ma problemy w kontaktach z rówieśnikami i trudności w braniu udziału w zajęciach grupowych (Gryczyńska, 2002, s. 93–96). Z uwagi na dużą częstotliwość występowania tego problemu wśród przedszkolaków, dzieci z opóźnionym rozwojem mowy są często w pierwszej kolejności kierowane do laryngologa, w celu wykluczenia problemów ze słuchem (Marciniak-Firadza, 2019, s. 107). Badania wykonane przez Pruszewicza (Pruszewicz i in., 1994, s. 227–230), podczas których

przebadano 60 dzieci w wieku od 4 do 15 lat ze zmiennym niedosłuchem mieszanym w stopniu umiarkowanym, dowodzą, że opóźniony rozwój mowy występował u wszystkich badanych. Dziwić może fakt, że jedynie 12% z nich miało zaburzenia artykulacyjne, więc ich wada słuchu nie była oczywista do zauważenia. Ponadto badania te wykazały jednak, że niedosłuchy mogą łączyć się również z takimi problemami, jak: niepewność, niechęć do mówienia, nadmierny krytycyzm, a także problemy z koncentracją czy pamięcią (występujące u 20% badanych, co wskazuje na to, że w ich przypadku wskazana jest konsultacja z psychologiem). Jeżeli zatem opóźniony rozwój mowy jest spowodowany problemami ze słuchem, logopeda nie będzie miał zbyt szybkich efektów w pracy z dzieckiem bez leczenia u otolaryngologa. Dodatkowo część dzieci (i rodziców) może potrzebować wsparcia ze strony psychologa oraz pomocy pedagoga w pracy nad koncentracją czy pamięcią. Według badań Violetty Florkiewicz (2013, s. 121) 15 na 19 dzieci wymagających terapii logopedycznej potrzebowało konsultacji również z innym specjalistą (w przypadku dwóch nie było możliwości zdobycia informacji o ewentualnych badaniach, więc tylko jeden nie potrzebował konsultacji z kimś innym niż logopeda). Konsultacje z innymi specjalistami stają się więc nie tylko możliwością, ale koniecznością w prowadzeniu terapii ORM z uwagi na wieloprzyczynowość tego zaburzenia.

Cel artykułu

Opierając się na badaniach, własnej praktyce oraz literaturze, pragnę uzasadnić konieczność kompleksowej, interdyscyplinarnej diagnozy i terapii ORM. Prezentuję tutaj przykłady pacjentów, których terapia logopedyczna byłaby niemożliwa bądź mało wydajna bez współpracy różnych specjalistów. W artykule z 1999 r. możemy przeczytać, że bez znajomości podstaw neurologii, laryngologii, a nawet psychiatrii czy pediatrii postawienie trafnej diagnozy i poprowadzenie efektywnej terapii może być niemożliwe (Obrębowski, Prusze-wicz, 1999, s. 126–127). O konieczności interdyscyplinarnej współpracy pisali m.in. Zbigniew Tarkowski i Ewa Humeniuk (2017, s. 21–23), zwracając uwagę na to, że aby diagnoza była pełna, a pacjent miał szansę na najbardziej wydajną terapię, relacja między poszczególnymi specjalistami powinna być symetryczna. Sytuacja logopedów bywa o tyle trudna, że ich zdanie nadal jest traktowane po macoszemu, zwłaszcza w środowisku lekarskim. Z jednej strony jest to sytuacja korzystna, bo logopeda, działając indywidualnie, ma dużą swobodę pracy, jednak z drugiej strony ciąży na nim duża odpowiedzialność i konieczność posiadania rozległej wiedzy również z zakresu medycyny. Fundamentem rozwoju mowy są czynności biologiczne. W obszarze orofacjalnym krzyżuje się droga oddechowa i pokarmowa, więc bez zadbania o funkcje prymarne (zwłaszcza oddychanie, jedzenie i picie) uzyskanie sukcesu w terapii może być niemożliwe (Pluta-

-Wojciechowska, 2018, s. 28–29). Logopedzi nie mogą znać się na wszystkim, dlatego możliwość ścisłej współpracy z pozostałymi specjalistami zajmującymi się pacjentem byłaby korzystna przede wszystkim dla pacjenta, ale również niosłaby możliwość rozwoju dla wszystkich osób będących w zespole diagnostyczno-terapeutycznym. W swojej praktyce niejednokrotnie konsultowałam się z innymi specjalistami i to nie tylko w kontekście *stricte* logopedycznym. Jeden z omówionych w niniejszym artykule pacjentów (Piotrek) oprócz problemów z wymową, przerośniętymi migdałami z powodu alergii, w konsekwencji ze słuchem, a także mutyzmem wybiórczym miał też problem z jedzeniem zimnych i słodkich rzeczy. Był pierwszym dzieckiem w moim gabinecie, które przyznało, że nie lubi lodów. Z uwagi na to, że nie widziałam u niego problemów sensorycznych ani niepokojącej wybiórczości pokarmowej, zaczęłam się zastanawiać, skąd mógł się wziąć ten problem i przypomniało mi się moje własne dzieciństwo, kiedy niechęć do lodów i słodczy była spowodowana nadwrażliwością zębów. Podejrzewałam to również u mojego pacjenta. Po konsultacji ze znajomą dentystką dowiedziałam się, że oddychanie przez usta nie tylko negatywnie wpływa na napięcie mięśniowe, przelżykanie, pozycję spoczynkową języka, zgryz i kształtowanie się podniebienia twardego, lecz także może być przyczyną nadwrażliwości, ponieważ zęby nie mają wtedy kontaktu ze śliną, która by je przed tym broniła dzięki swoim właściwościom. Rozwiązaniem była fluoryzacja, jednak istotne jest to, że możliwość chociażby telefonicznej konsultacji z innym specjalistą daje szansę na bardziej kompleksową pomoc pacjentowi. Jak widać, logopedyczne problemy są w wielu przypadkach związane z innymi zaburzeniami. Podobnie jest w przypadku dentystów, którzy mogą stwierdzić, że problem np. nadwrażliwości zębów jest związany z laryngologią i logopedią. Na konieczność interdyscyplinarnej diagnozy zwróciły uwagę Jagoda Cieszyńska i Marta Korendo (2015, s. 61–63), pisząc, że zaburzenie którejkolwiek ze sfer życia człowieka wpływa negatywnie na rozwój języka. Jego rozwój opiera się i wynika z właściwego ukształtowania się sprawności motorycznej, manualnej, postrzegania wzrokowego, percepcji słuchowej, dominacji stronnej, pamięci, relacji społecznych, emocji, a nawet zabawy. Podkreślają przy tym, że tylko polisensoryczne poznanie świata przez dziecko pozwoli mu na prawidłowy i wszechstronny rozwój. Relacja między językiem a pozostałymi sprawnościami jest niezmiernie istotna. Jeśli mowa dziecka jest w jakimś stopniu zaburzona, to wpływa między innymi na rozwój społeczny czy umiejętność zabawy. Dziecko ma utrudnioną możliwość poznawania rówieśników, co często jest powodem frustracji, a nawet agresji czy autoagresji. Należy obserwować już noworodki i ich rozwój w zakresie oddychania, ssania i motoryki – jeżeli te czynności są zaburzone, to stwarzają ryzyko powstawania problemów z rozwojem mowy. Logopeda ma więc trudne zadanie i musi umieć chociaż rozpoznać, w którym z aspektów rozwoju może leżeć przyczyna problemów z mową. Choć nie jest specjalistą na przykład od rozwoju motorycznego, to istotna jest umiejętność

zauważenia zaburzeń w obrębie napięcia mięśniowego czy nieodpowiedniej postawy ciała. Każde odstępstwo od normy powinno dać logopedzie odpowiedź, gdzie należy skierować dziecko.

Charakterystyka badań

W przeprowadzonych badaniach własnych wykorzystałam metodę studium przypadku i takie techniki badawcze, jak: wywiad, obserwacja, analiza dokumentów oraz narzędzie badawcze – arkusz wywiadu z rodzicami. Długość wędzidełka sprawdzałam za pomocą próby prof. Barbary Ostapiuk. Na podstawie badań wyłoniłam najczęstsze problemy leżące u podstaw ORM.

W diagnozie i terapii wybranych dzieci konsultacja bądź współpraca z innymi specjalistami były niezbędnym elementem trafnej diagnozy czynników powodujących ORM i zaplanowania skutecznej strategii terapii. Bez multidyscyplinarnej diagnozy terapia byłaby mniej wydajna bądź nie przynosiłaby żadnych efektów z uwagi na brak usunięcia przyczyny problemów z mową. Tylko przy wczesnym zdiagnozowaniu i leczeniu przerostu migdała bądź migdałów możemy zapobiec problemowi ze słuchem. Przy wczesnym rozpoznaniu i podcięciu znacznie skróconego wędzidełka możemy uniknąć takich konsekwencji, jak: zaburzenia pracy żuchwy, nieprawidłowa pozycja spoczynkowa języka, infantylne przetykanie czy wady artykulacyjne. Podobnie jest przy wczesnym rozpoznaniu wady słuchu, wzroku, zaburzeń integracji sensorycznej, alergii, problemów z napięciem mięśniowym i innych problemów, które wymagają głębszej diagnostyki i terapii innych specjalistów.

Badania będące podstawą do napisania tego artykułu przeprowadziłam w prywatnym gabinecie podczas zajęć logopedycznych. Badałam dzieci z ORM w wieku maksymalnie czterech lat. Jednym z narzędzi badawczych był kwestionariusz wywiadu z rodzicami lub opiekunami prawnymi dziecka. Wywiad jest istotną częścią badania logopedycznego. Chociaż dziecko nie bierze w nim czynnego udziału, to daje on wiele informacji o jego dotychczasowym rozwoju i relacji z rodzicem. Rodzice w pierwszej kolejności są pytani o to, czy w rodzinie zdarzały się podobne sytuacje lub wady wymowy. Kolejnym z poruszanych zagadnień jest przebieg ciąży i porodu. Wiele leków branych podczas ciąży może wpływać na dalszy rozwój dziecka. Przykładowo leki rozkurczowe brane w celu podtrzymania ciąży mogą skutkować obniżonym napięciem mięśniowym u noworodka. W takim przypadku maluchem powinien zająć się fizjoterapeuta, jednak jeśli napięcie mięśniowe nie jest obniżone (bądź podwyższone) w sposób znaczący, to może to zostać przeoczone i skutkuje późniejszymi problemami w rozwoju motorycznym, a pośrednio w rozwoju mowy. Rozwój motoryczny również ma wpływ na rozwój mowy – nie bez powodu pierwsze słowa łączy się z pierwszymi krokami dziecka. Istotne są też problemy zdrowotne lub urazy,

jakie dziecko miało. Konieczna jest więc informacja, na co dziecko chorowało, czy przebywało w szpitalu, jak długo to trwało i przez jakich specjalistów było już badane. Ważnym zagadnieniem są również sposoby spożywanych posiłków i ewentualna wybiórczość pokarmowa (ze względu na smaki bądź konsystencję jedzenia), a także sposoby picia oraz ewentualnego używania smoczka. Niezbędne jest również zapytanie rodziców o to, jak dziecko śpi – czy chrapie, moczy poduszkę śliną, przebudza się oraz jak funkcjonuje w ciągu dnia. Pytania są dostosowywane do danego pacjenta – kwestionariusz wywiadu jest jedynie podstawą do uporządkowanej rozmowy z rodzicami. Podczas rozmowy często zadaję nowe pytania pod kątem tego, co dostrzegam w zachowaniu dziecka oraz na podstawie opowieści rodziców. Poznanie sposobów spędzania czasu i ulubionych zabaw dziecka oraz wcześniejsze pytania dają możliwość wstępnego przypuszczenia, z czego może wynikać problem z mową. Jeśli wiemy, że dziecko chrapie, oddycha buzią, jest labilne emocjonalnie, ma problem z jedzeniem większych kęsów pokarmowych, możemy spodziewać się powiększonych migdałków i koniecznej konsultacji z laryngologiem, jak było w przypadku Nikodema. Jeśli usłyszymy od rodzica o dużej wybiórczości pokarmowej i nadwrażliwości w obszarze orofacjalnym (Jakóbiak, Lorens, 2015, s. 70–73), nadwrażliwości na dźwięki czy chodzeniu jedynie w ulubionych ubraniach, możemy podejrzewać u dziecka zaburzenia integracji sensorycznej, którą powinien wykluczyć bądź potwierdzić terapeuta zajmujący się tym zagadnieniem. Dodatkowo, kiedy rozmawiam z rodzicami, dziecko ma okazję do zapoznania się z gabinetem i swobodnej zabawy plastikowymi owocami, warzywami, sztuczkami i talerzami. Sposób zabawy niesie wiele informacji, również o relacji łączącej dziecko z rodzicem. Niejednokrotnie podczas terapii bądź wywiadu zauważam, że w rodzinie istnieje problem z prawidłową komunikacją. Rodzice bywają niezgodni, kłócą się przy dziecku, zmuszają je do powtarzania bądź innych aktywności, na które nie ma ochoty, jak było w przypadku dwójki dzieci omówionych w dalszej części artykułu. Brak spójności w wychowaniu i częste konflikty wpływają negatywnie na funkcjonowanie całej rodziny. Przyczyny opóźnionego rozwoju mowy są niejednokrotnie złożone i uzależnione od siebie nawzajem. Jedynie interdyscyplinarna diagnoza i terapia dają szansę na szybkie rozpoznanie tych przyczyn i pozwolą wprowadzić dostosowaną do dziecka terapię (Bogusławska-Wilczyńska, Stopa, Kurywczak, 2000). Zaburzenia rozwoju mowy nie są jedynie problemami zdrowotnymi, lecz rzutują także na życie społeczne, emocjonalne czy zawodowe (Śliwińska-Kowalska, Niebudek-Bogusz, 2009, s. 35), więc kompleksowa terapia poprawia ogólną jakość życia dziecka i jego najbliższych.

W tabeli 1 zaprezentowałam podstawowe informacje o badanych dzieciach, skupiając się na tym, co najistotniejsze w przypadku multidyscyplinarności. Każde z nich potrzebowało dodatkowej konsultacji, a skuteczność terapii była uzależniona od diagnoz i leczenia innych specjalistów.

Tabela 1. Opis pacjentów z ORM i wskazanie specjalistów koniecznych do postawienia diagnozy

Lp.	Imię i wiek pacjenta	Zauważone problemy	Specjaliści
1.	Adaś 2,5 roku	<p>Brak komunikacji werbalnej – dziecko krzyczy, rzuca się na podłogę, płacze, biega po gabinecie.</p> <p>Ograniczony kontakt wzrokowy.</p> <p>Problemy z rozumieniem poleceń, brak reakcji na słowa rodziców, brak gestu wskazywania palcem.</p> <p>Brak wspólnego pola uwagi i umiejętności zabawy naprzemiennej.</p> <p>Część objawów wskazuje na zaburzenia ze spektrum autyzmu, jednak po paru spotkaniach, dokładnym wywiadzie z rodzicami, ograniczeniu dostępu sprzętów grających i telewizji oraz konsultacji z innymi specjalistami okazało się, że wyżej wymienione objawy są wynikiem zaniedbania środowiskowego. Adam był zalany bodźcami prawopółkulowymi – nieustannie włączony telewizor, dostępność tabletu i telefonu, dużo grających zabawek doprowadziły do przestymulowania.</p>	<p>Psychiatra – wykluczenie autyzmu.</p> <p>Laryngolog – wykluczenie wady słuchu, przerostu migdała gardłowego.</p> <p>Neurolog – wykluczenie problemów neurologicznych.</p> <p>Psycholog – nauka poprawnych relacji w rodzinie, akceptacji emocji, konsekwencji wychowawczej, poprawnej komunikacji.</p>
2.	Nikodem 4 lata	<p>Mówi pojedyncze słowa i zdania składające się z 2–3 wyrazów.</p> <p>Częste infekcje górnych dróg oddechowych, zwłaszcza wiosną.</p> <p>Obniżone napięcie mięśniowe.</p> <p>Przerost migdała skutkował niedosłuchem, otwartą buzią, wiecznym zmęczeniem i rozdrażnieniem, a także wadą zgryzu.</p> <p>Zgryz otwarty, nieprawidłowa pozycja spoczynkowa języka, infantylne przelęganie.</p>	<p>Laryngolog – wycięcie migdała gardłowego i migdałków podniebiennych, kontrola słuchu, dreny.</p> <p>Alergolog – objawy nasilają się na wiosnę, mama zauważyła to już od 2 roku życia chłopca – możliwe alergię.</p> <p>Ortodonta – korekta zgryzu.</p>

Lp.	Imię i wiek pacjenta	Zauważone problemy	Specjaliści
		<p>Ssanie kciuka, gryzienie ubrań, obgryzanie paznokci.</p> <p>Międzyzębowa realizacja głosek szeregu ciszącego oraz [t], [d], [n], [l].</p> <p>Nadwrażliwość w obszarze orofacjalnym, wybiórczość pokarmowa, zaburzenia żucia.</p> <p>Niechęć do ćwiczeń grafomotorycznych.</p>	<p>Terapeuta SI/rehabilitant – nadwrażliwość, zaburzenia czucia głębokiego, problemy z napięciem mięśniowym.</p>
3.	Leon 3 lata	<p>Mocno skrócone wędzidelko.</p> <p>R gardłowe (również zamiast [l]).</p> <p>Zupełny brak pionizacji języka, międzyzębowa realizacja głosek [t], [d], [n].</p> <p>Mówi niezrozumiale, choć ma rozbudowane słownictwo, jest bardzo inteligentny.</p> <p>Problemy wychowawcze – rodzice niezgodni, a dziecko „bezstresowo wychowane”. Rodzice pozwalają na wszystko, w rodzinie dochodzi do ciągłych negocjacji – syn jest w stanie wygzekwować wszystko. Ojciec nie pozwala dziecku na „złe” emocje, a przy tym wymaga ciągle wygrywania – nie pozwala na błędy. Brak konsekwencji skutkuje ciągłymi problemami wychowawczymi. Dziecko steruje rodzicami (Teraz będę ćwiczył tylko u mamy. Tata ma usiąść z nami na dywanie, inaczej nie będę ćwiczył. Nie chcę trzech przykładów, tylko dwa. Chcę inne dwa, nie to, co Pani wybrała. Jeden zrobię ja, a drugi tata itp.). Rodzice bronią dziecka: już mu się znudziło, może teraz coś innego, w domu wyraźnie mu ustępują, do czego się przyznają i nawzajem obwiniają.</p>	<p>Laryngolog – jak najszybsze podcięcie wędzidelka podjęzykowego.</p> <p>Psycholog – by wspomóc rodziców w procesie wychowania, nauczyć kontroli emocji zarówno rodziców, jak i dziecko, zbudować poprawne relacje.</p> <p>Pedagog – wypracować z dzieckiem poprawną komunikację, nauczyć konsekwencji.</p>

Tabela 1 (cd.)

Lp.	Imię i wiek pacjenta	Zauważone problemy	Specjaliści
4.	Karol 4 lata	<p>Mowa niewyraźna, ograniczone słownictwo, problemy z rozumieniem poleceń złożonych.</p> <p>Prawdopodobnie przerośnięty trzeci migdał, znacznie powiększone migdałki podniebienne (uniemożliwiają wygodne przelknięcie większych kęsów pokarmowych, chłopiec ma problemy z odruchem wymiotnym, przyjmuje jedynie papkowane konsystencje).</p> <p>Zgryz otwarty, chrapanie, otwarta buzia, infantylne przelknięcie.</p> <p>Międzyzębowa mowa głosek t , d , n , l , ś , ż , ć , dź .</p> <p>Utrudniona współpraca z rodzicami – są niezgodni, boją się iść do lekarza. Mama wypiera problem i ciągle wspomina, że jest „lepiej” niż było i częściej oddycha przez nos, a jego brat miał tak samo (choć leczony ortodontycznie) – nieustanny konflikt między rodzicami wpływający znacząco na dziecko.</p>	<p>Ortodonta – korekta zgryzu – zgryz otwarty.</p> <p>Laryngolog – kontrola migdałków, wykluczenie wady słuchu.</p> <p>Psycholog – znalezienie wspólnego sposobu na wychowanie dziecka, komunikacja bez konfliktów.</p>
5.	Martyna 3 lata	<p>Obniżone napięcie mięśniowe (konsekwencja leków rozkurczowych branych podczas ciąży).</p> <p>Częste infekcje górnych dróg oddechowych – prawdopodobna alergia (zwiększone natężenie chorowania na wiosnę).</p> <p>Nieprawidłowy tor oddechowy (oddychanie przez usta).</p> <p>Międzyzębowość głosek szeregu ciszącego oraz t , d , n , l .</p> <p>Niemowlęce przelknięcie, nieprawidłowa pozycja spoczynkowa języka.</p>	<p>Fizjoterapeuta – problemy z napięciem mięśniowym.</p> <p>Alergolog – wykluczenie alergii.</p> <p>Laryngolog – konsultacja przerostu migdałków i problemów ze słuchem.</p>

Lp.	Imię i wiek pacjenta	Zauważone problemy	Specjaliści
6.	Piotrek 4 lata	Mutyzm wybiórczy. Silna alergia (bierze leki hormonalne). Przerośnięte migdały podniebienne, konieczna konsultacja migdała gardłowego, problemy ze słuchem. Trudna sytuacja rodzinna (rozwód rodziców, jest pod opieką ojca walczącego o wyłączne prawa rodzicielskie).	Psychiatra – diagnoza mutyzmu wybiórczego. Laryngolog – zdiagnozowane i poddane zabiegowi migdały podniebienne i gardłowy. Zdiagnozowany niedosłuch przewodzeniowy. Psycholog – poprawienie relacji w rodzinie i nauka poprawnej komunikacji.

Źródło: opracowanie własne.

Na podstawie analizy przypadków sześciu wybranych pacjentów mogę stwierdzić, że bez pomocy innych specjalistów diagnoza przyczyny ORM byłaby niemożliwa. Przypadek Karola (4 lata) pokazuje, że terapia przynosiła efekty, jednak zmiany pojawiały się powoli i były krótkotrwałe. Bariera w postaci przerośniętych migdałków podniebiennych i gardłowego sprawiała, że chłopiec mimo ćwiczeń nie był w stanie utrwalić prawidłowej artykulacji, a nieprawidłowy tor oddechowy i zła pozycja spoczynkowa języka utrzymywały się. Rodzice nie chcieli konsultować chłopca z laryngologiem. Zrobili to dopiero po dokładnym wytłumaczeniu konsekwencji takiego postępowania i wskazaniu, jak bardzo chłopiec jest zmęczony, niewyspany, a w dodatku słabo słyszy. Interwencja chirurga miała miejsce dopiero po roku terapii logopedycznej i już miesiąc po operacji wycięcia migdałów było widać poprawę w funkcjonowaniu dziecka. Dopiero po tym terapia logopedyczna zaczęła przynosić szybsze i trwalsze efekty w postaci zmiany toru oddechowego na właściwy oraz nauki poprawnego przełykania i pozycji spoczynkowej języka. Podobnie było w przypadku Marty (3 lata) – przerośnięte migdały i obniżone napięcie mięśniowe uniemożliwiały jej prawidłowy rozwój mowy oraz wpływały na problemy z oddechem, pozycją spoczynkową języka, planowaniem ruchów artykulacyjnych czy przełykaniem niemowlęcym, mową międzyzębową, a także postawą ciała i planowaniem ruchów w dużej motoryce. Dziewczynka wymagała więc interdyscyplinarnej współpracy fizjoterapeuty, laryngologa i alergologa, z uwagi na gorsze funkcjonowanie i częste chorowanie Marty na wosnę. Problemem Nikodema (4 lata) dodatkowo była nadwrażliwość w obszarze orofacjalnym i wybiórczość pokarmowa, a do tego zgryz otwarty. Piotrek (4 lata) również trafił do gabinetu ze względu na problemy z migdałkami, jednak jego zachowanie

podczas pierwszych wizyt dało mi sygnał, że jest to bardziej rozbudowany problem. Przez pierwsze dwie wizyty zupełnie się do mnie nie odzywał – graliśmy w gry, w których głos nie był potrzebny, a dziecko używało jedynie gestów. Podczas trzeciego spotkania zaczęły pojawiać się pojedyncze słowa mówione szeptem. U chłopca zdiagnozowano niedosłuch, silną alergię na wiele substancji, a także, po konsultacji ze mną, mutyzm wybiórczy. Z wywiadu przeprowadzonego z rodzicem dowiedziałam się, że Piotrek nie odzywa się w przedszkolu, niechętnie je tam posiłki, woli bawić się oddzielony od grupy albo z jednym wybranym chłopcem, do którego czasem mówi szeptem. Mutyzm wybiórczy przejawiał się również tym, że chłopiec nie odzywał się do obcych osób, nawet we własnym domu. Mówił tylko do najbliższej rodziny. W gabinecie na szczęście oswoił się dosyć szybko – prawdopodobnie miała na to wpływ ciągła obecność taty oraz brak wywieranej presji na mówienie. W każdym z tych czterech przypadków głównym problemem był przerost migdałów, jednak u każdego z dzieci były jeszcze problemy towarzyszące, wymagające konsultacji specjalistów.

Leon i Adam to dzieci, które nie potrzebowałyby logopedy, gdyby zostały poddane wczesnej interwencji. Problemy Adama (2,5 roku) wynikały wyłącznie ze słabej stymulacji ze strony środowiska rodzinnego oraz nadmiaru bodźców prawopółkulowych. Chłopiec próbował przesuwać strony w książce tak, jak robił to na tablecie, miał problemy z koncentracją, kontaktem wzrokowym, rozumieniem. Badania wykluczyły autyzm, wadę słuchu, a także zaburzenia neurologiczne. Redukcja bodźców oraz pomoc w wychowaniu dziecka i nauka poprawnej relacji spowodowały, że zmiana na lepsze była szybka i poprawiła funkcjonowanie całej rodziny. Praca logopedy nie była tu więc najistotniejsza, bo bez psychologa czy pedagoga oraz psychiatry wykluczającego autyzm, rodziców trudno byłoby zmotywować do pracy. Podczas pierwszej wizyty nie widzieli oni bowiem problemów poza tym, że „Adaś po prostu nie mówi, ale jest mądry i wszystko rozumie”. Leon (3 lata) natomiast jest dzieckiem, które budzi refleksję na temat wczesnej interwencji logopedycznej. Chociaż już w szpitalu matka nie była w stanie karmić go piersią, to nikt przez ponad 3 lata nie skontrolował wędzidełka podjęzykowego. Skrócenie było wyraźne (typu I) i zauważalne już po próbie wyciągnięcia języka na brodę. Brak odpowiedniej kontroli budowy aparatu artykulatoryjnego doprowadził do tego, że inteligentny chłopiec mówił całkowicie bełkotliwie przy świetnym rozumieniu i bardzo rozbudowanym słownictwie biernym. Miał przy tym problemy z przyjmowaniem stałych pokarmów i był sfrustrowany niemożnością komunikowania się z rodziną i rówieśnikami. Głoskę [l] zastępował [r] gardłowym, co również nie wzbudzało zastrzeżeń rodziny – rodzice byli pewni, że to przejściowy etap. Dziecko mówiło więc o sobie „Reon”, co dodatkowo utrudniało kontakty z dziećmi. U Leona problemem był również brak konsekwencji w wychowaniu oraz niewłaściwe postawy rodzicielskie, przez co niezbędne były terapie nie tylko u laryngologa, lecz także psychologa i pedagoga. Temat skróconych wędzidełek jest rozległy, jednak chciałabym zwrócić uwagę, że

współpraca specjalistów powinna mieć miejsce już od momentu narodzin dziecka, by przeciwdziałać powstawaniu wad wymowy, a także problemów z budową zuchwy, wybiórczością pokarmową, niewłaściwym napięciem mięśniowym czy innymi zaburzeniami.

Podsumowanie

Opóźniony rozwój mowy jest zaburzeniem, którego przyczynę trudno jest odnaleźć. Analiza przypadków wskazanych dzieci ilustruje, jak długą drogę diagnostyczną musi czasem przejść dziecko. Niejednokrotnie rodzice są niechętni do pogłębiania diagnostyki, boją się lekarzy bądź mają do nich ograniczone zaufanie. Czasem bagatelizują problem, twierdząc, że *Piotrek jest po prostu nieśmiały* (dziecko z prawdopodobnym mutyzmem wybiórczym) albo wspominają, że w rodzinie były podobne przypadki i dały sobie radę bez terapii (Karol). W przypadku Adama objawy niemal jednoznacznie wskazywały na zaburzenia ze spektrum autyzmu, a dzięki konsultacji z psychiatrą i neurologiem udało się to wykluczyć i jako przyczynę ORM wskazać przestymulowanie bodźcami prawopółkulowymi. Nadmiar telewizji, tabletu i grających zabawek sprawił, że dziecko miało problem z jakimkolwiek kontaktem – nie tylko werbalnym. Liczne wyżej wspomniane badania (Pruszewicz i in., 1994; Florkiewicz, 2013; Bogusławska-Wilczyńska, Stopa, Kurywczak, 2000; Marciniak-Firadza, 2019; Cieszyńska, Korendo, 2015; Pluta-Wojciechowska, 2018; Smoczyńska, 2012; Hojda, 2014) dowodzą, że terapia ORM wymusza interdyscyplinarną współpracę. Bez znalezienia przyczyny zaburzeń będzie nieefektywna i długotrwała, co będzie rzutować na całościowy rozwój dziecka, a nawet funkcjonowanie rodziny.

Człowiek powinien być postrzegany przez każdego specjalistę w sposób holistyczny. Problemy z mową we wszystkich omówionych przypadkach miały przyczynę, której logopeda nie byłby w stanie usunąć. Objawy (brak mowy lub problemy z mową) mogą być podobne, a ich przyczyny zupełnie różne, dlatego terapia powinna być specjalnie dostosowana do pacjenta. Dodatkowo można zauważyć, że przyczyn ORM jest często więcej niż jedna i wzajemnie na siebie wpływają. W przypadku Karola, Nikodema i Martyny przerośnięte migdały były tylko jedną z przyczyn. Niejednokrotnie konieczna jest zatem konsultacja z więcej niż jednym specjalistą.

Przeprowadzone badania miały na celu udowodnienie, że terapia dzieci z ORM jest trudna do zrealizowania bez znalezienia jej przyczyn. Niejednokrotnie odnalezienie przyczyny wykracza poza kompetencje logopedy, co jest wskaźnikiem do ścisłej współpracy z innymi specjalistami. ORM może być spowodowany nieprawidłowościami rozwojowymi, które często zostają zauważone już w okresie niemowlęctwa. Dzięki temu szybko można wdrożyć kompleksową terapię. Mowa dziecka jest nierozzerwalnie związana z jego rozwojem

psychoruchowym i błędy lub problemy z wczesnego okresu dzieciństwa są później widoczne w rozwoju mowy, więc nie można zapominać o wczesnej interwencji terapeutycznej. Im dłużej trwają dysfunkcje i deficyty, tym trudniej je wycofać i tym większe prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzeń wtórnych (Kaczorowska-Bray, 2015, s. 258). ORM jest diagnozowany przede wszystkim u dzieci przedszkolnych i wczesnoszkolnych, czyli w dynamicznym okresie życia. Skuteczność terapii jest więc ściśle uzależniona od trafnej, interdyscyplinarnej diagnozy, w której będą wzięte pod uwagę różne aspekty rozwoju, a nie wyłącznie mowa, komunikacja czy artykulacja. Badania wskazują zatem nie tylko na konieczność współpracy między specjalistami, lecz także na zasadność kształcenia logopedów z podstaw wiedzy z zakresu medycyny, fizjoterapii czy psychologii i pedagogiki. Warto przemyśleć powstanie placówki podobnej do poradni psychologiczno-pedagogicznej, jednak rozszerzonej chociażby o laryngologa czy fizjoterapeutę. Dzięki temu specjaliści mogliby wymieniać się sporządzonymi przez siebie diagnozami i wspólnie je przedyskutować, co z pewnością przyniosłoby korzyści zarówno dla pacjenta, jak i dla specjalistów, którzy mieliby szansę rozszerzyć swoją wiedzę z innej dyscypliny naukowej.

Bibliografia

- Bogusławska-Wilczyńska A., Stopa A., Kurywczak K. (2000), *Interdyscyplinarna ocena opóźnionego rozwoju mowy*, „Nowa Medycyna”, nr 3.
- Cieszyńska J., Korendo M. (2015), *Wczesna interwencja terapeutyczna. Stymulacja rozwoju dziecka od narodzin do 6 roku życia*, Wydawnictwo Edukacyjne, Kraków.
- Florkiewicz V. (2013), *Medycyna w logopedii – logopedia w medycynie*, [w:] J. J. Bleszyński, *Medycyna w logopedii*, Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk, s. 121–130.
- Gryczyńska D. (2002), *Przewlekłe zapalenie ucha środkowego z wysiękiem u dzieci*, „Otorynolaryngologia”, nr 2, s. 93–96.
- Hojda A. (2014), *Wieloaspektowość i interdyscyplinarność badania dziecka w wieku poniemowlęcym z opóźnionym rozwojem mowy*, [w:] *Interdyscyplinarność w logopedii*, red. A. Hamerlińska-Latecka, M. Karwowska, Wydawnictwo Komlogo, Gliwice, s. 273–287.
- Jakóbiak A., Lorens G. (2015), *Rola wczesnej interwencji logopedycznej w zminimalizowaniu lub zapobieganiu nadwrażliwości oralnej u dzieci przedwczesnie urodzonych*, [w:] *Wczesna interwencja w logopedii*, red. J. J. Bleszyński, D. Baczała, Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk, s. 70–73.
- Kaczorowska-Bray K. (2015), *Diagnoza we wczesnej interwencji logopedycznej*, [w:] *Diagnoza logopedyczna – podręcznik akademicki*, red. E. Czaplewska, S. Milewski, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot, s. 223–259.
- Marasz K. (2013), *Wpływ przewlekłych stanów zapalnych górnych dróg oddechowych na wady wymowy*, [w:] J. J. Bleszyński, *Medycyna w logopedii*, Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk, s. 112–115.

- Marciniak-Firadza R. (2019), *Współpraca logopedy z laryngologiem i foniatrą w procesie rehabilitacji zaburzeń głosu i mowy*, „Logopaedica Lodziensia”, 2, s. 107–117.
- Milewski S., Kuczkowski J., Kaczorowska-Bray K. (red.) (2014), *Biomedyczne podstawy logopedii*, Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk.
- Obrębowski A., Pruszevicz A. (1999), *Współpraca foniatri i logopedy w diagnozowaniu i rehabilitacji zaburzeń procesu komunikatywnego*, „Logopedia”, t. 26, s. 123–128.
- Pluta-Wojciechowska D. (2015), *Wczesna interwencja logopedyczna – moda, postulat czy konieczność*, [w:] *Wczesna interwencja w logopedii*, red. J. J. Błęszyński, D. Baczała, Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk, s. 17–31.
- Pluta-Wojciechowska D. (2018), *Zaburzenia czynności prymarnych i artykulacji. Podstawy postępowania logopedycznego*, Wydawnictwo Ergo-Sum, Bytom.
- Pruszevicz A., Obrębowski A., Świdziński D., Kaczmarek B., Stopa A., Tyczyńska J. (1994), *Wpływ zmiennego umiarkowanego niedosłuchu ocenianego metodami obiektywnymi na rozwój procesu komunikatywnego u dziecka*, Pamiętnik VII Dni Otolaryngologii Dziecięcej w Lublinie, IUNG, Puławy, s. 227–230.
- Smoczyńska M. (2012), *Opóźniony rozwój mowy a ryzyko SLI: wyniki badań podłużnych u dzieci polskich*, [w:] *Interwencja logopedyczna – zagadnienia ogólne i praktyka*, red. J. Porayski-Pomsta, M. Przybysz-Piwko, Wydawnictwo Elipsa, Warszawa, s. 13–39.
- Sołtys-Chmielowicz A. (2008), *Zaburzenia artykulacji – teoria i praktyka*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków.
- Śliwińska-Kowalska M., Niebudek-Bogusz E. (red.) (2009), *Rehabilitacja zawodowych zaburzeń głosu. Poradnik dla nauczycieli*, Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi, Łódź.
- Tarkowski Z., Humeniuk E. (2017), *Diagnoza logopedyczna – interdyscyplinarna czy logopedyczna?*, [w:] *Diagnoza i terapia w pracy logopedy i nauczyciela terapeuty – konteksty teoretyczne i praktyka*, red. E. Jeżewska Krasnodębska, B. Skalbiana, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków, s. 21–23.

Summary

In the times of a constant civilizational progress and a rapid development of medicine and related studies, treating the patient holistically has become necessary in many fields, including speech therapy. The aim of the article is to present the need for interdisciplinary cooperation of specialists such as laryngologists, neurologists, pedagogues, psychologists, orthodontists, ophthalmologists, SI therapists, physiotherapists, audiologists or phoniatrists. Six cases of children with delayed speech development were presented, in which an accurate diagnosis and effective therapy could not be established without consulting other specialists. Another conclusion drawn from the article is that it is essential give the speech therapists an interdisciplinary education. Relevant knowledge in the field of laryngology, pedagogy, orthodontics, physiotherapy, psychology (especially in the therapy of stuttering or selective mutism), sensory integration therapy etc. should become mandatory for speech therapist, who should stay open to interdisciplinary cooperation with other specialists and be careful not to overstep his competences.

Ewa Arleta Kos*

SPECYFIKA FUNKCJONOWANIA DZIECKA Z MUTYZMEM WYBIÓRCZYM W ŚRODOWISKU POZARODZINNYM

THE SPECIFICITY OF THE FUNCTIONING OF A CHILD
WITH SELECTIVE MUTISM IN AN EDUCATIONAL
ENVIRONMENT

Słowa kluczowe: mutyzm wybiórczy, dziecko z mutyzmem w środowisku edukacyjnym, specyfikatory diagnostyczne mutyzmu wybiórczego, przyczyny mutyzmu wybiórczego.

Keywords: selective mutism, a child with selective mutism in the educational environment, diagnostic specifiers of selective mutism, causes of selective mutism.

Wprowadzenie

Analiza literatury źródłowej wskazuje, iż wciąż brakuje opracowań podejmujących tematykę mutyzmu wybiórczego (selektywnego) (MW), czyli niemówienia w wybranych sytuacjach (zwłaszcza na gruncie polskiej literatury psychologicznej i pedagogicznej). Uznaje się, iż to zaburzenie dotyka niewielką część populacji, stąd nikt nie zainteresowanie tą problematyką przedstawiciele nauki, terapeutów, nauczycieli. Niestety, nie jest to jednak prawdą, gdyż niektóre statystyki wskazują, iż mutyzm wybiórczy dotyka od 2 do nawet 19 dzieci na 1000 (dostrzec można dużą rozbieżność w zgłaszanych danych statystycznych w zależności od populacji, która została objęta badaniem przesiewowym, przyjętych kryteriów diagnostycznych, metodyki badań). Dla porównania autyzm występuje u 20 dzieci na 1000¹ (według Amerykańskiego Centrum Zwalczania i Zapobie-

* Uniwersytet Łódzki, Wydział Nauk o Wychowaniu, Katedra Badań Edukacyjnych, 91-408 Łódź, ul. Pomorska 46/48, e-mail: ewa.kos@uni.lodz.pl, ORCID: 0000-0003-3009-7360.

¹ Zdarza się, iż mutyzm jest mylony z autyzmem na skutek nieprawidłowo realizowanego procesu diagnozy i niskiej świadomości społecznej w tym obszarze (Andrzejewska, 2013). Trudności lub brak aktywności werbalnej może bowiem dotyczyć dzieci,

gania Chorobom) (Burzyńska, 2015). Wyraźnie widać, że według niektórych badań MW jest równie częstym zaburzeniem u dzieci, jak autyzm i nie powinien być pomijany w myśleniu naukowym, a także w obszarze oddziaływań diagnostyczno-terapeutycznych. Warto nadmienić, iż brakuje informacji na temat liczby zdiagnozowanych przypadków MW w Polsce. Z tego względu należy przyjąć za reprezentatywne dane z badań w innych krajach europejskich.

W związku z MW funkcjonują również inne, mylne przekonania. Bardzo często, z powodu błędnego różnicowania, mutyzm mylony jest z nieśmiałością (trzeba jednak wspomnieć, iż większość dzieci – 61% – dotkniętych MW charakteryzuje się nieśmiałością, Kumpulainen i in., 1998). Z tego względu wiele dzieci z MW nie jest diagnozowanych i nie otrzymuje specjalistycznej pomocy lub uzyskują ją zbyt późno, gdy zachowania o charakterze mutystycznym są już utrwalone.

Funkcjonuje ponadto przekonanie, iż niemówienie jest przejawem zachowania opozycyjnego, buntu, bycia upartym, chęci manipulowania otoczeniem. Wycofanie się z kontaktu werbalnego bywa mylnie interpretowane jako zachowanie opozycyjne, wyzywające, a nie jako przejaw lęku społecznego. Zróżnicowane wyniki badań empirycznych doprowadziły niektórych badaczy do hipotezy, że niektórzy dorośli interpretują zachowania unikowe wykazywane przez dzieci z MW jako kontrolujące lub opozycyjne, podczas gdy w rzeczywistości są wyrazem przytłaczającego niepokoju społecznego (Cohan, Chavira, 2008). Tego rodzaju przekonania skutkują wdrażaniem niewłaściwych praktyk terapeutycznych, wychowawczych, edukacyjnych.

Wszystko to w efekcie prowadzi do narastania nieporozumień związanych z problematyką MW i bagatelizowania problemu zwłaszcza w środowisku szkolnym, w którym zazwyczaj najpełniej wyraża się mutyzm wybiórczy i powiązane z nim zachowania. Liczba dzieci z MW jednak stale rośnie. W tym kontekście wydaje się konieczne podnoszenie świadomości na temat selektywnego mutyzmu wśród nauczycieli, terapeutów i zintensyfikowanie aktywności badawczej w tym obszarze.

W dalszej części artykułu omówione zostaną kryteria diagnostyczne mutyzmu wybiórczego w ujęciu DSM-5 oraz ICD-10 ze wskazaniem, z jakim zaburzeniami, trudnościami rozwojowymi może być mylony MW. Następnie scharakteryzowane zostaną wybrane przyczyny ujawnienia się MW w rozwoju dziecka. Rozważania zogniskowane zostaną na problematyce związanej ze specyfiką funkcjonowania dziecka w środowisku pozarodzinnym i konsekwencjach braku wdrożenia oddziaływań wychowawczo-terapeutycznych. W tekście nie zostanie podjęta kwestia przebiegu procesu diagnozy oraz terapii mutyzmu, która jest niezwykle ważnym zagadnieniem i należałoby jej poświęcić odrębne opracowanie.

u których zdiagnozowany jest autyzm. Różnica polega jednak na tym, iż dzieci dotknięte MW chcą mówić, lecz z pewnych względów nie mogą, odczuwają lęk, natomiast dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu nie mówią, ponieważ nie odczuwają takiej potrzeby.

Mutyzm wybiórczy – wybrane obszary problemowe diagnostyki

Mutyzm selektywny jest zaburzeniem, które charakteryzuje się tym, iż jednostka nie mówi w wybranych sytuacjach społecznych, jednak w sposób normalny komunikuje się w innych. Odwołując się do aktualnie obowiązującej Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10, 2008, s. 252), można wskazać następujące kryteria diagnostyczne MW:

1. Ekspresja oraz rozumienie języka oceniane według standaryzowanych testów mieszczą się w granicach dwóch odchyłeń standardowych, adekwatnie do wieku dziecka.
2. Możliwość weryfikacji, iż niemożność mówienia występuje w określonych okolicznościach, natomiast w innych komunikacja realizowana jest bez trudnień.
3. Czas trwania niemożności mówienia przekracza 4 tygodnie (nie dotyczy to pierwszego miesiąca pobytu dziecka w nowym środowisku edukacyjnym).
4. Nie występuje żadne z całościowych zaburzeń rozwoju.
5. Braku mówienia nie można wyjaśnić brakiem znajomości języka.

Kryteria diagnostyczne MW odnaleźć można także w klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Zgodnie z kryteriami przyjętymi w najnowszej klasyfikacji DSM-5 MW został ujęty jako zaburzenie lękowe, tj. wskazano na lęk jako podstawową przyczynę tego zaburzenia. Kryteria diagnostyczne MW według DSM-5 (DSM-5, 2013) to:

1. Brak mówienia w określonych sytuacjach.
2. Zaburzenie utrudnia osiągnięcie sukcesów edukacyjnych.
3. Czas trwania zaburzenia powyżej miesiąca.
4. Znajomość języka.
5. Zaburzenia nie da się wyjaśnić poprzez towarzyszące zaburzenia komunikacyjne, np. jękanie czy inne wady wymowy.
6. Niemówienie nie jest efektem braku wiedzy.

Warto nadmienić, iż zgodnie z klasyfikacją ICD-10 MW jest jednym z zaburzeń funkcjonowania społecznego, które zazwyczaj ma swój początek w dzieciństwie (najczęściej symptomy MW pojawiają się do 5 roku życia). „Wspólną cechą tej heterogenicznej grupy zaburzeń są zaburzenia funkcjonowania społecznego rozpoczynające się w okresie rozwoju. W odróżnieniu od całościowych zaburzeń rozwojowych nie występuje tu konstytucjonalnie uwarunkowana niezdolność do interakcji społecznych ani deficyty w zakresie wszystkich sfer funkcjonowania. W wielu przypadkach podstawową rolę w etiologii odgrywają poważne nieprawidłowości i niedostatki otoczenia społecznego dziecka” (Grąbczewska-Różycka, 2017). Niektórzy uważają MW za pochodną deficytów rozwoju mowy czy też zaburzenie behawioralne o typie zachowania unikającego (Holka-Pokorska, Piróg-Balcerzak, Jarema, 2018, s. 323).

Mimo jasnych kryteriów diagnostycznych dostrzec można trudności w diagnozie MW, a nadal wiele przypadków pozostaje niezdiagnozowanych. W konsekwencji trudno jednoznacznie określić skalę problemu. Z badań epidemiologicznych z Europy Zachodniej, Stanów Zjednoczonych i Izraela wynika, że MW jest zaburzeniem, które obserwuje się w populacji z częstością 0,03–0,76% (Kopp, Gillberg, 1997, s. 257–262, cyt. za: Bystrzanowska, 2018; Ford, Sladeczek, Carlson, Kratochwill, 1998; Bergman, Piacentini, McCracken, 2002; Elizur, Perednik, 2003, s. 1451–1459, cyt. za: Bystrzanowska, 2018) aż do 1,9% w Finlandii (Kumpulainen i in., 1998, s. 24–29, cyt. za: Bystrzanowska, 2018)². Większość doniesień naukowych dotyczących MW opiera się na bardzo małych grupach badawczych. W badaniach wykorzystywane były różne narzędzia badawcze bazujące na nieostrych kryteriach diagnostycznych, dlatego badania nie odzwierciedlają rzeczywistej skali występowania tego zaburzenia.

W kwestii rozpoznawania MW wskazać można na trzy problemy: brak wystarczającej wiedzy dotyczącej MW u nauczycieli, rozmyte, trudne w identyfikacji objawy MW i nieostre kryteria diagnostyczne oraz brak standaryzowanych narzędzi diagnostycznych. MW jest zaburzeniem, które zazwyczaj najpełniej objawia się w środowisku edukacyjnym (przedszkole, szkoła). To od zaangażowania personelu zatrudnionego w placówce edukacyjnej zależy przebieg procesu diagnostycznego i wdrożenie mechanizmów wsparcia. Pedagodzy, nauczyciele przedszkolni i szkolni nie są jednak ekspertami w zakresie MW, a to oni zwykle jako pierwsi mogą dostrzec u dziecka problemy w zakresie werbalnej komunikacji z rówieśnikami i/lub personelem placówki czy inne charakterystyczne objawy związane z MW, np. nadwrażliwość, pewną sztywność zachowań, trudność w nawiązaniu kontaktu wzrokowego.

Ponadto nauczyciele, rodzice często mylą MW z nieśmiałością, fobią społeczną, szkolną (przedszkolną), a nawet PTSD – zespołem stresu pourazowego (tu niemówienie następuje na skutek doświadczonej traumy). Dostrzegają wyłącznie zachowania opozycyjne (nie koncentrując się na funkcjonowaniu dziecka w sferze komunikacyjnej) lub opóźnienia rozwojowe (zwłaszcza w zakresie rozwoju języka). Nie rozumieją specyfiki zaburzenia. Z tego względu

² Dla porównania według danych Autism Europe z 2009 r. 0,6% populacji Unii Europejskiej było dotkniętych autyzmem, co stanowiło około 5 milionów osób. Liczba ta wciąż rośnie. Statystyki Amerykańskiego Centers for Disease Control and Prevention (CDC) wskazują, że 1 na 68 dzieci w Ameryce ma diagnozę spektrum autyzmu. Dane z ONZ mówią o 1 na 150 dzieci w Europie. W Wielkiej Brytanii dane The National Autistic Society wskazują występowanie autyzmu u dzieci na poziomie 1,1% (dane z 2015 r.). Brakuje informacji na temat liczby zdiagnozowanych przypadków autyzmu w Polsce. Przyjmuje się zatem za reprezentatywne dane z badań z innych krajów europejskich, zob. <https://polskiautyzm.pl/rozpowszechnienie-autyzmu/> (dostęp: 12.11.2019).

dzieci z MW otrzymują pomoc zbyt późno lub nieadekwatną do potrzeb. Jest to spowodowane między innymi tym, iż objawy MW są rozmyte, przyjmują różne nasilenie i współlistnieją z innymi trudnościami w funkcjonowaniu. Dla poparcia tej tezy odwołam się do wybranych badań, w toku których odnaleziono dowody na związek między MW a fobią społeczną czy zespołem unikania patologicznego. Wyniki uzyskane w toku dwóch procesów badawczych w grupie dzieci ze zdiagnozowanym MW wykazały, że prawie wszystkie te dzieci spełniały kryteria diagnostyczne DSM-III-R dla fobii społecznej lub zespołu unikania patologicznego (Black, Uhde, 1995; Dummit i in., 1997, cyt. za: Cohan, Chavira, 2008). Wskazano na podobnie wysoki odsetek fobii społecznej i innych współlistniejących zaburzeń lękowych (Kristensen, 2000; Bergman, Piacentini, McCracken, 2002; Elizur, Perednik, 2003; Vecchio, Kearney, 2005, cyt. za: Cohan, Chavira, 2008).

Podsumowując ten wątek, warto podkreślić, iż grupa dzieci z MW nie jest jednorodna. W funkcjonowaniu dziecka dominować mogą owe zachowania lękowe, zachowania opozycyjne lub opóźnienia rozwojowe w zakresie rozwoju języka. Wobec tego MW może mieć trzy profile: wyłącznie lękowy, lękowo-opozycyjny, lękowy z opóźnieniami w zakresie rozwoju języka. Taki kontekst dodatkowo utrudnia rozumienie specyfiki zaburzenia i jego efektywną diagnostykę.

Kryteria diagnostyczne MW także nie są jednoznaczne i nie odnoszą się do przyczyn danego stanu rzeczy. Dla przykładu miesięczna faza braku ekspresji werbalnej jest naturalna dla dzieci jednojęzycznych, które przechodzą na nowy poziom edukacyjny (np. przedszkole/ szkoła), a w przypadku dzieci wielojęzycznych okres ten trwać może nawet kilka miesięcy (Tabors, 2008).

Trzeci obszar problemowy związany z diagnostyką MW odnosi się do możliwości korzystania ze standaryzowanych procedur diagnostycznych przez specjalistów z różnych obszarów, którzy powinni ze sobą współpracować (pedagodzy, logopedzi, psychologowie, psychiatry – warto nadmienić, iż oficjalną diagnozę MW stawia lekarz psychiatra). Jak dotąd nie ma znormalizowanej procedury diagnostycznej, za pomocą której można diagnozować MW (zwłaszcza na gruncie polskiej praktyki) – chociaż funkcjonują poglądowe narzędzia uwzględniające specyfikatory MW, np. arkusze obserwacji dla rodziców i nauczycieli, kwestionariusz wywiadu z rodzicami (Bystrzanowska, 2018), można także wesprzeć się standaryzowanymi kwestionariuszami SMQ (Selective Mutism Questionnaire) czy SSQ (School Speech Questionnaire) autorstwa R. L. Bergmana. Zaufaniem niektórych diagnostów cieszy się narzędzie DortMus czy DortMus Eltern – Dortmundunder Mutism Screening for Parents (Starke, Subellok, 2015). Nie ma więc jednolitej koncepcji diagnozy, a w rezultacie – terapii tego zaburzenia. W związku z tym, o czym wcześniej wspomniano, trafna identyfikacja MW w codziennym życiu edukacyjnym dziecka jest niezwykle trudna. Z tego względu problemy dziecka kumulują się i czynią jego codzienne funkcjonowanie skomplikowanym.

Potencjalne przyczyny mutyzmu wybiórczego

Trudności w postawieniu prawidłowej diagnozy powodowane są przede wszystkim różnorodnością objawów towarzyszących niemówieniu, co ma związek z odmienną specyfiką funkcjonowania poszczególnych grup dzieci z MW i wieloma możliwymi przyczynami zaburzenia. W najnowszej klasyfikacji DSM-5 jednoznacznie stwierdzono, iż przyczyną mutyzmu jest lęk (ulożono bowiem MW wśród zaburzeń o charakterze lękowym). MW jest zaburzeniem genetycznie uwarunkowanym. Pojawia się zazwyczaj, gdy zaburzenia lękowe (np. skrajna nieśmiałość w dzieciństwie, fobia społeczna w wieku dorosłym, MW) występowały u rodzica lub rodziców w przeszłości lub powtarzały się w rodzinie w poprzednich pokoleniach. Jednak trudno jest jednoznacznie stwierdzić, czy lęk społeczny u dzieci jest przyczyną czy konsekwencją MW (Starke, Subellok, 2015). Pewnym jest jednak, iż rozwój MW wydaje się wynikać ze współdziałania różnych czynników genetycznych, temperamentalnych, środowiskowych i rozwojowych (Hua, Major, 2016, s. 114–120). W wielu przypadkach, jak uprzednio powiedziano, podstawową rolę w etiologii MW odgrywają poważne nieprawidłowości i niedostatki otoczenia społecznego dziecka (WHO, 2008).

W następnej części paragrafu omówione zostaną potencjalne przyczyny MW. Scharakteryzowane zostaną kolejno te tkwiące w środowisku rodzinnym (m.in. nadmierna kontrola, nadmierna opiekuńczość ze strony opiekunów, wzorce reakcji lękowych, niska jakość i liczba podejmowanych interakcji werbalnych w domu rodzinnym, wielojęzyczność w rodzinie – pochodzenie migracyjne), czynniki tkwiące w środowisku pozarodzinnym (m.in. wzór unikania konfrontacji w środowisku przedszkolnym/szkolnym, niesprzyjające postawy nauczycieli, opiekunów, trudności w relacjach z rówieśnikami) oraz czynniki audiologiczno-neurologiczne i hormonalne.

Jedną z przyczyn MW tkwiących w środowisku rodzinnym jest neurotyczna kontrola i nadmierna opiekuńczość rodziców wobec dziecka. W rezultacie przyjęcia tego rodzaju postaw rodzicielskich dzieci są nadmiernie, współzależnie związane z rodzicami, co może powodować brak zaufania do świata zewnętrznego, lęk przed obcymi oraz strach przed komunikacją werbalną. Wszystko to może prowadzić do wystąpienia klinicznych objawów MW. W wielu sytuacjach niewłaściwe postawy rodzicielskie wiążą się bowiem z występowaniem wzorców reakcji lękowych u rodziców, których w toku rozwoju uczy się dziecko. Nabycie wzorców reakcji lękowych może wywołać wzór unikania konfrontacji w środowisku przedszkolnym/szkolnym i aktywować zachowanie mutystyczne.

Kolejną przyczyną może być pochodzenie migracyjne dziecka. Badanie Anji Starke oraz Katji Subellok wykazało, że wśród dzieci z rodzin emigrantów, wychowywanych w środowisku wielojęzycznym, ryzyko rozwoju mutyzmu jest czterokrotnie wyższe. Brakuje odpowiedzi na pytanie, dlaczego wielojęzyczność zwiększa ryzyko wystąpienia MW. Niektórzy eksperci uważają jednak, że przyczyną

jest raczej struktura społeczna dotkniętych MW rodzin niż wielojęzyczność (co dotyczy zwłaszcza rodzin emigrantów) (Starke, Subellok, 2015). Niemniej jednak pochodzenie migracyjne może być jedną z przyczyn zachowań związanych z unikaniem aktywności werbalnej.

Można zgodzić się z tą tezą, gdyż przyglądając się rodzinom, w których wychowują się dzieci dotknięte MW, identyfikuje się powtarzające się czynniki występujące w różnych konfiguracjach, z odmienną intensywnością (Wozińska, 2016). Doświadczenia i obserwacje praktyków (rzetelnych badań empirycznych w tym zakresie dotychczas nie zgłoszono) wskazują, iż rodzice dzieci z MW zazwyczaj dobrze funkcjonują w aspekcie społecznym, potrafią się adaptować do nowych sytuacji, lecz towarzyszy im silny lęk o życie i zdrowie ich dzieci. Nieustannie się o nie martwią. Ponadto rodziców w rodzinach dotkniętych MW można określić mianem perfekcjonistów. Zwykle dużo wymagają od siebie oraz innych, nie są spontaniczni, skłonni do zabawy. Odczuwają także trudności komunikacyjne, zwłaszcza w obszarze rozmowy o problemach, trudnych emocjach (niska jakość komunikacji w domu rodzinnym). W rodzinach tych funkcjonują tzw. „tematy tabu”, wątki, których nie można podejmować (np. kłopoty, sekrety rodzinne), niewyartykułowane zakazy, które jednak dziecko intuicyjnie wyczuwa. Charakterystyczny jest w nich także styl karania przedłużającym się milczeniem (Bryńska, 2005, s. 158).

Zwraca się uwagę na to, iż w opisywanych rodzinach istotną rolę odgrywa tzw. „prezentacja na zewnątrz”. Wartością jest np. modny, kosztowny ubiór, wystrój wnętrza zgodnie z najnowszymi trendami. Typowe jest również, że członkowie rodziny nie realizują jednego, spójnego wzoru zachowania wobec ludzi, ale różnicują zachowanie w stosunku do nich ze względu na pozycję społeczną, jaką zajmują. W codziennym funkcjonowaniu tych rodzin dostrzec można problem z określaniem granic pomiędzy członkami rodziny (np. dzieci śpią wspólnie z rodzicami, wspólnie korzystają z łazienki, znamienne jest także udzielanie odpowiedzi za dziecko w sprawach, które jego bezpośrednio dotyczą) i stawianiem granic dziecku. Rodzice pragną niejako „wynagrodzić” dziecku trudności, jakich doświadcza w środowisku pozarodzinnym – podejmują rolę przyjaciela, ograniczają wymagania, nie formułując zasad. Są niekonsekwentni w działaniu zwłaszcza wobec dziecka z MW (można bowiem dostrzec elementy faworyzacji dziecka z MW względem rodzeństwa). Tego rodzaju zachowania oczywiście pogłębiają trudności dziecka. Rodzice dzieci z MW często postrzegają świat jako zagrażający, trudno jest im obdarzyć zaufaniem osoby spoza rodziny i w rezultacie stworzyć otwartą, szczerą relację z drugim człowiekiem. Mają więc skłonność do utrudniania dziecku nawiązywania nowych relacji, nadmiernego przestrzegania przed rozmową z nieznanymi osobami (por. Wozińska, 2016; Bystrzanowska, 2018).

Przyczyn mutyzmu wybiórczego poszukiwać można także w środowisku pozarodzinnym. Należy mieć świadomość tego, iż doświadczony przez dziecko potencjalnie neutralny bodziec może uwolnić reakcję obronną w postaci powstrzymywania się od

mówienia (milczenie, które w myśl teorii behawioryzmu kształtowane jest w drodze wzmocnień negatywnych). Takim bodźcem w przypadku najmłodszych dzieci może być np. dezaprobujący komunikat sąsiada, negujący brak odpowiedzi dziecka, sytuacja, w której dziecko zostało postawione wobec konieczności wypowiedzenia zwrotu grzecznościowego, a nie było na to gotowe. Mutyzm wybiórczy wywołują doświadczenia, które wiążą się z odczuwaniem przez dziecko stresu psychicznego (w przypadku dzieci starszych mogą to być sytuacje związane np. z psychicznym prześladowaniem przez rówieśników, poczuciem inności, poczuciem izolacji i odrzucenia, niskim poczuciem własnej wartości, odczuwaniem nadmiernych wymagań, którym trudno sprostać). Tego rodzaju sytuacje wpływają na trudności w relacjach interpersonalnych oraz ukształtowanie się w działaniu dziecka wzoru unikania konfrontacji w środowisku przedszkolnym/szkolnym. Warto podkreślić, iż sprzyjają temu niewłaściwe postawy opiekunów, nauczycieli.

Eksperci są zgodni, iż podstawową przyczyną MW może być nadaktywność obszaru mózgu, który jest związany z odczuwaniem stresu w chwilach ekspozycji społecznej. Są to wszelkiego rodzaju sytuacje, w których jednostka zdaje sobie sprawę z tego, że jest zauważana, słyszana przez innych, że jest w centrum uwagi i doświadcza w związku z tym niepokoju, nieprzyjemnego uczucia z powodu tremy. Jednostki dotknięte MW doświadczają tych uczuć nagle, w różnych sytuacjach. To paraliżuje ich komunikację i swobodne działanie. W tej grupie przyczyn warto wspomnieć także o roli czynników organicznych, takich jak chociażby zaburzenia hormonalne czy zaburzenia w zakresie funkcjonowania serotonergicznego układu neuroprzekazników. Nieprawidłowości w działaniu tego układu odgrywają rolę w przypadku zaburzeń o podłożu lękowym i mogą wpływać na ujawnienie się trudności komunikacyjnych na skutek odczuwania stresu i braku odczuwania przyjemności płynącej z rozmowy z drugim człowiekiem.

Przyczyn MW można doszukiwać się też w deficytach funkcjonowania analizatora słuchowego. Zgodnie z koncepcją Y. Bar-Haima oraz Y. Henkina dzieci z MW mają trudności w równoczesnym radzeniu sobie z przychodzącymi dźwiękami i głośną artykulacją. U wielu z nich można rozpoznać deficyty w zakresie funkcjonowania systemów MOCB (Medial Olivocochlear Bundle – refleks środkowej wiązki oliwkowo-ślimakowej) i MEAR (Middle-Ear Acoustic Reflex – refleks akustyczny ucha środkowego)³ – eferentnych systemów zaangażowanych w monitorowanie i regulację procesów wokalizacji.

³ MOCB i MEAR to dwa różne eferentne systemy, które są zaangażowane w proces monitorowania i regulacji wokalizacji. System MEAR jest odpowiedzialny za neutralizację głośnień dźwięków o niskiej częstotliwości. Tym samym jego funkcja sprowadza się do ograniczenia stymulacji słuchowej dróg nerwowych. Rola systemu MOCB nie została w pełni zidentyfikowana. Podejrzewa się, iż w sytuacji ekspozycji na dźwięki o umiarkowanej częstotliwości pełni funkcję zapobiegającą uszkodzeniu ślimaka (Holka-Pokorska, Piróg-Balcerzak, Jarema, 2018).

Zmniejszona aktywność słuchowa wykrywana u niektórych dzieci z MW może powodować odczulanie ich ścieżek słuchowych przez wokalizację oraz zmniejszoną kontrolę maskowania i zniekształcania przychodzących dźwięków mowy. W konsekwencji mogą one stopniowo nauczyć się ograniczać wokalizację w sytuacjach wymagających złożonego, wysoce efektywnego przetwarzania słuchowego (tego rodzaju sytuacje są charakterystyczne dla środowiska przedszkolnego/szkolnego). Adaptując się, mówią więc niewiele, cicho lub całkowicie odmawiają wypowiedzania się (Bar-Haim i in., 2004; Holka-Pokorska, Piróg-Balcerzak, Jarema, 2018). W domu sytuacja kształtuje się odmiennie. Dialogi są zwykle podejmowane w znanych dziecku scenariuszach „jeden do jednego”. Z tego względu dom jest bezpiecznym środowiskiem dla dzieci z MW i deficytami w zakresie funkcjonowania systemów MOCB i MEAR. Dzieci, znając słowne konstrukcje używane przez rodzinę, mogą aktywnie angażować się w komunikację i doceniają intymność takich dialogów, kiedy nie jest konieczna synchronizacja dźwięków pochodzących z różnych źródeł (np. kilka osób mówiących jednocześnie, nauczyciel zadający pytanie podczas zintensyfikowanych rozmów w klasie, komunikaty od nieznanym, którzy zazwyczaj używają innych/nowych konstruktów językowych, niestosowanych przez członków najbliższej rodziny).

Wybrane aspekty funkcjonowania „cichych dzieci” w środowisku pozarodzinnym

Specyfika funkcjonowania dzieci dotkniętych MW w środowisku szkolnym/przedszkolnym jest niezwykle złożona. Początkowo problem dziecka jest trudny do rozpoznania zarówno przez nauczycieli, jak i rodziców. Warto jednak przyjrzeć się doświadczanym przez dziecko z MW trudnościom zwłaszcza z tego powodu, iż utrudniają one osiągnięcie sukcesów edukacyjnych (DSM-5). Trzeba podkreślić, iż mimo tego, że MW wiąże się z zaburzeniami/opóźnieniami rozwojowymi prawie tak często, jak z zaburzeniami lękowymi powodującymi unikanie komunikacji werbalnej (Kristensen, 2000), to nie można oddzielać czynności intelektualnych od emocji, które wyznaczają przebieg ludzkiego rozumowania (Gruszczyk-Kolczyńska, Zielińska, 1997, s. 139).

Ponadto właśnie przedszkole, szkoła jest środowiskiem, w którym MW objawia się najpełniej. Z tego względu istotne jest, aby nauczyciele mieli wiedzę oraz umiejętności, by w odpowiednim czasie wychwycić problemy tzw. „cichych dzieci”. Środowisko edukacyjne to bowiem pewnego rodzaju „wąskie gardło z filtrem”, w którym można zidentyfikować dzieci dotknięte MW (Bergman, Piacentini, McCracken, 2002; Ford i in., 1998) – zarówno te z mutyzmem ciężkiego, jak i lekkiego stopnia (Bystrzanowska,

2018)⁴. Niezwykle ważne jest, aby udzielić dziecku z MW stosownej pomocy możliwie jak najszybciej, nim dojdzie do utrwalenia objawów i innych problemów, które mogą pojawić się w następstwie MW.

Dziecko w środowisku pozarodzinnym funkcjonuje diametralnie odmiennie niż w domu rodzinnym, w którym jest nadmiernie rozmowne, wesołe, głośne, zwykle nawet dyrektywne. Często jest nadmiernie i współzależnie związane z rodzicami. W szkole/przedszkolu ma trudność z nawiązaniem i utrzymaniem więzi z nauczycielem, rówieśnikami. Z tego też względu pierwszym objawem, który obserwują nauczyciele wśród dzieci z MW, może być zaburzony, wydłużony proces adaptacji do placówki. Symptodem tego jest przede wszystkim odmawianie pozostawiania w placówce bez rodzica, nieustający płacz po opuszczeniu placówki przez rodzica. Zwykle dzieciom z MW nie służy polityka „zamkniętych sal” przed rodzicami. W ich sytuacji sprawdza się tzw. model berliński⁵, czyli dłużej trwający

⁴ Warto nadmienić, iż w szczególnie trudnej sytuacji są dzieci z lekką postacią mutyzmu, „muśnięte mutyzmem”. Ich sytuacja jest bagatelizowana. Są posądzane o manipulowaniem otoczeniem lub postrzegane jako nadmiernie nieśmiałe. Mimo odczuwanego lęku odpowiadają na pytania nauczyciela, mówią bardzo cicho, nie nawiązują kontaktu wzrokowego z nauczycielem, nawiązują relacje z rówieśnikami. W ich przypadku lęk przed konsekwencjami z powodu niemówienia jest silniejszy niż przed mówieniem. Zwykle pozostają same ze swoim problemem, rzadko uzyskują pomoc. Dzieci z mutyzmem ciężkim nie odzywają się w ogóle w szkole – ani do nauczycieli, ani do rówieśników – z rodzicami rozmawiają tylko, gdy inni nie mogą ich usłyszeć. Te dzieci trudno przeoczyć w codziennej pracy dydaktycznej i one zazwyczaj otrzymują stosowną pomoc. To jest obraz mutyzmu, który znają nauczyciele, więc takie dzieci są kierowane na terapię.

⁵ Model berliński zakłada możliwość przebywania opiekuna dziecka w placówce przez dłuższy czas. Zgodnie z nim proces adaptacji do placówki przebiega w kilku fazach, poprzedzonych przeprowadzeniem szczegółowego wywiadu na temat funkcjonowania dziecka. W fazie początkowej (trwającej zazwyczaj do kilku dni) opiekun przebywa z dzieckiem na terenie placówki przez kilka godzin, oprowadza je, wspólnie z dzieckiem wykonuje proponowane przez nauczyciela czynności. Stopniowo wychowawca stara się przyłączyć do aktywności realizowanej przez opiekuna z dzieckiem lub proponować dziecku aktywność w swoim towarzystwie, lub przyłączenie się do działań grupowych. W kolejnej fazie opiekun dziecka wycofuje się z aktywności realizowanych wspólnie z dzieckiem, a interakcja zachodzi głównie pomiędzy dzieckiem a nauczycielem. Rodzic tylko obserwuje, towarzyszy dziecku. W tym czasie inicjowane są próby pożegnania z dzieckiem. Rodzic opuszcza salę na bardzo krótko i jest w pobliżu. Stopniowo ten czas się wydłuża. Jest to decydujący moment – jeśli dziecko nie płacze i włącza się w bieżącą aktywność placówki, to proces osvajania z placówką kończy się w przeciągu kilku dni. Jeśli jednak dziecko płacze, nie reaguje na pocieszające słowa nauczyciela, to proces ten musi zostać wydłużony (zazwyczaj do 2–3 tygodni). Model berliński uznaje proces adaptacji za zakończony, gdy dziecko zawiąże wystarczająco silną więź z nauczycielem.

proces adaptacji, skuteczny zwłaszcza w przypadku dzieci z podejrzeniem zaburzeń lękowych i emocjonalnych.

Mutyzm objawia się przede wszystkim wybiórczością w zakresie komunikacji werbalnej (osoba, miejsce). Na tym jednak nie koniec. MW wiąże się z wybiórczością w zakresie również innych aktywności (Grąbczewska-Różycka, 2017). Z tego właśnie względu, mając podejrzenie MW, należy obserwować dziecko także pod kątem występowania wybiórczości w obrębie innych zachowań. Często okazuje się bowiem, iż niemówienie jest tylko jednym z powiązanych ze sobą objawów.

Wśród dzieci z MW można dostrzec wybiórczość w zakresie nawiązywania kontaktu emocjonalnego, fizycznego z rówieśnikami oraz osobami dorosłymi – zwłaszcza na terenie przedszkola/szkoły. Zdarza się, że dziecko wybiera osoby, z którymi nawiąże kontakt pozawerbalny (np. wybiera, iż jednej osobie poda rękę, drugiej nie; od jednej osoby przyjmie posiłek, a od innej nie; chce być noszone, przytulane, całowane tylko przez określone osoby i silnie protestuje, jeśli robią to inne osoby; nawiązuje silny kontakt wyłącznie z jedną Panią w przedszkolu/szkołe; bawi się tylko z babcią, a protestuje przed zabawą z dziadkiem). Dotyczy to zarówno osób dorosłych, jak i rówieśników. W konsekwencji dziecko wycofuje się z aktywności w grupie rówieśniczej, a nawet rezygnuje z aktywności własnej (stoi jak „zamurowane”, „sztywnieje”).

Charakterystyczne dla dzieci z MW jest to, iż nie spożywają wielu typów napojów, pokarmów, zwłaszcza nieznanych czy o specyficznej (w odczuciu dziecka nieprzyjemnej) konsystencji, temperaturze (wybiórczość pokarmowa wraz z towarzyszącymi specyficznymi zachowaniami, np. dławienie się, odruch wymiotny, płucie jedzeniem) (por. Bystrzanowska, 2018). U wielu dzieci z MW można dostrzec trudność w korzystaniu z publicznych toalet, np. w szkole/przedszkolu. Unikają więc tej czynności, a w konsekwencji pojawia się problem odruchowego wstrzymywania mikcji, nawykowych zaparć. Problem ten jest potęgowany przez trudności dziecka w zakresie zgłaszania swoich potrzeb, w tym także fizjologicznych.

U dzieci z MW można zaobserwować deficyty integracji sensorycznej, zwłaszcza o charakterze nadwrażliwości dotykowej, słuchowej (na deficyty tego rodzaju wskazują rodzice dzieci zmagających się z mutyzmem selektywnym – członkowie grupy wsparcia Polskiego Towarzystwa Mutyzmu Wybiórczego oraz wyniki wstępnych badań M. Bystrzanowskiej – próba 100 ankiet, <https://mariabystrzanowska.blogspot.com>).

Dziecko z MW charakteryzuje się ogólną lękliwością i wzmożonym napięciem emocjonalnym (z tego względu można u niego zaobserwować różne zachowania mające na celu obniżenie tego napięcia: przygryzanie warg, tiki nerwowe, obgryzanie paznokci, dłubanie w nosie itd.). Nie prosi o pomoc, zazwyczaj jest ciche, wykonuje wszystkie polecenia niemalże perfekcyjnie, lecz nie wierzy we własne siły. Przez nauczycieli postrzegane jest jako nazbyt nieśmiałe, wrażliwe emocjonalnie, introwertyczne, określane jest jako indywidualista. Nie zwraca na siebie uwagi nauczycieli, gdyż jest grzeczne, nikomu nie przeszkadza, rzadko przejawia zachowania oporowe. Z tego powodu rzadko dostrzegane są jego

potrzeby, problemy, które nie są zazwyczaj artykułowane przez samo dziecko. W konsekwencji pozostaje ono osamotnione w środowisku szkolnym/przed-szkolnym i musi radzić sobie samo. Mimo to lubi chodzić do szkoły/przedszkola. Zwykle jest inteligentniejsze niż rówieśnicy, dobrze współdziała w grupie i radzi sobie z wszelkimi wymaganiami edukacyjnymi (jeśli nie wymagają aktywności werbalnej, a nauczyciel nie prowokuje napięcia przekraczającego odporność dziecka), dominują u niego jednak zdolności artystyczne. Dzieci z MW są zwykle bardziej dojrzałe od rówieśników, brakuje im dziecięcej spontaniczności, naturalności (są raczej nastawione na przystosowywanie się do zasad, regulaminów, a przede wszystkim oczekiwań osób dorosłych) (Woźnińska, 2016).

Dla dzieci dotkniętych MW charakterystyczny jest niski poziom kompetencji społecznych (Cunningham, McHolm, Boyle, 2006), co utrudnia im nawiązywanie i utrzymywanie satysfakcjonujących związków interpersonalnych. Cechuje je obniżona pewność siebie, trudność we włączaniu się w aktywność grupy. Można jednak postawić tezę, iż są akceptowane przez grupę na podobnym poziomie, jak inni członkowie. Odrzucane są więc rzadko (Cunningham, McHolm, Boyle, 2006), chociaż ciche dzieci są narażone na izolację społeczną bardziej niż inne, a jej doświadczenie jest dla nich bardzo dotkliwe (Bahrfeck-Wichitill, Kuhn, 2015).

Dzieci z MW funkcjonują w środowisku pozarodzinnym w różny sposób. Zwykle wypełniają wymagania edukacyjne wzorowo, chociaż w grupie dzieci z MW są także uczniowie słabi lub przeciętni. MW jest zaburzeniem, które po stosownym, wczesnym oddziaływaniu terapeutycznym zanika. Najpełniej objawia się w przedszkolu/szkole, gdzie nauczyciele mogą wesprzeć dziecko z MW w jego codziennym funkcjonowaniu i od ich zaangażowania zależy powodzenie oddziaływań terapeutycznych (realizowanych nawet w sposób nieoficjalny, najważniejsze bowiem jest wdrażanie prawidłowych schematów rozmowy polegających na łagodnym przechodzeniu od tzw. niskiego obciążenia komunikacyjnego do wysokiego, co w praktyce oznacza przechodzenie od łatwych dla dziecka zwrotów do nieskrępowanej rozmowy). Najważniejszym działaniem jest rozpoznanie i likwidowanie czynników podtrzymujących MW.

Podstawowym czynnikiem podtrzymującym lęk przed mówieniem jest odczuwana przez dziecko presja na mówienie. Należy więc zrezygnować z wywierania presji w stosunku do dziecka, lecz jednocześnie tworzyć okazje do komunikacji (stopniowo zwiększając ryzyko komunikacyjne i dbając o jakość relacji z dzieckiem). Jak zostało wspomniane, dzieciom z MW niezwykle trudno jest przełamać lęk przed stosowaniem zwrotów grzecznościowych (ten lęk mija jako ostatni w toku terapii, gdyż stosowanie zwrotów grzecznościowych wiąże się z najwyższym ryzykiem komunikacyjnym), zatem należy zrezygnować z wymagania od dziecka wypowiedzania tych zwrotów.

Kolejnym czynnikiem jest wyrażanie przez rodziców, nauczycieli dezaprobaty wobec braku mowy dziecka. Oceniają ten fakt w sposób negatywny i nadmiernie koncentrują się na nim.

Czynnikiem podtrzymującym MW jest też etykietowanie dziecka jako niemówiącego przez rodzinę, nauczycieli, rówieśników. Konieczne jest raczej utwierdzenie innych w tym, iż uczeń może i potrafi mówić (stąd w praktyce proponuje się nagrywanie i późniejsze publiczne odtwarzanie jego wypowiedzi, aby np. rówieśnicy mieli pełną świadomość tego, że dziecko mówi, a nauczyciel mógł mieć pewność, że wykonało określone zadanie – np. opanowało tekst wiersza, piosenki).

Czynnikiem, który również niekorzystnie wpływa na aktywność dziecka z MW, jest oczekiwanie natychmiastowej zmiany jego funkcjonowania bez rozumienia istoty zaburzenia. Nagła modyfikacja zachowania dziecka nie jest możliwa. Zmiany można uzyskać stopniowo, „małymi krokami”, wdrażając określone procedury działania (oddziaływanie terapeutyczne jest bowiem niezbędnym warunkiem pojawienia się wzrostu aktywności werbalnej). Należy liczyć się z tym, że mogą one nie być trwałe i okazać się zbyt małe w stosunku do oczekiwań dorosłych.

W ślad za oczekiwaniami zmiany w funkcjonowaniu dziecka pojawia się stosowanie nagród za mówienie (w tym okazywanie entuzjazmu z powodu sukcesu werbalnego) oraz wyciąganie konsekwencji z powodu braku aktywności werbalnej. Są to także czynniki podtrzymujące zachowanie mutystyczne. Funkcję podtrzymującą MW ma również okazywanie zgody przez dorosłego na wycofywanie się dziecka z MW z relacji społecznych. Niekorzystne jest zatem np. przytulanie go w sytuacji rezygnowania z nawiązania relacji, odpowiadanie za nie, zgadzanie się na korzystanie przez ucznia z „funkcji rzecznika” pełnionej przez inną osobę, która ma za zadanie zgłaszać potrzeby, problemy dziecka z MW.

Dziecku dotkniętemu MW należy stwarzać jak najwięcej okazji związanych z szansą nawiązania interakcji poza środowiskiem rodzinnym. Czynnikiem podtrzymującym MW, zwłaszcza w grupie najmłodszych dzieci, jest nadmierne przestrzeganie przed rozmową z nieznanymi.

Konsekwencje rezygnacji z wczesnego podejmowania oddziaływania wychowawczo-terapeutycznego wobec dziecka z mutyzmem wybiórczym

Jak zostało już wielokrotnie podkreślone w niniejszym artykule, wczesne rozpoznanie deficytów dziecka w zakresie aktywności werbalnej jest niezwykle istotne i daje najlepsze rokowania co do zminimalizowania zakresu zaburzenia. Proces diagnostyczny jest długi, realizowany przez zespół specjalistów, z tego względu konieczne działania należy wdrażać nawet bez oficjalnej diagnozy MW. Dostrzega się konieczność najsilniejszego oddziaływania w środowisku, w którym mutyzm występuje. Oznacza to, iż działania, których nadrzędnym

celem jest obniżenie lęku (pozbycie się lęku przed mówieniem) i możliwie szybkie przywrócenie komunikacji niewerbalnej, powinny być realizowane głównie w przedszkolu/szkole przez osobę, wobec której dziecko unika aktywności werbalnej.

Warto nadmienić, iż oddziaływania mogą być realizowane przez nauczyciela, który zapozna się ze specyfiką zaburzenia i możliwościami oddziaływania wychowawczo-terapeutycznego, które przynosi efekty w dość krótkim czasie. Profesjonalnie prowadzony proces terapeutyczny podejmowany przez specjalistę jest efektywny, lecz długi. Obejmuje średnio 72 godziny terapii przy założeniu braku występowania innych zaburzeń (efekt terapii to swobodna rozmowa w różnych środowiskach). Efekty pracy terapeutycznej, realizowanej nawet w sposób nieformalny, w miejscu występowania mutyzmu są już widoczne po 2 tygodniach pracy z dzieckiem (wystarczą 3 spotkania w tygodniu trwające około 30 minut – praca nauczyciela w placówce + praca z opiekunem w domu i w terenie) (Bystrzanowska, 2018).

Im później wdrożone zostanie oddziaływanie terapeutyczne, tym proces terapii jest dłuższy i trudniejszy. Objawy mutyzmu mają bowiem tendencję do utrwalania się. Należy też pamiętać, iż nie mijają bez odpowiedniej terapii. Rezygnacja z pomocy dziecka z MW może skutkować dysfunkcjonalnymi zachowaniami, depresją, poważnymi trudnościami w budowaniu relacji interpersonalnych, a nawet w codziennym funkcjonowaniu w dorosłym życiu.

Podsumowanie

Mutyzm wybiórczy dotyczy dzieci, u których ukończony został rozwój mowy (sprawność w tym zakresie jest zwykle na wysokim poziomie), a mimo to w wybranych sytuacjach, miejscach milczą (Hartmann, Lange, 2013, s. 12–13). Płynna komunikacja, a zwłaszcza nawiązanie rozmowy, jest dla nich trudnym zadaniem. Z tego względu przy braku zrozumienia i odpowiedniego wsparcia, dzieci z MW mogą zacząć unikać sytuacji społecznych, w których pierwotnie chętnie by wzięły udział. Tego rodzaju działanie prowadzi do braku umiejętności nawiązywania relacji i utrzymywania więzi przyjacielskich z rówieśnikami, a w konsekwencji do fobii i izolacji społecznej dziecka.

Analiza funkcjonowania dzieci z MW (w kontekście opisowym) oraz przyczyn tego zaburzenia (w kontekście interpretacyjnym) wskazuje na wiele czynników, które mogą świadczyć o niekorzystnym przebiegu rozwoju u osób dotkniętych MW. Z tego względu niezbędne jest podejmowanie odpowiednich, systematycznych oddziaływań o charakterze wychowawczym i profilaktycznym, na jak najwcześniejszym etapie rozwoju dziecka. Niestety, pomysłów na nie jest wciąż zbyt mało.

Bibliografia

- Bahrfeck-Wichitill K., Kuhn M. (2015), *Kannst du überhaupt sprechen? Eine Informationsstunde über selektiven Mutismus in der 7. Klasse der Realschule*, „Sprachförderung und Sprachtherapie”, 4, s. 18–24.
- Bala J., Cabała M., Giese-Szczap K., Kiepiela-Koperek A., Miękina-Pindur J., Młynarska I., Pilch A., Szczeńsiak S., Szyszka K. (2017), *Mutyzm wybiórczy w praktyce terapeutycznej*, Impuls, Kraków.
- Bar-Haim Y., Henkin Y., Ari-Even-Roth D., Tetin-Schneider S., Hildesheimer M., Muchnik C. (2004), *Reduced auditory efferent activity in childhood selective mutism*, „Biological Psychiatry”, 55 (11), s. 1061–1068.
- Bawolska-Piszczatowska A. (2019), *Dziecko z mutyzmem wybiórczym – charakterystyka zjawiska oraz sposoby przeciwdziałania trudnościom*, „Niepełnosprawność. Dyskursy Pedagogiki Specjalnej”, nr 33, s. 204–212.
- Bergman R., Piacentini J., McCracken J. (2002), *Prevalence and description of selective mutism in a school-based sample*, „Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry”, 41 (8), s. 938–946.
- Black B., Uhde T. W. (1995), *Psychiatric characteristics of children with selective mutism: A pilot study*, „Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry”, 34 (7), s. 847–856.
- Bryńska A. (2005), *Zaburzenia lękowe i zaburzenia obsesyjno-kompulsywne*, [w:] *Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci*, red. T. Wolańczak, J. Komender, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, s. 147–178.
- Bystrzanowska M. (2018), *Mutyzm wybiórczy. Poradnik dla nauczycieli i specjalistów*, Impuls, Kraków.
- Cohan S., Chavira D. (2008), *Refining the Classification of Children with Selective Mutism: A Latent Profile Analysis*, „Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology”, 37 (4), s. 770–784.
- Cunningham C., McHolm A., Boyle M. (2006), *Social phobia, anxiety, oppositional behavior, social skills, and self-concept in children with specific selective mutism, generalized selective mutism, and community controls*, „European Child and Adolescent Psychiatry”, 15 (5), s. 245–255.
- DSM-5 (2013), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed., American Psychiatric Association.
- Dummit E. S., Klein R. G., Tancer N. K., Asche B. (1997), *Systematic assessment of 50 children with selective mutism*, „Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry”, 36, s. 653–660.
- Elizur Y., Perednik R. (2003), *Prevalence and description of selective mutism in immigrant and native families: a controlled study*, „Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry”, 42, s. 1451–1459.
- Ford M. A., Sladeczek I. E., Carlson J., Kratochwill T. R. (1998), *Selective mutism: Phenomenological characteristics*, „School Psychology Quarterly”, 13 (3), s. 192–227.
- Gruszczyk-Kolczyńska E., Zielińska E. (1997), *Dziecięca matematyka*, WSiP, Warszawa.
- Hartmann B., Lange M. (2013), *Mutismus im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter: Für Angehörige, Betroffene sowie therapeutische und pädagogische Berufe*, Schulz-Kirchner Verlag, Idstein.

- Holka-Pokorska J., Piróg-Balcerzak A., Jarema M. (2018), *The controversy around the diagnosis of selective mutism – a critical analysis of three cases in the light of modern research and diagnostic criteria*, „Psychiatria Polska”, 52 (2), s. 323–343.
- Hua A., Major N. (2016), *Selective mutism*, „Current Opinion in Pediatrics”, 28 (1), s. 114–120.
- ICD-10 (2008), *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych)*, vol. 1.
- Jeżewska-Krasnodębska E., Skalbani B. (2017), *Diagnoza i terapia w pracy logopedy i nauczyciela terapeuty. Konteksty teoretyczne i praktyka*, Impuls, Kraków.
- Kopp S., Gillberg C. (1997), *Selective mutism: A population-based study: A research note*, „The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines”, 38 (2), s. 257–262.
- Kristensen H. (2000), *Selective mutism and comorbidity with developmental disorder/delay, anxiety disorder, and elimination disorder*, „Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry”, 39 (2), s. 249–256.
- Kumpulainen K., Räsänen E., Raaska H., Somppi V. (1998), *Selective mutism among second-graders in elementary school*, „European Child and Adolescent Psychiatry”, 7 (1), s. 24–29.
- Starke A., Subellok K. (2015), *Wenn Kinder nicht sprechen – Selektiver Mutismus*, „Sprachförderung und Sprachtherapie”, 4 (1), s. 2–7.
- Sutton C., Forrester Ch. (2019), *Mutyzm wybiórczy. Własnymi słowami*, Linia, Ożarów Mazowiecki.
- Tabors P. (2008), *One child, two languages: A guide for early childhood educators of children learning English as a second language*, 2nd ed., Paul H. Brookes, Baltimore.
- Vecchio J. L., Kearney C. A. (2005), *Selective Mutism in Children: Comparison to Youths With and Without Anxiety Disorders*, „Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment”, 27, s. 31–37.
- WHO (2008), *The World Health Report – primary Health Care (Now More Than Ever)*, wyd. World Health Organization.

Źródła internetowe

- Andrzejewska M. (2013), *Jak pomóc dziecku lub uczniowi z mutyzmem selektywnym?*, <http://www.bc.ore.edu.pl/Content/579/T042013%2C+M.+Andrzejewska.pdf> (dostęp: 5.11.2019).
- Burzyńska M. (2015), *Mutyzm wybiórczy*, <http://pzp.edu.pl/wp-content/uploads/2015/10/mutyzm-artyku%C5%82.pdf> (dostęp: 4.11.2019).
- Grąbczewska-Różycka K. (2017), *Kryteria diagnostyczne mutyzmu wybiórczego pod lupą*, <http://mutyzmportal.pl/artykul/kryteria-diagnostyczne-mutyizmu-wybiorczego-pod-lupa.htm> (dostęp: 18.12.2019).
- <https://polskiautyzm.pl/rozpowszechnienie-autyzmu> (dostęp: 12.11.2019).
- <https://mariabystrzanowska.blogspot.com> (dostęp: 10.12.2019).
- Wozńska K. (2016), *Skąd się bierze mutyzm wybiórczy? Moje doświadczenia*, <http://www.centrumslowo.pl/blog/item/68-skad-sie-bierze-mutyzm-wybiorczy-moje-doswiadczenia> (dostęp: 5.11.2019).

Summary

The presented study has two purposes. One of them is to discuss selected views as to the causes of selective mutism in the context of the classification position, along with controversies around the diagnostic criteria for this disorder.

Another, more important from the perspective of this study, is to discuss the specifics of the functioning of a child with selective mutism in the educational environment. The problems on which this reflection focuses is the question about the possibility of recognizing selective mutism in the preschool/school environment and the features of the functioning of a child with selective mutism in the educational environment. To discuss the issues analyzed in the study, the author used the most important review papers published so far regarding the analyzed topic.

In the first part of the study, the author emphasized the scale of the problem in the population of preschool/school children with reference to statistical data indicating the incidence of mutism in the population. The author also discusses the diagnostic criteria of mutism in terms of DSM-5 and ICD-10. Author pointed out problem areas related to the recognition of mutism.

In the next part of the study, the author described selected reasons for the appearance of mutism in the child's development. Then the author characterized the specificity of the child's functioning in the educational environment, emphasizing the consequences of not implementing the appropriate educational and therapeutic interactions. An analysis of the literature indicates that it is necessary to increase the scientific interest in the problem of mutism among children. The problem has serious consequences and affects an increasing number of children. For this reason, knowledge of how a child with mutism functions in a kindergarten/school enables the implementation of adequate forms of help and support.

Magdalena Olempska-Wysocka*

WCZESNA DIAGNOZA LOGOPEDYCZNA DZIECKA Z ALALIĄ I NIEDOKSZTAŁCENIEM MOWY O TYPIE AFAZJI

EARLY SPEECH THERAPY DIAGNOSIS OF A CHILD WITH
APRAXIA AND CHILDHOOD APHASIA

Słowa kluczowe: alalia, niedokształcenie mowy o typie afazji, wskaźniki diagnostyczne, wczesna diagnoza logopedyczna.

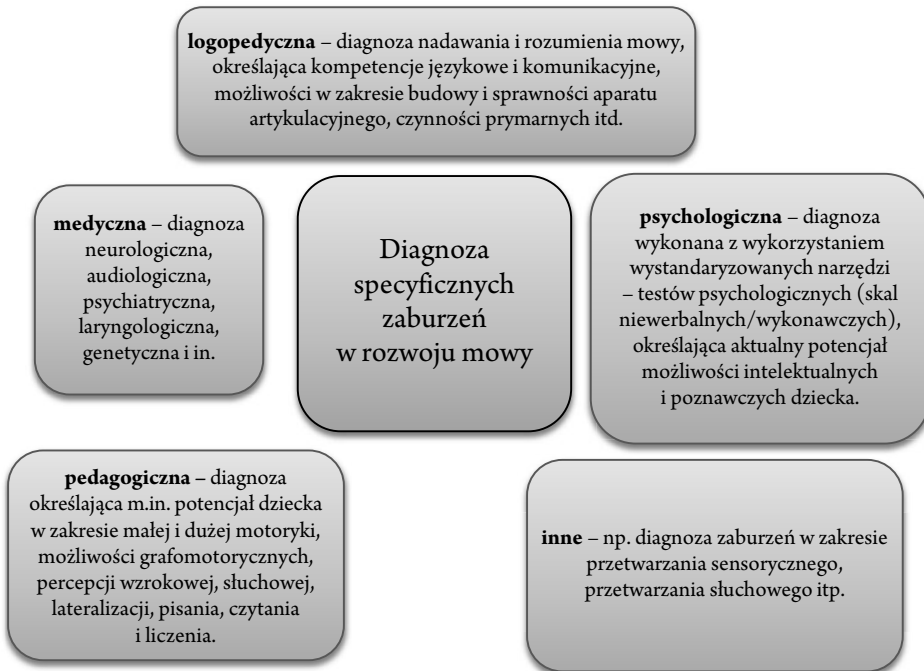
Keywords: alalia, childhood apraxia of speech, diagnostic marker, early diagnosis.

Teoria systemów dynamicznych podkreśla rolę interakcji zachodzących pomiędzy systemami poznawczymi a czynnikami zewnętrznymi, które mogą oddziaływać na rozwój i kształtowanie się kompetencji językowej i komunikacyjnej małego dziecka. Ciekawym podejściem jest teoria Richarda M. Lenera (2014) wskazująca, że wszystkie poziomy organizacji dotyczące funkcjonowania człowieka, a także te, które są związane z organizacją jego otoczenia, pozostają w ciągłym ruchu. Nawet najmniejsze zmiany, jakie zachodzą w subsystemach, powodują zmiany w innych subsystemach, stanowiąc tym samym rezultat zmian w nich zachodzących. Te ciągłe i wzajemne interakcje pomiędzy jednostką a jej otoczeniem to swego rodzaju „dynamiczne interakcje”. Można zatem stwierdzić, że rozwój (*Life-Span View of Person Context Interaction*) odbywa się w kontekście wielopoziomowym, zaś wspomniany charakter zmian przyczynia się do probabilistycznego charakteru rozwoju (Lerner i in., 2006, s. 23–43). W modelu tym jednoznacznie podkreślono, że świat zewnętrzny i wewnętrzny dziecka są ze sobą połączone, ale też dynamicznie interaktywne. Każda z tych relacji, także pomiędzy dzieckiem a rodzicem, jest niezwykle ważna dla rozwoju dziecka. Można zatem przypuszczać, że powstające zaburzenia w jednej sferze rozwoju dziecka

* Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Wydział Studiów Edukacyjnych, Pracownia Specjalnych Potrzeb Edukacyjnych, 60-568 Poznań, ul. Szamarzewskiego 89, e-mail: magda.olempska@gmail.com, ORCID: 0000-0002-9740-3302.

będą powodowały zaburzenia również w innych sferach. W przypadku specyficznych zaburzeń mowy, ze względu na złożoność przyczyn i mechanizmów zaburzeń, powstające trudności w opanowaniu mowy powodują wiele wtórnych zmian w pozostałych sferach rozwoju dziecka. Odpowiednio wcześniej podjęta diagnoza logopedyczna, ukierunkowana na kształtowanie i stymulację rozwoju kompetencji językowej i komunikacyjnej, daje dziecku zdecydowanie szersze możliwości na opanowanie języka.

Diagnoza specyficznych zaburzeń rozwoju mowy jest procedurą interdyscyplinarną, uwzględniającą nie tylko logopedyczne badanie mowy dziecka, lecz także wyniki badań psychologicznych, audiologicznych, neurologicznych, psychiatrycznych i innych – w zależności od potrzeb. W przypadku tego rodzaju zaburzeń mowy ważne jest, aby w procesie diagnozowania uwzględnić czynniki mające na celu umożliwienie różnicowania jednostek patologii mowy u dzieci.



Rysunek 1. Model diagnozy dziecka ze specyficznymi zaburzeniami w rozwoju mowy

Źródło: opracowanie własne.

Jak wskazuje Jolanta Panasiuk (2016, s. 211–222), nieprawidłowości w rozwoju języka zawsze analizowane są w kontekście czynników etiologicznych, mechanizmu patologicznego, objawów, dynamiki ustępowania trudności (pro-

gnoza). Specyficzne zaburzenia rozwoju językowego diagnozuje się na podstawie kryteriów inkluzywnych (tj. oceny stanu kompetencji i sprawności językowych, wyników badań neurologicznych i neuroobrazowych) oraz ekskluzywnych (czyli wykluczających, m.in. anomalie w budowie i funkcjonowaniu narządów mowy, zaburzenia mowy związane z niepełnosprawnością intelektualną, z uszkodzeniem słuchu czy też np. tych związanych z uszkodzeniami ośrodków i dróg unerwiających narządy mowy). W postępowaniu diagnostycznym istotne jest, aby uwzględnić szereg różnego rodzaju informacji uzyskanych nie tylko na podstawie samego badania logopedycznego czy badań specjalistycznych, lecz szczególnie w przypadku tego rodzaju zaburzeń mowy ważne są też dane pochodzące z wywiadu z rodzicami/opiekunami dziecka, które pozwolą na ustalenie, jak przebiegał rozwój mowy w pierwszych miesiącach/latach jego życia. Obserwuje się więc coraz szersze badania naukowe umożliwiające określenie i wskazanie pierwszych symptomów zaburzeń mowy.

Ciekawych wyników dostarczyły badania Megan Overby i Susan S. Caspari (2015). Na podstawie licznych obserwacji niemowląt i małych dzieci autorki wyodrębniły cechy związane ze specyficznymi zaburzeniami rozwoju mowy. Badania te są szczególnie ważne, ponieważ pozwalają zwrócić uwagę na niepokojące symptomy wskazujące przede wszystkim na konieczność pogłębionej diagnozy, ale też dzięki nim stwarza się możliwość podjęcia wczesnej terapii logopedycznej, odpowiednio dostosowanej do wspierania rozwoju w zakresie kompetencji językowej i komunikacyjnej dziecka. Barbara L. Davis i Shelley L. Velleman (2000) wyodrębniły różnicowe wskaźniki diagnostyczne w obszarach ogólnych cech rozwojowych, cech fonetycznych i fonologicznych, podkreślając, że diagnoza małych dzieci jest szczególnie ważna, jednak trudna ze względu na zaobserwowany u nich na tym etapie brak konsekwencji w używaniu mowy w procesie komunikacji. Za najważniejsze wskaźniki autorki uznały:

- opóźnienia w rozwoju poszczególnych etapów zabawy;
- lukę językową związaną z recepcją i ekspresją;
- ograniczony repertuar spółgłosek i samogłosek używanych przez dziecko;
- ograniczenia w zakresie gaworzenia (pojawia się później i jest ograniczone);
- ograniczone kształty wyrazów ze skłonnością do komunikacji za pomocą pojedynczych spółgłosek i samogłosek (np. za pomocą dźwięku <t> dziecko nazywa tatę, za pomocą <m> – mleko);
- ograniczenia w zakresie stosowanej intonacji;
- ograniczone możliwości głosowe;
- częstszą utratę słów, które wcześniej pojawiły się w mowie dziecka;
- widoczne trudności w łączeniu różnych sylab;
- poszukiwanie dźwięków;
- wykorzystanie charakterystycznych znaków w komunikacji funkcjonalnej;
- mogące się pojawić trudności w zakresie koordynacji czynności prymarnych związanych z przyjmowaniem pokarmów i piciem;

- mogące się pojawić ślinienie;
- późniejsze osiągnięcie poszczególnych etapów rozwoju;
- większe trudności z zachowaniem schematu ruchowego podczas mowy wolicjonalnej niż automatycznej;
- często występujące trudności w zakresie koordynacji aparatu artykulacyjnego;
- nieprawidłową kolejność słów nawet w prostych frazach.

Ponadto T. P. Marquardt, A. Jacks, B. L. Davis (2004) wskazują, że w przypadku dzieci ze specyficznymi zaburzeniami mowy widoczna jest duża zmienność w produkcji dźwięków, w zakresie popełnianych błędów w produkcji fonemów, a także ich niewielka różnorodność w zakresie produkcji. Choć niewiele wiadomo na temat rozwoju mowy niemowląt i małych dzieci, u których później zdiagnozowano specyficzne zaburzenia rozwoju mowy, jak pokazały badania A. A. Aziz i in. (2010), rodzice często wskazują na pojawiające się różnice w rozwoju mowy ich dzieci. Najczęściej wymieniana jest redukcja produkcji werbalnych (rodzice mówią, że dzieci były ciche jako niemowlęta). Ponadto bardzo często używanie sylab jest ograniczone, a za pomocą jednej sylaby (np. „ba”) dziecko określa kilka czynności i nazywa kilka przedmiotów, czyli reprezentuje ona wiele znaczeń słów. B. L. Davis, A. Jacks i T. P. Marquardt (2005) przeanalizowali wzorce samogłosek, jakimi posługują się dzieci z podejrzeniem specyficznych zaburzeń mowy. U wielu dzieci zostały stwierdzone nieprawidłowe realizacje samogłosek – co według autorów badania jest jednym z klinicznych markerów, istotnym w przypadku diagnozy różnicowej. Z kolei E. Strand, K. Jakielski i M. Fourakis (2017) wskazują na 10 istotnych wskaźników (markerów), dających diagnostom możliwość wczesnego rozpoznawania specyficznych zaburzeń mowy. Zaliczono do nich:

1. Zniekształcenia samogłosek.
2. Nieprawidłowy głos.
3. Substytucje głosek.
4. Trudności w osiągnięciu odpowiedniego ułożenia aparatu artykulacyjnego przy realizacji poszczególnych fonemów.
5. Poszukiwanie odpowiedniego ułożenia artykulatorów.
6. Nieprawidłowa szwa¹.
7. Zwiększona trudność w wypowiedaniu wielosylabowych słów.
8. Widoczne dłuższe przerwy pomiędzy sylabami w wyrazach.
9. Wolne tempo mowy, a także zauważalne wolne tempo podczas diadochoiknezy².
10. Nieprawidłowy akcent wyrazowy.

¹ Termin niewystępujący w języku polskim.

² W tym przypadku diadochoikneza rozumiana jest jako zdolność do szybkiego wytwarzania naprzemiennego i sekwencyjnego powtarzania ruchów artykulacyjnych, np. podczas powtarzania sylab: pa, da, ka.

Podłożem specyficznych zaburzeń mowy jest z jednej strony zaburzenie programowania motorycznego, a z drugiej – zaburzenia percepcji słuchowej i/lub zaburzenia kinestezji artykulacyjnej. Zaburzenia motoryczne dotyczą ruchowych wzorców języka i są związane bezpośrednio z rozwojem ruchowym dziecka (w obrębie małej i dużej motoryki). Jak wskazuje Margaret Fish (2016, s. 20), oprócz typowych, charakterystycznych zaburzeń w zakresie mowy można wyodrębnić pewne pojawiające się zaburzenia towarzyszące:

1. Trudności z karmieniem – ich podstawę stanowią problemy związane z planowaniem ruchu – zarówno podczas jedzenia, jak i picia. Widoczne są trudności w zakresie koordynacji żucia i połykania, ssania i połykania (wolne tempo jedzenia, dziecko trzyma zbyt dużo pokarmów jednocześnie w buzi i zbyt długo³, a w przypadku ssania ma trudności z zachowaniem rytmicznego wzoru w zakresie ssania – połykania – oddychania; znaczenie ma też struktura spożywanego pokarmu). Bardzo ważne jest badanie przesiewowe i wstępna ocena logopedyczna, a także szczegółowy wywiad z rodzicem mający na celu określenie przyczyn trudności z karmieniem dziecka. Istotne jest ustalenie, czy są one związane z planowaniem skoordynowanych ruchów orofacjalnych, niezbędnych w trakcie karmienia.
2. Trudności w zakresie naśladowywania/odwzorowywania ruchów aparatu artykulacyjnego.
3. Obniżona koordynacja ruchowa w zakresie motoryki małej i dużej, zwłaszcza w zakresie precyzyjnych ruchów rąk, ale także podczas chodzenia i biegania.

Zgodnie z teorią systemów dynamicznych dodatkowo należy podkreślić rolę interakcji, jakie zachodzą między systemami poznawczymi a czynnikami zewnętrznymi w powstawaniu, rozwijaniu i kształtowaniu się zachowań złożonych, w tym także języka. Co więcej, deficyt w jednej dziedzinie może z czasem ograniczyć rozwój w innych dziedzinach. Z perspektywy rozwojowej występująca apraksja może zatem wynikać z podstawowego deficytu w zakresie kontroli motoryki mowy, który ogranicza powstawanie procesów fonologicznych, leksykalnych i innych procesów językowych wyższego rzędu, wyjaśniając w ten sposób nakładanie się w symptomatologii tego zaburzenia także z innymi rodzajami zaburzeń mowy i języka (Highman i in., 2013).

³ Jak wskazuje Magdalena Czajkowska, jakość rozwoju motorycznego dziecka w zakresie triady czworakowanie – siadanie – wstawanie ma istotne znaczenie dla rozwoju motoryki języka oraz zuchwy podczas karmienia i samodzielnego eksplorowania jedzenia. Jeśli już małe dziecko prezentuje pewne braki jakościowe w tym zakresie, to mają one wpływ na sprawność motoryczną kompleksu orofacjalnego. W takiej grupie dzieci widoczna jest niepoprawna, asymetryczna pozycja spoczynkowa języka, ograniczone ruchy języka, obniżona aktywność mięśni nad- i podgnykowych, co w konsekwencji prowadzi do obniżonej sprawności połykania i mięśnia okrężnego warg (Czajkowska, 2019, s. 10–11).

W przypadku pracy z małym dzieckiem z zaburzeniami mowy w postaci alalii czy niedokształcenia mowy o typie afazji bardzo ważna jest świadomość i znajomość mechanizmów odpowiedzialnych za zjawiska neuroplastyczności i neurokompensacji mózgu. Jest to szczególnie istotne przy programowaniu terapii logopedycznej, kształtowaniu kompetencji językowej i komunikacyjnej. Uwzględniając mechanizm, który aktywizuje procesy plastyczności w mózgu, J. Panasiuk wyróżniła: plastyczność rozwojową, kompensacyjną (pouszkodzeniową), wywołaną wzmocnionym doświadczeniem, a także taką, która jest związana z uczeniem się i pamięcią. Pierwsza, **plastyczność rozwojowa**, stanowi zdolność rozwijającego się mózgu, dzięki przyswajaniu różnych nowych umiejętności, do tworzenia wielu nowych połączeń nerwowych. **Plastyczność kompensacyjna** (pouszkodzeniowa) to zdolność mózgu, który jest uszkodzony, do tworzenia nowej sieci połączeń nerwowych. Prowadzi to do przejścia funkcji uszkodzonej tkanki nerwowej przez inną, nieuszkodzoną strukturę. **Plastyczność wywołana wzmocnionym doświadczeniem** umożliwia zaś – dzięki odpowiedniej stymulacji – przekształcenia zdrowego lub uszkodzonego mózgu, pod wpływem wzmoczonego doświadczenia czuciowego lub ruchowego. **Ostatni rodzaj plastyczności związany jest z uczeniem się i pamięcią.** Stanowi on możliwość do tworzenia nowych ścieżek neuronalnych dzięki czynnościom powtarzania, a następnie utrwalania w pamięci (Panasiuk, 2016, s. 50). Warto podkreślić, że sama cecha plastyczności mózgu ma charakter uniwersalny, co powoduje, że samonaprawcze czynności zachodzą w każdym przypadku pojawiających się zmian patogennych. Uniwersalne pozostają także zasady, które określają ogólną organizację czynności kompensacyjnych. Mogą one implikować współwystępowanie neuronalnych procesów dezintegracyjnych, działających jako rewers problemów samonaprawczych. Ponadto objęcie tymi dwoma rodzajami zmian – zarówno w strukturze, jak i funkcji ośrodkowego układu nerwowego – poziomu metabolicznego, molekularnego, funkcjonalnego, fizycznego, makrostrukturalnego będzie w efekcie generowało kompleksową i złożoną reorganizację funkcjonowania neuronalnego i psychicznego (Herzyk, 2005, s. 96–97).

Terapia logopedyczna dziecka z alalią lub niedokształceniem mowy o typie afazji motorycznej lub sensorycznej jest procesem długotrwałym, wymagającym od logopedy szerokiej wiedzy na temat postępowania terapeutycznego i stosowania różnego rodzaju odpowiednich metod oddziaływania. Istotne jest więc podkreślenie znaczenia wczesnej diagnozy logopedycznej, stanowiącej proces z jednej strony planowy z zastosowaniem odpowiednich standardów postępowania, a z drugiej – prowadzony przez interdyscyplinarny zespół specjalistów we współpracy z rodzicami dziecka. To niezwykle ważny element, który ma znaczenie dla projektowania programu terapii logopedycznej oraz wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka z uwzględnieniem jego specjalnych potrzeb komunikacyjnych.

Bibliografia

- Aziz A. A., Shohdi S., Osman D. M., Habib E. I. (2010), *Childhood apraxia of speech and multiple phonological disorder in Cairo-Egyptian Arabic speaking children: Language, speech, and oro-motor differences*, „International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology”, 74 (6), s. 578–585.
- Czajkowska M. (2019), *Triada czworakowanie – siadanie – wstawanie, co ma wspólnego z kompleksem orofacjalnym i karmieniem?*, [w:] *Karmienie małego dziecka – wieloaspektowość w terapii. Podejście interdyscyplinarne*, Materiały z I Ogólnopolskiej Konferencji Szkoły Terapii Karmienia „Od Pestki do Ogryzka ©”, Wydawnictwo Pestka i Ogryzek s.c., Warszawa, s. 10–17.
- Davis B. L., Jacks A., Marquardt T. P. (2005), *Vowel patterns in developmental apraxia of speech: three longitudinal case studies*, „Clinical Linguistics & Phonetics”, 19 (4), s. 249–274, <https://doi.org/10.1080/02699200410001695367>.
- Davis B. L., Velleman S. L. (2000), *Differential diagnosis and treatment of developmental apraxia of speech in infants and toddlers*, „Infant-Toddler Intervention”, 10, s. 177–192.
- Fish M. (2016), *Here's How to Treat Childhood Apraxia of Speech*, Plural Publishing, San Diego.
- Herzyk A. (2005), *Wprowadzenie do psychologii klinicznej*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa.
- Highman C., Hennessey N., Leitão S., Piek J. (2013), *Early Development in Infants at Risk of Childhood Apraxia of Speech: A Longitudinal Investigation*, „Developmental Neuropsychology”, 38 (3), s. 197–210. <https://doi.org/10.1080/87565641.2013.774405>.
- Lerner R. M. (2014), *Developmental Contextualism and the Live-Span View of Person Context Interaction*, [w:] *Interaction in Human Development*, red. M. H. Bornstein, J. S. Bruner, Psychology Press, New York, s. 338–375.
- Lerner R. M., Lerner J. V., Almerigi J., Theokas Ch. (2006), *Dynamics of Individual Context Relations in Human Development: A Developmental Systems Perspective*, [w:] *Comprehensive Handbook of Personality and Psychopathology*, vol. 1: *Personality and Everyday Functioning*, red. J. C. Thomas, D. L. Segal, John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, New Jersey, s. 23–43.
- Marquardt T. P., Jacks A., Davis B. L. (2004), *Token-to-token variability in developmental apraxia of speech: Three longitudinal case studies*, „Clinical Linguistics & Phonetics”, 18, s. 127–144.
- Overby M., Caspari S. S. (2015), *Volubility, consonant, and syllable characteristics in infants and toddlers later diagnosed with childhood apraxia of speech: A pilot study*, „Journal of Communication Disorders”, 55, s. 44–62, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcomdis.2015.04.001>.
- Panasiuk J. (2016), *Specyficzne zaburzenia rozwoju mowy w diagnozie i terapii logopedycznej*, [w:] *Wczesna interwencja logopedyczna*, red. K. Kaczorowska-Bray, S. Milewski, Wyd. Harmonia Universalis, Gdańsk, s. 211–246.
- Strand E., Jakielski K., Fourakis M. (2017), *A Diagnostic Marker to Discriminate Childhood Apraxia of Speech From Speech Delay: I. Development and Description of the Pause Marker*, „Journal of Speech Language and Hearing Research”, vol. 60, s. 1096–1117.

Summary

Diagnosis of specific speech development disorders is an interdisciplinary procedure, taking into account not only the child's speech examination but also the results of psychological, audiological, neurological, psychiatric and other examinations. The article presents numerous studies and observations of children with apraxia and childhood aphasia, which allowed for the identification of indicators for early detection of specific speech disorders. Therefore, early logopedic diagnosis is important, which on the one hand is a planning process with the use of appropriate standards of conduct. On the other hand, it must be a process conducted by an interdisciplinary team of specialists in cooperation with the child's parents.

Aleksandra Szczygieł*

CYWILIZACYJNE ZAGROŻENIA ROZWOJU SYSTEMU ODBIORU STYMULACJI PRZEDSIONKOWEJ I INTEGRACJI SENSORYCZNEJ ORAZ ICH POTENCJALNY WPŁYW NA ZABURZENIA ROZWOJU MOWY

CIVILIZATION THREATS TO VESTIBULAR STIMULATION RECEPTION AND SENSORY INTEGRATION SYSTEM DEVELOPMENT AND THEIR POTENTIAL IMPACT ON SPEECH DEVELOPMENT DISORDERS

Słowa kluczowe: układ przedsionkowy, integracja sensoryczna, rozwój mowy, syndrom „dziecka w pojemniku”, akcesoria dziecięce, multimedia.

Keywords: vestibular system, sensory integration, language development, container baby syndrome, child accesories, multimedia.

Wprowadzenie

Zmiany technologiczne następujące w świecie wywierają ogromny wpływ na wszystkie sfery ludzkiego życia. Nowoczesność dotyka wielu aspektów codzienności, również w dziedzinie opieki nad małymi dziećmi. Zaawansowane technologicznie łóżeczka, chodziki, leżaczki, foteliki samochodowe, bujaczki i huśtawki są urządzeniami, które mają zapewnić dzieciom bezpieczeństwo, zając je przez jakiś czas, by opiekunowie mogli swobodnie wykonywać inne czynności czy nawet, jak zapewniają producenci, wspomagać i stymulować ich rozwój. Celem niniejszego artykułu jest analiza roli układu przedsionkowego oraz integracji sensorycznej w rozwoju człowieka, szczególnie w aspekcie rozwoju mowy dźwiękowej i pisanej oraz zagrożeń cywilizacyjnych mogących ten rozwój ograniczać, szczególnie *container baby syndrome* – potencjalnego związku pomiędzy nadużywaniem

* Państwowa Uczelnia im. Stefana Batorego, Kolegium Społeczno-Ekonomiczne, Instytut Nauk Społecznych, 96-100 Skierniewice, ul. Batorego 64C, e-mail: aleksandra.szczygiel@tlen.pl, ORCID: 0000-0002-5252-9454.

akcesoriów ułatwiających opiekę nad dziećmi a nieprawidłowościami rozwoju dziecka, zwłaszcza w aspekcie mowy. Ponadto zawarto w nim sprawozdanie z badań dotyczących świadomości społecznej w zakresie istnienia jakichkolwiek zagrożeń związanych z używaniem popularnych urządzeń wspomagających rodziców.

Epidemiologia zaburzeń mowy

Prawidłowa mowa jest podstawą nauki czytania i pisania, a także funkcjonowania społecznego. Jej zaburzenia, szczególnie w wieku wczesnorozwojowym, mogą mieć znaczący wpływ na funkcjonowanie jednostki w ciągu całego życia. Statystycznie przyjmuje się, iż średnio 8–9% dzieci ma zaburzenia mowy dźwiękowej (Banach, Cybulski, Krajewska-Kułak, 2015, s. 567). Wskaźnik osób zgłaszających się po pomoc logopedyczną systematycznie rośnie – w roku 2001 podczas Ogólnopolskiego Dnia Bezpłatnych Diagnoz Logopedycznych przyjęto 3500 pacjentów w ciągu jednego dnia, a w roku 2006 było to już prawie 5000 (Sobocińska, 2007). W roku 2012 podczas badań logopedycznych w woj. podkarpackim zdiagnozowano 531 dzieci z 14 placówek w wieku 3–6 lat. Wady wymowy stwierdzono u 30–35% dzieci (w niektórych przedszkolach liczba ta wynosiła nawet 50–67%) (Banach, Cybulski, Krajewska-Kułak, 2015, s. 567). Analogiczne wyniki uzyskano w innych krajach europejskich (m.in. Wielkiej Brytanii, Niemczech i Bułgarii). Systematycznie wzrasta także liczba przypadków zdiagnozowanej dysleksji. Zaburzenia dysleksyjne dotyczą około 10–15% populacji (Reid, 2018, s. 25), tym niemniej w niektórych regionach Polski co szóste dziecko ma zdiagnozowaną dysleksję (Newsweek Polska, 2014). Powyższe dane wskazują na systematyczny wzrost liczby zaburzeń związanych z mową – zarówno pisaną, jak i dźwiękową.

Rola integracji sensorycznej w rozwoju człowieka

U podstawy rozwoju człowieka leży wielokierunkowy rozwój OUN oparty na tworzeniu połączeń pomiędzy neuronami, co warunkuje powstawanie coraz bardziej skomplikowanych sieci poznawczych (Eliot, 2010, s. 43). Prawidłowe konstruowanie sieci neuronalnych w mózgu niemowlęcia uwarunkowane jest powtarzającą się polisensoryczną stymulacją określonych dróg nerwowych, pobudzającą rozwój kolejnych połączeń synaptycznych i tworzenie coraz bardziej złożonych systemów przetwarzania informacji (Grzywniak, 2013, s. 25). Kolejne etapy dojrzewania struktur nerwowych wiążą się z pogłębiającą się zdolnością do usprawniania integracji sensorycznej – neurobiologicznego procesu polegającego na odbiorze i organizowaniu bodźców napływających za pośrednictwem różnych kanałów zmysłowych w spójną, aktualizowaną na bieżąco całość (Jodzis, 2013, s. 25; Maas, 2016, s. 47). Zintegrowane dane napływające z różnych narząd-

dów tworzą obraz faktycznego stanu otaczającej organizm rzeczywistości i umożliwiają dostrojenie się do niej w celu skutecznego, sprawnego funkcjonowania – zarówno fizycznego, jak i poznawczego. Integracja sensoryczna rozpoczyna się jeszcze przed narodzinami dziecka i postępuje wraz z jego wzrostem i dojrzewaniem (Maas, 2016, s. 24). Obejmuje wszystkie sprawne zmysły – wzrok, słuch, dotyk, węch, smak, dotyk, czucie głębokie (propriocepcję) oraz zmysł równowagi działające na siebie nawzajem poprzez procesy wzajemnego pobudzania i hamowania (Ayres, 2018, s. 57). Wyżej wymienione układy rozwijają się dzięki ruchowi – przemieszczaniu ciała, poruszaniu kończynami, ruchom głowy, manipulacji przedmiotami, kołysaniu, huśtaniu, balansowaniu, poprzez swobodną eksplorację i obserwację otoczenia. Ze względu na fundamentalne znaczenie pierwszych dwóch lat życia człowieka zaburzenia integracji powstałe na tym etapie dotyczą wszystkich obszarów funkcjonowania osoby: sfery motorycznej (motoryki małej i dużej, postawy, równowagi, tonusu mięśniowego, koordynacji wzrokowo-ruchowej, schematu ciała, planowania motorycznego), sfery emocjonalnej (budowania więzi, bezpieczeństwa dotykowego, stabilności emocjonalnej), sfery koordynacji wzrokowo-ruchowej, sfery poznawczej – myślenia przestrzennego, myślenia matematycznego, uczenia się pojęć oraz mowy dźwiękowej i pisanej (Jodzisz, 2013, s. 57; Maas, 2016, s. 33).

Na podstawie badań przeprowadzonych w 2004 r. stwierdzono, że zaburzenia synchronizacji przetwarzania sensorycznego dotyczą około 5% dzieci. Według badań z roku 2014 problem dotyczył od 10 do 15% dzieci (Kołat, 2014, s. 98).

System przedsionkowy

Jean Ayres, prekursorka badań nad integracją sensoryczną w aspekcie prawidłowego rozwoju dziecka, szczególnie naciskała na współpracę i rolę trzech systemów zmysłowych: dotykowego, proprioceptywnego, przedsionkowego oraz ich związek z motoryką (Ayres, 2018, s. 46). System przedsionkowy wraz z systemem czucia głębokiego oraz dotyku to podstawa rozwoju. Jego funkcjonowanie trudno opisywać bez kontekstu jego zwrotnego wpływu na pozostałe narządy zmysłów i motorykę dziecka. Wadliwie operujący może zaburzyć pracę pozostałych systemów sensorycznych (Grzywniak, 2013, s. 75).

Układ przedsionkowy posiada liczne połączenia z innymi częściami OUN: układem słuchowym, układem limbicznym (hipokamp), mózdzkiem (koordynacja ruchów) oraz pniem mózgu. Pierwsze przejawy reakcji nerwu przedsionkowego można zaobserwować u zarodka już 10 tygodni po zapłodnieniu, a jego mielinizacja rozpoczyna się najwcześniej ze wszystkich – pod koniec pierwszego trymestru ciąży (Eliot, 2010, s. 208), przekazuje więc wówczas pierwsze bodźce sensoryczne do rozwijającego się organizmu. Prawidłowe funkcjonowanie systemu przedsionkowego jest niezbędne do harmonijnego rozwoju dziecka już na

najwcześniejszym etapie jego życia (Jodzis, 2013, s. 60), gdyż dostarcza informacje wiążące się zarówno z procesami sensomotorycznymi, jak i kognitywnymi (Wiener-Vacher, Hamilton, Wiener, 2013, s. 2).

Najważniejsze funkcje organizmu powiązane z działaniem układu przedsionkowego to równowaga i ruch. Zmysł równowagi umożliwia utrzymanie spionizowanej postawy i określenie relacji przestrzennych w ruchu i spoczynku, napięcie mięśniowe, koordynację ruchową oraz postawę i schemat ciała (Odowska-Szlachcic, 2018, s. 100). Dzieci najpierw uczą się położenia w przestrzeni w odniesieniu do linii centralnej swojego ciała, następnie opanowują inne relacje dotyczące nie tylko własnej osoby, lecz także obiektów poza sobą – zarówno w przestrzeni 3D (meble w pokoju mieszkalnym), jak i 2D (litery na karcie książki) (Kranowitz, 2011, s. 118; Wiener-Vacher, Hamilton, Wiener, 2013, s. 2). Stała weryfikacja położenia ciała względem punktu ciężkości ziemi wymaga przechowywania złożonych informacji w pamięci krótkotrwałej. Układ przedsionkowy posiada neuronalne połączenia z hipokampem (do 16,9% rozwojowego ubytku hipokampa u osób z lezjami układu przedsionkowego), co w efekcie dysfunkcji może wiązać się z zaburzeniami przetwarzania wspomnień nie tylko o charakterze przestrzennym (Wiener-Vacher, Hamilton, Wiener, 2013, s. 6). Brak informacji przedsionkowej przesyłanej do hipokampa zaburza stworzenie normalnej umysłowej reprezentacji ciała w przestrzeni, co wpływa na właściwe zrozumienie stosunków przestrzennych. Zaburza też prawidłowe formowanie się hipokampa, co dalej może skutkować problemami z pamięcią, uczeniem się, zachowaniem opartym na kontekście i racjonalnym rozumowaniu (Wiener-Vacher, Hamilton, Wiener, 2013, s. 9). Prawidłowa koordynacja i wycucie równowagi odpowiada za poczucie fizycznego bezpieczeństwa i ma związek z prawidłową socjalizacją (Kreiviniene, 2016, s. 185). Dysfunkcje równowagi i koordynacji mogą powodować wpadanie na obiekty, unikanie placów zabaw, lęk przed huśtawkami, drabinkami, nadmierną wrażliwość na zmiany w otoczeniu, nadmierne przywiązanie do matki i strach przed innymi dziećmi (Kreiviniene, 2016, s. 184). Integracja zmysłowo-ruchowa obejmująca struktury centralnego i obwodowego układu nerwowego powoduje, iż system przedsionkowy wiąże się również z multimodalnymi funkcjami człowieka: napięciem mięśniowym, postawą ciała, zręcznością ruchową, gestykulacją towarzyszącą mowie, sprawnością okulomotoryczną (Wiener-Vacher, Hamilton, Wiener, 2013, s. 1), orientacją wzrokowo-przestrzenną (Bieńkowska, 2018, s. 45), planowaniem ruchu, kształtowaniem się lateralizacji (Grzywniak, 2013, s. 75), tworzeniem umysłowej reprezentacji przestrzeni (Wiener-Vacher, Hamilton, Wiener, 2013, s. 1) przetwarzaniem słuchowo-językowym, ruchomością i napięciem artykulatorów, rozwojem mowy czynnej i pisanej, zakresem widzenia obwodowego, wycuciem czasu i poczuciem rytmu (Odowska-Szlachcic, 2018, s. 103). Zmysł równowagi leży także u podstaw odruchów noworodkowych, których nieprawidłowości mogą świadczyć o potencjalnych problemach rozwojowych (Eliot, 2010, s. 210). Wyniki badań wskazują

także na jego związku z czuciem bólu (Mast i in., 2014, s. 5) i nastrojem – osoby z zaburzeniami funkcjonowania błędnika są bardziej narażone na zaburzenia depresyjne czy lękowe.

Dysfunkcja zmysłu równowagi może wiązać się także z większym poleganiem na bodźcach wizualnych niż przedsionkowych, co z kolei może wiązać się z niezgrabnością ruchów oraz większą podatnością na upadki czy wypadki (Rogers, 2010, s. 516; Wiener-Vacher, Hamilton, Wiener, 2013, s. 1). System przedsionkowy i poznawczy nie działają niezależnie (Hanes, Mccollum, 2006, s. 82).

Badania przeprowadzone w Brazylii wykazały zaburzenia narządu przedsionkowego u 26% dzieci bez problemów z nauką oraz u 68% dzieci z problemami (Franco, Panhoca, 2008, s. 824).

Układ przedsionkowy a rozwój mowy

Prawidłowe funkcjonowanie układu przedsionkowego wiąże się z rozwojem mowy na kilka sposobów:

1. Bezpośrednio – poprzez pozycjonowanie krtani i języka, kontrolę mięśni odpowiadających za powstawanie mowy dźwiękowej (Odowska-Szlachcic, 2018, s. 104), oraz współkontrolę motoryki małej odpowiadającej za powstawanie mowy pisanej, synchronizację ruchów gałek ocznych, np. przy czytaniu lub przenoszeniu wzroku z książki na zeszyt, planowanie motoryczne w czynnościach mówienia, czytania i pisania oraz przetwarzanie i rozumienie języka (Odowska-Szlachcic, 2018, s. 105). Rozwijające się potrzeby językowe wiążą się ze wzrostem szybkości i precyzji ruchów narządów artykulacyjnych (Nip, Green, Marx, 2009, s. 7). Narządy równowagi i słuchu korzystają z tego samego nerwu – nerwu czaszkowego, co jeszcze bardziej podkreśla konieczność skutecznej integracji między tymi dwoma systemami sensorycznymi w aspekcie rozwoju mowy (Jodzis, 2013, s. 15).
2. Pośrednio – poprzez wzajemne oddziaływanie systemu przedsionkowego i zdolności motorycznych. Według J. Ayres system przedsionkowy odgrywa rolę wyjątkową jako spajający ze sobą informacje płynące z pozostałych narządów zmysłów. W efekcie zaburzenia jego prawidłowego rozwoju mogą prowadzić do późniejszych dysfunkcji, wiązanych *stricte* z funkcjonowaniem innych systemów zmysłowych (wzroku, słuchu), w tym rozwoju mowy dźwiękowej i pisanej, które na różnych etapach mogą przejawiać się w rozmaity sposób: jako ograniczenie gaworzenia u niemowlęcia, opóźniony rozwój mowy u dziecka w wieku przedszkolnym, problemy z posługiwaniem się ołówkiem, unikanie pisania, trudności z utrzymaniem wyrazów w linii i odwracanie liter w wieku szkolnym (Jodzis, 2013, s. 64), gubienie się w tekście podczas czytania (Odowska-Szlachcic, 2018, s. 105). Osoby z dysfunkcjami przedsionkowymi mają problemy z przetrzutnością wzroku (np.

przepisywaniem z tablicy) (Odowska-Szlachcic, 2018, s. 105), czytaniem, symultanicznym wykonywaniem różnych czynności (Hanes, Mccollum, 2006, s. 75), liczeniem wstecz oraz rozpoznawaniem numerów i obiektów, co jest konieczne do prawidłowego nazywania przedmiotów i liczb (Hitier, Besnard, Smith, 2014, s. 4; Mast i in., 2014, s. 2).

Coraz więcej badań wskazuje na integralny związek pomiędzy rozwojem poznawczym, w tym także rozwojem mowy, a rozwojem motoryki, który z kolei jest ściśle połączony z rozwojem systemu odbioru stymulacji przedsionkowej (Iverson, Fagan, 2004, s. 1064). Związek pomiędzy systemem wokalnym i motorycznym pojawia się bardzo wcześnie. Dziecięce wokalizacje charakteryzuje rytmiczna organizacja, obserwowana zarówno wewnątrz, jak i pomiędzy wypowiedziami (Iverson, Fagan, 2004, s. 1061). Gesty towarzyszące ekspresji wokalnej można zauważyć w okresie przed gaworzeniem (Ferronato, Domellöf, Rönqvist, 2014, s. 6), a nasilenie ich postępuje wraz z rozwojem umiejętności wokalnych (Iverson, Fagan, 2004, s. 1054). Istnieje także związek między rozwojem ścieżki wokalnej a aktywnością systemu manualnego. Synchroniczna gestykulacja towarzysząca wokalizacjom rozpoczyna się od 6 miesiąca i nasila się około 8, z rozwojem mowy. Około 16 miesiąca życia dzieci używają słowa lub gestu w celu określenia znaczenia obiektu, kompensując brak możliwości jego werbalnego wyrażenia ekwiwalentem motorycznym. Gesty i słowa używane są rozłącznie (jedynie 10% słów jest wyrażanych werbalnie i niewerbalnie) (Iverson, 2010b, s. 268). Wraz z postępującym rozwojem gesty są stopniowo zastępowane przez słowa. Integracja między systemem motorycznym i językowym powoduje wzajemną zwrotną facylitację – pobudzenie jednego układu aktywizuje również ten drugi (Iverson, 2010b, s. 270). Wokalizacje produkowane z koordynowanymi ruchami są zazwyczaj lepiej rozwinięte (Iverson, Fagan, 2004, s. 1053). Niemal wszystkie dzieci wokalizują w czasie oralnej eksploracji obiektu, a w tworzonych w tym czasie artykulacjach można zauważyć wiele spółgłosek (Iverson, 2010a, s. 240). Język związany jest z ciałem, w którym jest tworzony (Iverson, 2010a, s. 258). Kamienie milowe rozwoju mowy są związane z analogicznym rozwojem motorycznym, np. dziecko siedzące z podparciem zaczyna wokalizować pierwsze spółgłoski, bez podparcia (kiedy może swobodnie sięgać po okoliczne obiekty) przechodzi z głużenia w gaworzenie (Iverson, 2010a, s. 258). Gesty są ściśle związane z produkcją mowy zarówno u dzieci, jak i u osób dorosłych. Narratywy tworzone w sytuacji, gdy gesty są zakazane, w konsekwencji są mniej płynne; także niewidomi używają gestykulacji, kiedy mówią, nawet jeśli kierują swoją wypowiedź do osoby również niewidomej (Iverson, Fagan, 2004, s. 1053). Gesty są skoordynowane z mową, zarówno z treścią narracji, jak i z jej formą – rytmem, akcentem. U osób jaskających gesty są wstrzymywane do czasu aż jaskanie mija (Iverson, Fagan, 2004, s. 1053). Wczesne rozwojowe zaburzenia motoryki są predyktorem późniejszych dysfunkcji mowy w grupie dzieci zagrożonych autyzmem (Bhat, Galloway, Landa, 2012, s. 9). Ponieważ układ przedsionkowy umożliwia utrzy-

manie stabilnego oraz ostrego obrazu, kiedy głowa lub gałki oczne się poruszają, dzieci z zaburzeniami przedsionkowymi mają słabą dynamiczną ostrość czytania (Wiener-Vacher, Hamilton, Wiener, 2013, s. 3). Dyslektycy zgłaszają podczas czytania nieistniejące poruszenia obrazu (Reid, 2018, s. 58) oraz gubienie werśów (Odowska-Szlachcic, 2018, s. 105). System wizualny noworodka preferuje obiekty, które się poruszają, aktywując system przedsionkowy dzięki ruchom gałek ocznych i głowy. Dziecko chętnie skupia wzrok na oczach i poruszających się ustach opiekunów (Cieszyńska-Rożek, 2019, s. 75). Także u dzieci starszych obserwowane mówiącego rodzica sprzyja rozwojowi mowy, dzięki systemowi neuronów lustrzanych (Żylińska, 2013, s. 121). Dezorientacja przestrzenna utrudnia utrzymanie uwagi na zadaniach poznawczych (Hanes, Mccollum, 2006, s. 87).

Własna aktywność ruchowa nie jest wystarczającym ani koniecznym warunkiem nabywania mowy. Dzieci chorujące na rdzeniowy zanik mięśni (SMA), które nie mają możliwości samodzielnego eksplorowania otoczenia, są w stanie skutecznie nabyć zdolności językowe (Oudgenoeg-Paz, Rivière, 2014, s. 3). W takiej sytuacji środowisko oferuje dodatkowe mechanizmy kompensacyjne – rodzice noszą te dzieci, masują je, poruszają ich kończynami. Układ przedsionkowy nadal aktywizuje się niezależnie od tego, czy sprawcą zmiany położenia ciała w przestrzeni jest samo dziecko czy rodzic.

Cywilizacyjne zagrożenia rozwoju systemu przedsionkowego oraz integracji sensorycznej

Rozwój systemu przedsionkowego pozostaje w ścisłym związku z rozwojem pozostałych narządów zmysłów – dotykem, wzrokiem, słuchem, propriocepcją, a także z aktywnością motoryczną dziecka. Współpraca i współzależność systemów sensorycznych powoduje, iż czynnik oddziałujący na jeden system jednocześnie dotyka również pozostałych, a dysfunkcje rozwojowe odbioru stymulacji przedsionkowej pociągają za sobą nieprawidłowości w obrębie całej integracji sensorycznej. Ponieważ podstawowym motorem rozwoju układu nerwowego jest **stymulacja sensoryczna**, jej brak lub nadmiar jest jednym z poważniejszych źródeł dysfunkcji i nieprawidłowości w aspekcie tworzenia prawidłowej integracji, usprawniania poszczególnych systemów zmysłowych (w tym również przedsionkowego) oraz rozwoju zdolności poznawczych i mowy. W okresie od 2 miesiąca ciąży do 2 roku życia, kiedy prędkość powstawania nowych połączeń synaptycznych może sięgać 1,8 miliona na sekundę (Eliot, 2010, s. 43), brak takiej stymulacji może zaburzać ten rozwój lub co najmniej ograniczać. Przyrost liczby połączeń i złożoność sieci jest uwarunkowana napływającymi do mózgu informacjami, adekwatnymi do bieżącego poziomu rozwojowego (Maas, 2016, s. 25). Pierwsze lata życia dziecka są więc niezwykle istotne dla stworzenia solidnych fundamentów do rozwoju przez całe życie.

Cywilizacyjnymi czynnikami sprzyjającymi zaburzeniom integracji sensorycznej są wszystkie aspekty nowoczesności związane ze **zubożaniem lub przeładowaniem środowiska rozwojowego dziecka**. Stosunkowo nowe pojęcie *container baby syndrome*, czyli „syndrom dziecka w pojemniku” wiąże się z nadmiernym korzystaniem z akcesoriów dla dzieci (Plater, 2019). Narzędzia te zajmują uwagę dziecka, zapewniają mu bezpieczeństwo, dając rodzicowi niejednokrotnie niezbędną swobodę, ale również uwolnienie od poczucia winy związane z odmawianiem dziecku bliskości. Do tej grupy można zaliczyć akcesoria dla małych dzieci (foteliki, leżaczki, chodziki), multimedia (tablety, smartfony, telewizory) oraz rozmaite stereotypy kulturowe (np. nie powinno się nosić dziecka na rękach, bo się „przyzwyczai”). Pojęcie to można też rozszerzyć na dzieci starsze. Organizacja przestrzeni i życia społecznego w krajach rozwiniętych, brak bezpiecznych miejsc do eksploracji oraz zabawy wewnątrz i na zewnątrz domu, zmiana sposobu doświadczania przyrody (zespół braku kontaktu z naturą), wzorce spędzania wolnego czasu przed ekranem, duża liczba godzin nauki w szkole i domu, wirtualna komunikacja pozbawiona składnika niewerbalnego, ograniczenie do minimum konieczności wychodzenia z domu powodują, iż „pojemnikiem” staje się klasa szkolna, pokój dziecka i fotel przed komputerem. Możliwość odbioru prawidłowej ilości stymulacji sensorycznej wiąże się z interakcjami ze środowiskiem zewnętrznym i fizycznym kontaktem z otoczeniem. Ograniczenie możliwości motorycznych, eksploracyjnych i sensomotorycznych przy jednoczesnym przebodźcowaniu audiowizualnym to podstawowe efekty uboczne nowoczesnej cywilizacji, mające wpływ na prawidłową integrację sensoryczną i układ przedsionkowy.

Liczne badania wskazują na związek pomiędzy sprawnością motoryczną (ściśle uwarunkowaną dobrym wyczuciem balansu i równowagi) a umiejętnościami myślenia przestrzennego, obrotem figury w wyobraźni oraz rozumienia proporcji, które w znacznym stopniu opierają się na zdolności tworzenia reprezentacji wewnętrznej otaczającego świata i łączy się ze sprawnością pisania i czytania (Frick, Möhring, 2016, s. 8) oraz innymi zdolnościami poznawczymi, szczególnie przed rozpoczęciem okresu dojrzewania u młodzieży (van der Fels i in., 2015 s. 703).

Wiele badań wykazało systematyczne pogarszanie się zdolności motorycznych dzieci, szczególnie pod względem balansu i utrzymywania równowagi (Vandorpe i in., 2011, s. 386). Badania sprawności przeprowadzone w roku 2009 w Holandii wykazały, iż 21% dzieci dwunastoletnich ma problemy pod tym względem (Vandorpe i in., 2011, s. 378). Zaobserwowano również generalne pogorszenie wyników dzieci niemieckich: w roku 1974 około 16% dwunastolatków miało problemy motoryczne, w 2004 r. – 38% (Vandorpe i in., 2011, s. 379).

Przeprowadzone w roku 2013 w Portugalii badania dzieci w wieku 9–12 lat wskazują na korelację pomiędzy sprawnością motoryczną a poziomem osiągnięć szkolnych (Lopes i in., 2012, s. 14). Dzieci z deficytami motorycznymi miały

większą szansę na uzyskanie słabszych ocen. Dodatkową, niepokojącą informacją uzyskaną dzięki badaniu był fakt, że ponad 50% badanych dzieci przejawiało ewidentne zaburzenia sprawności motorycznej i żadne nie posiadało jej na naprawdę wysokim poziomie (portugalskie dzieci mają największy w Europie problem z otyłością) (Lopes i in., 2012, s. 16).

Ograniczenie stymulacji przedsionkowej i motorycznej rozpoczyna się bardzo wcześnie. Wspomniani, klasycznie rozumiany, *container baby syndrome* powstaje na skutek zespołu negatywnie oddziałujących na dziecko czynników, jest wywołany nadużywaniem akcesoriów ułatwiających opiekę nad dziećmi. To zespół problemów rozwojowych spowodowanych przez zbyt długi czas spędzany przez niemowlę „wewnątrz” takich typowych dziecięcych akcesoriów, jak fotelik, bujaczek czy chodzik (Plater, 2019). Konsekwencjami mogą być opóźnienia rozwoju: sensorycznego, motorycznego, poznawczego, społecznego, emocjonalnego, kręcz szyi (Plater, 2019) i syndrom płaskiej głowy (Graham, 2006, s. 119). Badania z roku 2013 wykazały, że na syndrom płaskiej głowy cierpi 46,6% dzieci w Kanadzie (Smith, 2019).

Najwcześniej pojawiający się problem dotyczy pozycjonowania małego dziecka. Prawidłowe umożliwi kontakt z otoczeniem adekwatnie do możliwości rozwojowych, pobudza do aktywności motorycznej, dotykowej i wzrokowej. Jednym z istotnych aspektów środowiska zewnętrznego jest pozycja, w jakiej niemowlę jest układane podczas snu i czasu aktywności. Dr B. Spock doradzał rodzicom układanie dzieci na brzuskach jako pozycję najbardziej sprzyjającą ich rozwojowi. Wraz z badaniami, które w 1992 r. wykazały związek pomiędzy układaniem niemowlęcia do snu w takiej pozycji a częstością syndromu nagłej śmierci łóżeczkowej, w wielu krajach rozpoczęła się oficjalna kampania na rzecz układania dziecka w pozycji na plecach (kampania „Back to sleep”) (Perz, Steinborn, 2010, s. 68). Przyniosła ona zamierzony skutek. Uświadomieni rodzice zaczęli układać swoje maluchy w pozycji na plecach, co faktycznie zmniejszyło odsetek przypadków nagłej śmierci łóżeczkowej. Niestety, okazało się, że takie kampanie, jak „Back to sleep” mają też swoje efekty uboczne. W badaniach z 1995 r. okazało się, że prawie 40% rodziców zalecenie dotyczące układania dzieci na plecach do snu zgeneralizowało również odnośnie wyboru pozycji układania dziecka w czasie aktywności, a nieomal 30% rodziców w ogóle zrezygnowało z pozycjonowania niemowląt na brzuchu (Pin, Eldridge, Galea, 2007, s. 858). Ogromna liczba badań wskazuje na to, że dzieci pozycjonowane na brzuchu w pierwszym półroczu życia szybciej osiągają kamienie milowe rozwoju niż dzieci pozycjonowane na boku lub na plecach, w zakresie umiejętności motorycznych, poznawczych i społecznych (Pin, Eldridge, Galea, 2007, s. 865). Różnica ta zazwyczaj wyrównuje się około 18 miesiąca życia, ale inne konsekwencje układania dzieci w pozycji wyłącznie na plecach (poza plagiocefalią – Graham, 2006, s. 119) nie są jeszcze dokładnie znane. Urozmaicenie pozycjonowania dziecka jest konieczne do prawidłowego stymulowania rozwoju, a pozycja na brzuchu ma ogromne znaczenie dla rozwoju umiejętności prawidłowego pozycjonowania głowy oraz wyczucia

grawitacji. W takim ułożeniu, starając się unosić głowę, dziecko ma większe możliwości pobudzania układu przedsionkowego, ćwiczenia mięśni szyi itp. (Pin, Eldridge, Galea, 2007, s. 862). Obecnie zaleca się układanie dziecka na plecach w czasie snu i na brzuchu w czasie aktywności (Graham, 2006, s. 121; Pin, Eldridge, Galea, 2007, s. 865). Nie wszystkie dzieci mogą cieszyć się ciągłym kontaktem z opiekunem. Aby zapewnić im bezpieczeństwo podczas fazy czuwania, powstało wiele urządzeń i akcesoriów służących do umieszczania dzieci w ich wnętrzu. W większości przypadków co najmniej krępują one ruchy dziecka, ograniczają pole widzenia, wymuszają nietypową dla wieku rozwojowego pozycję – pionową lub na plecach. Ograniczenie ruchowe i nienaturalne pozycjonowanie może wpływać negatywnie na integrację sensoryczną, myślenie przestrzenne, eksplorację otoczenia. Pozostawianie dziecka w „pojemniku” wiąże się z ograniczeniem czasu bezpośredniej interakcji z rodzicem, utrudniając proces nabywania mowy werbalnej i niewerbalnej.

Noworodki umieszczone w fotelikach samochodowych, szczególnie pod kątem 40 stopni i podczas ruchu, były narażone na niedotlenienie (Arya i in., 2017, s. 136). Zaleca się, aby małe dziecko nie przebywało w foteliku jednym ciągiem dłużej niż 30 minut, o ile nie jest pod stałą kontrolą. Według „Journal Pediatrics” z roku 2016 niemowlę spędza średnio 5–6 godz. dziennie w foteliku lub innym urządzeniu dla dzieci (Plater, 2019). Fotelik, który ma zapewnić bezpieczeństwo w pojeździe, z racji tego ogranicza ruch dziecka do minimum i zawęża jego pole widzenia, dlatego powinien być używany wyłącznie do transportu dziecka. Podobnie leżaczki – ogranicza możliwości motoryczne i zakres widzenia. Dziecko pozostawione na leżaczkę naprzeciwko włączonego telewizora nie ma wyboru – musi znosić sensoryczne przestymulowanie. Wysokie krzeselko – często wymusza pozycję nienaturalną dla obecnego wieku rozwojowego, ogranicza ruch oraz pole widzenia. Bujaczek, *bouncer*, huśtawka wiążą się z ryzykiem wypadku, ograniczeniem ruchowym, nienaturalnym doświadczeniem sensorycznym (Ruiz, 2018). Używanie chodzika również może narazić dziecko na wypadek, obciążenie niegotowych kończyn, brak prawidłowej integracji stymulacji przedsionkowej, ograniczenie ruchów i eksploracji, opóźnienie rozwoju motorycznego. Wbrew oczekiwaniom rodziców dzieci korzystające z chodzików zaczynają chodzić samodzielnie później niż dzieci poruszające się o własnych siłach (Talebian i in., 2008, s. 17). W Kanadzie zakazano produkcji i sprzedaży chodzików w roku 2004 (Woudstra, 2015).

Container baby syndrome, w aspekcie ograniczenia ruchu i stałego pozycjonowania, można odnieść również do problemu korzystania przez małe dzieci z multimedii. Telefony, tablety, telewizja, komputery pozycjonują dziecko w określony stały sposób, radykalnie ograniczając eksplorację, motorykę dużą oraz pole widzenia.

American Academy of Pediatrics w roku 2016 opublikowała statystyki, według których 92% amerykańskich dzieci w wieku 1 roku używało jakiegoś mobilnego urządzenia multimedialnego, niektóre zaczynając w wieku 4 miesięcy (Vulchanova, 2017, s. 1)! Pobłażliwość rodziców odnośnie wieku ekspozycji dzieci przed telewizorem wiąże się z ich przekonaniem o edukacyjnych walorach telewizji. Śred-

nia liczba słów wypowiedzianych przez rodzica do dziecka to 940 na godzinę. Przy włączonym telewizorze to 770 słów. Podczas nabywania mowy dzieci szczególnie chętnie przyswajają słowa podane znajomym głosem, w śpiewny, wyrazisty sposób (Bortfeld, Shaw, Depowski, 2013, s. 2–3). Ograniczenie werbalnego kontaktu z rodzicem spowodowane włączonym odbiornikiem może ten proces utrudniać. Dodatkową przesłanką znacznego ograniczenia czasu z ekranem jest fakt, że dzieci w wieku 4 lat rozumieją około 20% treści programu telewizyjnego (Vulchanova, 2017, s. 3). Ekspozycja na telewizję w wieku poniżej 3 lat może powodować obniżoną sprawność czytania w wieku 7 lat. Badania przeprowadzone w roku 2007 na grupie 1900 dzieci wykazały, że częsty kontakt z telewizją, nawet w towarzystwie rodziców, powodował opóźniony rozwój językowy (Vulchanova, 2017, s. 3). American Academy of Pediatrics zaleca, aby dziecko poniżej 2 roku życia nie miało żadnego kontaktu z telewizją (Vulchanova, 2017, s. 3).

Ekran eliminuje ruchy akomodacyjne i zawęża pole widzenia do niewielkiego odcinka. Na 20 sekund swobodnej percepcji wzrokowej przypada 40–100 ruchów mięśni oczu, 20 sekund czytania to 40–55 ruchów, a patrzenia na ekran – 5–7. Pole widzenia ekranu to 6–7 stopni, a swobodna eksploracja – 200 stopni (Cieszyńska-Rożek, 2019, s. 45). Bezruch oczu powoduje wzrost fal alfa oraz utratę aktywności wewnętrznej ze względu na zahamowanie aktywności zewnętrznej (Cieszyńska-Rożek, 2019, s. 46).

Badania własne

Celem przeprowadzonego badania było pilotażowe określenie poziomu wiedzy dotyczącej *container baby syndrome* wśród studentów. Badaniem objęto 45 studentek niestacjonarnych pedagogiki i dietetyki. Średnia wieku w grupie badanych wynosiła 24 lata. Badani otrzymali krótką ankietę z możliwością wielokrotnego wyboru w każdym twierdzeniu.

Tabela 1. Wyniki ankiety dotyczącej *container baby syndrome*

Twierdzenie	Możliwe odpowiedzi	%
Niemowlę powinno:	spędzać czas snu i czuwania głównie leżąc na brzuszku	0
	spędzać czas snu i czuwania głównie leżąc na plecach	30
	nie ma to żadnego znaczenia	5
	spędzać czas snu na brzuszku, a czas czuwania głównie na plecach	0
	spędzać czas czuwania głównie na brzuszku, a czas snu głównie na plecach	20
	układać się tak, jak ma na to ochotę	43

Tabela 1 (cd.)

Twierdzenie	Możliwe odpowiedzi	%
Zalety akcesoriów dla małych dzieci, takich jak: leżaczek, wózek, fotelik samochodowy etc. to:	dzięki pozycjonowaniu na plecach/w pionie umożliwiają dziecku lepszy kontakt z otoczeniem	39
	dzięki pozycjonowaniu na plecach/w pionie umożliwiają dziecku lepszy rozwój	9
	dzięki ograniczeniu niekontrolowanych przez rodziców ruchów dziecka, zapewniają mu bezpieczeństwo	45
	wzbogacają otoczenie dziecka, stymulując je poznawczo	36
	dają rodzicom poczucie bezpieczeństwa, kiedy nie mogą w danej chwili bezpośrednio zająć się dzieckiem	59
Chodziki dla niemowląt:	umożliwiają postawę pionową i lepszy kontakt z otoczeniem dzieciom, które jeszcze nie umieją same chodzić	27
	przyspieszają naukę chodzenia	48
	stymulują rozwój dzieci	25
	właściwie użytkowane są zupełnie bezpieczne	25
	są szkodliwe i hamują naturalny rozwój niemowlęcia	32
Negatywne działanie akcesoriów dla niemowląt, takich jak: chodziki, foteliki, wysokie krzeselka, bujaczki, leżaczki etc. to:	wygoda – rodzice mogą mniej czasu spędzać z dzieckiem, wiedząc, że mogą bezpiecznie zostawić je same	18
	niewielkie ryzyko wypadku	23
	zagrożenie plagiocefalią (syndrom płaskiej głowy)	2
	poważne ryzyko wypadku	25
	zaburzenia układu krążenia dziecka	0
	zaburzenia układu oddechowego	5
	ograniczenie naturalnego rozwoju	34
	ryzyko, że dziecko przyzwyczai się do urządzenia i będzie chciało spędzać w nim cały czas	32
	zaburzenia integracji sensorycznej	14
nie ma żadnych poważnych niebezpieczeństw związanych z używaniem akcesoriów dla dzieci	16	
Dziecko powinno korzystać z fotelika samochodowego jednym ciągiem, bez przerwy, nie dłużej niż:	2 godziny	36
	30 minut	9
	nie ma żadnych ograniczeń	11
	nie ma żadnych ograniczeń, jeżeli dziecko śpi w foteliku	7
	nie ma żadnych ograniczeń, jeżeli dziecko nie okazuje niezadowolenia	30

Twierdzenie	Możliwe odpowiedzi	%
	jak najczęstsze korzystanie z fotelika jest korzystne, gdyż dzieci często bez problemów w nim zasypiają	2
	jeżeli dziecko zasnęło w foteliku, nie należy go budzić, niezależnie od tego, ile czasu w nim spędzi	7
Dziecko w ogóle nie powinno korzystać z multimediiów (smartfon, telewizja, komputer):	dopóki nie nauczy się chodzić	0
	do ukończenia 2 roku życia	25
	nie ma takich ograniczeń, o ile korzystanie z takich urządzeń jest sporadyczne (np. w czasie zakupów czy kiedy rodzice są wyjątkowo zajęci)	30
	multimedia adresowane do małych dzieci (proste gry, filmy bez przemocy) nie są szkodliwe, mogą stymulować rozwój i dzieci mogą korzystać z nich w każdym wieku	48

Źródło: badania własne.

Jedynie 20% ankietowanych stwierdziło, że dziecko w czasie snu powinno być pozycjonowane na plecach, a w czasie czuwania na brzuchu. 39% badanych uważa, że dzięki akcesoriom dziecko ma lepszy kontakt z otoczeniem i otrzymuje lepszą stymulację poznawczą, co jest niezgodne z przedstawionymi powyżej danymi z badań. Niemal 60% studentek jest zdania, że akcesoria zapewniają dzieciom bezpieczeństwo, kiedy rodzice nie mogą się nimi zająć, co prezentuje ich nieświadomość dotyczącą zagrożeń związanych z pozostawianiem dziecka „pod opieką” np. chodzika lub fotelika samochodowego. Odnosnie chodzików – niemal 50% studentek stwierdziło, że przyspieszają one naukę chodzenia, 25% sądziło, że stymulują rozwój dzieci i są zupełnie bezpieczne. 32% zdawało sobie sprawę z tego, że chodziki mogą być niebezpieczne dla niemowlęcia. Znajomość związku pomiędzy akcesoriami a zaburzeniami układu krążenia, oddechowego czy plagiocfalii była znikoma (odpowiednio 0%, 5% i 2%). Na potencjalne ryzyko zaburzenia integracji sensorycznej wskazało 14% ankietowanych, a 34% osób było świadomych, iż mogą one w pewnym stopniu ograniczać lub spowalniać naturalny rozwój. Najpoważniejszym zagrożeniem związanym z pozostawianiem dzieci w akcesoriach było potencjalne ryzyko wypadku (w sumie 48%). Jedynie 9% studentek wiedziało, że optymalny czas ciągłego pobytu w foteliku to 30 minut. Tylko 25% ankietowanych zdawało sobie sprawę z tego, że dziecko nie powinno korzystać z multimediiów do ukończenia 2 roku życia, a prawie 50% uznało, że z tego rodzaju multimediiów, które są adresowane do małych dzieci, dzieci mogą korzystać w każdym wieku; 30% respondentów uważa podobnie, o ile kontakt dziecka z mediami jest sporadyczny.

Podsumowanie

Istnieje ścisły związek pomiędzy rozwojem systemu przedsionkowego i integracji sensorycznej a wielowymiarowym rozwojem człowieka, szczególnie rozwojem mowy. Nowoczesne technologie oraz styl życia przyczyniają się do powstawania rozwojowych dysfunkcji harmonijnego rozwoju dziecka. Szczególnie niepokojący jest niski poziom wiedzy w tym zakresie. Ze względu na wielkość badanej próby trudno wyciągać generalne wnioski dotyczące znajomości problemu w społeczeństwie, lecz w kontekście innych badań oczywista jest konieczność przeprowadzenia szerszych analiz oraz społecznego uświadamiania na temat znaczenia układu przedsionkowego w rozwoju dziecka oraz *container baby syndrome*.

Bibliografia

- Arya R., Williams G., Kilonback A., Toward M., Griffin M., Sidebotham P., Fleming P. (2017), *Is the infant car seat challenge useful? A pilot study in a simulated moving vehicle*, „Archives of Disease in Childhood – Fetal and Neonatal Edition”, s. 136–141.
- Ayres J. (2018), *Integracja sensoryczna a zaburzenia uczenia się*, Harmonia Universalis, Gdańsk.
- Banach E., Cybulski M., Krajewska-Kułak E. (2015), *Profilaktyka wad wymowy u dzieci do siódmego roku życia*, „Hygeia Public Health”, nr 50 (4), s. 566–571.
- Bartlett D. J., Kneale Fanning J. E. (2003), *Relationships of equipment use and play positions to motor development at eight months corrected age of infants born preterm*, „Pediatric Physical Therapy”, nr 15 (1), s. 8–15.
- Bhat A. N., Galloway J. C., Landa R. J. (2012), *Relation between early motor delay and later communication delay in infants at risk for autism*, „Infant Behavior & Development”, nr 35 (4), s. 838–846.
- Bieńkowska I. (2018), *Zaburzenia procesów regulacji integracji sensorycznej*, Wydawnictwo Scriptum, Kraków.
- Bortfeld H., Shaw K., Depowski N. (2013), *Disentangling the influence of salience and familiarity on infant word learning: methodological advances*, „Frontiers in Psychology”, nr 4, s. 1–6.
- Cieszyńska-Rożek J. (2019), *Neurobiologiczne podstawy rozwoju poznawczego. Wzrok*, Centrum Metody Krakowskiej, Kraków.
- Davis R. D. (2010), *Dar dysleksji*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań.
- Drabarek D., Kloze A., Szydłowska-Grajcar M. (2010), *Zaburzenie integracji sensorycznej jako problem zbyt rzadko zauważany przez specjalistów – na przykładzie 4,5-letniego dziecka*, „Pediatria i Medycyna Rodzinna”, nr 6 (3), s. 236–240.
- Eliot L. (2010), *Co tam się dzieje?*, Media Rodzina, Poznań.
- van der Fels I. M. J., Te Wierike S. C., Hartman E., Elferink-Gemser M. T., Smith J., Visscher C. (2015), *The relationship between motor skills and cognitive skills in 4–16 year old typically developing children: A systematic review*, „Journal of Science and Medicine in Sport”, nr 18 (6), s. 697–703.

- Ferronato P. A., Domellöf E., Rönqvist L. (2014), *Early influence of auditory stimuli on upper-limb movements in young human infants: an overview*, „Frontiers in Psychology”, nr 5, s. 1043.
- Franco E. S., Panhoca I. (2008), *Vestibular function in children underperforming at school*, „Brazilian Journal of Otorhinolaryngology”, nr 74 (6), s. 815–825.
- Frick A., Möhring W. (2016), *A Matter of Balance: Motor Control is Related to Children's Spatial and Proportional Reasoning Skills*, „Frontiers in Psychology”, nr 6, s. 20–49.
- Graham J. (2006), *Tummy Time is Important*, „Clinical Pediatrics”, nr 45, s. 119–121.
- Grzywniak C. (2013), *Dojrzałość neuropsychologiczna do szkolnego uczenia się dzieci sześciu- i siedmioletnich*, Wydawnictwo Scriptum, Kraków.
- Hanes D., Mccollum G. (2006), *Cognitive-vestibular interactions: A review of patient difficulties and possible mechanisms*, „Journal of Vestibular Research: Equilibrium & Orientation”, nr 16, s. 75–91.
- Hitier M., Besnard S., Smith P. F. (2014), *Vestibular pathways involved in cognition*, „Frontiers in Integrative Neuroscience”, nr 8, s. 59.
- Invernizzi P. L., Crotti M., Bosio A., Scurati R., Lovecchio N. (2018), *Correlation between Cognitive Functions and Motor Coordination in Children with Different Cognitive Levels*, „Advances in Physical Education”, nr 8, s. 98–115.
- Iverson J. M. (2010a), *Developing language in a developing body: the relationship between motor development and language development*, „Journal of Child Language”, nr 37 (2), s. 229–261.
- Iverson J. M. (2010b), *Multimodality in infancy: vocal-motor and speech-gesture coordinations in typical and atypical development*, „Enfance”, nr 3 (3), s. 257–274.
- Iverson J. M., Fagan M. K. (2004), *Infant Vocal-Motor Coordination: Precursor to the Gesture-Speech System?*, „Child Development”, nr 75 (4), s. 1053–1066.
- Jodzis D. (2013), *Dysfunkcje integracji sensorycznej a sprawność językowa dzieci w młodszym wieku szkolnym*, Harmonia Universalis, Kraków.
- Kołat N. (2014), *Zaburzenia przetwarzania sensorycznego u dzieci – diagnostyka i postępowanie*, „Nowa Pediatria”, nr 3, s. 97–102.
- Kranowitz C. S. (2011), *Nie-zgrane dziecko*, Harmonia Universalis, Gdańsk.
- Kreiviniene B. (2016), *Vestibular sensory dysfunction: neuroscience and psychosocial behaviour overview*, „Social Welfare: Interdisciplinary Approach”, nr 6 (2), s. 184–186.
- Lopes L., Santos R., Pereira B., Lopes V. (2012), *Associations between gross Motor Coordination and Academic Achievement in elementary school children*, „Human Movement Science”, nr 32 (10), s. 1016.
- Maas V. F. (2016), *Uczenie się przez zmysły*, Harmonia Universalis, Gdańsk.
- Mast F. W., Nora P., Matthias H., Luzia G. (2014), *Spatial cognition, body representation and affective processes: the role of vestibular information beyond ocular reflexes and control of posture*, „Frontiers in Integrative Neuroscience”, nr 8 (44), s. 1–14.
- Nip I. S., Green J. R., Marx D. B. (2009), *Early speech motor development: Cognitive and linguistic considerations*, „Journal of Communication Disorders”, nr 42 (4), s. 286–298.
- Odowska-Szlachcic B. (2018), *Integracja sensoryczna w autyzmie*, Harmonia Universalis, Gdańsk.
- Oudgenoeg-Paz O., Rivière J. (2014), *Self-locomotion and spatial language and spatial cognition: insights from typical and atypical development*, „Frontiers in Psychology”, nr 5 (521), s. 1–5.

- Perz S., Steinborn B. (2010), *Zespół nagłej śmierci niemowlęcia*, „Neurologia Dziecięca”, nr 19 (38), s. 65–73.
- Pin T., Eldridge B., Galea M. P. (2007), *A review of the effects of sleep position, play position, and equipment use on motor development in infants*, „Developmental Medicine & Child Neurology”, nr 49 (11), s. 858–867.
- Reid G. (2018), *Dysleksja. Podręcznik praktyka*, Harmonia Universalis, Gdańsk.
- Rogers C. (2010), *A review of childhood vestibular disorders*, „South African Family Practice”, nr 52 (6), s. 514–517.
- Siegel A., Burton R. (1999), *Effects of Baby Walkers on Motor and Mental Development in Human Infants*, „Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics”, nr 20, s. 355–361.
- Talebian A., Honarpishe A., Fakharian E., Mousavi G. (2008), *Do infants using baby walkers suffer developmental delays in acquisition of motor skills?*, „Iranian Journal of Child Neurology”, nr 2, s. 14–18.
- Vandorpe B., Vandendriessche J., Lefèvre J., Pion J., Vaeyens R., Matthys S., Philippaerts R., Lenoir M. (2011), *The KörperkoordinationsTest für Kinder: Reference values and suitability for 6–12-year-old children in Flanders*, „Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports”, nr 21, s. 378–388.
- Vulchanova M., Baggio G., Cangelosi A., Smith L. (2017), *Editorial: Language Development in the Digital Age*, „Frontiers in Human Neuroscience”, nr 11 (447), s. 1–7.
- Wiener-Vacher S. R., Hamilton D. A., Wiener S. I. (2013), *Vestibular activity and cognitive development in children: perspectives*, „Frontiers in Integrative Neuroscience”, nr 7 (92), s. 1–13.
- Żylińska M. (2013), *Neurodydaktyka. Nauczanie i uczenie się przyjazne mózgowi*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń.

Źródła internetowe

- Newsweek Polska (2014), *Coraz więcej dzieci zwolnionych z czytania, pisania, liczenia*, <https://www.newsweek.pl/polska/dysleksja-ile-dzieci-w-polsce-ma-uznana-dysleksje-newsweekpl/0fck5kn> (dostęp: 31.12.2019).
- Plater R. (2019), *Is Too Much Time in Strollers and Car Seats Harming Your Child's Development?*, <https://www.healthline.com/health-news/container-babies-face-health-issues-due-to-lack-of-movement> (dostęp: 31.12.2019).
- Ruiz E. (2018), *Container Baby Syndrome: 10 Things Doctors Say Cause It (And 10 Ways To Avoid It)*, <https://www.moms.com/container-baby-syndrome-10-things-doctors-say-cause-it-and-10-ways-to-avoid-it/> (dostęp: 31.12.2019).
- Smith K. (2019), *How restrictive baby equipment can hinder development*, <https://globalnews.ca/news/5045012/how-restrictive-baby-equipment-can-hinder-development/> (dostęp: 31.12.2019).
- Sobocińska R. (2007), *Dlaczego pomoc logopedy jest ważna*, Polski Związek Logopedów, <https://logopeda.org.pl/publikacja.php?id=67> (dostęp: 31.12.2019).
- Woudstra K. (2015), *Why Are Baby Walkers Banned in Canada?*, https://www.huffingtonpost.ca/2015/11/20/why-are-baby-walkers-banned-in-canada_n_8609678.html (dostęp: 31.12.2019).

Summary

Modern devices facilitating childcare, such as car seats, deckchairs, walkers, or multimedia devices – smartphones, tablets and television, in addition to performing the function for which they were created – ensuring the child's safety and keep their attention occupied, can also be the cause of some additional, unwanted consequences. Those side effects mostly concern movement restrictions, visual field limitations, maintaining position unnatural for the developmental stage, or reducing the number of verbal and non-verbal interactions with the parent. This is associated with potential disorders of developmental trajectories – delayed achievement of basic milestones, and with dysfunctions in forming of the correct sensory integration, maturation of the child's vestibular system and, as the further consequence – problems associated with the proper development of speech. The article attempts to analyze existing literature connected to the impact of vestibular system on proper language development and on the creation of a sensory integration. In addition, it concerns the problem of so-called container baby syndrome – a set of developmental threats associated with leaving a child for too long inside such baby accessories as car seats, deckchairs, walkers or with too early exposure to multimedia. The results of authors own research on knowledge among the students, about the dangers of abuse of positioning devices and multimedia in childcare were also presented.

CZEŚĆ V
VARIA

Anna Herud*

Grażyna Śmiech-Słomkowska**

CZYNNOŚCI FIZJOLOGICZNE JAMY USTNEJ

PHYSIOLOGICAL FUNCTIONS OF ORAL CAVITY

Słowa kluczowe: fizjologia jamy ustnej, oddychanie, połykanie, żucie.

Keywords: physiology of oral cavity, breathing, swallowing, mastication.

Zespół morfologiczno-czynnościowy wzajemnie współdziałających tkanek oraz narządów jamy ustnej tworzą całość czynnościową sterowaną przez ośrodkowy układ nerwowy. Składa się z elementów statycznych, jakimi są kośćiec szczęki i łuki zębowe oraz części dynamicznych: stawów skroniowo-żuchwowych, mięśni mimicznych, mięśni żwaczowych, mięśni języka oraz podniebienia miękkiego.

W jamie ustnej odróżniamy przedsionek i jamę ustną właściwą oddzielonych od siebie dwoma szeregami zębów górnych i dolnych. Przedsionek jamy ustnej ma kształt podkowiasty, a jama ustna właściwa – jajowaty. Błona śluzowa policzków i warg, przechodząc w błonę śluzową dziąseł, szczęki i żuchwy, tworzy u góry i u dołu zagięcie zwane sklepieniem przedsionka górnym i dolnym (Łasiński, 1985, s. 90–91).

Główne czynności jamy ustnej to pobieranie i żucie pokarmów, oddychanie i mowa (Juzwa, Pawłowski, 1981, s. 160–185). Oddychanie jest przede wszystkim czynnością jamy nosowej, ale to właśnie ono decyduje o ułożeniu żuchwy i języka. Udrożnienie jamy ustnej noworodka powoduje przemieszczenie żuchwy do dołu i odciągnięcie języka od tylnej ściany gardła. Powietrze może przedostać się przez nos do krtani, tchawicy i pęcherzyków płucnych. Noworodek może oddychać wyłącznie przez nos. Dzięki temu możliwy jest odruch ssania i połykanie pokarmu, które odbywają się jednocześnie z oddychaniem.

W czasie spokojnego oddychania żuchwa znajduje się w ułożeniu spoczynkowym, a między górnym i dolnym łukiem zębowym istnieje szpara spoczynkowa, która nie ulega zmianom w kolejnych okresach rozwoju osobniczego. Podczas

* Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, 92-213 Łódź, ul. Pomorska 251, e-mail: anna.herud@umed.lodz.pl, ORCID: 0000-0001-9182-5515.

** Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, 92-213 Łódź, ul. Pomorska 251, e-mail: grazyna.slomkowska@cskis.umed.pl

spokojnego trybu oddychania, wargi kontaktują się bez napięcia. Nasada języka dotyka podniebienia miękkiego, między grzbietem języka a podniebieniem twardym istnieje przestrzeń, wierzchołek języka układa się w okolicy brodawki przysiecznej za górnymi siekaczami. Podczas oddychania zaangażowany jest w tę czynność układ mięśniowy narządu żucia (wargi, język) oraz podniebienie, gdyż odpowiednio wysokie ciśnienie w jamie nosowej i jamach obocznych nosa może powstać tylko wtedy, gdy podczas wdechu będzie zamknięta jama ustna, wykluczając w ten sposób dostęp przez nią powietrza do płuc. Warunkiem oddychania przez nos, charakterystycznego dla oddychania w spoczynku, jest właściwe napięcie mięśni warg. W czasie mowy lub wysiłku fizycznego następuje przejściowe oddychanie z otwartymi ustami. Stałe rozwarcie ust powoduje utrwalenie dotychczasowej pozycji żuchwy i trwałe zaburzenie w działaniu antagonistycznych grup mięśni unoszących i opuszczających żuchwę. Niedoczynność warg, obserwowana klinicznie jako stałe rozwarcie ust, powoduje, że żuchwa obniża się i przesuwa do tyłu. Ułożenie języka na dnie jamy ustnej zaburza równowagę czynnościową między działaniem policzków i języka. Następuje zwężenie górnego łuku zębowego. Stałe otwarte usta powodują brak odpowiedniego ciśnienia atmosferycznego od strony jamy nosowej. Kształtuje się w ten sposób wysokie podniebienie.

Polykanie jest wrodzoną, odruchową czynnością. Wraz z oddychaniem oraz ssaniem jest odruchem ważnym dla zachowania życia. Występuje jako podświadome polykanie śliny i kęsa w czasie przyjmowania pokarmów oraz świadome polknięcie wykonane na polecenie, możliwe dzięki temu, że faza początkowa tej czynności podlega woli człowieka. Kiedy kęs dotknie cieśni gardła, polykanie odbywa się odruchowo, bez udziału woli.

Rozróżnia się dwa typy polykania: trzewny (niemowlęcy) u noworodka i niemowlęcia oraz dojrzały w okresie dziecięcym i u dorosłych. Cechami polykania trzewnego są: oddalenie żuchwy od szczęki, zwiększone napięcie mięśnia okrężnego ust, mięśni policzkowych i bródkowych, kontakt języka z błoną śluzową wargi dolnej, boczne brzegi języka dotykają błony śluzowej policzków. Koniuszek języka jest w stałym kontakcie z wargą dolną. Wprowadzenie do diety dziecka stałych pokarmów powoduje wykonywanie przez język złożonych ruchów. Małe dziecko podczas żucia przesuwa żuchwę w bok podczas otwierania ust i po powrotnym odprowadzeniu do linii pośrodkowej podczas kontaktu powierzchni zgryzowych zębów z kęsem (Budkiewicz, 1981, s. 155–156).

Na cykl żucia składa się ruch odwodzenia i przywodzenia żuchwy oraz ruchy boczne. W czasie dojrzałego polykania koniec języka opiera się o błonę śluzową podniebienia twardego za górnymi siekaczami, a żuchwa jest stabilizowana przez napięcie mięśni żwaczy, skroniowych i skrzydłowych. Wadliwemu sposobowi polykania towarzyszy wyraźna gra mięśni twarzy i warg, której nie ma przy prawidłowym polykaniu. W fazie gardłowej można zaobserwować ruch głowy do przodu tak, jakby w gardle była przeszkoda. Przed wyrośnięciem zębów przeciwwagę dla ruchów języka stanowią wargi i policzki. Po wyrośnięciu zębów

czynność mięśni języka różnicuje się. Organizuje się jego motoryka, zmniejsza się aktywność przedniego końca języka, a nasada pracuje aktywnie. Wiąże się to z dojrzałym mechanizmem połykania i rozwojem mowy.

Mowa jest odruchem nabytym. Pierwsze dźwięki wydawane są przy pomocy warg („p”, „b”). Z upływem czasu przybliżenie języka do podniebienia wraz z uaktywnieniem jego tylnej części oraz mięśni gardła są warunkiem prawidłowej wymowy. Ponadto prawidłowa artykulacja jest uwarunkowana prawidłową budową i czynnością narządów służących do pobierania pokarmów, połykania i oddychania. Wszystkie elementy narządu żucia: wargi, łuki zębowe, język, podniebienie twarde i miękkie, mięśnie i staw skroniowo-żuchwowy biorą udział w kształtowaniu ruchowych mechanizmów mowy. Rola uzębienia i mięśni narządu żucia polega na możliwości podziału dźwięków opartych na współdziałaniu warg i końca języka z zębami siecznymi, trzonu języka z podniebieniem twardym i nasady języka z podniebieniem miękkim.

Główną właściwością decydującą o funkcjonowaniu całego organizmu jest zdolność przystosowania się do zmiennych warunków otoczenia w taki sposób, że podstawowe wielkości fizjologiczne utrzymywane są we względnie stałych granicach.

Cechy morfologiczne i czynnościowe występują zmiennie w poszczególnych okresach życia osobniczego. Wraz z przechodzeniem ustroju z jednego do drugiego okresu rozwojowego, przemianom ulegają również czynności składające się na pobieranie i przygotowanie pokarmów do połknięcia oraz czynności związane z połykaniem i mową. Dlatego w każdym okresie rozwojowym przyjmuje się taki zespół cech anatomicznych twarzy i narządów jamy ustnej, który współlistnieje z najlepszym stanem sprawności w zakresie oddychania i mowy oraz pobierania i przygotowania pokarmów do dalszego trawienia w żołądku.

Organizm reaguje na bodźce zewnętrzne na ogół w taki sposób, że reakcje te odpowiadają w sposób optymalny potrzebom organizmu. Zachwianie mechanizmów adaptacyjnych prowadzi do zmian czynności fizjologicznych, a te do zmian anatomicznych. Moss przedstawił teorię wyjaśniającą ten mechanizm (Moss, 2007). Przykładowo u dzieci stale oddychających przez usta w wyniku zablokowania dróg oddechowych przerostem migdałka gardłowego zauważa się długie twarze i małe żuchwy (Linder-Aronson, 1970). Kąt nachylenia żuchwy z kolei zmniejsza się po zabiegu adenoidektomii (Nascimento *do i in.*, 2018). Konsystencja spożywanych pokarmów również może mieć wpływ na aktywność mięśni żucia, a także wzrost i struktury kostne (Varrela, 2006). Ważne jest więc, by w rozwijającym się organizmie zabezpieczyć prawidłowe funkcje jamy ustnej, a jeśli już występuje dysfunkcja, to skutecznie ją niwelować. Mioterapia w obrębie jamy ustnej przywraca właściwe spoczynkowe położenie języka oraz poprawia jego czynność podczas połykania i mowy (Dyck van *i in.*, 2016), natomiast aparaty ortodontyczne poszerzają podniebienie i zwiększają przestrzeń dróg oddechowych (Danaei *i in.*, 2018).

W terapii dysfunkcji liczy się przede wszystkim dobra diagnostyka pacjenta oraz współpraca interdyscyplinarna.

Bibliografia

- Budkiewicz A. (1981), *Statyka i dynamika żuchwy*, [w:] *Fizjologia narządu żucia: podręcznik dla studentów stomatologii*, red. O. Grosfeldowa, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa, s. 155–156.
- Danaei S., Ajami S., Etemadi H., Azadeh N. (2018), *Assessment of the effect of maxillary protraction appliance on pharyngeal airway dimensions in relation to changes in tongue posture*, „Dental Research Journal”, May–June, (15) 3, s. 208.
- van Dyck C., Dekeyser A., Vantricht E., Manders E., Goeleven A., Fieuids S., Willems G. (2016), *The effect of orofacial myofunctional treatment in children with anterior open bite and tongue dysfunction: a pilot study*, „European Journal of Orthodontics”, June, (38) 3, s. 227–234.
- Juzwa E., Pawłowski Z. (1981), *Czynność fizjologiczna z udziałem narządu żucia*, [w:] *Fizjologia narządu żucia: podręcznik dla studentów stomatologii*, red. O. Grosfeldowa, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa, s. 160–185.
- Linder-Aronson S. (1970), *Adenoids their effect on mode of breathing and nasal airflow and their relationship to characteristics of the facial skeleton and the dentition. A biometric, rhinomanometric and cephalometro-radiographic study on children with and without adenoids*, Almqvist & Wiksell, Networked Digital Library of Theses & Dissertations, Uppsala.
- Łasiński W. (1985), *Anatomia głowy dla stomatologów*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa, s. 90–91.
- Moss M. L. (2007), *The differential roles of periosteal and capsular functional matrices in orofacial growth*, „European Journal of Orthodontics”, April, Supplement 1, vol. 29, s. 96–101.
- Nascimento do R. R., Masterson D., Trindade Mattos C., Vasconcellos Vilella de O. (2018), *Facial growth direction after surgical intervention to relieve mouth breathing: a systematic review and meta-analysis*, „Journal of Orofacial Orthopedics / Fortschritte der Kieferorthopädie: Official Journal of the German Orthodontic Society / Offizielle Zeitschrift der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie”, November, 79 (6), s. 412–426.
- Travers J. B., Travers S. P., Chrystian J. M. (2015), *Chapter 88: Physiology of the Oral Cavity*, [w:] *Cummings otolaryngology: head and neck surgery*, vol. 1, 6th ed., Elsevier/Saunders, Philadelphia, s. 1281–1297.
- Varrela J. (2006), *Masticatory Function and Malocclusion: A Clinical Perspective*, „Seminars in Orthodontics”, June, (12) 2, s. 102–109.
-

Summary

Oral cavity is the organ where all functions important for the body take place. Oral cavity is responsible for breathing, speech and food intake, which depending on stage of development, is suckling or mastication. The improvement of these functions comes with neuromuscular development of muscles building and surrounding oral cavity and with gradual development of dentition. There are structures mutually dependent and these are lips, cheeks, tongue, floor of the mouth, palate, pharynx, masticatory muscles, facial muscles and inner and outer tongue muscles. All listed structures play role in physiological functions of oral cavity, and oral cavity dysfunction affects the changes in the stomatognathic organ.

Helena Liwo*

INTERDYSCYPLINARNOŚĆ JAKO KONIECZNOŚĆ W TEORII I PRAKTYCE SURDOLOGOPEDYCZNEJ

INTERDISCIPLINARITY AS A NECESSITY IN THEORY
AND PRACTICE OF SURDOLOGOPAEDICS

Słowa kluczowe: surdologopedia, procedura implantowania, interdyscyplinarność.
Keywords: surdologopaedics, cochlear implantation procedure, interdisciplinarity.

Wprowadzenie

Złożona natura komunikacji językowej w wyrazisty sposób zaznacza się w obszarze związanych z nią zaburzeń, stawiając jej badaczy i praktyków przed koniecznością podjęcia wielowymiarowej refleksji nad kondycją osoby z niepełnosprawnością mowy. Analiza ta jest związana zarówno z teoretycznym wymiarem zaburzeń, jak i praktyką logopedyczną, obejmującą zróżnicowane aspekty diagnozy oraz terapii logopedycznej. Rozległość tego obszaru wymaga nieustannego sięgania do zasobów wiedzy z dziedzin związanych z logopedią, często odmiennych w wymiarze paradygmatycznym i metodologicznym. Stanowi to z jednej strony atut logopedii, przyczyniając się do wielorakiej analizy zaburzeń komunikacji językowej. Z drugiej natomiast może powodować jej rozproszenie poznawcze i terapeutyczne, polegające na rekonstruowaniu sposobów poznania oraz metod wypracowanych w innych dziedzinach i czyniąc z nich chaotyczny pakiet pomocowy, niefrasobliwie wykorzystywany w obszarze terapii zaburzeń mowy. Interdyscyplinarna w swojej proweniencji logopedia skłania więc do namysłu nad koniecznością i skutecznością tej wieloaspektowej orientacji.

Różnorodność obszarów koniecznych do opisu teoretycznego i konstruowania działań praktycznych związanych z zaburzeniami mowy ma szczególne odniesienie do surdologopedii. Podmiotem tej subdyscypliny jest osoba niesłysząca,

* Ateneum – Szkoła Wyższa w Gdańsku, Wydział Studiów Edukacyjnych, 80-802 Gdańsk, ul. 3 Maja 25A, e-mail: helenaliwo@gmail.com, ORCID: 0000-0003-0192-737X.

zaś przedmiotem – zagadnienie kreowania i doskonalenia w jej umyśle komunikatywnego języka. Uszkodzenie narządu słuchu ogranicza dostęp do fonicznej warstwy języka, co utrudnia niesłyszącemu zarówno jego naturalną akwizycję, jak i sprawne wykorzystanie języka w różnych kontekstach: komunikacyjnych, poznawczych i społecznych. Deficyty języka obejmują więc sprawności systemowe w zakresie jego fonologii, morfologii i semantyki, a także sprawności komunikacyjne związane z jego adekwatnym użytkowaniem społecznym, sytuacyjnym i pragmatycznym. W konsekwencji osoba niesłysząca postrzegana jest w społeczeństwie słyszącym jako inna, obca czy gorsza, co utrwała społecznie funkcjonujący stereotyp głuchoniemego.

Skok cywilizacyjny w dziedzinie audiologii, który dokonał się na przestrzeni ostatnich kilkudziesięciu lat, a jakim jest protezowanie słuchu za pomocą implantów słuchowych, ugruntował konieczność postępowania interdyscyplinarnego w terapii osób z uszkodzeniem słuchu. Jego egzemplifikacją jest procedura implantowania, uwzględniająca działania medyczne, technologiczne, pedagogiczne i logopedyczne w przewycięzaniu zarówno samej wady słuchu, jak i jej konsekwencji językowych, poznawczych i społecznych. Te efekty implantowania potwierdzają wyniki badań dotyczące poziomu funkcjonowania słuchowego i językowego po użytkowaniu implantu ślimakowego. Ukazują zarówno znaczące postępy w rozwoju umiejętności słuchowych i językowych u dzieci prelingwalnie niesłyszących, jak i spektakularne zazwyczaj ich odzyskiwanie u osób, które utraciły je w późniejszym okresie, w szczególności u dorosłych osób z głuchotą postlingwalną. W obu sytuacjach implantowanie przyczynia się do podniesienia jakości życia osoby niesłyszącej.

Procedura implantowania urealnia więc ideę interdyscyplinarności w sferze logopedii. Jest wspólną przestrzenią łączącą zdawałoby się odmienne dziedziny na rzecz poprawy kondycji osoby niesłyszącej. Obszar medyczno-technologiczny i językowo-pedagogiczny uzupełniają się wzajemnie – zarówno w wymiarze teoretycznym, jak i praktycznym. Czy jednak konsolidacja ta jest symetryczna, czy też zauważyć można dysproporcję przesuwającą punkt ciężkości w stronę sfery medycznej? Kwestia ta wymaga z pewnością zastanowienia.

Pułapki interdyscyplinarności w obszarze logopedii

Rys interdyscyplinarności wyraziście zaznacza się w obszarze logopedii. Przedmiot jej zainteresowania stanowią w głównej mierze zaburzenia komunikacji językowej, których zarówno teoretyczny, jak i praktyczny wymiar wymagają wieloaspektowej dociekliwości poznawczej. Ta zaś kieruje badaczy i praktyków w stronę dziedzin jej pokrewnych, niezbędnych do dogłębnego wnikięcia w istotę zaburzeń mowy oraz sposoby ich terapii. Obszar ten tworzą nauki medyczne, językoznawstwo, nauki społeczne, w tym pedagogika, psychologia czy – wydawałoby

się odległa im – filozofia. Do całościowego odczytania złożonej kwestii zaburzeń mowy niezbędna jest bowiem w równym stopniu wiedza dotycząca biomedycznych mechanizmów ich powstawania, lingwistycznych i edukacyjnych sposobów ich terapii oraz refleksja nad naturą fenomenu niepełnosprawności mowy.

Logopedia więc, z racji tej wielowątkowości, skazana jest na interdyscyplinarność. Jednakże kierunek ten może okazać się zdradliwy. Odmienność epistemologiczna powiązanych z logopedią dziedzin może skutkować brakiem wspólnego pola paradygmatycznego, a tym samym pojawieniem się pustki międzydyscyplinarnej (por. Michalik, 2015, s. 39). Nietrudno wówczas o zawłaszczenie pojęć, metod, koncepcji innej dyscypliny, co Leszek Koczanowicz nazywa rabunkowym modelem interdyscyplinarności. Może też, jak w modelu butikowym, stanowić fałszywą jakość, której podstawą są „niemiarodajne wyniki badań dające pozorną głębię banalnym tezom” (Koczanowicz, 2011, s. 38–39, za: Michalik, 2015, s. 39–40).

Wieloaspektowa perspektywa logopedii implikuje zatem zróżnicowanie wchodzących w jej obszar baz poznawczych. Pojawia się więc problem ustalenia jej paradygmatu. Paradygmat traktowany jest w tym przypadku jako „matryca dyscyplinarna” zawierająca akceptowane wzory praktyki naukowej ukierunkowujące określoną konwencję w prowadzeniu badań (Kuhn, 2001, s. 34). Tym samym „kieruje sposobem patrzenia na świat uczonego” (Chalmers, 1993, s. 129), umożliwiając znamienne dla danej dziedziny zdefiniowanie badanych pojęć i dobór sposobów ich rozwiązywania. Ujawnienie charakteru paradygmatu wiąże się więc z wiarą w określoną naturę świata, czego wyrazem jest pozytywistyczny obiektywizm lub humanistyczny subiektywizm (zob. Liwo, 2014). Ten dualizm poznawczy skutkuje odmiennym ukierunkowaniem strategii podejmowanych badań. Z jednej strony jest to analityczno-empiryczny wzorzec czerpany z nauk przyrodniczych, jakimi są strategie ilościowe, z drugiej zaś – wzorzec hermeneutyczno-interpretacyjny, wywodzący się z nauk humanistycznych, egzemplifikujący się w strategiach jakościowych (por. Palka, 2006, s. 61–63).

W tym kontekście trudności metodologiczne logopedii są wynikiem rozziwu paradygmatycznego wynikającego z jej uwikłań w dziedziny medyczne, lingwistyczne i społeczne, z których każda kieruje się swoistymi regułami prowadzenia badań. Naturę zaburzeń mowy można bowiem rozpatrywać zarówno z punktu widzenia jednostkowego fenomenu, jak i zjawisk o charakterze uniwersalnym, co ma wpływ na strategię podejmowanych badań. Wyjściem więc może stać się metodologiczna konsolidacja, którą stanowią między innymi strategie komplementarne. Polegają one na całościowym łączeniu metod ilościowych i jakościowych, wywodzącym się z przeświadczenia o braku typologicznie czystych badań empirycznych w dziedzinie nauk społecznych (Malewski, 1997, s. 22). Do takich nauk zaliczyć można również logopedię. Komplementarność pozwala więc eliminować niedostatki zarówno badań ilościowych, jak i jakościowych, a w konsekwencji uzyskać wielowymiarową wiedzę o badanej rzeczywistości społecznej (zob. Liwo, 2014).

Łączenie tak opozycyjnych metod może stać się jednak kuszącą, ale iluzoryczną perspektywą. Według Davida Silvermana gromadzenie w ten sposób danych różnej proveniencji nie prowadzi, jak mogłoby się zdawać, do uzyskania pełnego obrazu badanego zjawiska i wyprowadzania prawd ogólnych, a jedynie zaciemnia i komplikuje plan badawczy. Celem badawczej koniunkcji powinno być zatem raczej poszerzenie i pogłębienie analizy, a nie osiągnięcie owej złudnej obiektywności, wspartej przeświadczeniem o istnieniu „ostatecznej rzeczywistości” (Silverman, 2010).

Interdyscyplinarność może się więc stać pułapką nie tylko w wymiarze teoretycznym (paradygmatycznym i metodologicznym), lecz także w praktycznej domenie logopedii. Zagubienie w wielości rozbieżnych ścieżek prowadzących do zrozumienia przyczyn i objawów zaburzeń mowy uniemożliwia logopedzie podjęcie odpowiednich działań diagnostyczno-terapeutycznych, a w konsekwencji udaremnia efektywność samej terapii. Logopeda staje się nierzadko omnibusem terapeutycznym, operującym czy dostosowującym fragmentarycznie metody terapii czerpane z innych dziedzin do napotykanym w pracy zawodowej przypadków zaburzeń mowy. Ten swoisty „pidgin” terapeutyczny powoduje jego frustrację zawodową, mającą wpływ na niezadowolenie osób współuczestniczących w procesie terapeutycznym, a więc pacjentów i ich rodzin. Wspomniane sytuacje można obserwować właściwie na wszystkich polach logopedii, dotyczących zarówno niewielkich dysfunkcji artykulacyjnych, jak i głębokich zaburzeń komunikacji językowej.

Szczególnym obszarem, który podejmuje wyzwanie interdyscyplinarności, jest surdologopedia. Subdyscyplina ta w sposób niezwykle wyrazisty łączy aspekty medyczne, pedagogiczne, logopedyczne czy filozoficzne związane z językową kondycją osoby z niepełnosprawnością słuchu. Wątek ten stanowi treść kolejnej części artykułu.

Interdyscyplinarne aspekty surdologopedii

Interdyscyplinarny charakter surdologopedii wyznaczany jest przez jej podmiot i przedmiot. Podmiotem tym jest osoba niesłysząca, zaś przedmiotem – zagadnienie kreowania w jej umyśle komunikatywnego języka. Obszar surdologopedii wymaga zatem orientacji w różnorodnych aspektach sytuacji językowej jednostki z niepełnosprawnością słuchu. Tworzą go cztery wzajemnie współdziałające ze sobą dziedziny. Pierwsza z nich dotyczy sfery medycznej, odnoszącej się do fizjopatologii procesu komunikacji opartego na funkcjonowaniu narządów: słuchu, mowy oraz głosu. Obejmuje ona audiologię i foniatrię (por. Pruszewicz, Obreńbowski, 2019, s. 13). Związki audiologii, w tym pedoaudiologii z surdologopedią, są niezwykle ścisłe, bowiem początkowa diagnoza wady słuchu i jej późniejsze monitorowanie, będące domeną audiologii, ma bezpośredni

wpływ na rozwój umiejętności językowych niesłyszącego. Wśród mechanizmów nabywania języka dźwiękowego narząd słuchu odgrywa wiodącą rolę, stanowiąc bazę przyswajania dźwięków mowy. Ubytek słuchu uniemożliwia odbiór pełnego zakresu dźwięków mowy, niezbędnego do późniejszego budowania podsystemu leksykalnego i morfologicznego oraz użycia go w językowych interakcjach (Liwo, 2019, s. 98). Konsekwencją tego braku jest niedokształcenie rozwoju mowy, charakteryzujące się opóźnieniem w kształtowaniu się podsystemów języka (Mierzejewska, Emiluta-Rozya, 1997, s. 40). Zakres zaburzeń, ich głębokość oraz przesunięcie czasowe poszczególnych etapów rozwojowych wykazują duże zróżnicowanie związane z czynnikami osobniczymi, w tym ze stopniem ubytku słuchu oraz, w nie mniejszym stopniu, uwarunkowaniami zewnętrznymi, środowiskowymi (zob. Krakowiak, 1994; Kurkowski, 1996; Trochymiuk, 2001; Ostapiuk, 1997). Niebagatelne znaczenie ma w tym przypadku moment utraty wady słuchu, determinujący możliwości w nabywaniu języka i ukierunkowujący postępowanie terapeutyczne w tej sferze. Z kolei obserwowane często dysfunkcje fonacyjne, a także charakterystyczne cechy głosu niesłyszących wymagają zazwyczaj zastosowania odpowiednich metod i technik terapeutycznych, łączących działania foniatryczne i logopedyczne.

Biorąc pod uwagę przedmiot surdologopedii, dziedziną ściśle z nim powiązaną jest językoznawstwo. Znajomość norm dotyczących budowy systemu językowego jest niezbędna do sprawnego diagnozowania i prognozowania terapeutycznego. Szczególną uwagę zwraca się w tym przypadku na podsystem fonologiczny, w mniejszym lub większym stopniu ograniczony u niesłyszącego ze względu na dysfunkcje w zakresie percepcji dźwięków mowy.

Innym obszarem powiązaniem z surdologopedią jest z pewnością pedagogika, w szczególności pedagogika specjalna. Znajomość mechanizmów uczenia się, a także metod i zasad postępowania w kształceniu językowym niesłyszących jest nieodzowna zarówno w teoretycznym konstruowaniu programu stymulowania umiejętności komunikacyjnych, jak i jego praktycznej realizacji. Konieczne staje się uwzględnianie możliwości i umiejętności niesłyszącego na danym etapie rozwojowym, odmiennych w przypadku osób z głuchotą pre-, peri- i postlingwalną. Równie istotna jest znajomość prawidłowości rozwojowych oraz ich dysfunkcji dotyczących nie tylko sfery języka, lecz także sfer jej pochodnych: poznawczej, emocjonalnej i społecznej. Te ostatnie są domeną psychologii, w tym psychologii klinicznej czy psycho- i socjolingwistyki.

Jak już wspomniano, proces kształcenia języka fonicznego u osób niesłyszących wymaga zarówno wnikliwej diagnozy wady słuchu, jak i zastosowania skutecznych urządzeń wspomagających słyszenie. Problematyka dotycząca współczesnych technologii audiologicznych stanowi z pewnością istotny obszar surdologopedii. Bazą innowacyjności są w tym przypadku dziedziny akustyki i elektroniki. Postępy obu z nich, egzemplifikowane nowoczesnymi protezami słuchowymi, w szczególności implantami słuchowymi, umożliwiają

niesłyszącemu odbudowywanie funkcji słuchowych i językowych. Bezspornie zatem znajomość aspektu protetycznego jest koniecznością dla efektywnej pracy surdologopedii.

Ukazana kontekstowość surdologopedii nie wyczerpuje całości zagadnień jej interdyscyplinarności. Należałoby bowiem wziąć pod uwagę zarówno inne specjalności związane ze sferą medyczną, które odnoszą się do diagnostyki i terapii osoby niesłyszącej, jak i szeroki obszar nauk społecznych, zajmujących się edukacyjną i poznawczą kondycją niesłyszącego. Wśród nich należy wymienić genetykę, pediatrię czy – co można odnotować coraz częściej – geriatrię. Mając też na względzie problem sprzężenia wady słuchu z innymi dysfunkcjami, konieczne jest uwzględnianie takich specjalności, jak neurologia i fizjoterapia.

W samym natomiast obszarze logopedii można wykazać powiązania interdyscyplinarne surdologopedii z dziedzinami wczesnej interwencji logopedycznej, oligofrenologopedii czy gerontologopedii. O nasileniu tej „wewnętrznej” interdyscyplinarności świadczy codzienna praktyka surdologopedyczna, której zadania i zakres wykraczają poza dotychczasowe schematy terapii niesłyszących. Coraz częściej zainteresowania surdologopedii kierowane są w stronę osób starszych, których umiejętności audytywne, a co za tym idzie, kondycja językowa, wraz z wiekiem stają się w mniejszym lub większym stopniu upośledzone. Ta nowa grupa docelowa wymaga zastosowania specyficznych metod terapeutycznych, często odmiennych od dotychczasowych, a będących domeną postępowania wobec dzieci i młodzieży niesłyszącej. Obserwuje się zatem stale wzrastającą liczbę pacjentów starszych podejmujących wyzwanie reedukacji słuchowo-językowej¹. Surdologopedia wieku podeszłego staje się więc niezaprzeczalnym faktem.

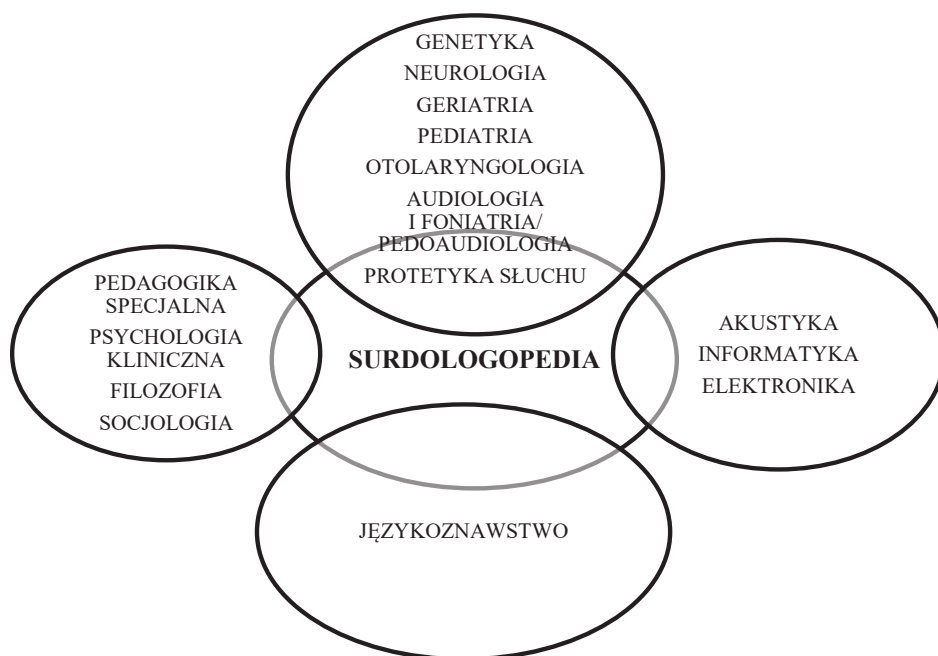
Istotną kwestią powiązań dyscyplinarnych surdologopedii jest jej perspektywa filozoficzno-edukacyjna. Ma ona odniesienie do postrzegania niesłyszącego jako podmiotu surdologopedii, który można rozpatrywać w dwóch kontekstach. Pierwszy z nich to kontekst racjonalności, w powiązaniu z którym głuchy jest osobą niepełnosprawną, obciążoną brakiem, jaką jest wada słuchu, w mniejszym lub większym stopniu wykluczającym go ze środowiska słyszących. Jest on też

¹ Informacji dotyczących zwiększającej się liczby osób starszych korzystających z pomocy surdologopedycznej dostarczają zarówno dane literaturowe, jak i obserwacje z własnej praktyki zawodowej w Specjalistycznym Ośrodku Diagnostyki i Rehabilitacji PZG w Gdańsku. Głębokie zaburzenia słuchu u osób starszych coraz częściej podlegają leczeniu operacyjnemu za pomocą implantów ślimakowych. Efektywność zabiegu jest współzależna z reedukacją umiejętności słuchowych i językowych osoby implantowanej, co wymaga jej uczestnictwa w indywidualnych i grupowych zajęciach logopedycznych oraz psychologicznych. Rosnąca liczba pacjentów podejmujących to wyzwanie i systematycznie je kontynuujących może być wyrazem rangi tego problemu, a zarazem ukierunkowywać działania surdologopedyczne na opiekę językową nad osobą starszą.

jednostką niezależną w swojej odmienności poprzez kulturę i swoisty dla siebie język migowy, kreując tym samym emancypacyjny fenomen głuchoty.

Drugi z kontekstów to działania surdologopedyczne, zależne od prezentowanej przez terapeutę perspektywy myślenia o niesłyszącym podmiocie. Implikuje to z jednej strony nurt normatywno-terapeutyczny związany z metodami oralnymi, z drugiej zaś interpretacyjno-krytyczny, ukierunkowany na kulturowo ugruntowaną w środowisku głuchych ścieżkę języka migowego. Konsekwencją dla codziennej praktyki surdologopedycznej staje się więc dualizm racjonalno-terapeutyczny, egzekwujący określony sposób postępowania logopedy. Wydaje się, że zostaje on przełamany przez współczesne osiągnięcia w dziedzinie technologii medycznych, jakimi są implanty słuchowe. Związane z tym zrewolucjonizowanie protetyki słuchu umożliwiło reorientację dotychczasowego modelu działań surdologopedycznych. Jedną z nowoczesnych protez, wykorzystywaną przede wszystkim w leczeniu głębokich niedosłuchów odbiorczych, jest implant ślimakowy. Zastosowana tu procedura stanowi bez wątpienia wyrazisty przykład postępowania interdyscyplinarnego w obszarze surdologopedii.

Przedstawione konteksty dyscyplinarne surdologopedii zobrazowano na rysunku 1.



Rysunek 1. Powiązania surdologopedii z dyscyplinami pokrewnymi

Źródło: opracowanie własne.

W kierunku interdyscyplinarności – procedura implantowania

Współczesne możliwości poprawy kondycji słuchowej u osób głęboko niesłyszących są związane z procedurą implantowania. Jej punktem centralnym jest nowoczesna proteza słuchu – implant ślimakowy. Jego działanie polega na akustyczno-elektrycznej stymulacji nerwu słuchowego z pominięciem uszkodzonej części wewnętrznej narządu słuchu, dzięki czemu pobudzone zostają centralne ośrodki słuchowe. W rezultacie niesłyszący ma możliwość odbioru różnorodnych wrażeń słuchowych w sposób analogiczny do osoby słyszącej.

Procedura implantowania jest wielospecjalistycznym i długoterminowym procesem, obejmującym kwalifikację do zabiegu, samą operację wszczęcia implantu oraz rehabilitację pooperacyjną. Zróżnicowanie działań w obrębie procedury, a także ich wzajemne powiązania świadczą o ich interdyscyplinarnym statusie. Kompleksowość zabiegów medycznych i technologicznych oraz pedagogicznych, logopedycznych i psychologicznych jest bowiem niezbędna do uzyskania przez niesłyszącego jak największych korzyści z tej zaawansowanej protezy słuchu.

Początek procesu implantowania wymaga wnikliwej wielospecjalistycznej diagnozy będącej podstawą kwalifikacji do zabiegu wszczęcia implantu. Określa się w tym celu intra- i intersubiektywne kryteria determinujące decyzję o implantowaniu (zob. Skarżyński, 2010, s. 571). W kryteriach tych bierze się pod uwagę zarówno uwarunkowania medyczne, z których najistotniejszym jest głęboka wada słuchu lub resztki słuchowe², jak i te, które są związane z funkcjonowaniem intelektualnym i emocjonalnym kandydata do zabiegu. Istotnym czynnikiem jest pre-, peri- czy postlingwalny moment utraty słuchu, wyznaczający zróżnicowane doświadczenia słuchowe niesłyszącego. Kwalifikacja przedimplantowa wymaga też uwzględnienia dodatkowych uwarunkowań medycznych mogących mieć wpływ na skuteczność implantowania³. Warto podkreślić, że w procesie kwalifikacji duże znaczenie mają umiejętności diagnostyczne terapeuty, w szczególności wnikliwa obserwacja zachowań komunikacyjnych niesłyszącego.

Zasadniczym etapem implantowania jest zabieg wszczęcia implantu polegający na wprowadzeniu elektrody do ucha wewnętrznego i umieszczeniu cewki odbiorczej w podskórnej okolicy kości skroniowej. Następująca w dalszej kolejności rehabilitacja stanowi najdłuższą część procesu implantowania (zob. Liwo,

² Doskonalenie technologii implantowania powoduje coraz częściej modyfikację kryterium głębokości ubytku słuchu, czego efektem jest implantowanie osób z mniejszymi deficytami słuchowymi.

³ Należą do nich: istnienie jamy pooperacyjnej, rozwijające się przewlekłe zapalenie ucha oraz stan ślimaka, szczególnie po zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych, powodujących ossyfikację w jego obszarze. Wymienione nieprawidłowości wymagają wyleczenia bądź zastosowania odpowiedniego typu implantu i przystosowanej do niego chirurgicznej techniki wprowadzenia.

2019). Jest ona oparta na ćwiczeniach słuchowych dotyczących przyswajania i identyfikowania zróżnicowanych dźwięków, w szczególności dźwięków mowy. Sam implant jest bowiem jedynie elementem inicjującym potencjalne możliwości niesłyszącego w zakresie percepcji i przetwarzania słuchowego. Ich przełożenie na rzeczywiste umiejętności słuchowe wymaga ukierunkowanego procesu uczenia się. W zależności od momentu uszkodzenia narządu słuchu, a także wieku osoby implantowanej i jej dotychczasowych doświadczeń słuchowych, ma on odmienną specyfikę. W przypadku dzieci prelingwalnie głuchych przybiera formę wychowania słuchowego i językowego, w trakcie których stopniowo poszerzany jest zasób akustyczny, umożliwiając niesłyszącemu dziecku odkrywanie i poruszanie się w zróżnicowanej akustycznej rzeczywistości. Poszczególne etapy rehabilitacji bazują na naturalnych sekwencjach, jakie następują w rozwoju funkcji słuchowych. W przypadku osób dorosłych uczenie się umiejętności słuchowych i językowych ma charakter reedukacji wcześniejszych umiejętności. Istotnym działaniem w procesie rehabilitacji jest dopasowywanie procesora mowy, warunkującego stabilną pracę całego systemu implantu (zob. Szuchnik, 2005; <https://www.audiologyonline.com/audiology-ceus/course/foundations>). Monitorowanie ustawień procesora mowy jest działaniem wieloetapowym, podczas którego stopniowo pobudzany jest nerw słuchowy, co skutkuje rosnącym zakresem umiejętności słuchowych implantowanego. Wymaga też współdziałania specjalistów z dziedziny bioakustyki, audiologii, logopedii, pedagogiki i psychologii (por. Liwo, 2019).

Efektom przedstawionej procedury implantowania jest wyposażenie osoby niesłyszącej w niezbędne do codziennego funkcjonowania umiejętności słuchowe oraz komunikacyjne za pomocą języka dźwiękowego. Potwierdzają to liczne doniesienia literaturowe, dotyczące postępów w sferze słuchowej i językowej, a także poznawczej i społecznej w grupach implantowanych dzieci oraz osób dorosłych. Na uwagę zasługuje przede wszystkim pozytywna ocena dynamiki rozwoju mowy u implantowanych małych dzieci niesłyszących pomiędzy 1 a 3 rokiem życia, a także znakomite wyniki percepcji słuchowej osiągnięte przez dorosłe osoby ogłuchłe. W pierwszym przypadku implikuje to możliwości edukacyjne niesłyszącego dziecka w kierunku edukacji ogólnodostępnej. W drugim natomiast umożliwia powrót niesłyszącego do standardów życia indywidualnego i społecznego, jakie były jego udziałem przed utratą słuchu (por. Grogan i in., 1995; McKinley, Warren, 2000; Magierska-Krzysztoń, Miękus, 2001; Horsch, 2002; Hocevar-Boltezar, Boltezar, Zargi, 2008; Wojewódzka, 2012; Baudonck i in., 2010; See i in., 2013).

Podsumowując, można stwierdzić, że procedura implantowania jest interdyscyplinarnym postępowaniem, integrującym, zdawałoby się, zgoła odmiennie dziedziny. Rozległość jej obszaru wynika ze specyfiki wady słuchu, będącej nie tylko dysfunkcją anatomiczną, lecz także niepełnosprawnością rzutującą na wieloaspektowe funkcjonowanie osoby niesłyszącej.

Czy pomimo widocznej wielostronności w strategii implantowania jej punkt ciężkości nie przesuwają się w stronę interwencji medycznej? Ukierunkowanie to

obserwuje się już na etapie kwalifikowania do wszczepienia implantu, w którym decydującą rolę odgrywają czynniki audiologiczne, rzadko natomiast tak istotne dla późniejszej skuteczności zabiegu uwarunkowania logopedyczne, pedagogiczne i psychologiczne. Kwestia zrównoważenia opcji medycznej i rehabilitacyjnej z pewnością powinna stanowić przedmiot rozważań specjalistów.

Konkluzje: konteksty teoretyczne i praktyczne implantowania

Procedura implantowania stanowi z pewnością nową jakość w działaniach związanych z poprawą kondycji osoby głęboko niesłyszącej. Obejmujące ją wielokierunkowe, medyczno-edukacyjne działania przyczyniają się do znaczącej poprawy kondycji osób głęboko niesłyszących. Powoduje to jednak konieczność modyfikacji dotychczasowego myślenia o niesłyszącym fenomenie w dwóch aspektach. Pierwszy z nich, teoretyczny, dotyczy zmiany w stereotypowym postrzeganiu głuchego jako głuchoniemego, ograniczonego w odkrywaniu świata na bazie języka fonicznego i oddalonego od obowiązującej sfery mowy. Przytoczone w artykule dane literaturowe wskazują, że implantowany staje się jednostką funkcjonalnie słyszącą, mającą możliwość rozwijania i wykorzystywania języka analogicznie do osób słyszących. Szanse te są widoczne również w perspektywie rozwoju społecznego i poznawczego implantowanego czy reaktywacji jego umiejętności na tych polach. W przypadku dzieci dotyczy to możliwości włączenia ich w ogólnodostępny nurt edukacyjny. Dorosłym z kolei, którym utrata słuchu uniemożliwia sprawne funkcjonowanie społeczne i zawodowe, pozwala na powrót do słyszącej „normalności”. Ponadto perspektywa teoretyczna odnosi się do doskonalenia zarówno technologii implantów słuchowych, jak i aparatury diagnozującej narząd słuchu, co ma wpływ na efektywne rozpoznawanie wad słuchu i późniejszą rehabilitację niesłyszących dzieci i osób dorosłych.

Aspekt drugi z kolei, praktyczny, związany jest z działaniami w zakresie medycyny, logopedii i pedagogiki, stanowiącymi o procedurze implantowania. Dotyczą one w głównej mierze wczesnej diagnostyki i implantowania głuchego dziecka oraz związanego z tym ukierunkowania metod surdologopedycznych na naturalny rozwój języka. Ta, jak można określić, wczesna interwencja audiologiczna, jest bowiem bazą do audytywnej aplikacji języka dźwiękowego u dziecka z wadą słuchu. W aspekcie praktycznym warto również podkreślić znaczenie refleksyjnej praktyki uczestniczących w procedurze specjalistów, stale dokonujących „wglądu w podejmowane działanie” na bazie współpracy w zespole (Schön, 1983). Refleksja ta może stać się podstawą ciągłego poszukiwania skutecznych sposobów wspomagania komunikacji językowej niesłyszących.

W ogólnym rozrachunku interdyscyplinarność, jaką w dziedzinie surdologopedii inicjuje procedura implantowania, wydaje się konieczna, jeśli chce się postępować na rzecz rozwoju osoby niesłyszącej.

Bibliografia

- Baudonck N., Dhooge I., D'Haeseleer E., Lierde van K. (2010), *A comparison of the consonant production between Dutch children using cochlear implants and children using hearing aids*, „International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology”, 74, s. 416–421.
- Chalmers A. F. (1993), *Czym jest to, co zwiemy nauką? Rozważania o naturze, statusie i metodach nauki: wprowadzenie do współczesnej filozofii nauki*, przeł. A. Chmielewski, Wydawnictwo „Siedmioróg”, Wrocław.
- Grogan M. I., Barker E. J., Dettman S. J., Blamey P. J. (1995), *Phonetic and phonologic changes in the connected speech of children using a cochlear implant*, „Annals of Otolaryngology, Rhinology and Laryngology”, 104 (supl. 166), s. 390–393.
- Hocevar-Boltezar I., Boltezar M., Zargi M. (2008), *The influence of cochlear implantation on vowel articulation*, „The Middle European Journal of Medicine”, 120 (7–8), s. 228–233.
- Horsch U. (2002), *Cochlear Implant*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn.
- <https://www.audiologyonline.com/audiology-ceus/course/foundations> (dostęp: 15.12.2019).
- Koczanowicz L. (2011), *Interdyscyplinarność – między rabunkiem a dialogiem*, [w:] *Interdyscyplinarność i transdyscyplinarność pedagogiki – wymiary teoretyczne i praktyczne*, red. R. Włodarczyk, W. Żłobicki, Oficyna Wydawnicza Implus, Kraków, s. 35–42.
- Krakowiak K. (1994), *Bariery kształcenia językowego dzieci z głęboko uszkodzonym słuchem*, [w:] *Głuchota a język*, red. S. Grabias, Wydawnictwo UMCS, Lublin, s. 131–175.
- Kuhn T. S. (2001), *Struktura rewolucji naukowych*, przeł. H. Ostromęcka, Fundacja Aletheia, Warszawa.
- Kurkowski Z. M. (1996), *Mowa dzieci sześcioletnich z uszkodzonym narządem słuchu*, Wydawnictwo UMCS, Lublin.
- Liwo H. (2014), *Implantowanie i działania pedagogiczne jako czynniki w rozwoju komunikacyjnych cech suprasegmentalnych mowy u dzieci z głuchotą prelingwalną do drugiego roku życia*, niepublikowana rozprawa doktorska, Instytut Pedagogiki UG, Gdańsk.
- Liwo H. (2019), *Głuchota dziecięca – prozodia – komunikacja. Surdopedagogiczne aspekty implantowania*, Wydawnictwo A. Marszałek, Toruń.
- Magierska-Krzysztoń M., Miękus M. (2001), *Pokonywanie bariery fonetycznej przez uczniów z głuchotą prelingwalną używających aparatów słuchowych i implantów ślimakowych*, „Audiofonologia”, t. XIX, s. 77–92.
- Malewski M. (1997), *Metody ilościowe i jakościowe w badaniach nad edukacją. Spór o metodologiczną komplementarność*, „Kultura i Edukacja”, nr 1–2, s. 17–35.
- McKinley A., Warren S. (2000), *The Effectiveness of Cochlear Implants for Children with Prelingual Deafness*, „Journal of Early Intervention”, 23 (4), s. 252–263.
- Michalik M. (2015), *Transdyscyplinarność logopedii – między metodologiczną koniecznością a teoretyczną utopią*, [w:] *Metodologia badań logopedycznych z perspektywy teorii i praktyki*, red. S. Milewski, K. Kaczorowska-Bray, Harmonia Universalis, Gdańsk, s. 32–42.
- Mierzejewska H., Emiluta-Rozya D. (1997), *Projekt zestawienia form zaburzeń mowy*, „Audiofonologia”, 19, s. 37–48.
- Ostapiuk B. (1997), *Zaburzenia dźwiękowej realizacji fonemów języka polskiego – propozycja terminów i klasyfikacji*, „Audiofonologia”, 19, s. 117–135.

- Palka S. (2006), *Metodologia, badania, praktyka pedagogiczna*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot,
- Pruszewicz A., Obrębowski A. (red.) (2019), *Zarys foniatrii klinicznej*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego K. Marcinkiewicza, Poznań.
- Schön D. (1983), *The Reflective practitioner. How professionals think in action*, Basic Books, Inc., Massachusetts.
- See R. L., Driscoll V. D., Gfeller K., Kliethermes S., Oleson J. (2013), *Speech intonation and melodic contour recognition in children with cochlear implants and with normal hearing*, „Otology and Neurotology”, 34 (3), s. 490–498.
- Silverman D. (2010), *Prowadzenie badań jakościowych*, przeł. J. Ostrowska, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Skarżyński H. (2010), *Wszczepy ślimakowe i pniowe*, [w:] *Audiologia kliniczna. Zarys*, red. A. Pruszewicz, A. Obrębowski, wyd. 4, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, Poznań, s. 567–578.
- Szuchnik J. (2005), *Terapia logopedyczna osób po wszczepieniu implantu ślimakowego*, [w:] *Podstawy neurologopedii. Podręcznik akademicki*, red. T. Gałkowski, E. Szelaż, G. Jastrzębowska, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole, s. 653–675.
- Trochymiuk A. (2001), *Sprawności językowe a sprawności komunikacyjne w rozwoju mowy dziecka z uszkodzonym narządem słuchu. Studium przypadku*, „Audiofonologia”, 19, s. 121–153.
- Wojewódzka D. (2012), *Możliwości słuchowe osób postlingwalnie ogłuchłych po zastosowaniu implantu ślimakowego i rehabilitacji słuchowej*, „Roczniki Pedagogiki Specjalnej”, t. 14, s. 384–392.

Summary

The complex nature of the language communication is largely manifested in language disabilities, this resulting in the necessity of multi-aspect research on the condition of individuals with language disabilities which, in turn, belongs to the field of logopaedics. It applies especially to surdologopaedics. The object of this subdiscipline is initiating or improvement of language development in people with hearing deficiencies.

Use of the interdisciplinary procedure of cochlear implantation enables the individuals who suffer from major hearing impairments to develop their hearing and language skills. For this treatment to be effective, the current stereotype, in which individuals with hearing disability are considered deaf-mute, must be abandoned. It is also applies both to the theoretical perspective, which combines the philosophical, biological, psychological and social aspects of the issue of deafness, and to the practical perspective, which covers diagnosing and implanting hearing organs, as well as pedagogic and surdologopaedic methods.