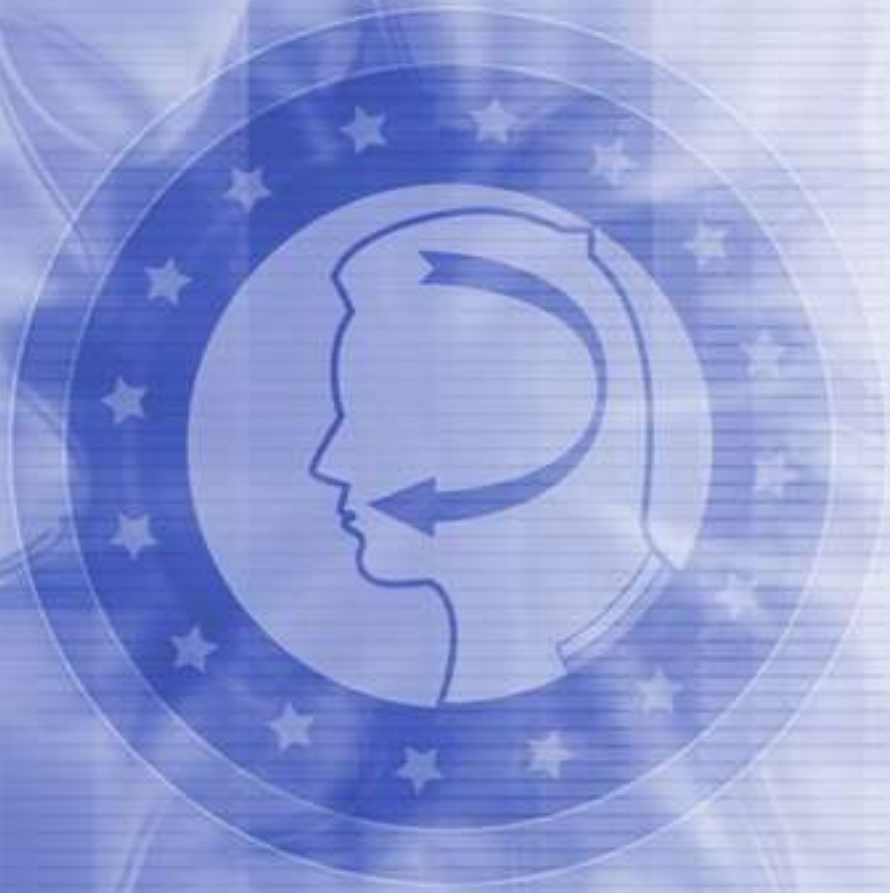
CZASOPISMO INTERNETOWE LOGOPEDA



Pod redakcją
Joanny Gruby
Krzysztofa Szamburskiego

POLSKI ZWIĄZEK LOGOPEDÓW

LOGOPEDA

pod redakcją

Joanny Gruby, Krzysztofa Szamburskiego

Warszawa 2009

Recenzja wydawnicza:
prof. UMK dr hab. Jacek J. Błeszyński

Projekt okładki:
mgr Piotr Furmankiewicz

Wydawca:
Polski Związek Logopedów
Zarząd Główny
ul. Raszyńska 8/10
02-026 Warszawa
www.logopeda.org.pl, czasopismo@logopeda.org.pl

© Copyright by Polski Związek Logopedów

ISSN 1895-9858

SPIS TREŚCI

Wprowadzenie……5

I. ZAGADNIENIA TEORETYCZNE

Józef Porayski-Pomsta

Zagadnienie periodyzacji rozwoju mowy dziecka…….……..…7

Dorota Lipiec

Zrozumiałość mowy przełykowej – doniesienia z badań własnych……..32

Joanna Gruba

Wykorzystanie technologii informacyjnej w logopedii – badania własne……..….47

Karina Szafrańska

Wpływ dramy na rozwój komunikacji u dzieci z zespołem Aspergera…….60

Elżbieta Drewniak-Wołosz, Anna Paluch

Niedokształcenie mowy o typie afazji - rozważania nad kryteriami diagnozy…….90

Katarzyna Węsierska

Zaburzenia płynności mówienia u dzieci w wieku przedszkolnym – profilaktyka i wczesna interwencja logopedyczna……..…….……100

II. PRAKTYKA LOGOPEDYCZNA

Tatiana Lewicka

Diagnoza i terapia zaburzeń mowy u pacjentów z chorobą Parkinsona……...116

Marika Litwin

Logopedyczna terapia zaburzeń połykania w chorobach neurologicznych……..….126

Jolanta Bujak-Lechowicz

Wybrane determinanty emisji głosu i trzy sposoby pracy nad kształtowaniem własnego głosu……..….139

Joanna Kwasiborska

Korekta seplenienia bocznego……...……151

Halina Waszczuk, Edyta Orłowska, Monika Gołubiew

Współpraca rodziny z logopedą i psychologiem w Rodzinnej Terapii Jąkania……....158

WPROWADZENIE

Oddajemy do rąk Czytelników następny, siódmy już numer naszego internetowego pisma *Logopeda*. Czasopismo zajmuje się popularyzacją wiedzy z zakresu logopedii i dziedzin pokrewnych. Cieszymy się, że czasopismo istnieje i się rozwija. *Logopeda* jest czasopismem recenzowanym, zawiera także streszczenia w języku polskim i angielskim. Redakcja pisma obecnie czyni starania, aby zostało ono umieszczone na liście czasopism punktowanych[1]. Dążymy do tego, by nasz periodyk był liczącym się czasopismem naukowym o międzynarodowym zasięgu. Jest to ambitne zamierzenie, które – mamy nadzieję – uda się zrealizować, ponieważ dla polskiego środowiska logopedycznego ważne jest, by miało pismo na wysokim poziomie merytorycznym, w którym autorzy mogliby publikować rezultaty swoich badań i dociekań naukowych.

Czasopismo *Logopeda* składa się z kilku działów: zagadnienia teoretyczne, praktyka logopedyczna, logopedia na świecie i debiuty studenckie. Nie zakładamy, że zawsze pojawią się artykuły z każdego z tych działów. Liczba i zawartość bloków tematycznych uzależnione są od rodzaju nadesłanych prac. Zatem to Autorzy artykułów w dużej mierze decydują o kształcie pisma, a naszym zadaniem jest odpowiednia selekcja otrzymanych prac, tak, aby w czasopiśmie znalazły się tylko te najlepsze, wnoszące nowe wartości w dziedzinę szeroko pojętej logopedii.

W siódmym numerze czasopisma znalazły się artykuły tylko dwa działy: zagadnienia teoretyczne i praktyka logopedyczna. Dział teoretyczny otwiera opracowanie Józefa Porayskiego-Pomsty pt.: *Zagadnienie periodyzacji rozwoju mowy dziecka*. Autor dokonuje przeglądu stanowisk innych badaczy dotyczących wydzielania w mowie dziecka kolejnych stadiów oraz przedstawia własną propozycję periodyzacji rozwoju języka dziecka. Dorota Lipiec w swoim artykule omawia własne badania dotyczące zrozumiałości mowy przełykowej osób po zabiegu laryngektomii całkowitej. Joanna Gruba, współredaktor naszego pisma, w publikacji pt.: *Wykorzystanie technologii informacyjnej w logopedii – badania własne* opisuje dokumenty określające możliwości wykorzystania TI (technologii informacyjnej) w pracy logopedów zatrudnionych w resorcie oświaty i zdrowia oraz przedstawia badania porównawcze dotyczące zmian, jakie dokonały się w informatyzacji polskiej logopedii na przestrzeni lat 1999-2008. W kolejnym artykule Karina Szafrańska prezentuje rezultaty swoich badań, sze-

[1] Czasopismo będzie podlegało ocenie służącej sporządzeniu wykazu czasopism, o którym mowa w § 4 ust. 4 pkt 2 rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 17 października 2007 r. w sprawie kryteriów i trybu przyznawania oraz rozliczania środków finansowych na działalność statutową (Dz. U. Nr 205, poz. 1489) na potrzeby przyszłej oceny parametrycznej jednostek naukowych.

rzej omówionych w rozprawie doktorskiej, dotyczących wykorzystania dramy do rozwijania komunikacji językowej dzieci z zespołem Aspergera. Elżbieta Drewniak-Wołosz i Anna Paluch z kolei zajmują się problematyką dzieci ze specyficznymi zaburzeniami rozwoju mowy i języka (SLI), a w szczególności skupiają się na trudnościach diagnostycznych. Cykl rozważań teoretycznych kończy artykuł Katarzyny Węsierskiej pt.: *Zaburzenia płynności mówienia u dzieci w wieku przedszkolnym – profilaktyka i wczesna interwencja logopedyczna.*

Także w dziale dotyczącym praktyki logopedycznej artykuły są zróżnicowane. Tatiana Lewicka zajmuje się diagnozą i terapią zaburzeń mowy u pacjentów z chorobą Parkinsona. Marina Litwin opisuje logopedyczną terapię zaburzeń połykania w chorobach neurologicznych. Natomiast Jolanta Bujak-Lechowicz zajmuje się wybranymi determinantami emisji głosu i sposobami pracy nad kształtowaniem własnego głosu. Artykuł Joanny Kwasiborskiej dotyczy korekty seplenienia bocznego, natomiast autorek z Gdańska: Haliny Waszczuk, Edyty Orłowskiej i Moniki Gołubiew – współpracy rodziny z logopedą i psychologiem w Rodzinnej Terapii Jąkania.

Jak widać, spektrum problematyki jest szerokie, co wynika ze specyfiki naszej pracy. Nie nadszedł jeszcze czas na to, aby powstawały w Polsce czasopisma logopedyczne dotyczące pojedynczych zaburzeń mowy. Być może w przyszłości poszczególne numery *Logopedy* będą koncentrowały się na określonych zaburzeniach.

Mamy nadzieję, że kolejny numer naszego czasopisma będzie dla Państwa ciekawą lekturą, która zainspiruje do podzielenia się nie tylko własnymi doświadczeniami, opracowanymi programami lub technikami, ale także wątpliwościami dotyczącymi wykonywania pracy logopedy.

Joanna Gruba

Krzysztof Szamburski

I. ZAGADNIENIA TEORETYCZNE

Józef Porayski-Pomsta
Uniwersytet Warszawski
Warszawa

Zagadnienie periodyzacji rozwoju mowy dziecka

Streszczenie:

Przedmiotem opracowania jest prezentacja problemów związanych z periodyzacją rozwoju mowy dziecka. Autor na wstępie zastanawia się, czym jest mowa dziecka i na jaki okres życia młodego człowieka przypada. Przyjmuje, powołując się na ustalenia psychologów, że okres ten kończy się wraz z uzyskaniem przez młodego człowieka dojrzałości płciowej. Następnie przechodzi do zagadnienia samej periodyzacji rozwoju mowy. Podejmuje dyskusję, czy zasadne jest posługiwanie się terminem „stadialny rozwój mowy", jeśli opisy przedstawiane w literaturze przedmiotu nie odpowiadają istocie tego rodzaju zmiany rozwojowej. W dalszej części zajmuje się opisem rozwoju mowy dziecka na podstawie prac kilku autorów: Romana Jakobsona, Leona Kaczmarka, Pawła Smoczyńskiego i Marii Zarębiny. W ostatniej części opracowania przedstawia własny, autorski podział na okresy rozwojowe. Opracowanie to ma na celu przypomnienie i uporządkowanie dotychczasowych opisów oraz zasygnalizowanie nowych tendencji w badaniach nad mową dziecka.

Słowa kluczowe: mowa, język, komunikacja językowa, mowa dziecka, język dziecka, akwizycja języka, przyswajanie mowy, zachowanie komunikacyjne dziecka, stadium rozwoju języka/mowy dziecka, stadialny rozwój języka/mowy dziecka, względna chronologia rozwoju języka/mowy dziecka

Abstract:

The current paper focuses on categorization of children's speech development in terms of developmental stages. First, the author considers what constitutes children's speech and at what point in a young person's life it can be declared developed. Based on the established proposals in the field of psychology, the author assumes that this point coincides with puberty. Second, the author discusses whether the use of the term's speech development stages is

justified given that the available accounts of this phenomenon fail to describe speech developmental changes in terms of such stages. The author presents accounts of children's speech development by Roman Jacobson, Leon Kaczmarek, Pawel Smoczynski and Maria Zarębina, and in the final part of the paper, he proposes an alternative categorization of the speech-developmental periods. The purpose of this paper is to review and systematize the existing accounts in this field as well as to introduce new trends in child speech development research.

Key words: speech, language, verbal communication, child's speech, language acquisition, children's communicative behaviors, stages of language and children's speech development, relative chronology of language and children's speech development

Uwagi wstępne

Wyrażenie *mowa dziecka* jest terminem używanym na gruncie takich dyscyplin naukowych, jak językoznawstwo, psychologia, psycholingwistyka, pedagogika, i – mimo że każdy, kto zna język polski, a nie jest badaczem, potrafi bez trudu odpowiedzieć na pytanie *Co to jest mowa dziecka?* – wyrażenie to wymaga, jak każdy termin naukowy, zdefiniowania. Termin ten jest zasadniczo używany w trzech znaczeniach, mianowicie oznacza on: 1. okres, w którym dziecko przyswaja sposoby komunikowania się werbalnego ze swoim otoczeniem językowym, 2. właściwości komunikacji dziecka w okresie dzieciństwa, 3. badania nad mową dziecka[2].

Obok terminu *mowa dziecka* stosowany jest, najczęściej synonimicznie, termin *język dziecka.* Aczkolwiek znaczenia tych terminów zakresowo nachodzą na siebie (por. polski termin *mowa* oznacza albo de Saussure'owskie *langage* 'całość zjawisk związanych z komunikacją językową', albo *parole* 'mówienie; czynności mówienia i rozumienia na podstawie języka');. Mimo że polski termin *język* – de Saussure'owskie *langue* – przyjęło się tłumaczyć za F. de Saussure'em jako 'system znaków służący do porozumiewania się danej społeczności'[3], to trzeba pamiętać, że termin *mowa* jest szerszy zakresowo od terminu *język.* Dlatego też ilekroć będzie stosowany w tym opracowaniu termin *mowa dziecka*, to zasadniczo będzie się on odnosił do całości zjawisk związanych z porozumiewaniem się dziecka, w tym również do języka, zaś gdy będzie występował termin *język dziecka*, to będzie odnosił tylko do systemu językowego, tzn. będzie oznaczał albo procesy akwizycji, czyli przyswaja-

[2] por. J. Porayski-Pomsta, *Umiejętności komunikacyjne dzieci w wieku przedszkolnym. Studium psycholingwistyczne*, Warszawa 1994, s. 47-50.

[3] por. F. de Saussure, *Kurs językoznawstwa ogólnego*, Warszawa 2002, s. 38-45; K. Polański, *Język*, [w:] *Encyklopedia językoznawstwa ogólnego*, Wrocław-Warszawa-Kraków 1993, s. 240-241.

nia przez dziecko systemu gramatycznego i leksykalnego, albo właściwości systemu gramatycznego i leksykalnego dzieci.

1. Periodyzacja rozwoju mowy dziecka – potrzeby i funkcje

Zacznijmy od pytania: Na jaki okres życia człowieka przypada okres dzieciństwa? Odpowiedź na tak postawione pytanie wydaje się banalnie prosta: na okres, kiedy człowiek jest dzieckiem – niedorosłym, niesamodzielnym biologicznie i społecznie człowiekiem, zależnym pod każdym względem od dorosłych. *Słownik psychologii* na postawione wyżej pytanie odpowiada krótko: „okres życia od urodzenia do wieku dorastania”[4]. Artykuł pod hasłem *Dzieciństwo* jest jednak w tym słowniku rozwinięty. Dowiadujemy się z niego, że: 1. według ustaleń współczesnej psychologii „dziecka nie uważa się już za dorosłego nieposiadającego wiedzy i umiejętności wydawania sądów, ale za jednostkę o specyficznych dla swego wieku właściwościach intelektualnych i emocjonalnych, której rozwój psychiczny rządzi się jej tylko właściwymi prawami; 2. „Dzieciństwo jest niezbędnym etapem przekształcenia się niemowlęcia w człowieka dorosłego”, 3. dla okresu dzieciństwa wyróżnia się trzy wielkie stadia: (1) wczesne dzieciństwo – do 3 lat, (2) dzieciństwo właściwe – od 3 do 6-7 lat, (3) późne dzieciństwo, kończące się osiągnięciem dojrzałości płciowej.

Rozwój mowy dziecka – trzeba to sobie uświadomić – zależy od ogólnego rozwoju psychosomatycznego oraz społecznego dziecka[5], dlatego można by przyjąć również dla opisu rozwoju mowy zaproponowany przez cytowany *Słownik psychologii* Syllamy’ego podział na stadia rozwojowe. Opis ten jest jednak zbyt ogólny – bo taka jest specyfika słownika – dla naszych potrzeb, nie dostarcza szczegółowej wiedzy o procesach rozwoju, zwłaszcza zaś nie daje informacji o rozwoju mowy. Opis ten jednak pozwala uświadomić sobie, że: 1. współczesna psychologia nie traktuje dziecka jak niedojrzałego dorosłego, lecz jak istotę o specyficznych właściwościach fizycznych i psychicznych, 2. cechą charakterystyczną okresu dzieciństwa jest ciągła, systematyczna zmiana, którą określa jako proces rozwoju dziecka, 3. zmiany następują w określonym przez zegar biologiczny czasie.

Periodyzacja zawsze odnosi się do procesu. Jej zadaniem jest opis zmian, jakie dokonują się w określonym ciągu zdarzeń, ustalenie pewnych sekwencji, faz, etapów okresów opisywanego ciągu zdarzeń, procesu. Na gruncie psychologii i psycholingwistyki, zwłaszcza zaś

[4] N. Syllamy, *Słownik psychologii*, Katowice 1995, s. 61.

[5] Tu zasadniczo przyjmuję teorię konstruktywizmu społecznego Jêrome’a Brunera, w której uwzględniane są zarówno czynniki biologiczne, jak i społeczne w procesie rozwoju jednostki, por. D. Wood, *Jak dzieci uczą się i myślą. Społeczne konteksty rozwoju poznawczego*, Kraków 2006, s. 34-36.

na gruncie pedagogiki periodyzacja zwykle kojarzy się z procesem rozwoju, ale może ona dotyczyć także różnych procesów rozpadu, utraty tego, co zostało nabyte przez jednostkę w procesie rozwoju, np. w wyniku starzenia się[6]. Nas interesuje oczywiście proces ze znakiem dodatnim, a nie ujemnym, wzrost, a nie rozpad.

W przytoczonym artykule ze *Słownika psychologii* naszą uwagę zwraca informacja, że poszczególne stadia rozwoju dziecka przypadają na określony okres życia dziecka. Czy to znaczy, że do kolejnego stadium rozwoju dziecko przechodzi niejako automatycznie: kończy 36 miesięcy (3 lata) i przechodzi ze stadium wczesnego dzieciństwa do stadium dzieciństwa właściwego? Otóż nie, po pierwsze dlatego, że każdy człowiek ma swój własny zegar biologiczny, po drugie, dla procesu rozwoju ważne są takie czynniki, jak ogólny stan zdrowia jednostki oraz ogólne warunki bytowania, po trzecie wreszcie, istotne są takie czynniki, jak własna aktywność jednostki oraz system edukacyjny (systemy edukacyjne)[7], w których jednostka uczestniczy lub do których została włączona.

Mowa i język dziecka rozwijają się – jak to jest ujmowane w większości prac poświęconych tym zagadnieniom – w sposób stadialny[8]. Wiąże się to – jak była o tym mowa – z procesem dojrzewania psychosomatycznego dziecka. Zapewne można mówić o jakimś genetycznym, zindywidualizowanym – właściwym dla każdego osobnika – zaprogramowaniu tego procesu[9]. Oznacza to, że każde dziecko dojrzewa do określonego stadium rozwojowego w różnym, właściwym dla siebie czasie. Zjawisko to nosi nazwę względnej chronologii rozwoju. Stadia rozwojowe wiążą się nie tyle z wiekiem dziecka, ile wyznaczają one poziom jego rozwoju językowego[10]. Można je jednocześnie uważać za wskaźnik normy rozwojowej. W każdym razie jednak wcześniejsze stadium rozwojowe stanowi podstawę stadium późniejszego. Między poszczególnymi stadiami rozwojowymi nie ma ostrych granic. Przejście mię-

[6] por. np. R. Jakobson, *Langage enfantin et aphasie*, Paris 1969.

[7] System edukacyjny jest tu ujęty bardzo szeroko. Chodzi nie tylko o sformalizowane systemy edukacyjne realizowane przez powołane do tego instytucje, ale również o działania edukacyjne niesformalizowane, na poziomie rodziny i najbliższego otoczenia dziecka. Te niesformalizowane działania to są głównie wzory określonych zachowań, na podstawie których opiera się przekaz kulturowy, por. B. Bernstein, *Odtwarzanie kultury*, oprac. A. Piotrowskiego, Warszawa 1990; M. Tomasello, *Kulturowe źródła ludzkiego poznania*, przekład Joanna Rącaszek, Warszawa 2002.

[8] Pojęcie stadiów rozwojowych zostało wprowadzone przez Jeana Piageta i jest jednym z istotnych pojęć w jego teorii konstruktywizmu poznawczego. W niektórych teoriach neopiagetowskich, np. w teorii Karmiloff-Smith, zaprezentowaną zaprezentowanej w pracy pt. *Beyond Modularity a Developmental Perspective on Cognitive Science* [1992, Cambrigde. Massachussett, MIT Press], rezygnuje się z pojęcia stadium rozwoju poznawczego na rzecz pojęcia modułu myślenia. Karmiloff-Smith twierdzi, że wiedza organizuje się w odrębnych, charakteryzujących się pewnym stopniem niezależności systemach: wiedza językowa dziecka nie zależy od jego wiedzy o świecie zewnętrznym, ta zaś z kolei różni się od jego zdolności rozumienia innych ludzi [za: D. Wood, *Jak dzieci uczą się i myślą. Społeczne konteksty rozwoju poznawczego*, Kraków 2006, s. 39-40.

[9] por. np. J. Aitchisson, *Ssak, który mówi. Wstęp do psycholingwistyki*, Warszawa 1991, s. 104.

[10] por. M. Zarębina, *Język polski w rozwoju jednostki. Analiza tekstów dzieci do wieku szkolnego. Rozwój semantyczny języka* dziecka. *Dyskusja nad teorią Chomskiego*, Gdańsk 1994.

dzy stadium wcześniejszym a późniejszym dokonuje się stopniowo i w sposób dyskretny: zachowania charakterystyczne dla stadium wcześniejszego, zastępowane sukcesywnie przez zachowania właściwe stadium późniejszemu, zanikają stopniowo. Zasadniczo też – według tej koncepcji – niemożliwe jest pominięcie któregokolwiek ze stadiów rozwojowych: każde dziecko przechodzi przez wszystkie stadia rozwojowe, choć sposób i siła występowania cech charakterystycznych dla poszczególnych stadiów u każdego dziecka jest inna.

Można by się zastanawiać nad tym, czy w odniesieniu do procesów przyswajania mowy przez dziecko zasadne jest nazywanie tego rozwoju stadialnym. W psychologii wyróżnia się trzy modele zmiany rozwojowej[11]: 1) model liniowy – rozwój najogólniej ujmuje się jako gromadzenie (kumulację) doświadczenia, a sam proces rozwoju jako ciągły, płynny, o charakterystycznym dla każdej osoby tempie, zależnym od właściwości jej układu nerwowego i temperamentu; 2) model stadialny – opisuje się go jako proces nieciągły, skokowy, przebiegający w kolejnych stadiach (fazach, krokach, etapach). Zmiany, jakie zachodzą w każdym stadium rozwoju mają dwojaką naturę: (1) proces różnicowania doświadczenia – faza progresu, (2) proces porządkowania i / lub integracji nowo nabytego doświadczenia (faza *plateau*), 3) model cykliczno-fazowy – w procesie rozwoju można wyróżnić pewne powtarzające się w tej samej kolejności fazy: (1) progresu, (2) *plateau* (regresu) i (3) kryzysu – nowe doświadczenia mogą zmieniać jakość doświadczenia wcześniej opanowanego, mogą je przekształcać, nadawać mu nową formę. Sposób opisu procesu przyswajania języka (systemu językowego) przez dziecko najbardziej – jak się wydaje – odpowiada opisanemu wyżej modelowi liniowemu, nie zaś stadialnemu. Przyjęty w odniesieniu do rozwoju języka w połowie XX w. za Romanem Jakobsonem sposób opisu, który tradycyjnie nazywamy stadialnym, nie odpowiada wyżej opisanemu przez Annę Brzezińską modelowi: wszystkie znane opisy rozwoju mowy / języka dziecka – por. np. opis rozwoju semantyki w rozwoju języka dziecka[12] lub nabywania znaczeń[13] – przedstawiają go jako rozwój ciągły, zależny od rozwoju psychosomatycznego dziecka, ale bez charakterystycznych właściwości, opisanych wyżej, modelu stadialnego czy cykliczno-fazowego.

Pozostając przy tradycyjnej nazwie *stadialny rozwój języka / mowy dziecka* spróbujmy dokonać typologizacji współczesnych propozycji periodyzacji rozwoju języka / mowy dziecka.

[11] por. A. Brzezińska, *Społeczna psychologia rozwoju*, Warszawa 2004, s. 75-82.
[12] M. Zarębina, *dz. cyt*.
[13] M. A. K. Halliday, *Uczenie się znaczeń*, przekł. Hanny Bartoszewicz, [w:] *Badania nad rozwojem języka dziecka. Wybór tekstów*, pod red. G. Wales Shugar, M. Smoczyńskiej, Warszawa 1980, s. 514-556.

Za kryterium różnicujące można przyjąć – i wydaje się to najbardziej zasadne – właściwą dla danych badań podstawę metodologiczną. Z tego punktu widzenia można periodyzacje te podzielić na: (1) tradycyjne (przedstrukturalistyczne), (2) strukturalistyczne, (3) psychologiczne (zgodnie z koncepcją Skinnera), (4) konstruktywistyczne (zgodnie z koncepcją Piageta), (5) psycholingwistyczne: a) natywistyczne, b) funkcjonalno-pragmatyczne, c) komunikacjonistyczne, d) kognitywistyczne, e) kulturowo-antropologiczne.

W niniejszym opracowaniu – ze względu na ograniczony jego charakter – przedstawię kilka, najbardziej charakterystycznych periodyzacji, prezentowanych przede wszystkim w polskiej literaturze przedmiotu.

2. Charakterystyka wybranych periodyzacji

Komunikowanie się słowne pojawia się na pewnym etapie rozwoju małego dziecka. Jego początek przypada na okres między 9 a 12 miesiącem życia dziecka. Wcześniej dziecko komunikuje się z otoczeniem za pomocą środków niewerbalnych: proksemicznych, kinezycznych i wokalnych. Niektóre z nich mają charakter mimowolny – są symptomami, inne są dowolne i nazywamy je sygnałami-apelami. Pierwsze nie wyrażają stanów intencjonalnych dziecka, drugie zaś są wyrazem jego woli i uświadamianej przez nie intencji[14]. Mówienie zasadniczo jest nie bezpośrednio, ale jednak kontynuacją wcześniejszych niewerbalnych sposobów komunikacji – sygnałów-apeli, w tym sensie, że w tym wczesnym okresie komunikacji kształtują się potrzeby komunikacyjne dziecka, które z natury rzeczy jest istotą społeczną, oraz podstawy rozumienia innych ludzi[15]. Między 9 a 12 miesiącem życia dziecka

[14] Warto zwrócić uwagę na jeszcze inny, ale bardzo charakterystyczny dla okresu komunikacji niemowlęcej sposób zachowania. Chodzi o wodzenie oczami za osobą, w której towarzystwie przebywa, i nawiązanie z nią kontaktu wzrokowego. Następstwem tego kontaktu jest często uśmiech dziecka, połączony z wokalizacją oraz ruchami wszystkich kończyn. Takie reakcje można zaobserwować już u dzieci około 8-10 tygodnia życia.

[15] Dyskusja o kontynuacji komunikacyjnych zachowań niemowlęcych bądź jej braku jest prowadzona niemalże od początku badań nad mową dziecka. Obecnie zdaje się przeważać pogląd o kontynuacji. Wiąże się to nie – jak wcześniej przypuszczano – z kontynuacją „fizyczną" zachowań komunikacyjnych w postaci realizacji określonych dźwięków (kontynuacją formy), lecz treściowo-mentalną: dziecko bardzo wcześnie, na długo zanim zacznie mówić, rozpoznaje mowę i zaczyna ją rozumieć [por. C. Frazer, U. Bellugi, R. Brown, *Poziom opanowania gramatyki w naśladowaniu, rozumieniu i produkowaniu mowy*, [w:] *Badania nad rozwojem języka dziecka. Wybór tekstów*, pod red. G. Wales Shugar, M. Smoczyńskiej, Warszawa 1980, s. 113-144; T. Hogg, M. Blau, *Język niemowląt*, przekł. M. Czekański, Warszawa 2003, s. 21]. Jeszcze innych argumentów dla tego stanowiska dostarczają badania prowadzone przez kognitywnie nastawionych badaczy, którzy przyznawali – jak pisze M. Bowerman – „[...] prymat w procesie przyswajania języka stopniowemu kształtowaniu się w umyśle dziecka nowej aparatury pojęciowej. Podejście to zakładało, że kluczową rolę dla późniejszych procesów językowej ontogenezy ma przedjęzykowa faza życia, podczas której w zachowaniach niemowlęcia pojawiają się przejawy zrozumienia tak podstawowych pojęć, jak przedmioty, działania, przyczynowość i relacje przestrzenne. Wraz z pojawieniem się u dzieci potrzeby komunikowania się, zaczynają się poszukiwania odpowiednich form językowych (wyrazy autosemantyczne, morfemy gramatyczne, szyki wyrazów, kontury intonacyjne itp.), które przydadzą się do zakodowania myśli" [M. Bowerman, *Rola predyspozy-*

dokonuje się zasadnicza przemiana w sposobie jego komunikowania z otoczeniem, tak zasadnicza, że jest nazywana rewolucją 9 miesiąca[16]. Zmiana ta polega na tym, że: (l) dziecko staje się intencjonalne w swoich działaniach, zaczyna coraz wyraziściej sobie uświadamiać cele tych działań i dla ich realizacji stosuje środki pośredniczące (narzędzia); (2) odkrywa – co jest być może jeszcze ważniejsze od przemiany zasygnalizowanej w pkt. (l) – intencjonalność innych osób, co prowadzi do wymiany, a w konsekwencji do konwersacji, a to z kolei do uczenia się kulturowego[17]; (3) interakcja (wymiana, konwersacja) stanowi podstawę opanowania języka, pozwala bowiem zrozumieć dwie jego istotne właściwości: a) perspektywiczność – pozwala na konstruowanie wypowiedzi z określonej perspektywy, co ilustrują przykłady: *Widzę Jana. – Jan jest widziany przeze mnie. Rower stoi przed drzewem. – Rower stoi za drzewem. – Rower stoi koło drzewa*; b) symboliczność – każdy znak językowy (poza nazwami własnymi) odnosi się do obiektu pozajęzykowego w sposób uogólniony, a nie konkretny, tzn. znak językowy (wyraz) oznacza jakąś klasę obiektów, a nie okaz, przedstawiciela określonej klasy obiektów. Tzw. rewolucja 9 miesiąca stanowi – co należy bardzo mocno podkreślić – początek długiego, trwającego kilkanaście lat, procesu, którego koniec można by umownie wyznaczyć na 12 rok życia[18].

(1) Tradycyjne (przedstrukturalistyczne) periodyzacje rozwoju języka dziecka

cji kognitywnych w przyswajaniu systemu semantycznego, [w:] *Akwizycja języka w świetle językoznawstwa kognitywnego,* pod red. E. Dąbrowskiej, W. Kubińskiego, Kraków 2003, s. 254-255].

[16] M. Tomasello tak o tym pisze: „Około dziewiątego – dwunastego miesiąca życia niemowlęta zaczynają przejawiać mnóstwo nowych zachowań, które wydają się wskazywać na coś w rodzaju rewolucji w ich sposobie widzenia świata, zwłaszcza świata społecznego. O ile są pewne wątpliwości co do tego, czy w okresie poprzedzającym tę rewolucję poznanie społeczne niemowląt ludzkich i innych naczelnych różnią się między sobą, o tyle później o żadnych wątpliwościach nie może być mowy. W wieku dziewięciu miesięcy niemowlęta zaczynają przejawiać wiele zachowań związanych ze wspólnym kierowaniem uwagi. Może to wskazywać na rozwój rozumienia innych ludzi jako sprawców intencjonalnych „takich jak ja" [podkreśl. moje – J.P.P.], których relacje z obiektami zewnętrznymi można śledzić, ukierunkowywać lub dostosowywać się do nich" [M. Tomasello, *dz. cyt.*, s. 85].

E. Alarcos Llorach – badacz mowy dziecka starszy od Tomasello o całą epokę – ujmuje ten problem inaczej. Pisze: *Si nous considérons que la langue est essentiellement un système de communication au moyen de signes exprimés phoniquement, on peut dire que l'activité proprement linguistique de l'enfant ne commence qu'au moment précis où il fait la découverte pratique de ce qu'est un «signe»* [podkreśl. moje – J.P.P.], *c'est-à-dire une expression phonique conventionelle ayant trait à un objet de l'éxperiemce humaine* [Llorach 1968: 328]. Badacz ten sugeruje w cytowanej pracy, że następuje to właśnie około 9 miesiąca życia dziecka.

[17] por. np. Halliday, *dz. cyt.*; M. A. K. Tomasello, *dz. cyt.*

Gwoli wyjaśnienia, przytaczam jako przykład dwóch autorów, którzy w opisie dochodzenia dziecka do języka wychodzą od zupełnie różnych podstaw metodologicznych. Jednakże zarówno funkcjonalno-pragmatyczna koncepcja rozwoju języka (mowy) Hallidaya, jak i antropologiczno-kulturowe podejście Tomasella, wskazują wyraźnie na charakter zachowań intencjonalnych małych dzieci i rolę dialogu w procesie przyswajania systemu językowego.

[18] por. M. Tomasello, *dz. cyt.* s. 85-107; J. Porayski-Pomsta, *„Mowa dziecka" jako przedmiot badań*, „Poradnik Językowy", 2007, z. 7, s. 3-21.

Przedstrukturalistyczny typ periodyzacji rozwoju mowy dziecka najlepiej, jak się wydaje, reprezentuje w polskiej literaturze przedmiotu opis rozwoju zaproponowany przez Leona Kaczmarka[19]. Badania przedstrukturalistyczne opierają się głównie na tzw. dzienniczkach mowy. Badacze odnotowują w nich wszystkie obserwacje związane z rozwojem ogólnym dziecka, skupiając się zwłaszcza na tych zjawiskach, które służą komunikowaniu się dziecka z najbliższym otoczeniem społecznym. Podstawą opisu są zwykle ogólne założenia, które można przedstawić następująco: a) mowa jest wytworem życia zbiorowego, zatem dziecko przyswaja ją z potrzeby komunikowania się z otoczeniem; proces przyswajania mowy przez dziecko jest swego rodzaju koniecznością społeczną; b) nabywanie mowy ściśle wiąże się z rozwojem „duchowym" (umysłowym) i fizycznym dziecka; pokazanie tego związku jest jednym z ważniejszych zadań badacza mowy; c) zadaniem badacza mowy dziecka jest „zebranie określonych faktów mownych (dotyczących rozwoju języka)" i przedstawienie ich w sposób uporządkowany, tj. pokazujący rozwój mowy; przedstawienie faktów może być przydatne do ich wyjaśnienia; d) warunkiem prawidłowego rozwoju mowy dziecka jest właściwy przykład ze strony dorosłych, m.in. unikanie języka nianiek (języka dziecięcego) przez dorosłych oraz odpowiednie warunki środowiskowe; e) podstawą dla wyróżnienia określonych okresów rozwoju mowy stanowi „różnie ujawniana, mniej lub bardziej świadoma i celowa dążność dziecka do wpływania na otoczenie początkowo najbliższe, a potem i dalsze. W czynnościach porozumiewania się znamienne jest ustępowanie co pewien czas środków o strukturze najpierw synkretycznej, globalnej i o znaczeniu szerokim przed innymi o strukturze coraz jaśniejszej, coraz bardziej analitycznej i o znaczeniu coraz węższym"[20].

Zwróćmy uwagę, że dla tego typu badań właściwa jest postawa kolekcjonera, skądinąd bardzo ważna i potrzebna ze względu na konieczność zgromadzenia odpowiedniego zbioru faktów. Badaczami mowy dziecka są najczęściej rodzice, zaś badania obejmują pojedyncze dzieci z rodzin inteligenckich – od urodzenia do 36 miesiąca życia. Można zatem mówić – doceniając wartość samych badań – po pierwsze, o pewnej ich przypadkowości, po drugie, o ich niewystarczalności do wyciągania wniosków uogólniających czy tym bardziej do tworzenia jakiejś teorii[21]. Najbardziej reprezentatywna dla tego typu badań w Polsce – o czym była mowa wcześniej – jest periodyzacja rozwoju mowy dziecka opracowana przez Leona Kaczmarka, który na podstawie obserwacji własnych dzieci, przede wszystkim Urszulki, wyróżnia cztery podstawowe okresy: melodii – od urodzenia do 12 miesiąca życia, wyrazu –

[19] L. Kaczmarek, *Kształtowanie się mowy dziecka*, Poznań 1953.
[20] Tamże, s. 5.
[21] por. P. Łobacz, *Polska fonologia dziecięca. Studia fonetyczno-akustyczne*, Warszawa 1996, s. 7, 53-54.

od 12 do 18/24 miesiąca życia[22], zdania – od 18/24 miesiąca życia do 36 miesiąca życia, swoistej mowy dziecięcej – między 36 miesiącem życia a 7. rokiem życia.

Okres melodii jest właściwy niemowlęciu; melodii towarzyszą ruchy ciała, gesty i mimika. W okresie tym Kaczmarek wyróżnia trzy podokresy: krzyku i płaczu – 0-2/4 m. ż.; głużenia – 2/4-6 m.ż.; gaworzenia – 6-12 m.ż. Podstawę podziału stanowi charakter zachowań komunikacyjnych dziecka oraz właściwości wydawanych przez nie dźwięków.

Okresem wyrazu nazywa L. Kaczmarek okres między 12 a 18/24 m.ż. Cechują go wypowiedzi o charakterze synkretycznym, nierozczłonkowanym strukturalnie i globalnym znaczeniowo. Autor zwraca jednak uwagę na fakt, że dziecko[23], operując skromnym zasobem leksykalnym, umie za pomocą mimiki i gestów wyrazić wszystko, co chce wyrazić. To pozwala, żeby użycie tych wyrazów, za pomocą których dziecko przedstawia świat, w którym się obraca i którym się interesuje, traktować „raczej jako powiedzenia, a nie wyrazy”[24].

Okres zdania (18/24-36 m.ż.) to okres kształtowania się podstaw systemu językowego dziecka: fonologicznego, morfologicznego i syntaktycznego oraz komunikacji werbalnej. Rozwój systemu w tym okresie L. Kaczmarek opisuje, przedstawiając przyswajanie przez dziecko kolejnych elementów systemu językowego: na poziomie składni, morfologii oraz artykulacji.

Okres swoistej mowy dziecięcej (36 m.ż.-7 r.ż.) to okres dochodzenia do języka dorosłych. L. Kaczmarek pisze, że mowa dziecka 3-letniego jest w zasadzie ukształtowana, i tylko – w miarę dorastania i nowych doświadczeń oraz oddziaływania coraz to szerszego kręgu społecznego – wzbogaca się i dojrzewa. Największy przełom następuje – zdaniem uczonego - w momencie, kiedy dziecko idzie do szkoły. Autor *Kształtowania się mowy dziecka* dość szczegółowo charakteryzuje mowę dziecka w tym okresie. Charakterystyka ta wskazuje na dość istotne różnice w porównaniu z mową dorosłych na poziomach: fonetyczno-artykulacyjnym, składniowym i leksykalnym. Jednocześnie jest to okres, w którym dziecko

[22] Leon Kaczmarek okres wyrazu wyznacza na 1 – 1,6 (2) rok życia [por. L. Kaczmarek, *dz. cyt.* s. 23]. Ten – mogłoby się wydawać – niekonsekwentny zapis jest związany z tym, że mowa Urszulki rozwija się zdecydowanie szybciej niż porównywanych z nią innych dzieci autora: Ewuni, Cyrylka i Bożydarka. Między 14 a 18 m.ż. Urszulki jej słownik systematycznie się powiększa – tym samym wzrastają również jej umiejętności komunikacyjne – i około 18 m.ż. liczy około 60 wyrazów: 66,7% tego słownika stanowią rzeczowniki, 10% – czasowniki; z innych wyrazów występują: przeczenie *nie*, *bə* ‘bęc’, potaknięcie *y’ym*, oraz niby-przymiotniki: *be’be* ‘brzydki’ i *a-a* ‘gorące’ [L. Kaczmarek, *dz. cyt.* s. 28-29]. Zapewne ten bogaty jak na wiek dziecka słownik sprawił, że Urszulka około 18 m.ż. przechodzi w stadium zdania [Tamże, s. 35].

[23] Dzieckiem tym jest córeczka autora, Urszulka, której mowa dostarczyła autorowi najwięcej materiału i stworzyła podstawę do formułowania sądów na temat rozwoju mowy dziecka.

[24] L. Kaczmarek, *dz. cyt.*, s. 29.

zdobywa coraz większą kompetencję językową, a w związku z intensyfikacją kontaktów społecznych i wychodzeniem poza krąg najbliższej rodziny, także kompetencję komunikacyjną[25].

L. Kaczmarek zwraca uwagę, porównując rozwój czworga swoich dzieci, że nie rozwijają się one dokładnie tak samo. Podobnie jak w różnym tempie dojrzewają pod względem fizycznym, tak samo ich mowa rozwija się w różnym tempie. Różnice te uzasadnia m.in. większą opieką nad pierwszym dzieckiem (kolejnym dzieciom rodzice nie poświęcają równie dużo uwagi co pierwszemu dziecku) i lepszymi warunkami życia.

(2) Strukturalistyczne periodyzacje rozwoju mowy dziecka

Pierwsze prace poświęcone rozwojowi mowy oparte na metodologii strukturalistycznej zaczęły powstawać na przełomie lat trzydziestych i czterdziestych XX wieku. Wzorcowe są tu prace: Romana Jakobsona, *Kindersprache. Aphasie und Allgemeine Lautgesetze,* Upsala 1941, oraz Antoine'a Gregoire'a, *L'Aprentissage du langage,* Liège, T. I 1937, T. II 1947. To, co jest charakterystyczne dla tych prac, to: 1) nowe w stosunku do wcześniejszego okresu badań mowy dziecka tezy, co jest skądinąd oczywiste, 2) skupienie się na opisie przyswajania przez dziecko języka definiowanego – zgodnie z koncepcją F. de Saussure'a – jako system znaków[26], 3) systematyczny i dokładny opis poszczególnych podsystemów języka.

Jeśli idzie o nowe tezy, to na szczególną uwagę zasługują następujące: 1) akwizycja języka w ontogenezie niezależnie od systemu językowego przebiega w podobny sposób, według uniwersalnych zasad, i – ujmując rzecz ogólnie – ma charakter stały; ten stały, uniwersalny charakter akwizycji języka można ująć w postaci stadiów (etapów) przyswajania systemu (chronologia bezwzględna); uniwersalny charakter rozwoju mowy dziecka wiąże się też z tym, że niezależnie od języka, akwizycja języka przebiega według tych samych zasad i ma podobny przebieg, stąd też wzrasta waga badań porównawczych; 2) każde dziecko rozwija się w sposób indywidualny, właściwy sobie (chronologia względna); różnice w zakresie opanowania systemu językowego pomiędzy poszczególnymi dziećmi mogą wynieść od kilku tygodni do kilku, kilkunastu miesięcy[27]; 3) dziecko jest jednocześnie odtwórcze i kreatywne w używaniu języka; formy i znaczenia odwzorowywane od otoczenia językowego nigdy nie są mechanicznymi kopiami form i znaczeń używanych przez to otoczenie – są one konieczne

[25] Tamże, 47-59.

[26] To, na co trzeba zwrócić szczególną uwagę, to postawa badawcza na gruncie językoznawczym. Otóż w językoznawczych badaniach strukturalistycznych przestało wystarczać zebranie i opisanie materiału językowego. Prace te miały w coraz to większym stopniu również charakter teoretyczny, co zasadniczo do tej pory charakteryzowało prace psychologiczne lub psychologizujące.

[27] R. Jakobson, *dz. cyt.*, s. 50.

do opanowania systemu, ale właśnie dzięki temu dziecko, kiedy opanuje system, twórczo je przetwarza[28].

Techniki zbierania materiału – z powodu braku odpowiednich narzędzi rejestrujących – są podobne do tych, które przedstawiono wyżej. Badacz jednak przestaje być tylko zbieraczem. Zebrany materiał poddaje dokładnej i systematycznej analizie. Widać to doskonale choćby w strukturach opracowań tego nurtu[29].

W Polsce ten nurt badań najpełniej – jak się wydaje – reprezentują Paweł Smoczyński i Maria Zarębina.

A. Opis rozwoju języka przez Pawła Smoczyńskiego

Paweł Smoczyński, autor pracy *Przyswajanie przez dziecko podstaw systemu językowego* [1955], już w samym tytule sygnalizuje swój związek ze strukturalizmem. Próbuje odpowiedzieć na pytanie, co sprawia, że dziecko w autonaśladownictwie nie ma większych problemów z realizacją dźwięków mowy, zaś w naśladownictwie wzorów z otoczenia trudności te są znaczne i niemalże nie do przezwyciężenia. W sposób jednoznaczny odwołuje się do ustaleń Romana Jakobsona: „Udowodnił on [Jakobson], że w tym wypadku nie mogą być rozstrzygające trudności fizjologiczne [jak uzasadniał to F. Schultze,– dop. mój: J.P.P.], gdyż głoski nie reprodukowane przez dziecko w okresie omawianym były wszakże łatwo przez nie produkowane w okresie poprzedzającym, tj. w gaworzeniu. Nie może też być mowy o trudnościach akustycznych [jak uzasadniał to R. Meringer – dop. mój: J.P.P.], ponieważ wyraźnie temu zaprzecza zjawisko samonaśladownictwa oraz stwierdzony fakt biernego rozpoznawania głosek przez dziecko uwidaczniający się we właściwym rozumieniu przez nie wielu, najczęstszych przynajmniej, wypowiedzi otoczenia. Stracić musi na mocy przypuszczenie Bühlera, gdyż u dziecka czasem zachodzi naśladownictwo papuzie, w którym pojawiają się nawet takie głoski, jakich nie ma w produkcjach spontanicznych, i ponieważ znany jest fakt, iż pewne używane już przez nie głoski giną dopiero na dalszych etapach rozwoju[30]. Dalej P. Smoczyński pisze, że nowe rozwiązanie Romana Jakobsona „polega na wykryciu przejawu w samym

[28] Tamże, s. 16.

[29] Por. np. spis treści A. Grégoire, *L'Aprrentissage du langage*, Liège-Paris 1947, t. II. Część pierwsza. Rodz. I. *Rodzajnik,* Rozdz. II. *Rzeczownik,* Rozdz. III. *Przymiotnik i zaimek wskazujący* (w oryginale: *Les demonstratifs*), Rozdz. IV. *Przymiotniki i zaimki dzierżawcze,* Rozdz. V. *Zaimki osobowe*; Część druga: Rozdz. VI. *Koniugacja przed ukończeniem trzeciego roku życia,* Rozdz. VII. *Koniugacja w trzecim roku życia,* Rozdz. VIII. *Czas przyszły,* Rozdz. IX. *Czas przeszły,* Rozdz. X. *Tryb warunkowy (conditionnel),* Rozdz. XI. *Czasowniki zwrotne,* Rozdz. XII. *Czasowniki pomocnicze*; Część trzecia: Rozdz. XIII. *Przyimki i przysłówki,* Rozdz. XIV. *Przeczenia*; Część czwarta: Rozdz. XV. *Zdania w trzecim roku życia*; Część piąta: Rozdz. XVI. *Mowa tzw. figuratywna*; Część szósta: Rozdz. XVII. *Psychologia dziecięca*; Część siódma: Rozdz. XVIII. *Fonetyka dziecięca*; Część ósma: Rozdz. XIX. *Fonologia dziecięca.*

[30] P. Smoczyński, *Przyswajanie przez dziecko podstaw systemu językowego*, Łodź–Wrocław 1955, s. 57.

fakcie przejścia głosek – jako zjawiska indywidualnego, artykulacyjnego – w fonemy, czyli w zjawisko społeczne, służące w słowach i wypowiedziach do komunikacji między ludźmi. Dziecku – pisze Smoczyński – sprawia trudność wartość fonematyczna, jaką uzyskuje głoska w trakcie przechodzenia od gaworzenia do mowy. Jako wynik doboru konwencjonalnego i jako cząstka systemu ściśle określonego fonem musi dopiero być przez dziecko zdobywany”[31]. Smoczyński polemizuje jednocześnie z tezą Jakobsona, ze zdobywanie przez dziecko fonemów postępuje wg określonego powszechnego schematu. Stwierdza mianowicie: „[…] w całej kwestii chodzi o opanowywanie przez dziecko nie tylko fonemu, ale równocześnie podstaw całego systemu fonologicznego. Ten zaś zawiera w sobie oprócz norm określających cechy akustyczne, służące w danym języku do rozróżniania znaczenia słów, jeszcze normy określające cechy akustyczne, służące w danym języku do oddzielania słów od siebie w zdaniu. A zatem zagadnienie nie wyczerpuje się stwierdzeniem zdobywania przez dziecko fonemu, lecz wymaga także zajęcia się procesem wyrabiania się u dziecka poczucia struktury fonologicznej słowa”[32] [podkr. autora]. Problem polega na tym, że fonem pojawia się już we wczesnym etapie rozwoju mowy dziecka, ale dziecku brak poczucia struktury fonologicznej wyrazu, o czym decydują liczba i układ fonemów, jakimi operuje dziecko, oraz stosowanie właściwego akcentu[33].

P. Smoczyński, wychodząc z założenia, że najważniejszą funkcją języka jest funkcja komunikacyjna, uznał, że dziecko zmuszone jest w swojej mowie naśladować zasady właściwe strukturze języka swego otoczenia, a stale uwidaczniające się cechy jego nieporadności wynikają ze złożoności strukturalnej języka. Kształtowanie się natomiast systemu językowego dziecka (Smoczyński *explicite* pisze o systemie fonologicznym) odbywa się na drodze osłuchiwania się z mową otoczenia i nie ma charakteru powszechnego, panchronicznego – jak sądzi Jakobson – lecz jest ściśle związane z konkretnymi nosicielami języka, od których dziecko przejmuje wzorce: jest rezultatem uogólniania i abstrakcji typowych dla danego języka cech akustycznych, gramatycznych i znaczeniowych[34].

Periodyzacja rozwoju języka przedstawiona przez P. Smoczyńskiego jest złożona. Mianowicie, każdy podsystem języka – jakkolwiek autor bardzo zaznacza silne związki pomiędzy nimi – ma jakby własny, wewnętrzny porządek rozwojowy:

[31] Tamże, s. 57.
[32] Tamże, s. 58.
[33] Tamże, s. 58-59.
[34] Tamże, s. 78-80.

I. Pierwszy rok życia dziecka[35]: okres krzyku i gaworzenia albo okres przygotowawczy[36]. Autor zwraca tu uwagę przede wszystkim na stronę dźwiękową zachowań niemowlęcia. Podkreśla ścisłą łączność produkcji głosowych: krzyków i gaworzenia, ze stanami ustrojowymi organizmu dziecka: krzyki pojawiają się w sytuacji, gdy dziecko jest głodne, spragnione, chore, podrażnione, niewyspane; gaworzenie w sytuacji, gdy dziecko jest syte, jest mu wygodnie i ciepło, jest wypoczęte i zdrowe, zaś następstwo i porządek ujawniających się dźwięków zależy od specyficznej fizjologii dziecka.

1. Kształtowanie się dźwięków:
   - pierwsze dwa miesiące życia dziecka – dźwięki najpierwotniejsze: *ə, h, m, a, u* (powstają bez żadnego udziału narządów artykulacyjnych),
   - około 3. m. ż. – głoski: *G, γ, ρ* (powstają z udziałem narządów artykulacyjnych, ale w sposób niezamierzony; dźwięki gardłowe, czasem zwarte, przeważnie szczelinowe z lekka wibrujące),
   - 4., 5., 6. m.ż. – głoski dwuwargowe, wyraźnie aktywne, powstałe przy współdziałaniu narządów mownych (aktywna rola warg wyrobionych dzięki odruchowi ssania oraz coraz bardziej czynnemu językowi; głoski wargowe: czyste lub nosowe, często najpierw w postaci zwartoszczelinowej *b͡w* lub *b͡ɥ*, które przechodzą w *b͡l*, *m͡l*; głoski *w* i *l* są realizowane także samodzielnie,
   - 7.-8. m.ż. – głoski przedniojęzykowo-zębowe [sic][37] *d-t* oraz tylnojęzykowe *g-x*; tylnojęzykowe zastępują stopniowo głoski gardłowe,
   - 9. m.ż. – głoski palatalne: *l, j, i*; wiąże się to z pojawieniem się pierwszych zębów górnych,
   - 10. m.ż. – głoski syczące i mlaski; w tym czasie następuje „[…] przemożne poddawanie się wszelkim otaczającym głosom i samorzutne ich przyswajanie na drodze recepcji słuchowej. Nagle zaczynają niemowlę interesować świsty, poświsty, dmuchania, podawane przez otoczenie mlaski, całymi kaskadami słychać wibranty

[35] P. Smoczyński nie dzieli okresu przygotowawczego – tą nazwą obejmuje zasadniczo cały 1. r.ż, dziecka – na podokresy. Nie wyróżnia na przykład w swoim opisie okresu zwanego – za L. Kaczmarkiem – w polskiej tradycji głużeniem.

[36] P. Smoczyński, *dz. cyt.*, s. 9-41.

[37] P. Smoczyński tak to opisuje: „Dowodem utrzymującym mnie w przekonaniu wobec *d-t* były zauważone przeze mnie manipulacje przy dziąsłach, częste ślinienie się, wreszcie sposób artykulacji przez zwarcie przodu języka z dziąsłem nie górnym, lecz dolnym, tj. tym, w którym pierwsze zęby normalnie się pokazują. Co do tego sposobu artykulacji wyjaśniam, iż zauważyłem go również później przy wymawianiu *n*" [P. Smoczyński, *dz. cyt.*, s. 23].

języczkowe lub wargowe, bardzo wyraźny staje się akcent dynamiczny oraz intonacja i rytmika”[38];

2. Kształtowanie się sygnalizacyjnej roli krzyku:
   - 0-4. m.ż. – krzyki o podłożu wyłącznie biologicznym (ustają, gdy zostanie usunięta przyczyna),
   - 5.-10. m.ż. – krzyki o charakterze sygnalizacyjnym, kształtujące się pod wpływem organizacji życia społecznego;
3. 9. m.ż. – naśladownictwo mowy dorosłych bez jej rozumienia, pojmowanie mowy dorosłych bez jej naśladowania;
4. 10. m.ż. – samonaśladownictwo (echolalia).

II. Przełom pierwszego i drugiego roku (10.-12. m.ż.) oraz pierwsza połowa 2. roku życia dziecka (12.-18. m.ż.),

1. Kształtowanie się systemu fonologicznego[39]:
   - liczba fonemów, jakimi dziecko dysponuje w tym pierwszym okresie stadium językowego (12.-16. m.ż.), jest niewielka: są to trzy fonemy samogłoskowe i sześć spółgłoskowych, a jednocześnie w swoim repertuarze dziecko ma wiele dźwięków pozasystemowych. Stan wyjściowy jest prymitywny, tzn. oparty na jednej dystynkcji C:V. Dodatkowo rzecz się komplikuje na skutek występowania reduplikacji, które działają w sposób mechaniczny, wbrew potrzebom i wymaganiom przyswajanego języka. Brak poczucia akcentu uwidacznia się w sporej liczbie reduplikacji przy wzorach jednosylabowych;
   - fonemy (w nawiasach warianty fonemów): (1) /t /(d, ʒ’,t’) - /a/ (e, o) - /p/ (b, bu̯, u, v) – /s/ (ts, s’) - /i/ - /m/ - /n/ - /j/ (ń) – /k/ (k’, g); (2)[40] /t/ (d, t’, ʒ’) - /a/ - /k/ (χ, kh, g) - /p/ (b, bu̯, u, v) - /n/ (ń, η) - /m/ - /l/ - /i/ - /u/ - /j/ - /é/ - /ś/.
2. Struktura fonologiczna wyrazu (kolejno wymieniane właściwości oznaczają zmiany): pierwotna opozycja C:V: głoska zamknięta (spółgłoska) – głoska otwarta (samogłoska); reduplikacja; opozycje: ustna, dwuwargowa – nosowa, dwuwargowa [p-m] szczelinowa, wargowo-zębowa – zwarta, dwuwargowa [v-b]; brak zasady akcentuacyjnej.
3. Kształtowanie się znaczenia wyrazów[41]:

[38] P. Smoczyński, *dz. cyt.*, s. 24.
[39] por. P. Smoczyński, *dz. cyt.*, s. 71-80.
[40] Numer (1) oznacza materiał pochodzący od córki Anki, numer (2) – od syna Pawełka.
[41] P. Smoczyński, *dz. cyt.*, s. 80-94.

- pierwotna płynność w zakresie łączenia formy dźwiękowej z określonym znaczeniem (np. ‘mama’: *mama, ma-ma, ama, ma, mem, mam, mε, mεm, amε* itp.; ‘tata’: *tata, da-ta, tatε, tεta, ta’taj, ta-ta, ta*),
- w stadium wyjściowym kompleksy głoskowe wyrażają zarówno pewne wyobrażenia, jak i pewne stany emocjonalne (posługiwanie się wyrazami: *mamo, mama, mam, masz, nie ma* „z dużym z zasady ładunkiem uczuciowym, np. w stanach głodu, bólu, radości, gdy chcieli się czymś pochwalić lub zwrócić na siebie uwagę, przy zadokumentowaniu swojej wyższości z posiadania czegoś, w razie konieczności podzielenia się z kimś drugim itp.[42]”.

4. Wielkość i struktura słownika:
   - duża liczba onomatopei – najpierw krótkotrwałych i okazjonalnych, np. *pφ-pφ* ‘gaszenie zapałki’, *ã-ã* ‘reakcja na kichnięcie’, potem pochodzących od otoczenia, np. *mū* ‘muczenie krowy’, *më* ‘beczenie kozy, owcy’, *ćip-ćip* ‘kura’, *gul-gul* ‘indyk’, *tik-tak* ‘tykanie zegarka’,
   - wczesne przejmowanie od otoczenia wykrzykników, partykuł, wołacza i rozkaźnika, a także wyrazów wskazujących: *tu, tam, to, ja,*
   - specyficzne, własne słowa dziecka, długotrwałe ich znaczenie pierwotnie trudne jest do ustalenia, np. *ńam-ńam* ‘w związku z jedzeniem’, *na* ‘daj, weź’, *ta* ‘tak’, *tu* ‘tu’, *pa//ba* ‘patrz’, *ja//mi//mńe//me//nam* ‘różne formy zaimka pierwszej osoby’, *ta//ta-ta* ‘to’.
5. Kształtowanie się składni:
   - brak wypowiedzenia rozczłonkowanego – „[…] specyfikę mowy dziecka tego okresu stanowi m.in. to, że każde słowo jest nie tylko nazwą jakiegoś przedmiotu lub czynności, ale oznacza wszystko to, co z tym przedmiotem lub czynnością jest związane, co tego przedmiotu lub czynności dotyczy, wreszcie czego dziecko od tego przedmiotu i czynności spodziewa się i oczekuje. Jest ono czymś innym niż w języku – znakiem globalnym, nie zdyferencjonowanym jeszcze kompleksem, i dlatego może pełnić równocześnie funkcję wypowiedzenia”[43] [ortografia zgodna z oryginałem; podkr. moje – J.P.P.],
   - rozwój przebiega od kompleksu niezdyferencjonowanego do całości jako tako rozłożonej i zorganizowanej; dwie fazy: (1) wyrabianie analizy u dziecka, np. w związku z żądaniem czegoś (u córki autora): - najpierw za pomocą tylko słówka *da//na* potem

[42] Tamże, s. 85.
[43] Tamże, s. 109.

następuje wysunięcie na plan pierwszy osoby wypełniającej pożądanie, np. *tata* [1;3,18], *mama* [1;6,11], następnie przedmiotu pożądanego, np. (syn autora) *ap-ka* [1;3,20], *tutu* [1;6,4]; (2) językowe uzewnętrznienie się obok przedmiotu pożądania także osoby, do której wypowiedzenie jest kierowane, realizowane jednak za pomocą dwóch niepołączonych wspólnym konturem intonacyjnym słów, por. *mama, tu* 'mamo, tu (postaw szklankę)' [A. 1;7,5], *mamo, śiśś* 'mamo, (chcę) sisi' [P. 1;5,30],

- czynnikiem organizującym wypowiedzenie są jedynie intonacja, akcent i pauza; brak jest innych, istotnych dla składni elementów gramatycznych.

III. Przełom drugiego i trzeciego roku (1;8-2;6) oraz druga połowa 3. roku życia dziecka (2;7-3;0):

1. Rozwój słownictwa – niepomierny wzrost słownika związany z pojawieniem się wypowiedzi rozczłonkowanej (autor – jak to wyraża *explicite* – nie przywiązuje większej wagi do statystyki, stwierdza jednak, że u córki słownik powiększa się w stosunku do okresu wcześniejszego o 103 wyrazy, u syna zaś o 122[44]).
2. Rozwój gramatyki – „Dopiero w obecnym okresie daje się w mowie dziecka zauważyć ślady tworzenia się poczucia, że wyrazy w wypowiedzeniach dorosłych uzależniają się wzajemnie i oprócz swego znaczenia oddają także stosunki między przedmiotami i zjawiskami" [45]. Przebieg procesu gramatykalizacji jest warstwowy. Pierwszą warstwę, wyjściową stanowią kompleksy dźwięków nieoddające nawet w przybliżeniu form wyrazów właściwych dorosłym – w ich zrozumieniu pomaga konsytuacja, intonacja i gest dziecka, por. np. *u̯a* 'zapałki', *pa* 'papieros', *ja* 'wóz'. Drugą warstwę reprezentują dźwięki podobne do wzorów z otoczenia, chociaż w dalszym ciągu nieadekwatne; obserwuje się dość dużą stałość ich znaczeń, co wiąże się z rozwojem systemu fonologicznego, por. np. *ćuću//t'ut'u//tutu* 'daj cukru', *t'ita* 'chcę czytać', *śika* 'nasikał' („[…] kompleksy dźwiękowe tej warstwy nie są już naśladownictwem dowolnej zgłoski wzoru ani mechaniczną jej reduplikacją, ale reprodukcją pełnego wyrazu dorosłych, choć niedoskonałą z punktu widzenia fonologicznego"[46]). Trzecią warstwę zjawisk stanowią twory analogiczne, por. w mowie Anki: *xlap* 'chleb' : *lapka, lapa* 'chlebka, chleba daj' [2;2,13]; *lap* 'chleb je', *lapka//laba* 'chlebek' [2;3,7]; *lapka* 'daj chleba' [2;3,20]; *laba* 'daj chleba' [2;3,21]; *lapka, **lapk'i*** 'chlebka daj' [2;4,15]; w mowie Pawełka: *naś//natś* 'masz!' [1;8,25]; *ne mam* 'nie mam' [1;9,4]; *nama* 'nie ma' [1;9,16]; *maś* 'masz' [1;10,4]; *ma* 'ma' 1;10,8].

[44] Por. tamże, s. 143.
[45] Tamże, s. 144.
[46] Tamże, s. 151.

(1) Rozwój składni:

- pojawienie się wypowiedzenia rozczłonkowanego – rozwój stosunków syntaktycznych: podmiot (występujący jako wołacz), orzeczenie, dopełnienie bliższe, następnie dopełnienie dalsze, por. *mama, na tutu* ‘mamo, daj cukru’ [A. 1;9,9], *mama, na no* ‘mamo, nóż daj’ [A. 1;10,27], *mama na tata* ‘mama, daj ciasta’ [A. 2;1,18], *Anka – ńema sita* ‘Anka (tam) nie ma zeszytu’ [P. 1;11,17],
- rozwój stosunków syntaktycznych zespolenia: występowanie wypowiedzeń pojedynczych i złożonych, por. przykłady zdań współrzędnie złożonych: *tata ćaća, An-ka ćaća* ‘tata (jest) cacy, Anka (jest) cacy’ [A. 2;1,26]; *mama u̯a, tata u̯a, Anka u̯a* ‘mama ładna, tata ładny, Anka ładna’ [A. 2;1,26]; *to-to dam’i, nańi monda* ‘to (gazetę) daj mi, chcę pani oglądać’ [P. 1;8,24]; *sajć Anka, sajć – klańć* ‘zejdź Anka, zejdź – kręć (popychaj fotel)’ [P. 1;9,2]; śladowo występujące zdania złożone podrzędnie, por. *paće, co tam* ‘zobaczę, co tam jest’ [P. 1;11,26],
- wzbogacenie techniki wyrażania stosunków syntaktycznych; oprócz dotychczas stosowanych technik, takich jak środki pragmatyczne, mimiczne i kinezyczne, dziecko zaczyna w coraz większym stopniu wykorzystywać środki gramatyczne, zwłaszcza konotację syntagmatyczną, dzięki czemu szybko zaczyna przyswajać język; wzrost wypowiedzeń oznajmujących i pytających; zanikanie wykrzyknień,
- procesowi rozszerzania wypowiedzenia rozczłonkowanego towarzyszy rozwój syntaktycznych stosunków związku. Dziecko przyswaja podmiot, orzeczenie, dopełnienie bliższe, przydawkę i okolicznik oraz syntaktyczne stosunki zespolenia: współrzędne a nawet podrzędne, oraz wzbogaca technikę wyrażania owych stosunków, przejawia poczucie konotacji, syntagmatyczne poczucie różnic formalno-znaczeniowych pomiędzy częściami mowy: rzeczownikiem, czasownikiem, przymiotnikiem, liczebnikiem, zaimkiem i przysłówkiem. Następują też istotne zmiany w funkcji intencjonalnej wypowiedzeń: wzrost wypowiedzeń oznajmujących i pytających, i w roli czynnika emocjonalnego: zanikanie wykrzyknień.

(2) Rozwój fleksji:

- rozwój fleksji nominalnej: kategoria przypadka liczby pojedynczej: dopełniacz (cząstkowy, posiadacza[47]) [1;9,0][48]; celownik (zainteresowanej osoby, obiektu dalszego)

[47] Wszystkie terminy są zgodne z nazewnictwem stosowanym przez P. Smoczyńskiego.
[48] W nawiasie kwadratowym została podana data odnotowania przez autora po raz pierwszy omawianych form deklinacyjnych i koniugacyjnych.

[1;9,2]; mianownik [1;9,11]; biernik (obiektu) [1;10,11]; miejscownik – [2;2,10]; narzędnik (instrumentalny) [2;2,13],

- rozwój fleksji werbalnej: rozkaźnik [1;7,5] (por. *na – ma* ‘daj’, *awa – ma* ‘masz!’, *śakaj, Anka* ‘uciekaj, Anka’; bezokolicznik (w funkcji dopełnienia lub rozkaźnika) [1;6,21] (por. *ta la’ić* ‘chcę zapalić’, *tatu te tondać* ‘tato, chcę oglądać gazetę’, *manga mama vazić* ‘nie mogę, mamo, otworzyć’; czas teraźniejszy [1;6,28] por. *ta mama* ‘pudełko mam’, *ća pap’iś mama?* ‘co robisz, mamo?’; czas przeszły [1;8,25] [por. *śikau̯* ‘Pawełek nasikał’, *tavau̯ tatuś* ‘schował tatuś’, *kau̯m tata* ‘zamykałem, tata’; czas przyszły [1;7,18] (por. *muka* ‘zdmuchnę’, *awam* ‘schowam’, *Ańa bańз’a pać?* ‘Ania pójdzie spać?’; znamienny jest brak kategorii liczby i kategorii rodzaju w koniugacji.

3. Rozwój semantyki:

(1) Stałość i trwałość znaczeń wielu wyrazów: a) ustalają się znaczenia poszczególnych kompleksów dźwiękowych, które, występując w wypowiedzeniach rozczłonkowanych, odbijają określoną sytuację i – mimo ciągle niedoskonałej postaci fonicznej – dają się rozpoznać jako odpowiedniki tylko jednych, a nie różnych wzorów wyrazów z otoczenia; b) najczęściej używane wyrazy, które odnoszą się do zjawisk jednoznacznych i przedmiotów znanych dziecku z bezpośredniego doświadczenia, wykazują trwałość i stałość znaczenia (autor podaje np. takie wyrazy: ‘kasza’, mleko’, ‘ciasto’, ‘ciastko’, ‘jajko’, ‘kluski’, ‘placki’, ‘jeść’, ‘ołówek’, ‘zeszyt’, ‘pudełko’, ‘lalka’, ‘nóż’, ‘klucz’, ‘majtki’, ‘buciki’, ‘kąpać’, ‘myć’, ‘tata’, ‘mama’, ‘Anka’, ‘Jaśka’).

(2) Likwidująca się generalizacja znaczeniowa niektórych specjalnych typów wyrazów (chodzi tu zwłaszcza o nazwy niektórych mniej wyrazistych z różnych względów części ciała i o wyrazy przeciwstawne): a) Zjawisko generalizacji znaczeniowej wyrazów jest związane z tym, że są one przyswajane na podstawie wypowiedzeń kierowanych do dziecka przez dorosłych, na tle złożonej normalnie sytuacji mówienia – przypisywane przez dziecko ciągom dźwięków znaczenia są jego wnioskami, częściej chybionymi niż trafnymi. Jest to jednak metoda stosowana przez dziecko w procesie opanowywania nowych wyrazów i powiększania zasobu słownictwa, która w rezultacie prowadzi do coraz bardziej precyzyjnego różnicowania znaczeń wyrazów; b) Zanikanie onomatopei o umotywowanym, naturalnym stosunku wobec oznaczanych rzeczy i zastępowanie ich przez wyrazy konwencjonalne, co zbliża mowę dziecka do mowy otoczenia; c) Kształtujące się poczucie członowości wyrazów, tzn. pojmowanie wyrazów jako zespołów morfemów, o czym świadczą innowacje analogiczne i stosunkowo szybki rozwój gramatykalizacji: przyswojenie kategorii fleksyjnych: dopełniacza, biernika, celownika, mianownika, na-

rzędnika i miejscownika, a następnie: rozkaźnika, bezokolicznika, czasu teraźniejszego, przeszłego i przyszłego.

B. Opis rozwoju systemu słownikowego i semantycznego u dzieci przez Marię Zarębinę

Maria Zarębina, opisując rozwój systemu słownikowego i semantycznego, przyjmuje następujące wstępne założenia: (1) system słownikowy jest „obrazem świata, w którym obracają się wszyscy członkowie danego społeczeństwa i właśnie dzięki wspólności tego obrazu mogą się ze sobą porozumiewać. Język służy bowiem, najogólniej powiedziawszy komunikowaniu interindywidualnemu", (2) rozwój systemu słownikowego odbywa się stadialnie, „niezależnie od tempa indywidualnego i bezwzględnej chronologii"[49].

System słownikowy dzieli M. Zarębina – ze względu na trzy, wyróżnione przez nią, techniki odnoszenia się wyrazów (form wyrazowych) do rzeczywistości pozajęzykowej: nazywania, wskazywania i szeregowania – na: 1. wyrazy nazywające, inaczej symbolizujące – prymarnie: rzeczowniki i czasowniki, oraz sekundarnie: przymiotniki i przysłówki; 2. wyrazy wskazujące: zaimki, 3. wyrazy szeregujące: liczebniki. Poza ww. klasami wyrazów autorka wymienia tzw. morfemy luźne: przyimki i spójniki, jednoklasowe sygnały semantyczne: partykuły oraz wyrazy subiektywne: wykrzykniki[50].

Słownik dziecka, uwzględniając proces jego kształtowania się, dzieli Zarębina na trzy warstwy słownikowe: pierwszą, drugą i trzecią, które odpowiadają trzem stadiom rozwoju: pierwszemu, drugiemu i trzeciemu[51].

Pierwsza warstwa słownikowa – najstarsza – zaczyna kształtować się w czwartym kwartale życia dziecka, czyli w 10. miesiącu, ale może też zacząć się kształtować w ósmym kwartale życia dziecka, czyli w 22. miesiącu[52], co jest zgodne ze względną chronologią rozwoju. Wielkość słownika w pierwszej warstwie waha się – w zależności od dziecka (to także właściwość względnej chronologii rozwoju) – od 50 do 100 wyrazów. To jest oczywiście pewna wartość średnia: najniższa i najwyższa. Na podstawie szczegółowej analizy materiału słownikowego autorka podaje dane bardzo zróżnicowane, np. przedstawiając słownik trojga dzieci półtorarocznych, które zaczęły mówić pod koniec 1. r.ż., zwraca uwagę na znaczne różnice ilościowe między nimi: słownik chłopca wynosił 32 wyrazy, podczas gdy słownik dwóch dziewczynek odpowiednio: 118 i 178 wyrazów[53].

[49] M. Zarębina, *dz. cyt.*, s. 109; 113.
[50] Tamże, s. 109-111.
[51] Tamże, s. 116, 130.
[52] Tamże, s. 112-113.
[53] Tamże, s. 113.

Pierwszą warstwę słownikową tworzą: (1) samodzielne wyrazy subiektywne: wykrzykniki, (2) wyrazy prymarnie nazywające: rzeczowniki i czasowniki, (3) śladowo pojawiają się wyrazy sekundarnie nazywające: przymiotniki i przysłówki oraz (4) śladowo pojawiają się wyrazy wskazujące: zaimki. Trudno jest jednoznacznie zakwalifikować, z powodu braku fleksji oraz wieloznaczności i zatarcia granicy między wyrazami subiektywnymi a obiektywnymi nazywającymi wyrazy z tej warstwy słownikowej do odpowiedniej klasy wyrazów. Średnio dla omawianych przez autorkę trojga dzieci (jednego chłopca i dwóch dziewczynek) struktura słownika przedstawia się następująco: wykrzykniki i rzeczowniki oraz wyrazy wieloznaczne stanowią łącznie 67,5%, czasowniki ok. 15%, pozostałe zaś wyrazy około 18%[54].

W drugim stadium rozwoju słownictwa, które rozpoczyna się około 24. m.ż. dziecka następuje gwałtowny przyrost słownictwa, które liczy teraz około 500 wyrazów. Dla trojga opisywanych dzieci wzrost ten jest następujący: chłopiec – z 32 do 731 wyrazów (przyrost ponad dwudziestokrotny), pierwsza dziewczynka – ze 118 do 623 wyrazów (przyrost ponad pięciokrotny), druga dziewczynka – ze 178 do 837 wyrazów (przyrost prawie pięciokrotny). Ten przyrost jest związany z powiększeniem inwentarza fonemów i opozycji fonologicznych. Rozwojowi słownictwa towarzyszy rozwój fleksji, najpierw nominalnej, potem werbalnej.

W drugiej warstwie słownikowej powiększa się liczba rzeczowników i czasowników, utrwalają się, występujące śladowo w poprzednim okresie, wyrazy sekundarnie nazywające: przymiotniki i przysłówki, oraz wyrazy wskazujące: zaimki, pojawiają się wyrazy szeregujące – liczebniki, utrwalają się morfemy luźne: przyimki i spójniki.

Struktura słownika w drugiej warstwie – dla trojga dzieci, których słownik jest podawany jako przykład, prezentuje się następująco: rzeczowniki – 54,1%, czasowniki – 23,47%, przymiotniki – 5,4%, wykrzykniki – 5,2%, przysłówki – 3,87%, zaimki – 3,67%, liczebniki – 1,76%, przyimki – 1,36%, spójniki – 0,63%, partykuły – 0,53%.

Z powyższych danych wynika, ze zdecydowanie umacnia się klasa wyrazów nazywających, które łącznie stanowią 86,84% całego słownictwa. Pozostałe klasy wyrazów łącznie stanowią niewiele ponad 13% słownictwa. Na uwagę zasługuje zwłaszcza wyraźnie kurcząca się ilość wykrzykników oraz ich konwencjonalizacja, np. pojawiają się takie wyrazy, jak: *halo* ‘wezwanie’, *aha* ‘namysł’, *no* ‘ostrzeżenie’, a także: *uwaga, o Jezus!*[55].

W trzeciej warstwie słownikowej umacniają się wszystkie wyrazy, zwłaszcza te, które wstępowały w drugiej warstwie. Dotyczy to zwłaszcza wyrazów szeregujących oraz mor-

[54] Tamże. s. 113-114; 116.
[55] Tamże, s. 116-130.

femów luźnych: przyimków i spójników. Te trzy klasy wyrazów będą rozwijać się do końca wieku szkolnego.

Słownik dzieci w wieku około 6 lat wynosi od około 4000 do około 6000 leksemów (form wyrazowych jest wielokrotnie więcej), w tym: rzeczowników – około 50%, czasowników – około 25%, przymiotników i przysłówków łącznie – około 13%, pozostałe wyrazy – około 10%[56].

C. Okresy rozwoju mowy z perspektywy komunikacyjnej (opracowanie własne)[57]

Biorąc za podstawę system komunikacji stosowany przez dzieci oraz wzrastającą kompetencję i świadomość komunikacyjną dziecka, rozwój mowy dziecka można podzielić na cztery stadia rozwojowe (podany przy każdym stadium wiek ma charakter orientacyjny):

1. stadium niemowlęctwa albo przedjęzykowe (prelingwalne)[58]: 0–9/12[59] miesiąc życia dziecka,
2. I stadium komunikacji językowej (werbalnej) albo komunikacji przedprzedszkolnej: 9/12–36 miesiąc życia dziecka,
3. II stadium komunikacji językowej (werbalnej) albo komunikacji przedszkolnej: 37 miesiąc życia dziecka – 6/7 rok życia[60],
4. III stadium komunikacji językowej (werbalnej) albo komunikacji wczesnoszkolnej: 6/7 – 10/12 rok życia.

W obrębie każdego z wymienionych stadiów, biorąc pod uwagę te same kryteria co wyżej, należy wyróżnić fazy rozwojowe:

I. w stadium niemowlęctwa – fazy:

1. zachowań symptomatycznych (0–6/12 tydzień życia dziecka),

---

[56] Tamże, s. 130-136.

[57] por. J. Porayski-Pomsta, *„Mowa dziecka" jako… dz. cyt.*

[58] Okres ten jest nazywany przez L. Kaczmarka okresem melodii [L. Kaczmarek, *dz. cyt.*, s. 8-22]. I choć nazwa ta ze względu na formy zachowań dziecka jest adekwatna (płacz, krzyk, gaworzenie, wrażliwość na melodię wypowiedzi), to wydaje się, że ze względu także na całościowy charakter opisu zachowań komunikacyjnych dziecka na tym etapie rozwoju najlepiej nazywać go tradycyjnie okresem niemowlęctwa (*niemowlęctwo* 'okres bycia niemowlęciem; wiek niemowlęcy' [*USJP*, 2 s. 934].

[59] Zawsze, ilekroć w tym opracowaniu mówię o wieku dziecka, to mam na myśli ukończenie, a nie początek, tzn. np. stadium I trwa od urodzenia do ukończenia 9. miesiąca życia; liczba 12 oznacza, że u niektórych dzieci czas trwania stadium I może być przesunięty do końca 12. miesiąca życia, ale stadium to może zakończyć się również w 10. lub 11. miesiącu. Przedłużanie się jednak stadium I poza 12. miesiąc, może sygnalizować – nie musi – opóźniony rozwój mowy.

[60] Przy głębszym zastanowieniu się można by to stadium podzielić na dwie fazy, co wiąże się z dość istotną zmianą, jaka następuje około 5. roku życia, w zakresie opanowania systemu językowego. Otóż w tym czasie kończy się zasadniczo etap kształtowania się systemu fonologiczno-artykulacyjnego u dziecka oraz znacznie wzbogaca się słownik dziecka [por. P. Łobacz, *dz. cyt.*; Geppertowa L., *Rozwój rozumienia i posługiwania się przez dzieci pojęciami stosunków określanymi przez przyimki i przysłówki*, [w:] *O rozwoju języka i myślenia dziecka*, pod red. S. Szumana, Warszawa 1968]. Stanowi to podstawę w niektórych systemach oświatowych (np. w Wielkiej Brytanii) do rozpoczynania systematycznej edukacji szkolnej od 5. roku życia dziecka.

2. apeli-sygnałów oraz pierwotnej wokalizacji, czyli głużenia – wytwarzania w torze głosowym dźwięków niesystemowych (6/12 tydzień – 5/7 miesiąc życia dziecka)[61],
3. apeli-sygnałów oraz naśladownictwa, czyli gaworzenia (5/7 – 9/12 miesiąc życia dziecka),
   - wytwarzanie w torze głosowym dźwięków systemowych,
   - naśladownictwo intonacji bez jej rozumienia (ok. 8 miesiąca życia),
   - echolalia (ok. 10 miesiąca życia);

II. w I stadium komunikacji językowej (werbalnej) – fazy[62]:

1. tworzenia wypowiedzi nierozczłonkowanych lub wypowiedzi o jednej, izolowanej funkcji komunikacyjnej (9/12 – 17/19 miesiąc życia dziecka),
2. tworzenia wypowiedzi dwu-, trzywyrazowych lub wypowiedzi o funkcjach względnie zgeneralizowanych (17/19 – 24/27 miesiąc życia dziecka),
3. tworzenia wypowiedzi względnie rozbudowanych lub wypowiedzi wielofunkcyjnych (24/27 – 36/42 miesiąc życia dziecka);

III. w II stadium komunikacji językowej (werbalnej) – fazy:

1. pierwotnej konwersacji i pierwotnych form narracyjnych (przełom 3–4 roku – koniec 5 roku życia dziecka),
2. konwersacji zdecentrowanej[63] i narracyjnych form tworzonych względnie samodzielnie (6 – 8 lat);

IV. w III stadium komunikacji językowej (werbalnej) – fazy[64]:

1. rozwiniętej konwersacji i rozwoju form narracyjnych związanych z aktualną sytuacją mówienia (8 – 10 lat),
2. konwersacji i form narracyjnych oderwanych od aktualnej sytuacji mówienia (10 –12 lat).

W powyższej periodyzacji, która zasadniczo pokrywa się z dotychczasowymi podziałami, został położony nacisk na – istotny z punktu widzenia przedmiotu niniejszego opracowania – rozwój mowy, równoznaczny w tym wypadku z rozwojem funkcji oraz form wypowiedzi: konwersacji (rozmowy) i narracji (głównie opowiadania i opisu). Trzeba jednak wyraźnie i jednoznacznie powiedzieć, że rozwój zarówno funkcji, jak i form wypowiedzi jest nierozerwalnie powiązany z rozwojem: 1. systemu językowego, rozumianego tu jako rozwój kompetencji językowej dziecka, 2. systemu zachowań komunikacyjnych, czyli kompetencji komuni-

[61] W literaturze przedmiotu podaje się często, że następuje to około 6. miesiąca życia dziecka. Z moich obserwacji wynika, że dziecko wchodzi w fazę gaworzenia właśnie między 5. a 7. miesiącem życia.

[62] Tu nawiązuję do ustaleń M. A. K. Hallidaya [1980], przesuwam jednak nieco – biorąc pod uwagę zarówno przyrost leksyki [por. np. M. Zarębina, *dz. cyt.*,], jak i procesy opanowywania gramatyki [por. np. L. Kaczmarek, *dz. cyt.*] – granice poszczególnych faz, zwłaszcza 2. i 3.

[63] Termin J. Piageta, który jednak ten rodzaj konwersacji przypisuje dzieciom starszym, tj. w wieku około 7. a nawet 10. roku życia [por. J. Piaget, *Mowa i myślenie u dziecka*, Warszawa 1992].

[64] por. M. Kielar-Turska., *Mowa dziecka. Słowo i tekst*, Kraków 1989.

kacyjnej, 3. zasobu leksykalnego i systemu semantycznego, który jest tu traktowany jako słownik umysłowy dziecka[65].

Niniejsza propozycja stadiów rozwojowych mowy dziecka ma charakter ogólniejszy w stosunku do innych periodyzacji i jest – jak się wydaje – w porównaniu z niektórymi innymi bardziej homogeniczna, ponadto, co nie jest bez znaczenia, uwzględnia cały okres, jaki obejmuje <mowa dziecka>[66].

3. Uwagi końcowe

Przedstawione w artykule zagadnienia periodyzacji rozwoju mowy dziecka nie wyczerpują problemu. Zabrakło tu miejsca na omówienie periodyzacji uwzględniających rozwój funkcji pragmatyczno-komunikacyjnych, opisanych m.in. w klasycznych już dziś pracach Brunera i Hallidaya[67], zabrakło opisów rozwoju mowy dziecka z perspektywy tekstologicznej i komunikatywistycznej[68] oraz zabrakło opisów z perspektywy kognitywistycznej, zabrakło wreszcie omówienia periodyzacji rozwoju mowy dziecka z perspektywy psychologicznej. W pewnym, choć niewystarczającym stopniu braki te wypełnia propozycja periodyzacji autorskiej.

Skupiłem się w artykule, po pierwsze – na omówieniu problemów związanych z periodyzacją rozwoju dziecka w ogóle, po drugie – z periodyzacją rozwoju mowy dziecka, po trzecie – przypomniałem opisy i interpretacje rozwoju mowy dokonane przez autorów, których dzieła – aczkolwiek należą już dzisiaj do klasyki – nie są zbyt dobrze znane, zwłaszcza zaś, co obserwuję jako nauczyciel akademicki, są trudności z ich interpretacją.

Omówienie ogólnych problemów periodyzacji rozwoju dziecka, w tym rozwoju mowy, pozwoli czytelnikowi uświadomić sobie, że nie można opracować jednej periodyzacji, która by obejmowała cały proces rozwoju: z jednej strony periodyzacje zależą od przyjętej perspektywy metodologicznej, z drugiej zaś od szczegółowości opisu. Przypomnienie perio-

[65] Termin <słownik umysłowy> oznacza utrwalone w pamięci długotrwałej użytkownika języka formy artykulacyjno-akustyczne i ewentualnie graficzne oraz związane z nimi znaczenia dosłowne i ewentualnie metaforyczne, łączliwość gramatyczną i semantyczną oraz pragmatyczne zasady użycia określonych słowoform w określonym gatunku mowy i określonej sytuacji komunikacyjnej [por. I. Kurcz, *Język a psychologia*, Warszawa 1992, s. 84-90].

[66] Opracowanie periodyzacji rozwoju mowy dziecka na wyższym poziomie jej rozwoju (stadia II i III) jest dość trudne ze względu na wielość kryteriów, jakie mogą tu zostać uwzględnione. Podstawowe kryteria: 1. rozwój funkcji komunikacyjnych, 2. rozwój form konwersacyjnych, 3. rozwój form narracyjnych, 4. rozwój gramatyki, 6. rozwój leksyki, 7. rozwój semantyki, 8. rozwój świadomości językowej (metajęzykowej) [por. np. L. Kaczmarek *dz. cyt.*; M. Kielar-Turska, *dz. cyt.*, S. Kowalski, *Rozwój mowy i myślenia dziecka*, Warszawa 1962; P. Smoczyński, *dz. cyt.*, M. Zarębina, *dz. cyt.*].

[67] J. Bruner, *Ontogeneza aktów mowy*, przekł. Barbara Mroziak, [w:] *Badania nad rozwojem języka dziecka. Wybór tekstów*, pod red. G. Wales Shugar, M. Smoczyńskiej, Warszawa 1980; M. A. K. Halliday, *dz. cyt.*

[68] por. np. B. Bokus, *Tworzenie opowiadań przez dzieci. O linii i polu narracji*, Warszawa. 1991; B. Boniecka, *Pragmatyczne aspekty wypowiedzi dziecięcych*, Lublin 1995.

dyzacji zawartych w dawno wydanych pracach wybitnych badaczy mowy dziecka pomoże – mam taką nieskromną nadzieję – młodym badaczom na dostrzeżenie wartości tych dzieł i włączenie ich na powrót do obiegu naukowego.

Bibliografia

Aitchisson J., *Ssak, który mówi. Wstęp do psycholingwistyki*, Warszawa 1991.

Bernstein B., *Odtwarzanie kultury*, oprac. A. Piotrowskiego, Warszawa 1990.

Bokus B., *Tworzenie opowiadań przez dzieci. O linii i polu narracji*, Warszawa. 1991.

Boniecka B., *Pragmatyczne aspekty wypowiedzi dziecięcych*, Lublin 1995.

Bowerman M., *Rola predyspozycji kognitywnych w przyswajaniu systemu semantycznego*, [w:] *Akwizycja języka w świetle językoznawstwa kognitywnego*, pod. red. E. Dąbrowskiej, W. Kubińskiego, Kraków 2003.

Bruner J., *Ontogeneza aktów mowy*, przekł. Barbara Mroziak, [w:] *Badania nad rozwojem języka dziecka. Wybór tekstów*, pod red. G. Wales Shugar, M. Smoczyńskiej, Warszawa 1980.

Bruner J., *Comment les enfants apprennent a parler*, Ed. Retz, Paris 1987.

Brzezińska A., *Społeczna psychologia rozwoju*, Warszawa 2004.

de Saussure F., *Kurs językoznawstwa ogólnego*, Warszawa 2002.

Frazer C., Bellugi U., Brown R., *Poziom opanowania gramatyki w naśladowaniu, rozumieniu i produkowaniu mowy*, [w:] *Badania nad rozwojem języka dziecka. Wybór tekstów*, pod red. G. Wales Shugar, M. Smoczyńskiej, Warszawa 1980.

Geppertowa L., *Rozwój rozumienia i posługiwania się przez dzieci pojęciami stosunków określanymi przez przyimki i przysłówki*, [w:] *O rozwoju języka i myślenia dziecka*, pod red. S. Szumana, Warszawa 1968.

Grégoire A., *L'Aprrentissage du langage*, Liège-Paris 1947, t. II.

Halliday M. A. K., *Uczenie się znaczeń*, przekł. Hanny Bartoszewicz, [w:] *Badania nad rozwojem języka dziecka. Wybór tekstów*, pod red. G. Wales Shugar, M. Smoczyńskiej, Warszawa 1980.

Jakobson R., *Langage enfantin et aphasie*, Ed. de Minuit, Paris 1969.

Kaczmarek L., *Kształtowanie się mowy dziecka*, Poznań 1953.

Kurcz I., *Język a psychologia*, Warszawa 1992.

Llorach Alarcos E., , *L'Acquisition du langage par l'enfant*, [w:] *Encyclopédie de la Pléiade*: *Le Langage*, pod red. A. Martineta, Paris 1986, ss. 323-365.

Łobacz P., *Polska fonologia dziecięca. Studia fonetyczno-akustyczne*, Warszawa 1996.

Kielar-Turska M., *Mowa dziecka. Słowo i tekst*, Kraków 1989.

Kowalski S., *Rozwój mowy i myślenia dziecka*, Warszawa 1962.

Piaget J., *Mowa i myślenie u dziecka.* Warszawa 1992.

Polański K., *Język*, [w:] *Encyklopedia językoznawstwa ogólnego*, Wrocław-Warszawa-Kraków 1993.

Porayski-Pomsta J., *Umiejętności komunikacyjne dzieci w wieku przedszkolnym. Studium psycholingwistyczne*, Warszawa 1994.

Porayski-Pomsta J., *„Mowa dziecka" jako przedmiot badań*, „Poradnik Językowy" 2007, z. 7.

Smoczyński P., *Przyswajanie przez dziecko podstaw systemu językowego*, Łodź-Wrocław 1955.

Syllamy N., *Słownik psychologii*, Katowice 1995.

Tomasello M., *Kulturowe źródła ludzkiego poznania*, przekład Joanna Rącaszek, Warszawa 2002.

Uniwersalny słownik języka polskiego, pod red. S. Dubisza, Warszawa 2003.

Wood D., *Jak dzieci uczą się i myślą. Społeczne konteksty rozwoju poznawczego*, Kraków 2006.

Zarębina M., *Język polski w rozwoju jednostki. Analiza tekstów dzieci do wieku szkolnego. Rozwój semantyczny języka dziecka. Dyskusja nad teorią Chomskiego*, Gdańsk 1994.

Dorota Lipiec
Akademia Pedagogiki Specjalnej
Warszawa

Zrozumiałość mowy przełykowej – doniesienia z badań własnych

Streszczenie:

Artykuł jest streszczeniem rozprawy doktorskiej nt.: „ Wpływ wybranych parametrów mowy przełykowej na jej zrozumiałość". Zawiera opis i wyniki badań przeprowadzonych przez autorkę na grupie 40 osób po laryngektomii całkowitej, posługujących się mową przełykową. Celem badań było wykazanie stopnia zależności zrozumiałości mowy przełykowej od jej parametrów. Zagadnienie to nie było dotychczas w Polsce badane, a jedyne doniesienia dotyczące samej zrozumiałości mowy przełykowej pochodzą z 1970 r.

Słowa kluczowe: mowa przełykowa, laryngektomia

Abstract:

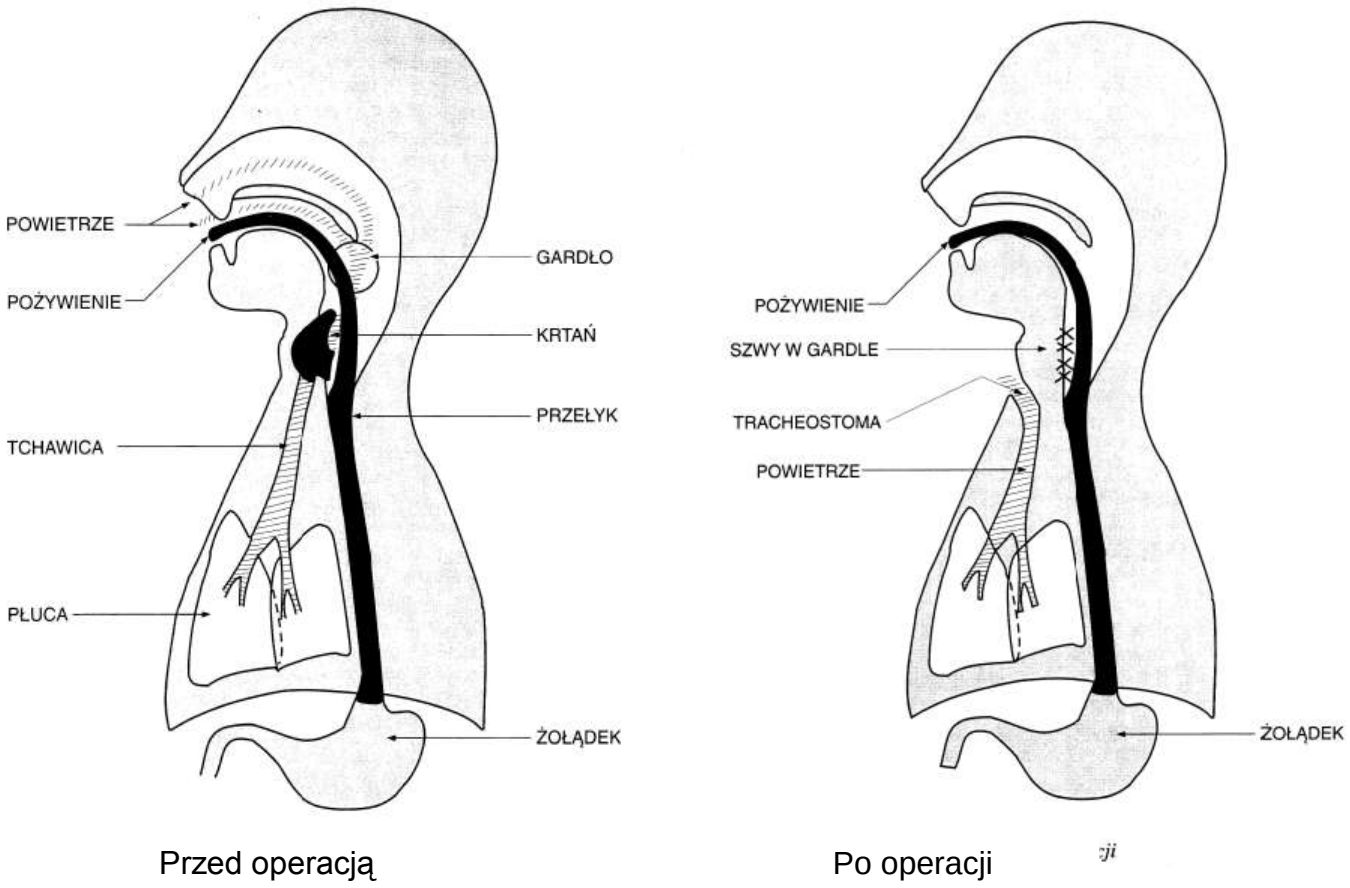
This article is a summary of the doctor's thesis, called: "The influence of certain esophageal speech parameters on its understandability". It contains the description and results of research, which were conducted by the author and covered 40 patients after the total laryngectomy using the esophageal speech. The aim of the research was to show the influence of certain esophageal speech parameters on its understandability. This issue has not been examined in Poland before and the only report referring to the understandability of esophageal speech dates back to the 1970ties.

Key words: speech esophageal, laryngectomy

Wstęp

Mowa przełykowa jest jednym ze sposobów porozumiewania się osób po zabiegu laryngektomii całkowitej. Laryngektomia całkowita (laryngectomia totalis) jest to zabieg usunięcia całej krtani najczęściej z powodu raka. Wyłuszczenia krtani dokonuje się w przypadku raka obustronnego, obejmującego jamę nadgłośniową i podgłośniową. Dolną część płata

skórnego szyi zszywa się z tchawicą, dzięki czemu powstaje otwór (tracheostoma), przez który od tej pory pacjent będzie oddychał.



Ryc. 1. Przekrój narządów przed i po operacji wycięcia krtani[1].

W wyniku operacji oddzielona zostaje droga pokarmowa od oddechowej, a pacjent pozbawiony narządu fonacyjnego traci możliwość wytwarzania głosu i dźwiękowego porozumiewania się z otoczeniem. Często jest to przyczyną utraty wiary we własne możliwości, niskiej samooceny, depresji, a nawet samobójstw. Dlatego tak bardzo istotny jest problem wytworzenia zastępczego głosu i mowy u chorych, gdyż warunkuje to ich powrót do pracy i włączenie się do życia społecznego. Niezbędna jest tu także pomoc psychologa.

Jedną z najlepszych dla pacjentów możliwości porozumiewania się po zabiegu całkowitego wyłuszczenia krtani jest opanowanie mowy przełykowej. Jest to metoda najbardziej

[1] Źródło: A. Sinkiewicz, *Rak krtani*, Bydgoszcz 1992, s. 12-13.

naturalna, wykorzystująca zdolność przystosowania innego niż krtań narządu do wytwarzania głosu. Osoba po laryngektomii uczy się tworzenia głosu w przełyku i dzięki temu może znowu mówić. Nie potrzebuje do tego żadnych aparatów, może mówić, kiedy chce i jak długo chce. Taki sposób porozumiewania się opanowuje większość osób laryngektomowanych (wg danych zawartych w literaturze przedmiotu od 30 do 85%). Pseudogłośnia tworzy się w przełyku w odcinku gardłowo-przełykowym, na poziomie V i VI kręgu szyjnego. Zasadniczym jej mięśniem jest mięsień pierścienno-gardłowy, choć w skład segmentu gardłowo-przełykowego wchodzą również włókna mięśnia tarczowo-gardłowego oraz włókna okrężne przełyku[2]. Podczas rehabilitacji pacjent uczy się nabierać powietrza do przełyku, skąd jest ono usuwane ruchem antyperystaltycznym i wprawia w drgania usta przełyku. Tworzy się w ten sposób dźwięk podstawowy, który następnie modulowany jest w nieznacznie zmienionych jamach rezonacyjnych i narządach artykulacyjnych. Tak powstały głos charakteryzuje się niską częstotliwością tonu podstawowego (60-80 Hz), dużą komponentą szmerową, wyższą częstotliwością 2. i 3. formantu samogłosek, a także uboższą intonacją. Czas fonacji jest skrócony, a tempo mowy zwolnione ze względu na małą pojemność przełyku (150-200 cm3)[3].

O stopniu społecznej użyteczności danego sposobu mówienia, czyli o jego przydatności do komunikowania się, decyduje jego zrozumiałość. Końcowym celem rehabilitacji głosu i mowy po laryngektomii powinno być zatem osiągnięcie jak najwyższego stopnia zrozumiałości mowy zastępczej. Istnieje wiele czynników zewnętrznych i wewnętrznych wpływających na jakość głosu i mowy po laryngektomii, brak jednak danych, które parametry samej mowy przełykowej wpływają na jej zrozumiałość i w jakim stopniu. Zagadnienie to nie było dotychczas w Polsce badane, a jedyne doniesienia dotyczące samej zrozumiałości mowy przełykowej pochodzą z 1970 roku[4].

Podjęłam się zatem przeprowadzenia badań, mających wykazać stopień zależności zrozumiałości mowy przełykowej od jej parametrów[5]. Mam nadzieję, że opracowane przeze mnie narzędzia, schemat badań oraz ich wyniki będą pomocne w ustalaniu diagnozy logopedycznej osób laryngektomowanych i przyczynią się do konstruowania właściwych planów terapii oraz prawidłowego prowadzenia rehabilitacji głosu i mowy.

---

[2] B. Radwan, *Badania nad zależnościami sposobów szycia gardła po laryngektomii na powstawanie i jakość mowy zastępczej*, niepublikowana praca doktorska, Akademia Medyczna w Łodzi, Łódź 1995.

[3] *Foniatria kliniczna*, pod red. A. Pruszewicza, Warszawa 1992.

[4] A. Pruszewicz, A. Obrębowski, *Zrozumiałość mowy zastępczej u chorych po laryngektomii*, „Otolaryngologia Polska" 24/1970, s. 453-456.

[5] Badania własne szczegółowo opisane zostały w rozprawie doktorskiej nt.: „Wpływ wybranych parametrów mowy przełykowej na jej zrozumiałość". W czerwcu 2008 r. w APS w Warszawie odbyła się obrona ww. rozprawy. Przebieg i wyniki badań zamierzam opublikować w formie książkowej.

1. Cele

1.1. Cel główny:

Celem głównym było zbadanie wpływu wybranych parametrów mowy przełykowej na jej zrozumiałość.

1.2. Cele szczegółowe:

1. Ocena zrozumiałości mowy przełykowej badana w trzech próbach: podczas czytania testu jednosylabowego, tekstu oraz w trakcie mowy spontanicznej.
2. Ocena stanu następujących parametrów mowy przełykowej:

a) gotowość pacjenta do rozpoczęcia mowy,
b) koordynacja mówienia z oddychaniem,
c) występowanie i natężenie szmerów oddechowych z tracheostomy podczas mówienia,
d) sposób tworzenia głosu,
e) charakter głosu,
f) maksymalna liczba sylab wypowiadanych na jednym zaczerpnięciu powietrza do zastępczego zbiornika,
g) płynność wymowy,
h) intonacja,
i) akcent,
j) dodatkowe zjawiska zaobserwowane w toku mowy,
k) możliwość fonacji wydłużonej (na jednym zaczerpnięciu powietrza do zastępczego zbiornika).

3. Zbadanie wpływu wymienionych wyżej parametrów mowy przełykowej na jej zrozumiałość.
4. Ocena jakości mowy przełykowej i jej zaklasyfikowanie do jednej z trzech grup:

a) mowa przełykowa bardzo dobra,
b) mowa przełykowa dobra,
c) mowa przełykowa dostateczna.

2. Główne problemy badawcze

1. Czy wszystkie wybrane parametry mowy przełykowej mają wpływ na jej zrozumiałość?
2. Jaki jest wpływ stanu poszczególnych parametrów mowy przełykowej na jej zrozumiałość?
3. Czy spośród parametrów, które mają wpływ na zrozumiałość mowy przełykowej, wszystkie oddziałują na nią w jednakowym stopniu?
4. Czy procent zrozumiałości wyrazów w teście jednosylabowym, tekście czytanym i mowie spontanicznej jest taki sam?

3. Charakterystyka badanej grupy

Badaniami objętych zostało 40 pacjentów po laryngektomii całkowitej (8 kobiet i 32 mężczyzn), posługujących się mową przełykową bardzo dobrą, dobrą i dostateczną. Najstarszy pacjent w momencie badania miał 84 lata i 5 miesięcy, najmłodszy 51 lat. Średnia wieku w badanej grupie wynosi 61 lat i 4 miesiące. Czas, jaki upłynął od operacji do momentu badania, wynosi od 10 miesięcy do 26 lat i 6 miesięcy. Średni czas, jaki u badanych pacjentów upłynął od operacji do momentu badania, wynosi 10 lat.

2 badanych miało wykształcenie podstawowe, 11 zawodowe, 17 średnie, 3 wyższe zawodowe i 7 wyższe. 31 osób mieszkało w środowisku miejskim, 9 w wiejskim.

Badane osoby laryngektomowane przeważnie były zrzeszone w różnych oddziałach Polskiego Towarzystwa Laryngektomowanych na terenie Polski, m.in. Warszawy, Białegostoku, Bydgoszczy, Gdańska, Torunia, Radomia. Pozostałą część grupy badanej stanowili pacjenci Kliniki Otolaryngologii Wojewódzkiego Szpitala Bródnowskiego w Warszawie oraz Kliniki Otolaryngologii Szpitala na ul. Banacha w Warszawie.

4. Przebieg badań

1. Wstępna obserwacja pacjenta (stwierdzenie czy pacjent rzeczywiście posługuje się mową przełykową, a nie np. gardłową lub przetokową).
2. Zebranie danych z dostępnej dokumentacji medycznej (zebranie danych z karty informacyjnej jaką pacjent uzyskuje podczas wypisu ze szpitala. Dane te dotyczą rozpoznania medycznego jednostki chorobowej i zastosowanego leczenia).

3. Wywiad kliniczny (pacjent wypełniał kartę wywiadu klinicznego, w razie potrzeby wyjaśniałam mu treść poszczególnych pytań).
4. Nagranie mowy przełykowej (nagranie video i na dyktafon cyfrowy):

a) Czytanie list artykulacyjnych testu jednosylabowego (pacjenci odczytywali 10 list wyrazów jednosylabowych, po 24 wyrazy każda, łącznie 240 wyrazów).
b) Czytanie tekstu (pacjenci odczytywali fragment tekstu, proszeni byli o zwrócenie uwagi na znaki interpunkcyjne; należy zaznaczyć, że mogli wcześniej zapoznać się z tekstem, czytając go po cichu).
c) Mowa spontaniczna (pacjenci odpowiadali na zadawany im zestaw pytań).
d) Fonacja samogłoski [a] na jednym zaczerpnięciu powietrza do zastępczego zbiornika (pacjent proszony był o jak najdłuższe wymówienie samogłoski [a], po wcześniejszej demonstracji przez badającą; próba powtarzana była dwukrotnie).

4. Przygotowanie nagranego materiału językowego do odsłuchu (zarejestrowany na dyktafonie cyfrowym materiał językowy został przegrany na komputer w formie plików dźwiękowych, a następnie przygotowany do odsłuchu za pomocą komputerowego programu WavePad, służącego do obróbki i odsłuchu dźwięków).
5. Odsłuch nagranego materiału oraz jego transkrypcja fonemowa, dokonane przez 20 studentów, uznanych za przeciętnych użytkowników języka, niezwiązanych w żaden sposób z osobami laryngektomowanymi i nieprzyzwyczajonych do takiego sposobu mówienia. Odsłuchu dokonywały studentki III roku logopedii Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie, wybrane również z powodu posiadania umiejętności zapisu fonemowego. Każda studentka odsłuchiwała nagrania mowy 2 pacjentów, co miało na celu zminimalizowanie ryzyka przyzwyczajenia się do odsłuchu i zwiększenia stopnia rozumienia mowy przełykowej. Studentki dokonały zapisu fonemowego odsłuchiwanego materiału językowego po to, aby umożliwić stwierdzenie, do jakiego fonemu została przez nie zaklasyfikowana usłyszana głoska, a w konsekwencji ocenienie jak dany wyraz został przez nie zrozumiany.
6. Odsłuch nagranych wyrazów testu jednosylabowego oraz ich zapis fonemowy dokonany przez 10 logopedów - sędziów kompetentnych. Każdy logopeda odsłuchiwał nagrania list artykulacyjnych czytanych przez 4 pacjentów. Miało to na celu zobiektywizowanie wyników uzyskanych podczas oceny materiału odsłuchiwanego i zapisywanego przez studentów. Logopedzi nie odsłuchiwali czytanego przez pacjentów tekstu i mowy spontanicznej, gdyż na podstawie procentu zrozumiałych przez logopedów słów testu jednosylabowego można szacować przybliżony procent zrozumiałości tekstu i mowy spontanicznej.

5. Narzędzia badawcze

1. Karta wywiadu klinicznego.
2. Materiał językowy do nagrania a następnie oceny jakości głosu i mowy przełykowej oraz jej zrozumiałości:

a) test słowny do badania odsetka zrozumiałych słów,
b) tekst do czytania,
c) mowa spontaniczna,
d) maksymalnie wydłużona fonacja samogłoski [a] na jednym zaczerpnięciu powietrza do zastępczego zbiornika.

3. Narzędzia specjalistyczne:

a) dyktafon cyfrowy do zapisu i odsłuchu danych (OLYMPUS WS-320M) z mikrofonem (SONY ECM-719),
b) kamera wideo (CANON DC-10) i płyty dvd,
c) komputer typu laptop (ACER TravelMate 4652LMi) z zewnętrzną kartą muzyczną oraz komputerowy program do odsłuchu nagranego materiału (WavePad).

6. Metody analizy danych

1. Analiza danych medycznych zebranych z karty informacyjnej pacjenta.
2. Analiza danych uzyskanych z wywiadu klinicznego.
3. Ocena stopnia zrozumiałości mowy przełykowej:

a) subiektywna ocena przez pacjenta zrozumiałości własnej mowy i jej przydatności do komunikacji z otoczeniem (dane z karty wywiadu),
b) obliczenie odsetka poprawnie zidentyfikowanych wyrazów testu jednosylabowego na podstawie zapisu fonemowego dokonanego przez logopedów i studentów,
c) obliczenie odsetka poprawnie zidentyfikowanych wyrazów tekstu czytanego na podstawie zapisu fonemowego dokonanego przez studentów,
d) obliczenie odsetka poprawnie zidentyfikowanych wyrazów w mowie spontanicznej na podstawie zapisu fonemowego dokonanego przez studentów.

4. Ocena parametryczna głosu i mowy przełykowej (oceny dokonała autorka i dwóch innych logopedów - sędziów kompetentnych, na podstawie nagranego materiału językowego) poprzez ocenę:

a) gotowości pacjenta do rozpoczęcia mowy,
b) koordynacji mówienia z oddychaniem,
c) występowania i natężenia szmerów oddechowych z tracheostomy podczas mówienia,
d) sposobu tworzenia głosu,
e) charakteru głosu,
f) maksymalnej liczby sylab wypowiadanych na jednym zaczerpnięciu powietrza do zastępczego zbiornika,
g) płynności wymowy,
h) intonacji,
i) akcentu,
j) dodatkowych zjawisk zaobserwowanych w toku mowy,
k) możliwości fonacji wydłużonej (na jednym zaczerpnięciu powietrza do zastępczego zbiornika).

5. Klasyfikacja mowy przełykowej na bardzo dobrą, dobrą i dostateczną.
6. Ocena za pomocą metod statystycznych wpływu badanych parametrów mowy przełykowej na jej zrozumiałość:

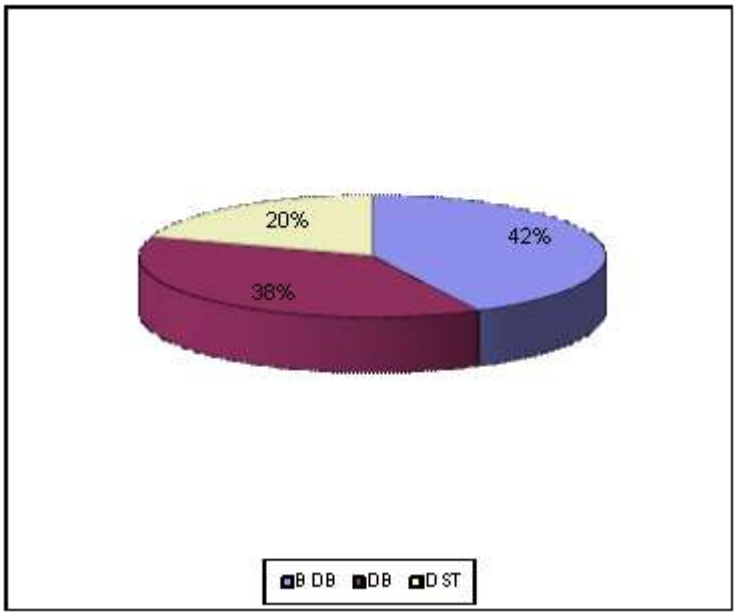
a) korelacja liniowa r Pearsona:
- obliczenie korelacji między wynikami uzyskanymi dzięki ocenie odsetka poprawnie zrozumianych wyrazów testu jednosylabowego dokonanej przez studentów i logopedów
- obliczenie korelacji między parametrami F (maksymalna liczba sylab wypowiadanych na jednym zaczerpnięciu powietrza do zastępczego zbiornika) i K (możliwość fonacji wydłużonej) a zrozumiałością mowy ocenianą w trzech próbach: teście jednosylabowym, tekście czytanym i mowie spontanicznej,

b) współczynnik skuteczności przewidywania ra i współczynnik siły związku rp (obliczenie korelacji między parametrami A (gotowość do rozpoczęcia mówienia), B (koordynacja mówienia z oddychaniem), C (częstość i natężenie szmerów oddechowych z tracheostomy podczas mówienia), D (sposób tworzenia głosu), G (płynność wymowy) a zrozumiałością mowy ocenianą w trzech próbach),

c) test porównywania częstości Fp Góralskiego (użyty do obliczeń w parametrach: A, B, C, D, G, J (dodatkowe zjawiska zaobserwowane w toku mowy)).

7. Wyniki badań i wnioski

Spośród badanych 40 osób po laryngektomii całkowitej 17 pacjentów (42,5 %) posługiwało się mową przełykową bardzo dobrą, 15 (37,5 %) dobrą, a 8 (30 %) dostateczną (oceny dokonano na podstawie stopnia zrozumiałości mowy przełykowej oraz parametrycznej oceny głosu i mowy przełykowej: parametry A-K).



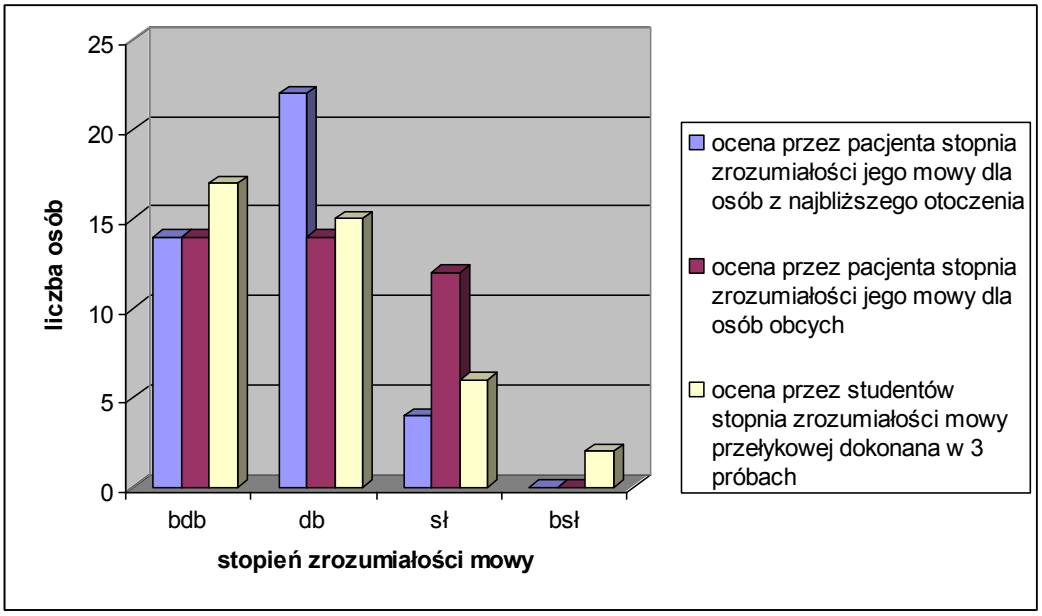
Wykres 1. Rozkład wyników procentowych osób z BDB, DB i DST mową przełykową.

W subiektywnej ocenie własnej mowy 13 badanych (32,5 %) ocenia swoją mowę przełykową jako przydatną do komunikacji w stopniu bardzo dobrym, 18 (45 %) w stopniu dobrym, a 9 (22,5 %) w stopniu dostatecznym. Żadna z badanych osób nie uznała własnej mowy przełykowej za niedostatecznie przydatną do komunikacji.

14 pacjentów (35%) uważało, że przez osoby z najbliższego otoczenia są rozumiani bardzo dobrze, 22 osoby (55%), że dobrze, a 4 (10%), że dostatecznie. Z kolei 14 osób (35%) twierdziło, że przez osoby obce są rozumiane bardzo dobrze, 14 (35%), że dobrze, a 12 (30%), że dostatecznie. Żadna z badanych osób nie stwierdziła, że przez osoby z najbliższego otoczenia lub osoby obce jest niedostatecznie rozumiana.

W ocenie stopnia zrozumiałości dokonanej przez studentów w 3 próbach: teście jednosylabowym, tekście czytanym i mowie spontanicznej, po obliczeniu średniej okazało się, że

17 pacjentów (42,5%) miało bardzo dobry stopień zrozumiałości mowy, 15 (37,5%) dobry, 6 (15%) słaby, a 2 (5%) bardzo słaby. Zestawienie stopnia zrozumiałości mowy przełykowej w subiektywnej ocenie pacjentów oraz w ocenie dokonanej przez studentów przedstawiam w formie wykresu. Dostateczny stopień zrozumiałości mowy w subiektywnej ocenie dokonanej przez pacjentów utożsamiam ze stopniem słabym w ocenie dokonanej przez studentów, a stopień niedostateczny utożsamiam ze stopniem bardzo słabym.



Wykres 2. Zestawienie stopnia zrozumiałości mowy przełykowej w subiektywnej ocenie pacjentów i w ocenie dokonanej przez studentów.

Podsumowanie pozostałych wyników badań przedstawiam w kolejności problemów badawczych:

1. Na podstawie przeprowadzonych badań nie udało się w pełni stwierdzić, czy wszystkie wybrane parametry mają wpływ na zrozumiałość mowy przełykowej. Wynika to z faktu, iż w 3 parametrach (E – charakter głosu, H – intonacja, I – akcent) wszyscy badani pacjenci uzyskali takie same oceny. Nie można zatem zbadać wpływu tych ocen na różną zrozumiałość mowy u każdego pacjenta. Natomiast w parametrze: J – dodatkowe zjawiska zaobserwowane w toku mowy, ze względu na jednoczesne występowanie u badanych pacjentów kilku różnych dodatkowych zjawisk, nie jest zgodna ich liczba z liczbą badanych osób. Nie można więc było posłużyć się tu współczynnikiem skuteczności przewidywania ra oraz współczynnikiem siły związku rp w celu przeprowadzenia obliczeń korelacyjnych. Stan po-

zostałych parametrów mowy przełykowej ma wpływ na jej zrozumiałość ocenianą w 3 próbach.

2. Spośród parametrów, które mają wpływ na zrozumiałość mowy przełykowej, nie wszystkie oddziałują na nią w jednakowym stopniu. Stan poszczególnych parametrów ma różny wpływ na zrozumiałość mowy przełykowej podczas czytania testu jednosylabowego, tekstu i w czasie mowy spontanicznej.

Uzyskane wyniki przedstawiam w poniższej tabeli, gdzie kolorem turkusowym zaznaczam zależności bardzo istotne statystycznie (przy prawdopodobieństwie popełnienia błędu α=0,01), kolorem żółtym zależności istotne statystycznie (przy prawdopodobieństwie popełnienia błędu α=0,05), a kolorem różowym zależności nieistotne statystycznie.

PARAMETRY GŁOSU I MOWY	TEST JEDNOSYLABOWY		TEKST CZYTANY		MOWA SPONTANICZNA	
	ZALEŻNOŚĆ OBLICZONA WSKAŹNIKIEM ra	ZALEŻNOŚĆ OBLICZONA WSKAŹNIKIEM rp	ZALEŻNOŚĆ OBLICZONA WSKAŹNIKIEM ra	ZALEŻNOŚĆ OBLICZONA WSKAŹNIKIEM rp	ZALEŻNOŚĆ OBLICZONA WSKAŹNIKIEM ra	ZALEŻNOŚĆ OBLICZONA WSKAŹNIKIEM rp
A	przeciętna	-	przeciętna	wysoka	nikła	przeciętna
B	słaba	przeciętna	przeciętna	przeciętna	przeciętna	wysoka
C - ASPEKT 1	-	wysoka	-	słaba	-	przeciętna
C - ASPEKT 2	-	wysoka	-	przeciętna	-	wysoka
D	przeciętna	wysoka	słaba	przeciętna	słaba	wysoka
E	BRAK MOŻLIWOŚCI OBLICZEŃ					
F	słaba (korelacja liniowa r Pearsona)		przeciętna (korelacja liniowa r Pearsona)		słaba (korelacja liniowa r Pearsona)	
G	-	nikła	-	słaba	-	słaba
H	BRAK MOŻLIWOŚCI OBLICZEŃ					
I	BRAK MOŻLIWOŚCI OBLICZEŃ					
J	BRAK MOŻLIWOŚCI OBLICZEŃ					
K	przeciętna (korelacja liniowa r Pearsona)		słaba (korelacja liniowa r Pearsona)		słaba (korelacja liniowa r Pearsona)	

Tabela 1. Wpływ wybranych parametrów mowy przełykowej na jej zrozumiałość badany w 3 próbach.

Wyniki zamieszczone w tabeli 1. ukazują, że bardzo istotna jest tu metoda obliczeń, tzn. ze względu na niewielką ilość osób w poszczególnych kategoriach wyższe zależności wychodzą po połączeniu kategorii i zastosowaniu do obliczeń wskaźnika rp, niż przy stosowaniu wskaźnika ra.

Podczas czytania testu jednosylabowego największy wpływ na zrozumiałość mowy przełykowej ma parametr C w aspekcie 2 (natężenie szmerów oddechowych z tracheostomy podczas mówienia). Na drugim miejscu równorzędny wpływ na zrozumiałość mają parametr C w aspekcie 1 (częstość występowania szmerów oddechowych z tracheostomy) i parametr D (sposób tworzenia głosu). Nieco mniejszy wpływ na zrozumiałość mają parametry: A (gotowość do rozpoczęcia mówienia), B (koordynacja mówienia z oddychaniem) i K (czas fonacji samogłoski [a] na jednym zaczerpnięciu powietrza do zastępczego zbiornika). Słaba zależność występuje między zrozumiałością mowy przełykowej podczas czytania testu jednosylabowego a parametrem F (maksymalna liczba sylab wypowiadanych na jednym zaczerpnięciu powietrza do zastępczego zbiornika). Najmniejsza zależność występuje między zrozumiałością mowy a parametrem G (płynność wymowy).

Natomiast podczas czytania tekstu największy wpływ na zrozumiałość mowy przełykowej ma parametr A (gotowość do rozpoczęcia mówienia). Nieco mniejsza zależność występuje równorzędnie między zrozumiałością mowy a parametrami: B (koordynacja mówienia z oddychaniem), C w aspekcie 2 (natężenie szmerów oddechowych z tracheostomy) oraz D (sposób tworzenia głosu) i F (maksymalna liczba sylab wypowiadanych na jednym zaczerpnięciu powietrza do zastępczego zbiornika). Najmniejsza zależność występuje między zrozumiałością mowy podczas czytania tekstu a parametrami: C w aspekcie 1 (częstość występowania szmerów oddechowych z tracheostomy), G (płynność wymowy) i K (czas fonacji samogłoski [a] na jednym zaczerpnięciu powietrza do zastępczego zbiornika).

W mowie spontanicznej największa zależność występuje jednocześnie między zrozumiałością mowy przełykowej a parametrami: B (koordynacja mówienia z oddychaniem), C w aspekcie 2 (natężenie szmerów oddechowych z tracheostomy) i D (sposób tworzenia głosu). Przeciętna zależność występuje między zrozumiałością mowy a parametrami: A (gotowość do rozpoczęcia mówienia) i C w aspekcie 1 (częstość występowania szmerów oddechowych z tracheostomy). Najmniejsza zależność występuje między zrozumiałością mowy spontanicznej a parametrami: F (maksymalna liczba sylab wypowiadanych na jednym zaczerpnięciu powietrza do zastępczego zbiornika), G (płynność wymowy) i K (czas fonacji samogłoski [a] na jednym zaczerpnięciu powietrza do zastępczego zbiornika).

Biorąc pod uwagę to, że najbardziej oczekiwanym efektem rehabilitacji głosu i mowy po laryngektomii jest uzyskanie jak najlepszej i jak najbardziej zrozumiałej mowy przełykowej, służącej do komunikacji z otoczeniem, najważniejsze dla pacjenta i terapeuty są zależności uzyskane dla mowy spontanicznej. Na ich podstawie można wysnuć wniosek, że w rehabilitacji należy przede wszystkim pracować nad jak najlepszą koordynacją mówienia z oddy-

chaniem, likwidacją bądź jak najmniejszym nasileniem szmerów oddechowych z tracheostomy oraz swobodnym sposobem tworzenia głosu. W dalszej kolejności należy zwracać uwagę na gotowość pacjenta do rozpoczęcia mówienia oraz częstość szmerów oddechowych z tracheostomy. Na dalszym planie znajdzie się praca nad płynnością wymowy, maksymalną liczbą sylab i długością fonacji samogłoski [a] na jednym zaczerpnięciu powietrza do zastępczego zbiornika.

Uwzględniając wszystkie zależności uzyskane dzięki obliczeniom wpływu wybranych parametrów mowy przełykowej na jej zrozumiałość podczas czytania testu jednosylabowego, tekstu oraz w trakcie mowy spontanicznej, ogólnie można stwierdzić, że największy wpływ na zrozumiałość mowy przełykowej mają parametry: C w aspekcie 2 (natężenie szmerów oddechowych z tracheostomy) i D (sposób tworzenia głosu). Natomiast najmniejszy wpływ na zrozumiałość ma parametr G (płynność wymowy).

Dzięki obliczeniom testem porównywania częstości Fp Góralskiego stwierdziłam, że podczas czytania testu jednosylabowego, tekstu oraz w trakcie mowy spontanicznej pewne zależności między stanem poszczególnych parametrów a zrozumiałością mowy przełykowej występują istotnie częściej niż inne.

Podczas czytania testu jednosylabowego bardzo dobra zrozumiałość mowy występuje częściej u osób ze stałą gotowością do rozpoczęcia mówienia oraz z przyruchami. Dobra zrozumiałość występuje częściej u osób z zachowaną koordynacją mówienia z oddychaniem, a także z częstymi szmerami oddechowymi z tracheostomy podczas mówienia oraz u osób, u których obserwujemy zwarcia. Słaba zrozumiałość częściej występuje u osób z brakiem dodatkowych zjawisk zaobserwowanych w toku mowy. Z kolei bardzo słaba zrozumiałość częściej występuje u osób z niezachowaną koordynacją mówienia z oddychaniem, ze szmerami z tracheostomy o dużym natężeniu, a także u osób tworzących głos z dużym wysiłkiem i osób z niepłynną wymową.

Podczas czytania tekstu bardzo dobra zrozumiałość mowy występuje częściej u osób ze stałą gotowością do rozpoczęcia mówienia, z zachowaną koordynacją mówienia z oddychaniem, u osób, u których brak jest szmerów oddechowych z tracheostomy podczas mówienia lub u których występują częste szmery oddechowe z tracheostomy podczas mówienia, a także u osób z brakiem szmerów oddechowych z tracheostomy oraz z płynną wymową i przyruchami. Słaba zrozumiałość występuje częściej u osób, u których brak jest stałej gotowości do mówienia i u takich, u których zauważamy mlaski. Z kolei zrozumiałość bardzo słaba częściej występuje u osób, u których brak jest stałej gotowości do rozpoczęcia mówienia oraz u osób z niezachowaną koordynacją mówienia z oddychaniem i tworzących głos z dużym wysiłkiem.

Podczas mowy spontanicznej bardzo dobra zrozumiałość występuje częściej u osób ze stałą gotowością do rozpoczęcia mówienia, u osób z zachowaną koordynacją mówienia z oddychaniem, a także u osób z brakiem szmerów oddechowych z tracheostomy lub z częstymi szmerami oddechowymi z tracheostomy podczas mówienia, jak również u osób ze szmerami o małym natężeniu i tworzących głos z niewielkim wysiłkiem. Dobra zrozumiałość występuje częściej u osób z płynną wymową oraz u osób, u których obserwujemy odbicia powietrza z przełyku. Zrozumiałość słaba częściej występuje u osób z niezachowaną koordynacją mówienia z oddychaniem, u osób ze szmerami o dużym natężeniu oraz u tych, u których obserwujemy zanik głosu i mówienie pseudoszeptem.

3. Procent zrozumiałości mowy podczas czytania testu jednosylabowego, tekstu i w trakcie mowy spontanicznej nie jest taki sam. Najlepszą zrozumiałość osiągnęli pacjenci podczas czytania tekstu, a najsłabszą podczas czytania testu jednosylabowego. Zrozumiałość podczas czytania tekstu jest wyższa od zrozumiałości mowy podczas czytania testu jednosylabowego o 35,8 %, a od zrozumiałości mowy spontanicznej 3,45 %. Z kolei zrozumiałość mowy spontanicznej wyższa jest od zrozumiałości mowy podczas czytania testu jednosylabowego o 32,35 %. Średnia zrozumiałość mowy wszystkich pacjentów podczas czytania tekstu i mowy spontanicznej wynosi 77,31 % i jest wyższa od zrozumiałości mowy podczas czytania testu jednosylabowego o 34,07 %. Potwierdza to dane z literatury, według których procent zrozumiałości mowy podczas czytania tekstu i podczas mowy spontanicznej jest około 30% wyższy niż w trakcie czytania testu jednosylabowego.

Na podstawie przeprowadzonych badań i uzyskanych wyników można wysnuć wniosek o konieczności stworzenia nowej klasyfikacji głosu i mowy przełykowej. Jedyna istniejąca w Polsce klasyfikacja autorstwa A. Pruszewicza, opracowana w 1969 r. i uzupełniona w 1970 r., okazała się niewystarczająca. Bardzo niewielu badanym przeze mnie pacjentom mogłabym przypisać proponowaną przez Pruszewicza charakterystykę bardzo dobrej, dobrej i dostatecznej mowy przełykowej, a głównym niedostatkiem tej klasyfikacji jest to, że nie wiadomo, jakimi kryteriami kierował się jej autor podczas oceny jakości głosu i mowy, ponieważ znane są jedynie oceniane przez niego parametry. Oceny tej dokonywał zespół medyczny, a nie logopedzi, czym można tłumaczyć pewną niedokładność i niekonsekwencję w opisie poszczególnych rodzajów mowy zastępczej (np. tylko przy mowie bardzo dobrej mówi się o płynności, a przy mowie dobrej i dostatecznej już nie). Nie wiadomo również, co dokładnie kryje się pod pojęciami opisującymi dany parametr mowy przełykowej. Wszystko to zdecydowało o konieczności uzupełnienia istniejącej klasyfikacji. Stworzyłam zatem wła-

sną klasyfikację głosu i mowy po laryngektomii, opierając się na wynikach uzyskanych ze swoich badań. Za A. Pruszewiczem zachowałam trzystopniowy podział na mowę przełykową bardzo dobrą, dobrą i dostateczną, ale dokonałam nowego opisu i charakterystyki każdego rodzaju mowy. Podstawą dokonania klasyfikacji był stopień zrozumiałości mowy przełykowej, obliczany jako średni wynik uzyskany ze zrozumiałości mowy w teście jednosylabowym, tekście czytanym i mowie spontanicznej. Z analizy uzyskanych przeze mnie wyników badań wypływa wniosek, że osoby o bardzo dobrym stopniu zrozumiałości mowy przełykowej (75-100 %) powinny znaleźć się w grupie posługującej się też bardzo dobrym głosem i mową, osoby o dobrym stopniu zrozumiałości (50-74 %) w grupie posługującej się mową dobrą, a osoby o słabym (25-49 %) i bardzo słabym (0-24 %) stopniu zrozumiałości w grupie posługującej się dostateczną mową przełykową.

Bibliografia

Foniatria kliniczna, pod red. A. Pruszewicza, Warszawa 1992.

Pruszewicz A., Obrębowski A., *Zrozumiałość mowy zastępczej u chorych po laryngektomii*. Otolaryngologia Polska 24/1970.

Radwan B., *Badania nad zależnościami sposobów szycia gardła po laryngektomii na powstawanie i jakość mowy zastępczej*, Akademia Medyczna w Łodzi, Łódź 1995.

Sinkiewicz A., *Poradnik dla laryngektomowanych*, Bydgoszcz 1992.

Joanna Gruba
Uniwersytet Śląski
Katowice

Wykorzystanie technologii informacyjnej w logopedii – badania własne

Streszczenie:

W artykule przedstawiono zagadnienia związane z wykorzystaniem technologii informacyjnej przez logopedów. Treść artykułu podzielona jest na dwie części. W pierwszej przedstawiono dokumenty związane z TI obowiązujące logopedów zatrudnionych w służbie zdrowia i oświacie. Druga część opracowania przedstawia analizę wyników badań własnych dotyczących rozwoju kompetencji informatycznych logopedów w latach 1999-2008.

Słowa kluczowe: technologia informacyjna, kompetencje informacyjne logopedów

Abstract:

The article presents the issues related to information technology among speech therapists. The content of the article is divided into two parts. In the first part are presented documents related to the TI current speech therapists working in health and education. The second part of the article presents an analysis of the results of their research for the development of competences from speech therapists in 1999-2008.

Key words: technology information, the information competence of speech therapists

Wprowadzenie

Intensywna praca, konieczność szybkiego podejmowania decyzji, zmiana miejsca zatrudnienia oraz ciągłe dokształcanie się, podnoszenie kwalifikacji i dostosowywanie się do nowych warunków sprawiają, że nasze życie wciąż nabiera tempa. Ponadto bardzo szybko rozwijająca się technologia informacyjna, natłok docierających do nas wiadomości oraz możliwość nieograniczonego komunikowania się powodują, że współczesne społeczeństwo określa się jako społeczeństwo informacyjne.

Dynamiczny rozwój technologii informacyjnych (TI) w ciągu ostatnich dziesięciu lat stawia określone wymagania. Obecnie wszyscy powinni sprawnie posługiwać się TI. Jest to

umiejętność we współczesnym świecie tak niezbędna jak czytanie i pisanie. Osoby, które nie potrafią obsługiwać komputera lub korzystać z internetu, nazywane są „współczesnymi analfabetami". Zagadnienie wykorzystywania TI dotyczy również środowiska logopedów, które coraz chętniej i coraz częściej sięgają w swojej pracy po komputer z oprogramowaniem multimedialnym[1].

W artykule opisałam dokumenty określające możliwości wykorzystania TI w pracy logopedów zatrudnionych w resorcie oświaty zdrowia oraz przedstawiłam badania porównawcze dotyczące zmian, jakie dokonały się w informatyzacji polskiej logopedii na przestrzeni lat 1999-2008.

1. Rola technologii informacyjnej w zawodzie logopedy

Logopedzi to wykwalifikowana grupa zawodowa. Prawo do wykonywania tego zawodu mają w Polsce absolwenci 4-semestralnych studiów podyplomowych, podczas których realizowanych jest nie mniej niż 600 godzin dydaktycznych. Kwalifikacje do wykonywania zawodu logopedy nabywają też absolwenci studiów magisterskich ze specjalizacją logopedyczną w wymiarze minimum 1200 godzin zajęć przygotowujących do wykonywania zawodu logopedy oraz absolwenci magisterskich studiów logopedycznych. Wiele uniwersytetów wprowadza również nowy typ kształcenia oparty na systemie bolońskim. Obecnie opracowywane są standardy kształcenia logopedów. Ujednolicenie zakresu treści nauczania wydaje się słuszne szczególnie w dzisiejszych czasach, kiedy powstaje wiele ośrodków kształcenia logopedów zarówno w szkołach państwowych, jak i niepaństwowych. Programy tych studiów znacznie się różnią liczbą godzin dydaktycznych, a także przedmiotami. Prowadzi to do ogólnej niespójności systemu kształcenia, a osoby kończące studia logopedyczne prezentują nieraz słabe przygotowanie teoretyczne i praktyczne, co powoduje, że mogą nie sprostać wymogom przyszłej pracy[2].

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 8 grudnia 2004 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy oraz zakresu jej stosowania logopeda jako pełnoprawny zawód zaklasyfikowany jest na czwartym poziomie kwalifikacji, który ma odniesienie do piątego poziomu wykształcenia uzyskiwanego na studiach wyższych zawodowych, studiach magisterskich i studiach podyplomowych oraz do

[1] W artykule przedstawiono krótką charakterystykę zagadnień, które będą szerzej opisane w książce pt.: *Technologia informacyjna w logopedii*, która ukaże się w grudniu 2009 r.
[2] por. www.logopeda.org.pl [dostęp 20.05.2008 r.].

szóstego poziomu wykształcenia, uzyskiwanego na studiach doktoranckich. Kod i opis zawodu przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Zawód logopedy w klasyfikacji zawodów i specjalności.

L.P.	Kod	Opis zawodu
1.	2239 223904	Specjaliści ochrony zdrowia (z wyjątkiem pielęgniarek i położnych) gdzie indziej niesklasyfikowani Logopeda
2.	2359 235903	Specjaliści szkolnictwa i wychowawcy gdzie indziej niesklasyfikowani Nauczyciel logopeda[3]

Profesja logopedy wymaga wielu wyjątkowych umiejętności. Każdy logopeda powinien posiadać wiedzę nie tylko przedmiotową, ale i z dziedzin pokrewnych, tj. medycyny, psychologii, językoznawstwa i innych. Nie bez powodu zatem logopedzi cały czas się dokształcają, zdobywają certyfikaty, kolejne stopnie awansu zawodowego w oświacie i specjalizacje neurologopedyczne w służbie zdrowia. Logopeda to zawód szczególny, wymagający takich cech osobowości, jak: spokój, empatia, cierpliwość i umiejętność okazywania ciepła swoim podopiecznym. Trzeba bowiem pamiętać, że pacjentami logopedy są osoby z zaburzeniami mowy, najważniejszej, charakterystycznej tylko dla ludzi wyższej czynności psychicznej. Każdy z nas musi porozumiewać się słownie bądź bezsłownie. W przypadku zaburzeń mowy zadaniem logopedy jest przywrócenie możliwości komunikowania się.

Absolwenci studiów logopedycznych mogą znaleźć zatrudnienie w placówkach oświatowych (poradnie psychologiczno-pedagogiczne, szkoły, przedszkola, placówki opiekuńcze, internaty) i w służbie zdrowia (poradnie zdrowia, szpitale, kliniki). Zatrudnienie w jednym lub drugim resorcie różnicuje warunki pracy logopedów. Od miejsca zatrudnienia logopedy zależy czas pracy, awans zawodowy, typ kontaktów interpersonalnych, zakres obowiązków oraz rodzaj zaburzeń, z jakimi będą spotykać się w pracy. Porównanie warunków pracy logopedów w dwóch resortach przedstawiono w tabeli 2.

[3] Załącznik do rozporządzenia Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 8 grudnia 2004 r. (Dz. U. Nr 265, poz. 2644), zmieniony rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 1 czerwca 2007 r. (Dz. U. Nr 106, poz. 728).

Tabela 2. Porównanie warunków pracy logopedy w oświacie i służbie zdrowia.

	Logopedzi pracujący w oświacie	**Logopedzi pracujący w służbie zdrowia**
Czas pracy	20 godzin	40 godzin
Awans zawodowy	nauczyciel stażysta, kontraktowy, mianowany, dyplomowany	specjalizacja z neurologopedii odbyta w służbie zdrowia
Kontakty w pracy	nauczyciele	lekarze, pielęgniarki
Rodzaj zaburzeń	głównie dyslalie, dzieci z zaburzeniami słuchu, zaburzenia rozwoju	głównie afazje, dyzartrie, choroby otępienne
Pacjenci	w przeważającej części dzieci	głównie osoby dorosłe

Różnie przedstawia się ścieżka awansu zawodowego logopedów pracujących w oświacie i służbie zdrowia. W oświacie logopeda obejmuje stanowisko nauczyciela i podlega Karcie Nauczyciela. Jego awans zawodowy przebiega analogicznie jak pozostałych pracowników oświaty – od nauczyciela stażysty poprzez kontraktowego, mianowanego aż do nauczyciela dyplomowanego.

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 1 grudnia 2004 r. w sprawie uzyskiwania stopni awansu zawodowego przez nauczycieli[4] wymagania do uzyskania stopnia nauczyciela mianowanego i dyplomowanego obejmują umiejętność wykorzystania i posługiwania się TI. Zatem w oświacie logopedzi ubiegający się o awans mają obowiązek wykorzystywania nowoczesnych technologii w swojej pracy. W rozporządzeniu można przeczytać:

„**§ 7.** Wymagania niezbędne do uzyskania stopnia nauczyciela **mianowanego** obejmują: (...)

pkt. 3. umiejętność wykorzystania w pracy technologii informacyjnej i komunikacyjnej.

§ 8. Nauczyciel mianowany ubiegający się o awans na stopień nauczyciela **dyplomowanego** w okresie odbywania stażu powinien w szczególności:

pkt. 1. podejmować działania mające na celu doskonalenie warsztatu i metod pracy, w tym doskonalenie umiejętności stosowania technologii informacyjnej i komunikacyjnej (...)".

Rozpatrując szczegółowo dokumenty dotyczące wykorzystania TI przez logopedów zatrudnionych w oświacie, należy brać pod uwagę to, że podlegają oni tym samym wymaga-

[4] Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 1 grudnia 2004 r. w sprawie uzyskiwania stopni awansu zawodowego przez nauczycieli Dz. U. nr 260, poz. 2593 z 8 grudnia 2004 r. na podstawie art. 9g ust. 10 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. – Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2003 r. nr 118, poz. 1112, z późn. zm.).

niom co inni nauczyciele. Obowiązują ich zatem standardy przygotowania nauczycieli w zakresie technologii informacyjnej i informatyki[5].

Standardy przygotowania nauczycieli w zakresie TI i informatyki dotyczą:

- każdego nauczyciela
- nauczyciela technologii informacyjnej
- nauczyciela przedmiotu informatyka w zakresie kształcenia rozszerzonego w szkole ponadgimnazjalnej
- szkolnego koordynatora technologii informacyjnej.

Ze standardów wynika, że każdy nauczyciel (a zatem i nauczyciel logopeda) powinien być przygotowany do posługiwania się technologią informacyjną i komunikacyjną w pracy własnej oraz w pracy dydaktycznej z uczniami. Przygotowanie takie powinno obejmować wiadomości i umiejętności z następujących zakresów:

1. Podstawy posługiwania się terminologią (pojęciami), sprzętem (środkami), oprogramowaniem (narzędziami) i metodami TI.
2. Technologia informacyjna jako składnik warsztatu pracy nauczyciela.
3. Rola i wykorzystanie TI w dziedzinie nauczanej przez nauczyciela.
4. Wykorzystanie TI jako medium dydaktycznego w nauczaniu swojej dziedziny.
5. Aspekty humanistyczne, etyczno-prawne i społeczne w dostępie do TI i w korzystaniu z tej technologii.

Analizując szczegółowo omawiany dokument, można znaleźć punkty odnoszące się do zastosowania TI w pracy logopedy. Oto wybrane:

„pkt. 3.3.3. [Logopeda – uzupełnienie J.G.] Korzysta ze specjalistycznego oprogramowania, charakterystycznego dla swojej dziedziny nauczania.

pkt. 3.4.6. Zna dostępne oprogramowanie edukacyjne i inne elektroniczne zasoby edukacyjne, takie jak: gry edukacyjne, strony WWW, listy i grupy dyskusyjne w swojej dziedzinie nauczania i potrafi ocenić ich przydatność dla konkretnych celów. Posługuje się nimi w realizacji określonych celów kształcenia, stosując adekwatne metody nauczania. W razie potrzeby i w zakresie swoich możliwości, stosując TI, modyfikuje i samodzielnie opracowuje pomoce dydaktyczne, także wykorzystujące TI.

pkt. 3.4.9. Potrafi wskazać korzyści płynące z posługiwania się TI przez uczniów specjalnej troski i uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi”.

[5] Dokument przygotowany przez Radę ds. Edukacji Informatycznej i Medialnej - sierpień 2003 r. dostępny na stronie http://www.kiss.pl/polecamy/20031012/standard.html#1) [dostęp 20.05.2008r].

Inaczej przedstawia się sytuacja awansu logopedy zatrudnionego w służbie zdrowia. W tym resorcie logopeda może uzyskać tytuł neurologopedy po spełnieniu określonej procedury zakończonej egzaminem państwowym zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2002 r. w sprawie uzyskiwania tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia[6]. Szczegółowy program specjalizacji z neurologopedii znajduje się na stronie internetowej Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (CMPK)[7]. Program ukierunkowany jest na rehabilitację chorych z ośrodkowo uwarunkowywanymi zaburzeniami mowy i języka (afazje, dysfazje, anartrie, dysartrie, dysglosje), zaburzeniami głosu i mowy w chorobach psychicznych, w mutyzmie i autyzmie. Po jego analizie można stwierdzić, że w służbie zdrowia nie wymienia się konieczności wykorzystywania TI w terapii pacjentów.

Pomimo to logopedzi pracujący w służbie zdrowia aktywnie wspomagają terapię tradycyjną metodami komputerowymi. Tym bardziej, że pojawia się coraz bogatsza oferta oprogramowania komputerowego przeznaczonego dla pacjentów dorosłych.

2. Rozwój kompetencji informatycznych logopedów – analiza porównawcza badań

Pierwsze polskie programy logopedyczne pojawiły się w 1992 r. Jednakże ich upowszechnienie ograniczone było z powodu:

- niedostatku sprzętu komputerowego w gabinetach logopedycznych,
- braku oprogramowania przeznaczonego do terapii różnych kategorii zaburzeń mowy,
- postawy logopedów, którzy byli często obojętni a nawet niechętni poznaniu korzyści, jakie niesie ze sobą komputer i umiejętne jego zastosowanie w procesie terapii dzieci,
- niedostatku literatury dotyczącej możliwości i sposobów wykorzystania komputera w logopedii.

Obecnie jest już wiele nowych programów wspomagających terapię logopedyczną a logopedzi bardzo chętnie i często wykorzystują w swojej pracy komputer z oprogramowaniem. O ogromnych zmianach, jakie dokonały się w informatyzacji polskiej logopedii, świadczą badania porównawcze, jakie przeprowadzono wśród logopedów w 1999 r. i ponownie w 2008 r. Celem badań było poznanie i porównanie kompetencji informatycz-

[6] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2002 r. w sprawie uzyskiwania tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia Dz. U. nr 173 z 2002 r., poz. 1419.
[7] http://www.cmkp.edu.pl/programy_pdf/Neurologopedia2003.pdf [dostęp 20.05.2008 r.].

nych[8] logopedów, ich opinii na temat wykorzystania oprogramowania komputerowego w terapii logopedycznej oraz stan wykorzystania komputerów przez terapeutów. Badaniami objęto 338 logopedów z całej Polski.

W 1999 r. kwestionariusze ankiet rozdano na dwóch konferencjach logopedycznych. Otrzymano 106 uzupełnionych ankiet. Badania porównawcze przeprowadzono w 2008 r. Kwestionariusze ankiety rozdano na trzech konferencjach logopedycznych. Zebrano 232 uzupełnione ankiety.

Analiza ankiet wskazuje, że logopedzi są młodą grupą zawodową. W 1999 r. aż 73 (68,9%), a w 2008 r. 147 logopedów (63,3%) pracowało w zawodzie nie dłużej niż 10 lat. Szczegółowy rozkład stażu pracy badanych respondentów przedstawiono w tabeli 3.

Tabela 3. Porównanie długości stażu pracy logopedów.

L.P.	**Staż logopedów**	**1999 r.**		**2008 r.**	
		Liczba logopedów	**%**	**Liczba logopedów**	**%**
1.	Do 5 lat	45	42,5	94	40,5
2.	5-10 lat	28	26,4	53	22,8
3.	10-15 lat	17	16,0	53	22,9
4.	Powyżej 15 lat	16	15,1	32	13,8
5.	**Razem**	**106**	**100**	**232**	**100**

Bardzo interesujące są wyniki dotyczące odpowiedzi na pytanie o liczbę logopedów wykorzystujących komputer w swojej pracy w 1999 r. oraz w 2008 r. Różnice przedstawiano w tabeli 4.

[8] Kompetencje informatyczne za W. Osmańską-Furmanek związane są między innymi z opanowaniem: umiejętności projektowania procesu dydaktycznego z zastosowaniem multimediów (przede wszystkim komputera, jako najbardziej uniwersalnego narzędzia multimedialnego), metodyki wykorzystania TI w procesie edukacji, zasad projektowania, realizacji i wykorzystania prezentacji multimedialnych, zasad projektowania, realizacji i wykorzystania programów edukacyjnych — interaktywno-multimedialnych z obiektowo-wizualnymi językami programowania wyższego rzędu, reguł tworzenia, percepcji i oddziaływania komunikatu multimedialnego, nowych form komunikacji poprzez elektroniczne media edukacyjne, zapoznanie się z możliwościami edukacyjnego zastosowania sieci Internet. („*Informatyka w Szkole”*, XVIII Toruń; 2002).

Tabela 4. Porównanie liczby logopedów wykorzystujących komputer w terapii.

L.P	Logopedzi	1999 r.		2008 r.	
		Liczba logopedów	%	Liczba logopedów	%
1.	Wykorzystują komputer w terapii	25	23,6	208	89,6
2.	Nie wykorzystują komputera w gabinecie	81	76,4	24	10,4
3.	**RAZEM**	**106**	**100**	**232**	**100**

Z badań przeprowadzonych w 1999 r. wynika, że spośród 106 respondentów tylko 25 osób (23,6%) dysponowało komputerem w gabinecie logopedycznym i wykorzystywało komputer do prowadzenia zajęć. W 2008 r. komputer w gabinecie posiadało aż 208 osób (89,6%). Ponadto spośród 24 logopedów (10,4%), którzy nie mieli komputera w gabinecie logopedycznym, aż 20 osób zaznaczyło, że wykorzystują komputer w miarę możliwości, np. w pracowni informatycznej lub w bibliotece szkolnej. Jest to oznaka postępującej informatyzacji społeczeństwa oraz dużej mobilności i dostosowania się logopedów do nowych warunków.

Bardzo istotne zagadnienie dotyczyło podnoszenia kwalifikacji logopedów w zakresie TI. Odpowiedzi uzyskane na to pytanie wskazują na ogromny rozwój ich kompetencji. Sposoby podnoszenia kwalifikacji przedstawione zostały w tabeli 5.

Tabela 5. Kwalifikacje logopedów w zakresie technologii informacyjnej.

L.P	Kwalifikacje logopedów	1999 r.		2008 r.	
		Liczba logopedów	%	Liczba logopedów	%
1.	Ukończyli studia podyplomowe z informatyki	0	0	1	0,4
2.	Ukończyli kurs komputerowy	16	15,1	142	61,2
3.	Są samoukami	42	39,6	89	38,4
4.	Nie znają obsługi komputera	48	45,3	0	0
5.	**RAZEM**	**106**	**100**	**232**	**100**

W 1999 r. tylko 16 logopedów (15,1%) ukończyło kurs komputerowy, a 42 osoby (39,6%) podkreśliło w ankiecie, że są samoukami w zakresie obsługi komputera. Aż 48 osób (45,3%) nie znało obsługi komputera.

Wyniki badań uzyskane w 2008 r. wskazują, że jedna osoba ukończyła studia podyplomowe w zakresie informatyki, aż 142 osoby (61,2%) ukończyły kurs komputerowy, a 49 osób (34%) stwierdziło, że są samoukami. Żaden z badanych logopedów nie zaznaczył odpowiedzi świadczącej o braku umiejętności obsługi komputera.

Logopedzi w ciągu omawianego okresu dostosowali się do określonych wymogów zawodowych i z powodzeniem potrafią wykorzystać narzędzia TI do prowadzenia terapii. Potrafią sobie radzić ze zmianami, jakie niesie ze sobą współczesność. Świadczy o tym coraz większa liczba logopedów podnoszących swoje kwalifikacje na kursach komputerowych oraz fakt, że obecnie wszyscy logopedzi potrafią posługiwać się komputerem.

Sama znajomość obsługi komputera nie wystarcza, żeby przeprowadzić zajęcia logopedyczne. Ważna jest znajomość i umiejętne wykorzystanie programów logopedycznych. Znajomość programów logopedycznych i porównanie ich wykorzystania w latach 1999 i 2008 przedstawia tabela 6.

Tabela 6. Porównanie liczby logopedów wykorzystujących oprogramowanie logopedyczne w roku 1999 i 2008.

L.P	**Nazwa programu logopedycznego**	**1999 r.**		**2008 r.**	
		Liczba logopedów	**%**	**Liczba logopedów**	**%**
1.	Logo-Gry	18	72,0	129	62,1
2.	Mówiące obrazki	10	40,0	90	43,3
3.	Sfonem	11	44,0	-	-
4.	Echokorektor	11	44,0	-	-
5.	Logopedia – pakiet podstawowy lub rozszerzony	-	-	120	57,7
6.	Logopedyczne zabawy. Część I – sz, ż, cz, dż	-	-	137	65,9
7.	Logopedyczne zabawy. Część II – s, z, c, dz	-	-	126	60,6
8.	Logopedyczne zabawy. Część IV – j, l, r	-	-	91	43,8
9.	LogoObrazki	-	-	50	24,1
10.	Rentgenogramy	-	-	12	5,8
11.	Multimedialna rehabilitacja afazji	-	-	10	4,8
12.	Praksja – ćwiczenia usprawniające mowę	-	-	6	2,9

Zestawienie obejmuje programy logopedyczne dostępne w 1999 r. (pozycje od 1 do 4) oraz programy, które zostały opracowane dopiero po 2003 r. (pozycje od 5 do 12). Należy zwrócić uwagę, iż program „Sfonem" i „Echokrektor" wchodzą obecnie w skład pakietu „Logopedia – pakiet profesjonalny" oraz „Logopedia – pakiet podstawowy" opcjonalnie[9].

Z analizy wyników zawartych w tabeli 9 można wnioskować, że nowe programy są znane i chętnie wykorzystywane przez logopedów. Najczęściej stosowanym w 1999 r. był program „LogoGry", który wymieniło 18 logopedów (72,0%). Obecnie program ten również cieszy się ogromną popularnością, ponieważ „LogoGry" zna i wykorzystuje 129 ankietowanych (62,1%). Jednakże, jak wynika z przeprowadzonych badań, obecnie najczęściej wykorzystywany przez logopedów jest program „Logopedyczne zabawy. Część I – sz, ż, cz, dż". Sięga po niego aż 137 logopedów (65,9%).

Inne popularne programy do terapii to: „Logopedyczne zabawy. Część II – sz, ż, cz, dż" – program ten wskazało 126 respondentów (60,6%) oraz „Logopedia – pakiet podstawowy lub rozszerzony", który wymieniło 120 logopedów (57,7%).

Najmniejsze było zainteresowanie programem „Praksja – ćwiczenia usprawniające mowę". Program ten wskazało tylko 6 logopedów (2,9%), co należy wiązać z tym, że jest to program specjalistyczny, przeznaczony do pracy z osobami dorosłymi, natomiast w badaniach uczestniczyli głównie logopedzi pracujący z dziećmi w poradniach psychologiczno-pedagogicznych oraz w szkołach podstawowych i przedszkolach.

Terapia logopedyczna polega nie tylko na terapii wymowy. W przypadku dzieci z różnymi zaburzeniami rozwojowymi w terapii logopedycznej należy polisensorycznie wspomagać rozwój dziecka. W tym celu logopeda może wykorzystywać różnorodne oprogramowanie edukacyjne dostępne na naszym rynku. Znajomość oprogramowania edukacyjnego przedstawia tabela 7.

[9] Pakiet „Logopedia" składa się z 8 programów: „Szereg szumiący", „Szereg syczący", „Szereg ciszący", „Różnicowanie głosek szeregów", „Głoska r", „Mowa bezdźwięczna", „Sfonem", „Echokorektor".

Tabela 7. Porównanie liczby logopedów wykorzystujących oprogramowanie edukacyjne w roku 1999 i 2008.

L.P	Nazwa programu edukacyjnego	1999 r.		2008 r.	
		Liczba logopedów	%	Liczba logopedów	%
1.	Literki-Cyferki	11	44,0	-	-
2.	Moje pierwsze ABC	9	36,0	-	-
3.	Klik uczy czytać	7	28,0	73	35,1
4.	Dyslektyk	4	16,0	62	29,8
5.	Co to? Kto to? Ćwiczenia i zabawy z dźwiękiem	-	-	73	35,1
7.	Zwierzaki	-	-	71	34,1
8.	Porusz umysł	-	-	53	25,5
9.	Sokrates 101	-	-	44	21,2
10.	Sokrates 102	-	-	40	19,2

W tabeli wymieniono programy dostępne w 1999 r. (pozycje 1 i 2 są obecnie niedostępne) oraz programy dostępne w 2008 r. Jak wynika z analizy badań, do najbardziej znanych i wykorzystywanych przez logopedów programów edukacyjnych należał bardzo popularny w 1999 r. program „Literki-Cyferki", który wymieniło 11 logopedów (44,0%). Program ten działał w systemie operacyjnym DOS. Obecnie program jest niedostępny.

„Klik uczy czytać" i „Dyslektyk" – to programy znane logopedom już w 1999 r., a obecnie dostosowane przez producentów do wymagań nowoczesnych systemów operacyjnych. Jak wykazują badania, logopedzi w dalszym ciągu bardzo chętnie wykorzystują w terapii te programy edukacyjne. Program „Klik uczy czytać" stosuje obecnie o 7,1% więcej logopedów niż w 1999 r., a program „Dyslektyk" o 12,8% więcej.

Inne znane i wykorzystywane przez logopedów programy edukacyjne to program „Co to? Kto to? Ćwiczenia i zabawy z dźwiękiem", który wymienia 73 logopedów (35,1%) oraz program „Zwierzaki", który wymienia 71 logopedów (34,1%).

Bardzo ważnym problemem jest efektywność zajęć terapeutycznych przeprowadzanych z wykorzystaniem komputera. Można o niej wnioskować jedynie na podstawie opinii logopedów, gdyż systematyczne badania na ten temat nie były jeszcze prowadzone. Logopedzi, którzy prowadzą zajęcia wspomagane komputerem, twierdzą, że terapia ta przewyższa terapię opartą na metodach tradycyjnych. Szczegółową analizę odpowiedzi na

pytanie „Czy dzięki pracy z komputerem dzieci szybciej nabywają sprawności językowe" przedstawia tabela 8.

Tabela 8. Porównanie opinii dotyczących szybszego nabywania sprawności językowych dzięki pracy z komputerem.

L.P	Odpowiedzi logopedów	1999 r.		2008 r.	
		Liczba logopedów	%	Liczba logopedów	%
1.	tak	22	88,0	133	63,9
2.	nie	-	-	17	8,2
3.	nie wiem	3	12,0	58	27,9
4.	**RAZEM**	**25**	**100**	**208**	**100**

Analiza odpowiedzi respondentów w 1999 r. wskazuje, że 22 osoby (88,0%) uważają, że komputer wpływa na szybsze nabywanie sprawności językowych, natomiast 3 osoby (12,0%) nie mają zdania na ten temat. Żaden z logopedów nie udzielił negatywnej odpowiedzi na to pytanie.

W 2008 r. można zauważyć spadek entuzjastycznego podejścia logopedów do komputera jako narzędzia ułatwiającego szybsze nabywanie sprawności językowych. Obecnie 133 terapeutów (63,9%) twierdzi, że komputer może wpłynąć na rozwój sprawności językowych, natomiast 17 osób (8,2%) odpowiedziało na to pytanie przecząco. Aż 58 respondentów (27,9%) nie jest przekonanych do tej formy prowadzenia terapii i zaznaczyło odpowiedź „nie wiem". Wydaje się, że logopedzi ci nie zauważyli pozytywnych zmian w zachowaniu językowym podczas pracy dziecka z komputerem.

Zakończenie

Przedstawione powyżej analizy zachęcają do dalszego badania opinii logopedów na temat wykorzystania komputera w terapii, a przede wszystkim do badań dotyczących skuteczności oddziaływania terapii wspomaganej komputerem na sprawność wymowy u dzieci i osób dorosłych.

Bibliografia

http://www.kiss.pl/polecamy/20031012/standard.html#1

http://www.cmkp.edu.pl/programy_pdf/Neurologopedia2003.pdf

www.logopeda.org.pl

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 1 grudnia 2004 r. w sprawie uzyskiwania stopni awansu zawodowego przez nauczycieli, Dz. U. nr 260, poz. 2593 z 8 grudnia 2004 r. na podstawie art. 9g ust. 10 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. – Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2003 r. nr 118, poz. 1112, z późn. zm.).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2002 r. w sprawie uzyskiwania tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia, Dz. U. nr 173 z 2002 r., poz. 1419.

Załącznik do rozporządzenia Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 8 grudnia 2004 r. (Dz. U. Nr 265, poz. 2644), zmieniony rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 1 czerwca 2007 r. (Dz. U. Nr 106, poz. 728).

Karina Szafrańska
Niepubliczna Poradnia Psychologiczno-Pedagogicznej „Ad Verbum"
Warszawa
Wyższa Szkoła Komunikowania i Mediów Społecznych im. Jerzego Giedroycia
Warszawa

Wpływ dramy na rozwój komunikacji u dzieci z zespołem Aspergera[1]

Streszczenie:

Artykuł dotyczy problemu rozwoju komunikacji u dzieci z zespołem Aspergera. Obserwujemy postęp prac badawczych nad językowymi możliwościami tych osób, jednak wiedza na temat ich porozumiewania się ciągle nie jest wystarczająca. Bezsporne jest, że komunikacja zarówno na poziomie językowym, jak i niejęzykowym jest u tych dzieci zaburzona. Zaburzenia te mogą mieć różny charakter, dodatkową trudność sprawia fakt, że dzieci te w sposób istotny różnią się miedzy sobą pod względem rozwoju komunikacji.

Większość dzieci z zespołem Aspergera ma problem z posługiwaniem się elementami komunikacji niewerbalnej. Sprawność komunikacyjna służy nie tylko socjalizacji, ale także rozwojowi poznawczemu i emocjonalnemu dziecka, ponieważ umożliwia powiększanie obszaru doświadczeń oraz rozumienie świata i ludzi. Wszystkie nieprawidłowości, które dostrzegamy w rozwoju dzieci z zespołem Aspergera, skłaniają do poszukiwań metod ich wyeliminowania. Celem pracy jest stwierdzenie czy drama, będąca metodą terapii pedagogicznej, może być skutecznym narzędziem w rozwijaniu kompetencji komunikacyjnych u dzieci z zespołem Aspergera.

Słowa kluczowe: zespół Aspergera, komunikacja werbalna i komunikacja niewerbalna, rozwój językowy, kompetencja językowa, kompetencje komunikacyjne, teoria umysłu, drama

Abstract:

The following work addresses deficits in communication development among children with Asperger syndrome. Though much research has been done concerning language abilities of such persons, our knowledge of their communication still remains insufficient. Unquestionably, both verbal and nonverbal communication is deficient among children with AS,

[1] Artykuł jest fragmentem rozprawy doktorskiej pt. *Drama w rozwijaniu kompetencji komunikacyjnych u dzieci z zespolem Aspergera,* napisanej pod opieką naukową prof. zw. dr hab. T. Galkowskiego.

though the degree of severity may vary greatly from one child to another. Most children with Asperger syndrome experience problems with elements of nonverbal communication. Competence in communication not only serves as a means of socialization, but also enables the child's cognitive and emotional development by enlarging their spectrum of experience and their understanding of the world and other people. The following work describes using drama to stimulate the development of communicative abilities of children with Asperger syndrome.

Key words: Asperger syndrome, verbal communication, nonverbal communication, language (and speech) development, linguistic competence, communicative competence, theory of mind

1. Zespół Aspergera jako zaburzenie ze spektrum autyzmu

Zespół Aspergera (ZA) po raz pierwszy opisany w literaturze w roku 1944 przez Hansa Aspergera, dziś zaliczany jest do tak zwanego spektrum autyzmu, czyli rozległych zaburzeń rozwoju. Przez wiele lat kryteria diagnostyczne dla zespołu Aspergera nie były zdefiniowane. Do diagnozy używano list charakterystycznych objawów, takich jak nieprawidłowy, jednostronny typ interakcji społecznych, brak empatii, ubogą komunikację werbalną i niewerbalną, zaburzenia koordynacji ruchowej, a także specyficzne zainteresowania oraz czynności rutynowe. Autorką jednej z takich list była Lorna Wing. Pierwszą próbę stworzenia formalnych kryteriów diagnostycznych podjęli w roku 1989 badacze szwedzcy Gillbergowie, opierając się na oryginalnych opisach przypadków zespołu Aspergera. Obecnie ich opisy nie są oficjalnie uznawane za zawierające kryteria diagnostyczne, jednak ich użyteczność kliniczna jest bezsporna. Dopiero w 1993 roku po raz pierwszy zaburzenie to znalazło się w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób Światowej Organizacji Zdrowia (ICD-10, 1993)[2].

Według ICD-10 zespół Aspergera należy do grupy rozległych zaburzeń rozwojowych (Pervasive Developmental Disorder według DSM IV)[3]. Zalicza się do nich autyzm dziecięcy, autyzm atypowy, zespół Retta, dziecięce zaburzenia dezintegracyjne, zespół Aspergera oraz zaburzenia hiperkinetyczne z towarzyszącym upośledzeniem umysłowym i ruchami stereotypowymi. Jest to grupa zaburzeń, które charakteryzują opóźnienia lub nieprawidłowości w zakresie rozwoju relacji społecznych, komunikacji, zachowania oraz

[2] *ICD-10, Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, Kraków-Warszawa 1997, s. 26.
[3] *DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,* Washington 1994, s. 78–85.

funkcji poznawczych. Objawy najczęściej ujawniają się w okresie wczesnodziecięcym lub nawet niemowlęcym.

Zespół Aspergera scharakteryzowano jako „zaburzenie o niezweryfikowanej wartości nozologicznej, charakteryzujące się tego samego rodzaju jakościowymi nieprawidłowościami we wzajemnych interakcjach społecznych, co autyzm, a także ograniczonym, stereotypowym, powtarzającym się repertuarem zainteresowań i aktywności. Różni się od autyzmu przede wszystkim tym, że nie występuje tu opóźnienie, ani upośledzenie ogólnego rozwoju języka i funkcji poznawczych".

Rozpoznanie opiera się na współistnieniu braku znaczącego klinicznie, opóźnienia ogólnego rozwoju języka i funkcji poznawczych, typowych dla autyzmu jakościowych nieprawidłowości w interakcjach społecznych oraz ograniczonego, powtarzającego się stereotypowego repertuaru zachowań, zainteresowań i aktywności. Problemy w komunikacji podobne do tych, które towarzyszą autyzmowi, mogą występować lub nie, ale znaczne opóźnienie rozwoju języka wyklucza takie rozpoznanie.

Zespół Aspergera „obejmuje:

- psychopatię autystyczną,
- schizoidalne zaburzenie dziecięce.

Nie obejmuje:

- zaburzeń osobowości o typie anankastycznym (F60.5),
- dziecięcych zaburzeń więzi (F94.1, F94.2),
- zaburzeń typu schizofrenii (schizotypowe) (F21),

schizofrenii prostej (F20.6)"[4].

Do lat 90-tych XX wieku utrzymywał się pogląd, że zespół Aspergera jest jedynie odmianą autyzmu dziecięcego (lata 90). Od 1993 roku uznawany jest za podgrupę zaburzeń spektrum autyzmu (autistic spectrum disorders, ASD) i ma własne kryteria diagnostyczne. Jako pierwsza używała tego terminu Doris A. Allen[5] (1988), jednak za jego autorkę uważa się Lornę Wing. Ma on szersze znaczenie niż zaburzenie autystyczne (DSM IV) lub autyzm dziecięcy (ICD-10). Pokrywa się w znacznym stopniu z kategorią „całościowych zaburzeń rozwoju".

W związku z tym użycie terminu spektrum autystyczne pozwala na uniknięcie wielu

[4] *ICD-10, Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, Kraków-Warszawa 1997, s. 26.

[5] D. A. Allen (1988), *Autistic spectrum disorders: clinical presentation In preschool chil- dren,* „Journal of Child Neurology" 3/1988, s. 48–56.

wątpliwości i problemów związanych z różnicowaniem zaburzeń zaliczanych do całościowych zaburzeń rozwoju. Zdarza się, że u dzieci z zespołem Aspergera początkowo rozwój przebiega w sposób odpowiadający charakterystyce autyzmu. W wielu wypadkach również u osób z zespołem Retta w pewnym okresie rozwojowym rozpoznany zostaje autyzm. Tak więc odróżnianie tych zaburzeń sprawia wiele trudności i pojawia się uzasadniona wątpliwość, czy znajduje ono wystarczająco mocne podstawy we współczesnej wiedzy o przyczynach tych zaburzeń i ich patogenezie. Dodatkowo diagnozę komplikuje fakt, że obraz zaburzeń może się znacząco zmieniać z wiekiem. Kwestia istnienia „spektrum całościowych zaburzeń rozwoju" wciąż jest powodem sporów wśród klinicystów. Niektórzy badacze uznają zespół Aspergera za zaburzenie o najmniejszym nasileniu objawów charakterystycznych dla autyzmu (tzw. wysokofunkcjonujący autyzm).

Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne w roku 1994 zamieściło zespół Aspergera w klasyfikacji DSM IV. W tej klasyfikacji kryteria diagnostyczne były niemal identyczne jak te, które WHO zawarło w ICD-10. Uzupełniono je tylko o jeden warunek – stwierdzenie, że objawy znacząco wpływają na upośledzenie funkcjonowania pacjenta w istotnych sferach życia. Występują więc:

- nieprawidłowości w rozwoju społecznym, zwłaszcza w zdolności do uczestnictwa w naprzemiennych interakcjach społecznych,
- deficyty i dysfunkcje w porozumiewaniu się werbalnym i niewerbalnym,
- sztywne wzorce zachowania, aktywności i zainteresowań.

Peter Szatmari i jego współpracownicy z Kanady w 1989[6] roku opracowali własne kryteria diagnostyczne, biorąc pod uwagę wiele aspektów nieuwzględnionych w skali Gillbergów, takich jak obojętność lub trudności w rozumieniu innych, unikanie kontaktu wzrokowego, stawanie zbyt blisko rozmówcy (wkraczanie w granice „przestrzeni osobistej"). Małe dzieci mogą nie uświadamiać sobie, że naruszanie przestrzeni osobistej powoduje u innych dyskomfort. Są to najmniej restrykcyjne kryteria diagnostyczne zespołu Aspergera[7].

Tak więc kryteria diagnostyczne ICD-10 oraz DSM IV-TR nadal są dyskusyjne. Najbardziej kontrowersyjnym kryterium jest wymóg prawidłowego rozwoju mowy, funkcji poznawczych i społecznych do trzeciego roku życia (chociaż u pacjentów z zespołem Aspergera nieprawidłowości rozwoju często obserwuje się przed 3 rokiem życia).

[6] P. Szatmari, G. Bartoluci, R. Bremner *Aspergers syndrome and autism: com- parison of early history and outcome,* „Developmental Medicine and Child Neurology" nr 31/1989, s. 709–720.
[7] T. Attwood, *Zespół Aspergera*, tłum. M. Łamacz, Poznań 2006, s.170.

W zespole Aspergera dominują deficyty w funkcjonowaniu społecznym, nieumiejętność lub brak potrzeby nawiązywania kontaktów. Współwystępuje brak umiejętności interpretacji zachowań innych ludzi, nieadekwatne do sytuacji zachowania społeczne i reakcje emocjonalne. Istotnym problemem jest nieświadomość istnienia niepisanych reguł zachowania w różnych sytuacjach społecznych lub zbyt sztywne ich stosowanie bez uwzględnienia informacji zwrotnych od otoczenia. Zachowanie osób z zespołem Aspergera odbierane jest jako ekscentryczne, dziwaczne, niegrzeczne – nieadekwatne do sytuacji. Cechą osób cierpiących na to zaburzenie jest brak rozumienia ekspresji emocjonalnej innych ludzi oraz nieprawidłowe wyrażanie emocji, a także nieumiejętność nawiązania (podtrzymania) kontaktu wzrokowego.

Sprawność komunikacyjna związana jest ściśle z rozumieniem stanów umysłu, rozwój rozumienia stanów mentalnych jest ściśle uzależniony od rozwoju poznawczego i kompetencji komunikacyjnych, to znaczy od tego, w jaki sposób dziecko się porozumiewa z otoczeniem i jak rozumie komunikaty innych. Rozwój reprezentacji poznawczej dotyczącej stanów mentalnych innych osób jest ciągłym procesem, który możliwy jest dzięki intensyfikacji kontaktów interpersonalnych. Tak więc interakcja z dzieckiem (dialog) wydaje się ważnym czynnikiem w rozwoju **teorii umysłu**. To, o czym i w jaki sposób rozmawiamy z dzieckiem, wpływa na jego wiedzę o świecie i innych ludziach jako istotach czujących i myślących. Dziecko bez rozbudowanej teorii umysłu tworzącej się podczas komunikacji z otoczeniem nie rozwija empatii, umiejętności społecznych, nie ma szans na refleksyjną świadomość siebie.

Rodziny różnią się od siebie pod względem językowym. Wpływa to na sposób, w jaki dzieci opisują stany emocjonalne swoje i innych ludzi. Jedni rodzice chętnie i często rozmawiają o uczuciach (np. postaci z bajek czy członków rodziny), drudzy zaś rzadko poruszają takie tematy. Te dwa odmienne środowiska konwersacyjne mogą wpływać na to, czy dziecko rozumie mechanizm powstawania emocji i czy umie o nich mówić. Istnieją dowody na to, że częstotliwość, z jaką dzieci uczestniczą w rozmowach o emocjach i ich przyczynach w sposób znaczący wpływa na późniejsze umiejętności rozpoznawania, co czują inni[8].

Jedne dzieci są w naturalny sposób empatyczne i przejawiają szczególne zdolności do

[8] J. Dunn, J. Brown, C. Slomkowski, C. Tesla, L. Youngblade, *Young children's understanding of other people's feelings and beliefs*: *Individual differences and their antecedents*, „Child Development" 62/1991, s. 1352-1366; J. Dunn, J. Brown, L. Beardsall, *Family talk about feeling states and children's later understanding of others' emotions*, „Developmental Psychology" 27/1991, s. 448-455; J. Dunn, J. Brown, *Continuities in emotion understanding from three to six years*, „Child Development" 67/1996, s. 789-802.

oceny samopoczucia innych. Można założyć tu istotną rolę dydaktyczną rozmowy w rozwijaniu tych zdolności. Częste rozmowy, dyskusje o konfliktach, emocjach mogą zwiększać ich rozumienie i wczucie się w odmienny punkt widzenia. Dowodów na potwierdzenie tej tezy dostarczyli tacy badacze, jak: P.W. Garner, D. Carlson–Jones, G. Gaddy i K. M. Rennie[9]. Odkryli oni, że przyjmowanie przez dzieci różnych punktów widzenia, wiąże się z rozmowami o emocjach skupiającymi się na tym, co czuje dana osoba, ale także na tym, dlaczego tak czuje. Rozmowy o emocjonalnie nacechowanych wydarzeniach mogą zmieniać format, w jaki dzieci je kodują. Inne wyjaśnienie brzmi, że rozmowy o emocjach, a zwłaszcza te prowadzone z rodzicami/opiekunami, komunikują dziecku, że jego uczucia są akceptowane oraz kształtują obraz jego własnego życia emocjonalnego[10].

Powiązania przyczynowo-skutkowe narracji porządkują wydarzenia z życia codziennego nacechowane emocjonalnie i pomagają dzieciom przemyśleć implikacje tych wydarzeń. Dzieci, ale także i dorośli dzielą się wrażeniami związanymi z wydarzeniami nacechowanymi emocjonalnie i często je wspominają. Nawet małe dzieci potrafią ocenić psychologiczne konsekwencje wydarzenia, jeśli wcześniej zakodowały je w spójny sposób[11].

Takie dzieci osiągają lepsze wyniki na przykład w teście „fałszywych przekonań", jeżeli skłoni się je do uporządkowania wydarzeń prowadzących do „fałszywego przekonania" w narracje[12]. Tak więc rozmowy na temat emocji mogą przyczynić się do rozwoju umiejętności poznawczych, a także do większej akceptacji własnych odczuć zarówno pozytywnych, jak i negatywnych. Akceptacja ta wyraźnie ułatwia dziecku wyrażanie siebie, komunikację, a w konsekwencji lepsze funkcjonowanie społeczne[13].

Na podstawie wyżej wymienionych badań można wnioskować, że rozmowy na temat emocji przeżywanych przez dziecko i inne osoby korzystnie wpływają na rozumienie przez dzieci emocji i rozwój teorii umysłu. Warto wykorzystać tę zależność w celowych działaniach wychowawczych i terapeutycznych.

Dziecko opanowuje zestaw „skryptów" dla różnych emocji, identyfikuje różne

---

[9] P. W. Garner, D. Carlson-Jones, G. Gaddy, K. M. Rennie, *Low-income mothers' conversations about emotions and their children's emotional competence*, „Social Development" 6/1997, s. 37-52.

[10] M. Lewis, *Wyłanianie się ludzkich emocji*, [w:] *Psychologia emocji*, pod red. M. Lewisa, J. M. Haviland-Jones, Gdańsk 2005.

[11] B. Rime, *The social sharing of emotion as a source for the social knowledge of emotion*, [w:] *Everyday conceptions of emotion*, pod red. J. J. Russell, J.M. Fernandez-Dols, A. S. R. Manstead, J. C. Wellenkamp, Dordrecht 1995, s. 475-489.

[12] C. Lewis, Episodes, events and narratives in the child's understanding of mind, [w]: Children's early understanding of mind: Origins and development, pod red. C. Lewisa, P. Mitchella, Erlbaum 1994, s. 457-480.

[13] H. Steele, M. Steele, C. Croft, P. Fonagy, *Infant-mother attachment at one year predicts children's understanding of mixed emotions at six years*, „Social Development" nr 8/1999, s. 161-178.

sytuacje wywołujące określone emocje – strach, smutek, szczęście, poczucie winy[14], a także typy działań i wyrazy twarzy towarzyszące różnym stanom emocjonalnym[15].

Taki sposób przypominania sobie i rozumienia przez dzieci sekwencji wydarzeń podkreśla fakt, że wzmocnienie emocji wymaga rozumienia przyczyn i powiązań pomiędzy elementami sekwencji wydarzeń[16]. Pojęcie skryptu emocjonalnego wskazuje na fakt, że rozumienie emocji można rozwijać nie tylko w kontekście nacechowanych emocjonalnie wydarzeń, ale w ramach rozmów, w których wydarzenia przeżywa się na nowo i organizuje w powiązane przyczynowo sekwencje narracyjne. Jednakże bardziej efektywnym podejściem do dziecięcego rozumienia emocji będzie przyjęcie założenia, że kluczowym elementem tych skryptów nie jest diagnoza obiektywnej sytuacji, w jakiej ktoś się znalazł, ale analiza sposobu, w jaki ocenia on swoją sytuację.

Dzieci ze spektrum autyzmu perfekcyjnie zapamiętują powtarzające się sekwencje wydarzeń. Istotną cechą klinicznego obrazu autyzmu jest zamiłowanie do schematów i skłonność do zdenerwowania przy każdej nieoczekiwanej zmianie. Ta szczególnie wrażliwa na skrypty pamięć sprawdza się przy zapamiętywaniu przez dzieci autystyczne emocji. Umieją one ocenić, że określone sytuacje wywołują pozytywne emocje, a inne zdarzenia powodują, że czują się nieszczęśliwe[17].

S. Ozonoff, B. E. Pennington i S. J. Rogers[18] wykazali, wykorzystując inną technikę badawczą, że dzieci ze spektrum autyzmu potrafią dopasować zdjęcia twarzy wyrażających emocje do nacechowanych emocjonalnie obrazków. Pomimo posiadania tej umiejętności słabo radzą sobie, kiedy prawidłowa ocena emocji, wymaga wyjścia poza obiektywną sytuację i ocenę tego, jak przekonania bohatera obrazka wpływają na jego ocenę tej sytuacji[19].

Związek między kompetencjami komunikacyjnymi a dziecięcą teorią umysłu wydaje się jasny, przypisywanie stanów umysłu jest konieczne, jeśli dialog ma podlegać regułom

---

[14] R. C. Barden, F. A. Zelko, S. W. Duncan, J. C. Masters, *Children's consensual knowledge about the experiential determinant of emotion*, „Journal of Personality and Social Psychology" 39/1980, s. 968-976; P. L. Harris, T. Olthof, M. Meerum Terwogt, C. E. Hardman, *Children's knowledge of situations that provoke emotions*, „International Journal of Behavioral Development" 10(3)/1997, s. 319-343.

[15] T. Trabasso, N. L. Stein, L. R. Johnson, *Children's knowledge of events*: *A casual analysis of story structure*, [w:] *Learning and motivation*, t. 15, pod red. G. Bower, New York 1981, s. 237-282.

[16] K. Nelson, J. Gruendel, *At morning it's lunchtime. A scriptal view of children's dialogues*, „Discourse Processes" 2/1979, s. 73-94.

[17] S. Baron-Cohen, *Do people with autism understand what causes emotions?*, „Child Development" 82/1991, s. 385-395.

[18] S. Ozonoff, S. J. Rogers, B. E. Pennington, *Are there emotion perception deficits in young autistic children?*, „Journal of Child Psychology and Psychiatry" 37/1990, s. 343-361.

S. Baron-Cohen, *How to build a baby that can read minds. Cognitive mechanisms in mind reading*, „Current Psychology of Cognition" 13/1994, s. 513-552; S. Harris, J. Handleman, R. Gordon, B. Kristoff, F. Fuentes, *Changes in cognitive and language functioning of preschool children with autism*, „Journal of Autism and Developmenal Disorders" 30/1991, s. 137-141.

pragmatyzmu[20]. Posiadanie kompetencji komunikacyjnych to umiejętność przyjęcia punktu widzenia partnera, zdolność odróżnienia własnych przekonań od przekonań partnera. Wiedza, że to, co partner wie, nie jest bezpośrednio zależne od stanu rzeczywistości (od tego, czy partner nie zna bądź nie jest pewien prawdziwego stanu rzeczy), a także, że przekazanie mu informacji prowadzi do powstania w jego umyśle określonego przekonania. Co za tym idzie, skuteczna komunikacja wymaga wiedzy o funkcjonowaniu umysłu na poziomie myślenia, pamięci, percepcji, rozumienia języka[21]. Połączenia między tymi procesami kształtują się około drugiego roku życia (proces udawania, rozumienie symboliczne, nadawanie nazw). Dziecko nie tylko odtwarza postrzeganą rzeczywistość, ale także zaczyna nadawać jej znaczenie[22]. W tym ujęciu komunikacja odblokowuje i przekłada myśli, uczucia na informacje, dzięki którym można eksplikować świat mentalny. W miarę jak postępuje rozwój świadomości metalingwistycznej dziecka, zyskuje ono umiejętność praktycznego myślenia. Procesem, który pozwala mu się wczuć w myśli i uczucia innej osoby jest dziecięca teoria umysłu.

2. Przybieranie ról a kompetencje komunikacyjne

Doświadczenie społeczne pozwala rozwinąć zdolność odgrywania ról – to znaczy stawiania siebie w sytuacji kogoś innego i analizowanie siebie jako podmiotu. Umiejętność ta pozwala formułować plany działania, ponieważ umożliwia wcześniejsze prognozowanie tego, jaki może mieć wpływ to działanie (na mnie i innych) i jakie mogą być jego skutki. Przybieranie roli to proces interakcyjny zachodzący w sferze poznawczej, a nie tylko w rzeczywistości, za pomocą symboli językowych. Innym terminem określającym funkcjonowanie w roli i jego skutki jest refleksyjność – oddziaływanie na siebie. M. Rosenberg[23] uważał, że refleksyjność występuje w trzech podstawowych procesach: identyfikacji emocji, doświadczania emocji i ich okazywania. Rola pozwala na interpretacje niejasnych sytuacji i stanów emocjonalnych poprzez odwołanie się do trzech wyznaczników:

[20] S. Baron-Cohen, *Without a Theory of Mind One Can Not Participate in a Conversation*, „Current Psychology of Cognition" 29/1988, s. 83-84; S. Baron-Cohen, *The Theory of Mind Hypothesis of Autism*: *History and Prospects of the Idea*, „The Psychologist: Bulletin of the British Psychological society" 5/1992, s. 9-12.

[21] M. Haman, *Dziecięca „teoria umysłu" a kompetencja komunikacyjna dziecka w wieku przedszkolnym*, [w:] *Z badań nad kompetencją komunikacyjną*, pod red. M. Bokus, M. Haman, Warszawa 1992; S. Baron-Cohen, *Without a Theory … dz. cyt.* 29/1988, s. 83-84; U. Frith, *Autism. Explaining the Enigma*, *Basil Blackwell*, Oxford – Cambridge 1989; U. Frith, *A New Look At Language and Communication in Autism*, „British Journal of Disorders of Communication" 24(2)/1989b, s. 123-150.

[22] J. Piaget, *Mowa i myślenie u dziecka*, Warszawa 1992; J. Piaget, *Jak sobie dziecko świat przedstawia*?, Lwów 1929.

[23] M. Rosenberg, *Reflexivity and emotions*, „Social Psychology Quarterly" 53/1990, s. 3-12.

- logiki przyczynowo skutkowej (jestem smutny, bo umarła mi babcia),
- rozpoznania konsensusu społecznego dotyczącego sytuacji w reakcjach na innych ludzi (wszyscy są radośni, więc nic dziwnego, że ja też),
- kulturowych scenariuszy dostarczających informacji na temat emocji (nie mogę się doczekać spotkania z nim, muszę być zakochana).

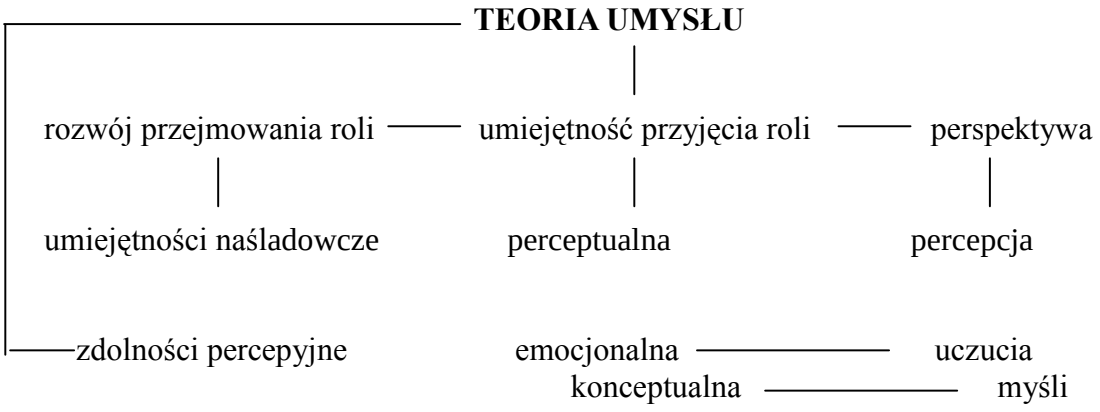
Refleksyjność wpływa na decyzje dotyczące okazywania emocji. Według J. Coultera[24] i E. Goffmana[25] okazywanie emocji jest demonstracją, że ją przeżywamy. Nieokazanie adekwatnej emocji w danej sytuacji może prowadzić do odrzucenia (uznanie za moralnie ułomnego).

S. Shott[26] rozróżnia refleksyjność i empatyczne emocje związane z rolami (bezpośrednia identyfikacja konkretnych emocji). W każdym przypadku, aby doświadczyć danych emocji, trzeba wczuć się w sytuację danej osoby. Przyjmowanie ról zapewnia zastępcze doświadczenie emocjonalne poprzez postawienie się w sytuacji kogoś innego, na przykład tego, który cierpi, jest zawstydzony – komu można pomóc lub udzielić wsparcia.

Procesem społeczno-kognitywnym, który wskazuje na to, że dana osoba potrafi się wczuć w myśli, uczucia i intencje innej osoby, jest umiejętność przyjęcia roli. Istnieje ścisła zależność pomiędzy umiejętnością przyjęcia roli a kompetentnym zachowaniem społecznym. Przyjęcie roli (perspektywy) oznacza, że osoba przyjmuje punkt widzenia kogoś innego (percepcję myśli lub uczucia); takie przeniesienie się w sytuację innej osoby odbywa się za pomocą teorii umysłu. Jej rozwinięcie jest warunkiem umiejętności spojrzenia z perspektywy drugiej osoby. Poniższy schemat pokazuje relację, jaka zachodzi między teorią umysłu a przyjęciem roli.

Schemat 1. Związek między teorią umysłu a przyjęciem roli wg Streernemana P[27].

[24] Coulter J., *Affect and social context* : *Emotion definition as a social task*, [w:] The social construction of emotions, pod red. R. Harre, Oxford 1986, s.120-134.
[25] E. Goffman, *Człowiek w teatrze życia codziennego*, Warszawa 1981.
[26] S. Shott, *Emotion and social life*: *A symbolic interactionist analysis*, „American Journal of Sociology", 84/1979, s. 1317-1334.
[27] Źródło: P. Steerneman, *Theory-of-mind-screening-schaal*. (tłum. M. Dykiel) Garant Leuven-Apeldoorn, 1994,



Umiejętność przyjmowania roli (punktu widzenia drugiej osoby) prowadzi do wykształcenia lepszych kompetencji komunikacyjnych i społecznych. Innymi słowy wczucie się w uczucia i myśli drugiej osoby to zdolność przewidywania i wnioskowania o stanach psychicznych innych ludzi, która jest warunkiem skutecznego komunikowania się. Przyjmowanie ról jest umiejętnością niezwykle istotną w kształtowaniu tzw. praktycznego myślenia i wzrasta ona wraz z wiekiem. J. H. Flavell[28] uważa, że przyjmowanie roli należy rozpatrywać na kilku poziomach:

- poziom zerowy dotyczy zjawisk, które widzi dziecko,
- poziom pierwszy pozwala dziecku uświadomić sobie, co może widzieć inna osoba, ale bez świadomości, jak druga osoba może postrzegać ten obiekt,
- poziom drugi obejmuje zrozumienie faktu, że druga osoba coś widzi, a także sposobu, w jaki widzi; dziecko na tym poziomie ma zdolność obserwacji przedmiotów i sytuacji z różnych perspektyw,
- poziom trzeci sprawia, że dziecko jest w stanie rozpoznać i opisać dokładny obraz percepcji innej osoby[29].

Postrzeganie kogoś jako osoby, a także wiedza o sposobie reagowania przez nią w różnych sytuacjach społecznych, odgrywa istotną rolę w rozumieniu zachowania tej osoby. Interpretowanie informacji o ludziach jest także częściowo kształtowane przez konkretną sytuację i kontekst społeczny. Aby przypisać stany mentalne innej osobie, potrzebujemy podstawowej wiedzy o drugim człowieku, a także o sposobie, w jakim wiedza ta może zostać wykorzystana w konkretnej sytuacji. Należy również wziąć pod uwagę sposób zachowania tej

s. 13.

[28] J. H. Flavell, *The development of Inferencje About Others* [w:] *Understanding Other Persons*, pod red. T. Mischel, Oxford 1974.

[29] B. Winczura, *Dziecko z autyzmem. Terapia deficytów poznawczych a teoria umysłu*, Kraków 2008.

osoby[30]. Naiwna teoria umysłu stanowi gotowe narzędzie do wyjaśniania, przewidywania i rozumienia zachowań społecznych. Według U. Frith i F. Happe[31] jest to skomplikowany mechanizm poznawczy, pozwalający na specjalny rodzaj reprezentacji stanów mentalnych.

3. Wykorzystanie dramy w oddziaływaniach pedagogicznych

Warto pomóc dzieciom z zespołem Aspergera odnaleźć się w rodzinie i w środowisku szkolnym. Zadanie to jest w zasięgu możliwości pedagogów i nauczycieli. Istnieje wiele strategii, które mogą ułatwić funkcjonowanie uczniów z zespołem Aspergera w szkole. Wydaje się, że idealnym narzędziem do pracy z dziećmi z tym schorzeniem może być drama, potraktowana jako rodzaj terapii pedagogicznej. A. Saganek[32] prowadziła badania z trzema chłopcami z zespołem Aspergera, wobec których zastosowano taką terapię. Z jej pracy magisterskiej, napisanej pod opieką profesora T. Gałkowskiego, wynika, że pozytywne efekty dramy wyraźnie wpłynęły na rozwój umiejętności komunikacyjnych badanych chłopców.

Jeden z pierwszych praktyków i teoretyków dramy, Peter Slade[33], uważał, że dramę można wykorzystywać już od wczesnego dzieciństwa. Nie miał na myśli typowych scen dramowych, ale pracę z dźwiękiem i ruchem, rozwijającą wyobraźnię i percepcję zmysłową dziecka. Podważał celowość przygotowania przedstawień szkolnych. Uważał, że wystawianie dziecięcych inscenizacji zabija ich cel edukacyjny. Dużo lepiej jest pracować dramą, wykorzystując różne ekspresyjne formy wyrazu, przy czym powinny być one adekwatne do wieku i poziomu rozwoju dziecka. Proponował wprowadzenie przedmiotu drama jako obowiązkowego[34].

Brian Way, aktor i reżyser, wykładał dramę na uniwersytecie, pisał o jej znaczeniu w edukacji, mimo że sam związany był z teatrem zawodowym. Uważał, że są to dwie różne działalności i nie wolno ich mieszać[35].

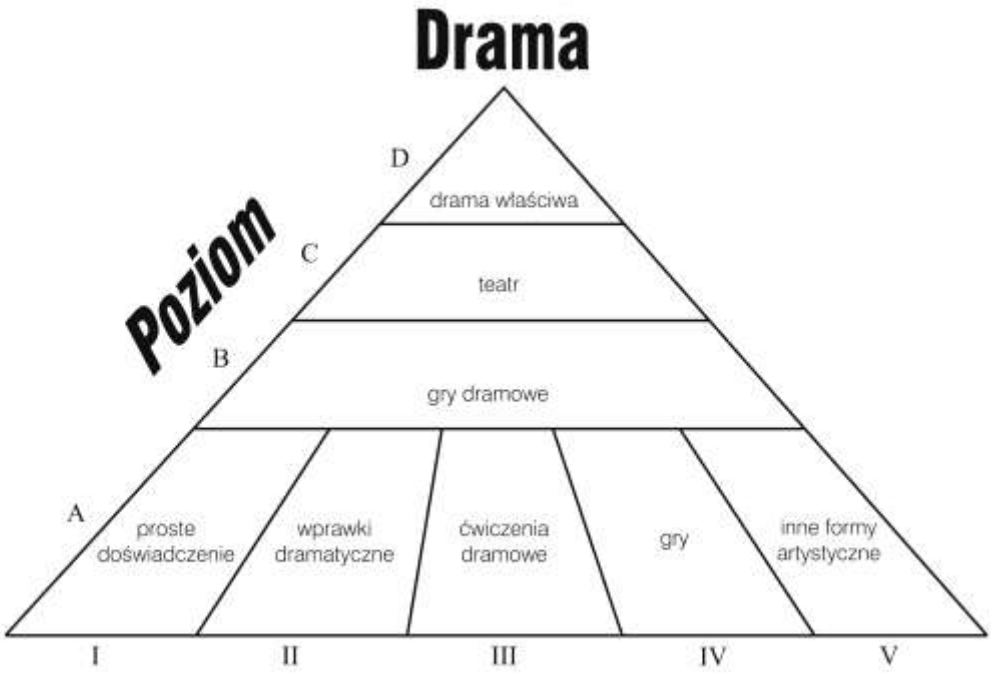
Teatr ukierunkowany jest na komunikację między aktorami a publicznością. Drama zaś na komunikację pomiędzy jej uczestnikami. Teatr nie jest osiągalny dla wszystkich, drama tak. B. Way uważał, że drama jest integralną częścią życia i w pewnym sensie przygotowuje do życia. Twierdził, że nie jest ważny czas odgrywanych scen, tylko intensywność przeżyć

[30] Tamże.
[31] U. Frith, F. Happe, *Autism*: *Beyond Theory of Mind*, „Cognitive Development", 50/1994, s. 115-132.
[32] A. Saganek, *Analiza zachowań dzieci autystycznych przejawianych w ramach dramy*, praca magisterska pod kierunkiem prof. dr. hab. T. Gałkowskiego, SWPS, Warszawa 2008.
[33] P. Slade, *Child Drama*, *Hodder and Stoughton*, London 1954.
[34] T. Lewandowska-Kidoń, *Drama w kształceniu pedagogicznym*, Lublin 2003.
[35] B. Way, *Drama w wychowaniu dzieci i młodzieży*, Warszawa 1995.

i doświadczeń. Scena dramowa może trwać bardzo długo, ale może trwać tylko kilka minut. W przeciwieństwie do P. Slade'a[36] nie był zwolennikiem wprowadzenia do szkół lekcji dramy. Przestrzegał także nauczycieli przed odgrywaniem ról podczas zajęć dramy.

Gavin Bolton, teoretyk i praktyk dramy, autor wielu publikacji, stworzył klasyfikację technik dramy; podzielił poziomy dramy ze względu na stopień trudności i złożoności organizacji zajęć[37].

Schemat 2. Techniki dramy w ujęciu G. Boltona [38]



Poziom A – Ćwiczenia

Bolton[39] twierdzi, że poziom A ma duże znaczenie w rozwoju uczestnika, jest bazą, na której wyrasta drama. Dzieli się na 5 działów:

1. Proste doświadczenia – to proste formy bazujące na doznaniach zmysłowych: ćwiczenia rozwijające percepcje zmysłową (słuch, wzrok, dotyk, smak, węch), ćwiczenia na koncentrację uwagi oraz ćwiczenia rozluźniające.
2. Wprawki dramatyczne – bazują na prostych doświadczeniach, wykorzystuje się je do

[36] P. Slade, *dz. cyt.*
[37] Za: M. Królica, *Drama i happening w edukacji przedszkolnej*, Kraków 2006.
[38] Źródło: E. Ogłoza, E. Polański, E. Szymik, *Drama na lekcjach języka polskiego w klasach IV-VIII*, Kielce 1997, s. 83.
[39] G. Bolton, *Towards a Theory of Drama in Education*, London 1979; G. Bolton, *Drama as Education*, London 1984.

tworzenia różnych form skierowanych na rozwój wyobraźni (wprawki ruchowe – zadania pantomimiczne, wprawki głosowe, wprawki dramowe – odwołujące się do wrażeń zmysłowych, bez bezpośredniego oddziaływania na analizatory).

3. Ćwiczenia dramowe – mają już w sobie zalążek dramy, zawierają bowiem konkretne sytuacje i konflikt (wywiad, rozmowa, scenki, etiudy pantomimiczne, improwizowane inscenizacje).
4. Gry – ich zadaniem jest poprawianie sprawności fizycznej i intelektualnej, rozwijają koncentrację ogólną; aktywność i refleks są niezależne od dramy, choć wpływają na jej rozwój, służą harmonijnemu rozwojowi uczestników oraz wzmacniają poczucie wspólnoty w grupie, uczą funkcjonowania i współdziałania (gry z wyobrażonymi przedmiotami, gry w wyobrażonych sytuacjach, gry w wyobrażonej przestrzeni).
5. Inne formy artystyczne – rozwijając predyspozycje artystyczne uczniów, pobudzają wyobraźnię i twórcze myślenie (malowanie, rysowanie, rzeźbienie, układanie opowiadań, próby poetyckie, śpiew, taniec).

Poziom B – Gry dramowe

Gry dramowe są najbliższe dramie właściwej, mają określone miejsce akcji, czas, role, sytuację wyjściową oraz wytyczone cele.

Poziom C – Teatr

Działania przeprowadzone na tym poziomie przy pomocy środków teatralnych dążą do finalnego pokazu – spektaklu. Rozwijają środki aktorskie, umiejętności muzyczne, taneczne, scenograficzne. Pobudzają wrażliwość estetyczną, pozwalają zapoznać się z konwencjami, uczą odczytywania symboli i metafor. W dramie nie ma podziału na aktora i widza, uczestnicy sami spełniają obie te funkcje. Drama nie istniałaby bez teatru, z powodzeniem sięga po jego techniki, wykorzystuje skupienie, rytm, napięcie, symbolikę, pauzy, role i życie fikcją. Odświeża środki teatralne, wnosi autentyzm, otwiera nowe, nieznane możliwości.

Poziom D – Drama właściwa

Znajduje się na samym szczycie trójkąta. Jest najskuteczniejsza w dochodzeniu do celu, jednak wymaga wysoko wykwalifikowanego specjalisty zajmującego się dramą. Powinien on świadomie:

- planować cele, tematy, strategie i sytuacje wyjściowe,

- wyznaczać role i ustalać miejsca zdarzeń w porozumieniu z uczestnikami,
- prowadzić zajęcia w taki sposób, aby uczestnicy sami odkrywali ukryte znaczenia sytuacji i konfliktów,
- realizować cele i założenia dramy.

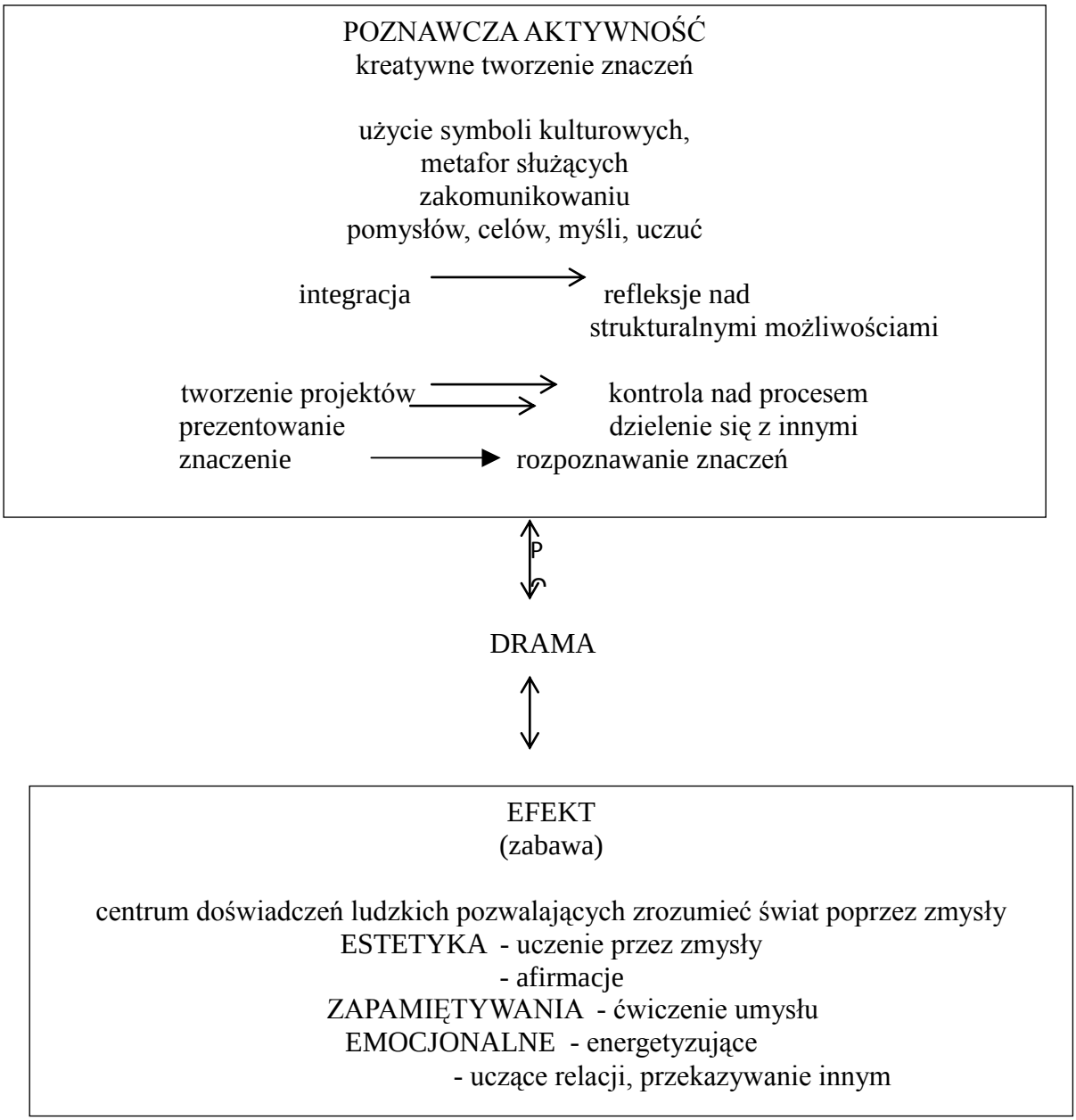
4. Drama dzieci autystycznych

Badania wykazują, że możliwe jest kształtowanie umiejętności udawania u dzieci ze spektrum autyzmu. Jeżeli otrzymają one pozytywne wzmocnienie, mogą wykonywać zadania polegające na graniu ról na podobnym poziomie jak ich prawidłowo rozwijający się rówieśnicy[40]. D. M. Thorp[41] twierdzi, że możliwe jest, aby dzieci z autyzmem osiągnęły postępy w zachowaniu społecznym, mówieniu i odtwarzaniu ról. Istotnym elementem nabywania tych umiejętności jest emocjonalny stosunek do odtwarzanej postaci i odniesienie jej sytuacji do własnej.

[40] A. C. Stahmer, *Teaching symbolic play skills to children with autism using pivotal response training*, „Journal of Autism And Developmental Disorders" 25/1995, s. 123-141.

[41] D. M. Thorp, *Effects of sociodramatic play training on children with autism*, „Journal of Autism and Developmental Disorders" *25(3)/*1995, s. 265-281.

Schemat 3. Kreatywne tworzenie znaczeń w dramie[42].



Drama organizuje zabawę w pewną strukturę, uczy kreatywnych decyzji i dokonywania wyborów. Dzięki dramie dzieci autystyczne otrzymują pewne wzorce zachowań. Zabawa dramą dostarcza im doświadczeń, które wzmacniają struktury mózgu, niedostatecznie wykształcone u tych dzieci.

Pracując z dziećmi autystycznymi technikami dramy, nie zawsze osiągniemy cel, który sobie założyliśmy. Wynika to z zablokowania potencjału kreatywnego dzieci, trudno więc wnioskować w jakim tempie będą umiały wykorzystać stymulację za pomocą dramy.

[42] Źródło: D. Sheratt, P. Melanie, *Developing Play and Drama in Children with Austistic Spectrum Disorders*, London 2006, s. 46.

Strukturalność dramy ułatwia uczenie się za pomocą zabawy kreatywnej. Istotne jest wcześniejsze zaznajomienie się z jej strukturą. Pomaga ona w kreacji i wzmacnianiu oraz zintegrowaniu kognitywnej aktywności dzieci. Zabawa w dramę oferuje przejrzystą strukturę, dzięki której niedoskonałości w potencjale możliwości rozwojowych tych dzieci mogą nie być widoczne, chociaż ich potencjał może wzrosnąć poprzez poddanie się zabawie. Głównym czynnikiem wpływającym na poprawę podstawowych trudności jest wpływ doświadczeń i umiejętność rozpoznawania znaczenia sytuacji.

Poprzez zabawę dramą dzieci zaczynają rozumieć znaczenia, dzięki czemu mogą uzyskać „łączność" ze światem rzeczywistym i jego kulturą. Poprzez przejrzystą, pełną formę dramy dzieci ze spektrum autyzmu mogą nauczyć się rozpoznawania sugestii, znaczeń i wzajemności w relacjach. Zabawa w dramę dostarcza bezpiecznych ram, w których dzieci mogą uczyć się, jak inicjować działanie, jak podejmować decyzje poprzez interakcje z rówieśnikami. Zabawa w dramę stanowi jednocześnie proces i jego produkt.

Dzieci z autyzmem wykazują niedostateczny potencjał empatii, a także trudności z logicznym myśleniem. Przyczyną tych problemów są nieprawidłowo funkcjonujące struktury mózgowe odpowiedzialne za myślenie, ewaluację i efektywną aktywność. Jest to także przyczyną deficytów w rozwoju zdolności odczytywania stanów umysłu.

L. Wygotski[43] twierdzi, że nieumiejętność zabawy łączy się z nieznajomością aspektów kulturowych. Uważa on, że aktywność w zabawie oparta jest na obserwacji prawdziwego życia (kultury), a jej scenariusze pomagają w poznaniu socjokulturowych konwencji.

Drama w edukacji oferuje tym dzieciom możliwość rozwiązania ich fundamentalnych trudności i efektywne wykorzystanie doświadczenia[44]. Przyczynia się do rozumienia i rozpoznawania emocji i stanów mentalnych innych ludzi. Szczególna wartość dramy polega na tym, że jest pomocna w redukowaniu deficytów w teorii umysłu. Drama uczy dzieci narracji i dialogowania, co sprawia, że zabawa nabiera nowych znaczeń. Wiele dzieci ze spektrum autyzmu zostaje niejako „włączonych" do życia społecznego przez dramę, w której działanie i dzielenie działania ze znaczeniem jest procesem kognitywnym. Dzieci ze spektrum autyzmu bardzo słabo wykorzystują narrację z powodu ograniczonych kontaktów społecznych (alienacja ze świata społecznego i kontaktów komunikacyjnych). Ograniczenie to przejawia się w pragmatycznych trudnościach używania języka. Problemem jest dla nich komunikowanie się, nadawanie informacji i odbiór informacji od innych.

[43] L. Wygotski, *Narzędzie i znak w rozwoju dziecka*, Warszawa 1978, s. 134.
[44] M. Peter, *Developing Drama with Children with Autism*, „Good Autism Practic nr 1(1)/2000, s. 9-20.

5. Badania własne

W badaniach wykorzystano metodę określaną jako eksperyment pedagogiczny z pomiarami początkowym i końcowym, poprzedzoną badaniami pilotażowymi. Badanie pilotażowe posłużyło weryfikacji wstępnej wiedzy o badanych osobach oraz potwierdzeniu wyboru narzędzi badawczych. Badania pilotażowe wg Pilcha[45] stanowią etap procesu badawczego spełniający dwa zadania. Po pierwsze, jest to weryfikacja wstępnej wiedzy o środowisku i jego charakterze, zróżnicowaniu, procesach w nim zachodzących, po drugie – sprawdzenie sprawności narzędzi badawczych wybranych i opracowanych dla zamierzeń poznawczych. Analiza tych dwóch zjawisk pozwala na wtórną weryfikację założeń teoretycznych, czyli problemów badawczych, hipotez, zmiennych i rzetelności wskaźników.
Celem badań pilotażowych było:

- ocena wstępna poziomu kompetencji językowych dzieci objętych badaniem,
- sprawdzenie umiejętności społecznych dzieci objętych badaniem (kompetencje komunikacyjne),
- sprawdzenie adekwatności i przydatności narzędzi badawczych w wybranej grupie dzieci z zespołem Aspergera. W prowadzonych badaniach były to w szczególności próby językowe oraz próby demonstracyjne: TEST ZWODNICZEGO PUDEŁKA – Smarties Box: deceptive object[46] oraz TEST NIESPODZIEWANEJ ZMIANY – próba laleczek „Sally-Anne" False Belief Test Wimmer[47].

Celem eksperymentu pedagogicznego było poznanie zależności, jakie zachodzą między czynnikiem eksperymentalnym a wywoływanymi przez ten czynnik zmianami. Na potrzeby prowadzonych badań za najbardziej użyteczny uznano eksperyment pedagogiczny dwugrupowy z pomiarami początkowym i końcowym, w ramach którego przeprowadzono zajęcia dramą. Pozwoliło to na uchwycenie i wyjaśnienie różnic w rozwoju kompetencji komunikacyjnej między osobami z grupy eksperymentalnej, z uwzględnieniem ich sytuacji rodzinnej oraz dotychczasowych doświadczeń edukacyjnych, a osobami z grupy kontrolnej.

Główną metodą oddziaływań na badane osoby z zespołem Aspergera była drama. Stanowi ona zatem zmienną niezależną. W programie badań wykorzystano niektóre pomysły zawarte w zeszytach: „Drama. Poradnik dla nauczycieli i wychowawców" oraz w książkach:

[45] T. Pilch, *Zasady badań pedagogicznych*, Warszawa 1998.
[46] A. Gopnik, *How We Know Our Minds*: *The Illusion of First-person Knowledge of Intentionality*, „Behavioral and Brain Science", 16/1993, 1-14; U. Frith, *Autism. Explaining…dz. cyt.*
[47] H. Wimmer, D. Perner, *False Believ Test*, „Cognition" 13/1983.

„Drama w wychowaniu dzieci i młodzieży”[48], „Developing Play and Drama in Children with Autistic Spectrum Disorders”[49], „Baw się i ucz z nami”[50], w których znajduje się wiele propozycji scenek odtwarzanych w parach i małych zespołach kształcących wyobraźnię, empatię oraz funkcjonowanie w sytuacjach społecznych. Zadania te zostały zmodyfikowane w oparciu o własne pomysły i doświadczenia z pracy autorki na wydziałach aktorskich oraz współpracy z Haliną Machulską, a także pracy terapeutycznej z dziećmi ze spektrum autyzmu w poradni „Ad Verbum” w Warszawie.

Zadania rozwijające kompetencję komunikacyjną i językową:

- scenariusze dotyczącego funkcjonowania społecznego,
- ćwiczenia dialogowania,
- ćwiczenia właściwego użycia znanych wyrażeń (przysłów, przenośni),
- opowiadanie np.: o przyjaźni (próba narracji).

Cele zajęć dramy z dziećmi z zespołem Aspergera:

1. Rozwijanie kompetencji komunikacyjnych:
   - stymulowanie dziecka do nawiązywania kontaktów społecznych,
   - uczenie współpracy z innymi,
   - inicjowanie rozmowy, okazywanie zainteresowania tym co robi, mówi ktoś inny, przyłączanie się do zabawy,
   - rozpoznawanie i nazywanie emocji zarówno swoich, jak i innych osób (obserwacja zachowań niewerbalnych),
   - kształtowanie umiejętności mówienia o swoim złym samopoczuciu,
   - opanowanie złości.
2. Rozwój ruchowy.
3. Rozwój poznawczy – dostarczanie nowych doświadczeń, uczenie wzorców zachowania i przenoszenie ich na sytuacje codzienne.
4. Kształtowanie tożsamości – opisywanie siebie, wygląd, wady i zalety.

Zasady przygotowania konspektów zajęć:

1. W trakcie jednych zajęć realizowane były nie więcej niż trzy cele.

[48] B. Way, Drama w wychowaniu dzieci i młodzieży, Warszawa 1995.
[49] D. Sheratt, P. Melanie, *Developing Play and Drama in Children with Austistic Spectrum Disorders*, London 2006.
[50] D. Jóźwik, R. Szymonek, *Baw się i ucz. Scenariusz zajęć dramowych dla szkoły podstawowej*, Kielce 2000.

2. Stopniowanie trudności ćwiczeń.
3. Częste zmiany rodzaju aktywności.
4. Stały schemat zajęć.
5. Indywidualizacja potrzeb.

Oddziaływania za pomocą dramy stanowiły zmienną niezależną niniejszych badań.

W badaniu wzięło udział 16 osób. Podzielone one zostały na grupy: eksperymentalną i kontrolną. Obydwie grupy składały się z dzieci z rozpoznanym zespołem Aspergera. Liczebność grupy eksperymentalnej to 8 osób (dwie grupy wiekowe po 4 osoby). Liczebność grupy kontrolnej to również 8 osób (dwie grupy wiekowe po 4 osoby). Osoby rekrutowały się z różnych ośrodków edukacyjnych dla dzieci i młodzieży z autyzmem i placówek integracyjnych.

6. Kryteria włączenia do grupy eksperymentalnej:

1. Chłopcy z rozpoznanym zespołem Aspergera zgodnie z klasyfikacją ICD-10 i DSM IV (ze szczególnym uwzględnieniem kryterium dotyczącego prawidłowego rozwoju mowy przed 3. rokiem życia).
2. I grupa – wiek 7-8 lat, II grupa – wiek 10-11 lat.
3. Brak innych zaburzeń współwystępujących.
4. Iloraz inteligencji mieszczący się w granicach normy podskali werbalnej Skali Inteligencji WISC-R.
5. Brak problemów powodujących ograniczenie współpracy ze strony osoby badanej.

Kryteria włączenia do grupy kontrolnej:

Diagnoza zespołu Aspergera.

– Podobieństwo do osób z grupy eksperymentalnej pod względem wieku, poziomu rozwoju intelektualnego i środowiska.

Dzieci z grupy kontrolnej zostały zbadane tymi samymi narzędziami badawczymi, co grupa eksperymentalna, sprawdzającymi ich kompetencje językowe i komunikacyjne. Nie prowadzono z nimi zajęć metodami dramy.

Badania z grupą eksperymentalną przebiegało w trzech etapach. Pierwszy – przeprowadzenie pretestu. Drugi – przeprowadzenie zajęć technikami dramy. Trzeci – przeprowadzenie posttestu w obu grupach: eksperymentalnej i kontrolnej. Zajęcia prowadzone metodą dramy odbywały się najpierw indywidualnie z każdym dzieckiem

z grupy eksperymentalnej, a następnie zostały stworzone grupy. Odbyło się 30 sesji trwających ok. 2 godzin dla każdej z grup.

Każde spotkanie pozwoliło przećwiczyć kilka zadań tematycznie jednorodnych i dopasowanych do poziomu grupy. Zajęcia prowadzone były na terenie Niepublicznej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej „Ad Verbum" Centrum Terapii Mowy i Dysleksji w Warszawie, przy ulicy rotmistrza W. Pileckiego 104.

Wiele technik dramowych zostało odkrytych w naturalny sposób na podstawie obserwacji zabaw dzieci. Zabawa w role, zabawy w naśladowanie są pierwowzorem „bycia w roli" (przyjęcia roli). Dotyczy to także zadań polegających na naśladowaniu zwierząt i roślin. Rozmowa, inna technika dramowa, również ma swoje początki w zabawie. Wielokrotnie w dziecięcych zabawach partnerami do rozmów są ulubione zabawki (czasem jest to monolog, a czasem zabawka „aktywnie" uczestniczy w rozmowie), a tematem troski, lęki i radości dziecka oraz wydarzenia, które wiążą się z silnymi emocjami. Etiudy pantomimiczne także są częstym elementem zabaw, głównie jeśli dziecko bawi się samo. Dzięki wyobraźni stwarza własny, bogaty świat. Drama ma rozwijać dziecięce zabawy i pozwolić im przybierać nowe formy. Pomaga dziecku wczuć się w emocje innych, zrozumieć ich postępowanie i zachowanie, rozwijać wyobraźnie, uwrażliwiać na piękno natury, rozwijać instynkty opiekuńcze wobec słabszych i zwierząt. Właściwie ukierunkowana drama rozwija w dzieciach pozytywne cechy, uczy współpracy, współdziałania i współodpowiedzialności. Motywuje do działania, rozwija twórczą aktywność. Pozwala utrwalić pozytywne wzorce zachowania, uczy jak przeciwstawić się przemocy i agresji.

Zajęcia dramowe dla potrzeb niniejszej pracy rozpoczęto od działań dzieciom najbliższych i znanych im tematów, zabaw integrujących grupę i gier polegających na współpracy. Wszystkie formy dramy (poziomu A), tak więc wspomniane gry, zabawy, rozmowy, próby mówienia o sobie są wstępem do zadań bardziej złożonych, wymagających pewnej struktury i doświadczenia. Ćwiczenia mające na celu doskonalenie percepcji zmysłowej uczą koncentracji, rozwijają wyobraźnię, wywołują emocje, pozwalają uświadomić sobie własną cielesność. Początkowe zajęcia nie zawierają zadań polegających na świadomym „byciu w roli", służą odkrywaniu własnych emocji, możliwości oraz zabawie. Bardzo istotne jest stopniowanie trudności w zajęciach prowadzonych metodą dramy. Zaczynianie od technik najprostszych, aż do scenek improwizowanych. Po zadaniach wymagających dużego skupienia i koncentracji zaplanowano zajęcia ruchowe, rozwijające koordynację i pozwalające zaspokoić potrzebę ruchu dzieci (zmiana aktywności). Każde zajęcia kończą się ćwiczeniami relaksacyjnymi pozwalającymi uporać się z nadmiarem

emocji pobudzonych podczas treningu. Stopniowo włączane były zadania mające na celu ćwiczenie mówienia, uczenie struktury dialogu i pragmatyczne użycie języka. Wprowadzono zasady pozwalające na kontrolowanie poziomu emocji i poziomu hałasu podczas zajęć dramowych oraz sygnał dźwiękowy będący znakiem do zatrzymania akcji i wyciszenia. Bardzo istotne jest stosowanie wzmocnień pozytywnych (pochwał), które pozwalają dziecku na budowanie dobrego zdania o sobie i swoich możliwościach.

Każdy moment aktywności dziecka podczas zajęć dramowych jest dla prowadzącego sytuacją badawczą, diagnostyczną, uświadomieniem, na jakim etapie rozwoju jest dziecko.

Pierwsze z postawionych pytań, na które miały odpowiedzieć badania, brzmiało: Czy wykorzystanie technik dramy może pomóc dzieciom z zespołem Aspergera w rozwijaniu kompetencji językowej, przejawiającej się sprawnością semantyczną, gramatyczną i rozumieniem języka figuratywnego (w tym rozumieniu znaczeń metaforycznych, jak np. przysłowia i przenośnie) i opanować ich stosowanie w różnych sytuacjach komunikacyjnych?

Kompetencję językową badano na podstawie prób sprawdzających sprawności językowe: semantyczną, gramatyczną i rozumienie języka figuratywnego. Wyniki „Testu kompetencji językowej" I grupy oraz „Logopedycznego testu przesiewowego" II grupy potwierdziły przewagę grupy badanej nad grupą kontrolną. Dzieci z grupy eksperymentalnej, zarówno I, jak i II posiadały większy zasób słownictwa w zakresie rzeczowników, czasowników, przymiotników (sprawność leksykalna), lepiej budowały zdania pod względem gramatycznym. W próbie narracji (opowiadanie) i opisu wypadły lepiej niż dzieci z grupy kontrolnej zarówno pod względem techniki narracyjnej, jak i płynności, a także przebiegu fonicznego wypowiedzi. W opisie umiały wyodrębnić cechy fizyczne, jak i psychiczne postaci. Lepiej posługiwały się elementami prozodycznymi mowy. U dzieci z grupy kontrolnej w tym zadaniu brakowało osobistych osądów o rzeczywistości (komentarzy odautorskich), w tekście występowało wiele powtórzeń, płynność i technika narracji została niżej oceniona.

Analiza wyników badań pokazała, że na skutek oddziaływań dramą dzieci z grupy eksperymentalnej rozwinęły swoje kompetencje językowe, poszerzyły zasób słownictwa, poprawiły swoją sprawność stylistyczną i gramatyczną w budowaniu zdań. Poprawiły umiejętność dialogowania oraz używania języka zgodnie z sytuacją (sprawność sytuacyjna i pragmatyczna). Rozwinęły umiejętność narracji (konstrukcje opowiadania i opisu). Pojawiły się w ich wypowiedziach komentarze odautorskie. Poprawiła się również płynność wypowiedzi oraz użycie prozodycznych elementów mowy. Rozumienie języka figuratywnego poprawiło

się nieznacznie, tym samym nie możemy stwierdzić skuteczności wpływu dramy na umiejętności stosowania wyrażeń metaforycznych w sytuacjach komunikacyjnych.

Drugie pytanie badawcze brzmiało: Czy wykorzystanie technik dramy może pomóc dzieciom z zespołem Aspergera w rozwijaniu kompetencji komunikacyjnej przejawiającej się w opanowaniu sprawności społecznej, pragmatycznej i sytuacyjnej?

Niektóre wyniki badań wskazują na to, że jest prawdopodobne, że osoby ze spektrum autyzmu, posiadające przeciętny lub wyższy iloraz inteligencji, kompensują za pomocą intelektu braki w rozwoju emocjonalnym[51]. Dzięki posługiwaniu się strategiami poznawczymi i schematami adekwatnych zachowań mogą radzić sobie w sytuacjach interakcji społecznych. S. Shore[52] opisuje takie zjawiska między innymi w swojej autobiografii.

Podczas zajęć wszystkie dzieci z grupy eksperymentalnej (I i II) poprawiły swoje sprawności komunikacyjne: semantyczną, syntaktyczną, pragmatyczną, a tym samym poprawiły swoje kompetencje komunikacyjne. Na ogół poprawnie realizowały zadania polegające na przekazywaniu informacji (np. przez telefon zamówić pizzę, poprosić kolegę o podanie informacji o zadanych lekcjach, złożyć życzenia, umówić się na spotkanie, wezwać pogotowie, straż pożarną lub policję). Umiały odróżnić istotne informacje od mniej ważnych i tworzyć poprawne komunikaty. Większość dzieci z grupy młodszej (3 osoby) oraz 3 osoby z grupy starszej rozwinęły sprawność pragmatyczną pojmowaną jako umiejętność skutecznego porozumiewania się (osiągania celu założonego przez nadawcę), wymagającą wykształcenia umiejętności sprawnego informowania i zdawania relacji, wyrażania swojego stosunku do odbieranych treści. Większość z nich rozumiała różnicę w posługiwaniu się językiem w różnych sytuacjach społecznych (kto i do kogo mówi), wiążącą się z wyborem środków językowych (sprawność społeczna), a także miejscem i zaistniałą sytuacją (sprawność sytuacyjna). Dzieci te próbowały realizować zadania oparte na sprawności sytuacyjnej. Zwykle ich zachowania były adekwatne, choć niekiedy nie potrafiły ich korygować. Oddziaływanie dramą może być przydatne w rozwijaniu kompetencji komunikacyjnych i podnoszeniu poziomu sprawności komunikacyjnych: pragmatycznej, społecznej i sytuacyjnej.

Trzecie pytanie brzmiało: Czy możliwe jest nauczenie dziecka z zespołem Aspergera „wchodzenia" w role i improwizowania na określony temat?

[51] N. Yirmiya, C. Kasari, M. Sigman, P. Mundy, *Facial expressions of affect in autistic, mentaly retarded and normal children*, „Journal of Psychology and Psychiatry" 30/1989, s. 725-735.
[52] S. Shore, *Za ścianą*, Warszawa 2008.

Grupa eksperymentalna I (młodsza) znacznie lepiej realizowała zadania dramowe, bardzo szybko nauczyła się „wchodzenia" w role. Odtwarzając dane postacie, umiały imitować ich cechy charakterystyczne ruchem, postawą ciała oraz sposobem mówienia, zmieniały rytm, akcentowanie, a nawet wysokość głosu. Z ich interpretacji można było odczytać osobowość postaci i emocje, jakie postać w tej roli przeżywa. Grupa podejmowała próby improwizowania na określony temat, z czasem z coraz lepszym rezultatem. Im lepiej rozwijały teorię umysłu, czyli świadomość emocji, przekonań i intencji drugiej osoby, tym lepiej udawało się im odtwarzać sytuacje oparte na konflikcie. Wchodzenie i wychodzenie z odtwarzanych ról było dla chłopców prostsze, gdy zadanie miało wyraźnie określony początek i koniec. Łatwiej było im zagrać scenkę wtedy, kiedy była dla nich prawdopodobna i gdy postać posiadała cechy osoby znanej im z własnego doświadczenia. Bardzo często komentowali postać, którą mieli zagrać, mówiąc, że ktoś z ich najbliższego otoczenia zachowuje się podobnie lub przejawia inne cechy i nigdy nie zachowałby się w ten sposób. Natomiast grupa eksperymentalna II (starsza) niechętnie realizowała zabawy z udawaniem. Miała dużo większe problemy z realizowaniem etiud pantomimicznych, może się to wiązać z zaburzeniami koordynacji ruchowej i niechęcią do realizowania zadań wymagających aktywności fizycznej. Nawet jeśli dzieci umiały opowiedzieć o cechach charakterystycznych postaci oraz rozumiały jej intencje i emocje, nie potrafiły wyraziście przedstawić tych postaci (ruchem, mimiką, głosem, sposobem mówienia) podczas scenek. Istnieje prawdopodobieństwo, że ich niechęć była spowodowana świadomością nieskuteczności tych prób. Czasem dzieci nie potrafiły przyjąć perspektywy innego człowieka, w ich wypowiedziach pojawiały się własne refleksje na temat odegranych scenek.

Można wyciągnąć wniosek, że im wcześniej rozpoczniemy zajęcia dramą, tym większe jest prawdopodobieństwo jej skuteczności w uczeniu zabaw z udawaniem i angażowaniem się w wyobrażone sytuacje.

Pytanie czwarte brzmiało: Czy możliwe jest rozwijanie u dziecka z zespołem Aspergera umiejętności odczytywania emocji, intencji i przekonań innych ludzi? Odpowiedź uzyskano dzięki analizie wyników próbek eksperymentalnych (TEST ZWODNICZEGO PUDEŁKA-Smarties Box: deceptive object[53], oraz TEST NIESPODZIEWANEJ ZMIANY: próba laleczek „Sally-Anne" False Belief Test[54]).

Część dzieci z zespołem Aspergera potrafi prawidłowo odczytywać emocje innych

[53] A. Gopnik, *dz. cyt.*, U. Frith, *Autism. Explaining…dz. cyt.*
[54] H. Wimmer, D. Perner, *False Believe Test*, „Cognition" 13/1983.

i może nauczyć się je rozumieć. Jest to około 20 proc. dzieci z autyzmem[55].

Zaobserwowano różnice w rozwoju umiejętności analizy procesów myślowych innych ludzi między grupą eksperymentalną a kontrolną. Można by wnioskować, że zajęcia dramą rozwinęły umiejętności przyjmowania punktu widzenia drugiej osoby. Dzieci z grupy eksperymentalnej dobrze odczytywały emocje innych i rozumiały, z jakimi sytuacjami się wiążą. Podczas zajęć dramy poruszano tematy i sytuacje bliskie dzieciom. Dostosowanie tematyki zajęć do poziomu i doświadczeń dzieci najprawdopodobniej pomogło rozwinąć umiejętność interpretacji sposobów rozumowania innych ludzi. Możliwy jest rozwój umiejętności odczytywania emocji, intencji i przekonań innych ludzi po uprzednim opanowaniu posługiwania się teorią umysłu w zakresie fałszywych przekonań I rzędu. Oznacza to, że rozumienie niezależności przekonań od rzeczywistości, pozwala prawidłowo odczytywać myśli drugiej osoby (ona myśli, że...) i przewidzieć jej działania (fałszywe przekonania I rzędu). Osoby posiadające umiejętność odczytywania fałszywych przekonań II rzędu, potrafią nie tylko odróżnić przekonania od rzeczywistości (własne i innych osób), ale posiadają również umiejętność odczytywania przekonań u dwóch różnych osób nie na temat jednego wydarzenia (ona myśli, że on myśli...). Prowadzone badania wykazały, że możliwe jest nauczenie dzieci z zespołem Aspergera odróżniania fantazji od rzeczywistości, kształtowanie ich umiejętność rozumienia innych oraz wyobraźni w tym zakresie. Zabawy z udawaniem świadczą o nieświadomym użyciu teorii umysłu. Wszystkie dzieci objęte badaniem eksperymentalnym (grupa I i II) potrafiły odczytywać emocje i przekonania innych osób oraz rozumiały przyjmowanie punktu widzenia innych. Interesujące wydaje się to, że w grupie pierwszej eksperymentalnej (młodszej) dzieci znacznie lepiej realizowały zadania dramowe, umiały wejść w rolę pomimo, że Test Zwodniczego Pudelka, świadczący o rozwoju fałszywych przekonań II rzędu, poprawnie wykonał tylko jeden chłopiec. Natomiast grupa eksperymentalna II (starsza) miała poważne problemy z zadaniami dramowymi, wchodzeniem w rolę, pomimo że Test Niespodziewanej Zmiany i Test Zwodniczego Pudełka wykazały prawidłowy rozwój teorii umysłu na poziomie rozwoju fałszywych przekonań na poziomie I i II rzędu u trzech z czterech chłopców. Mogłoby to sugerować, że rozumienie intencji, emocji, przekonań innych oraz prawidłowe myślenie „ja myślę, że ty myślisz, że on myśli" nie przekłada się na ich możliwości i umiejętności odegrania scenek dramowych. Mogłoby to stanowić kolejny dowód na to, że skuteczność działań prowadzonych dramą jest

[55] A. J. Bailey, P. Bolton, P. Butler, A. LeCouteur, M. Murphy, S. Scott, T. Webb, M .Rutter, *Prevalence of the Fragile X anomaly amongst autistic twins and singletons*, „Journal of Child Psychology and Psychiatry" 34/1993, s. 673-688.

zależna od wieku, w którym działania te zostaną rozpoczęte.

7. Podsumowanie i wnioski

Przeprowadzone badania eksperymentalne (w dwóch grupach wiekowych) z dziećmi z zespołem Aspergera pokazały, że prowadzenie zajęć technikami dramy okazało się przydatne. Oznacza to, że dzieci w swoim środowisku szkolnym i rodzinnym będą lepiej rozumiały przekonania, emocje i intencje. Może się to przyczynić do ich skuteczniejszej komunikacji, a tym samym socjalizacji.

Działania dramą nie przyniosły jednak oczekiwanych rezultatów w grupie II eksperymentalnej. Nie powiódł się w pełni plan nauczenia wchodzenia w rolę dzieci z tej grupy (umiejętności udawania). Trudno stwierdzić, czy stało się tak z powodu braku motywacji, pogłębiania się ich deficytów wraz z wiekiem, negatywnych doświadczeń czy świadomości niepowodzenia podejmowanych prób. Obserwowano ich bezradność spowodowaną nieumiejętnością nadawania komunikatów niewerbalnych. Dzieci z grupy starszej dużo trudniej realizowały zadania dramowe.

Do grupy drugiej trafili chłopcy „wycofani" (w diagnozie często ADD, po wielu negatywnych doświadczeniach społecznych). Wydaje się, że jedną z przyczyn, dla których starsza grupa słabiej radzi sobie z zadaniami dramy, jest to, że w wieku adolescencji na deficyty pierwotne nałożyły się skomplikowane zmiany hormonalne związane z dorastaniem. U 20 proc. dzieci następuje wtedy pogorszenie objawowe. Wzrastają również wymagania społeczne i wiążące się z ich niespełnieniem negatywne doświadczenia, powodujące wycofanie, zamknięcie się w swoim świecie. Niemniej, po okresie pogorszenia, może nastąpić poprawa i z wiekiem obserwować można lepsze funkcjonowanie dzieci z całościowymi zaburzeniami rozwoju, takimi jak autyzm i zespół Aspergera. Potwierdzają to spostrzeżenia opisane przez niektórych autorów[56].

Wszystkie osoby badane (obie grupy eksperymentalne) miały duży problem z odczytywaniem języka figuratywnego, zwłaszcza z rozumieniem znaczenia przysłów (nawet po dokładnym wytłumaczeniu na zajęciach). Zapamiętywanie faktów i sytuacji, które są nie do końca zrozumiałe, przychodziło im z dużym trudem. Inscenizowanie przysłów także nie było realizowane na odpowiednim poziomie. Powiedzenia, przysłowia czy metafory rozumiały dosłownie. Dzięki treningom słuchowym zaczęły lepiej rozpoznawać odgłosy otoczenia

[56] J. Kozielec, G. Jagielska, *Całościowe zaburzenia rozwoju*, [w:] *Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci*, pod red. T. Wolańczyka, Warszawa 2005.

(dźwięki wydawane przez zwierzęta lub związane z życiem miasta czy zjawiskami przyrody). Integracja grupy była niewątpliwym sukcesem tych zajęć. Chłopcy niechętnie z nich wychodzili, serdecznie witali się przy kolejnych spotkaniach, dobrze funkcjonowali w zespole.

Interesujące okazały się rozmowy o samotności i przyjaźni. Okazało się, że wszyscy chłopcy mają potrzebę posiadania kogoś bliskiego (kolegi, przyjaciela), nawet jeśli wcześniej nie uświadamiali sobie tej potrzeby, choć właściwie nie wiedzą jaką funkcję pełni przyjaciel, ani jak go zdobyć.

Na wyniki przeprowadzonych badań wpłynęło wiele czynników, m.in. struktura zajęć dramowych, poziom dysfunkcji dzieci z zespołem Aspergera. Przeprowadzenie zajęć okazało się zadaniem skomplikowanym, głównie ze względu na nadpobudliwość, krótkotrwałą uwagę i labilność emocjonalną tych dzieci. Zdarzały się dni, kiedy dzieci uciekały w stereotypowe zachowania, potrzebowały większej ilości przerw (szukały pretekstu do wyjścia z sali), robiły wrażenie nieobecnych lub niezainteresowanych. Jeśli zadania były zbyt trudne, pojawiały się kłopoty z komunikacją. Trudno orzec, czy przyczyną tego były deficyty w rozwoju teorii umysłu, które uniemożliwiały im wykonanie zadania, czy brak motywacji[57].

Analizując wszystkie wyniki, można sądzić, że wcześnie rozpoczęty trening dramą jest znacznie skuteczniejszy i może znacząco wpłynąć na podwyższenie poziomu kompetencji językowej i komunikacyjnej u dzieci z zespołem Aspergera, a tym samym na ich funkcjonowanie społeczne.

Nie można jednoznacznie stwierdzić, czy zdobyte doświadczenia będą skutkowały przeniesieniem umiejętności w środowisko domowe czy szkolne. Z rozmów z rodzicami wynika jednak, że zaobserwowali takie efekty. Niezaprzeczalna jest potrzeba prowadzenia zajęć o charakterze społeczno-poznawczym z dziećmi z zespołem Aspergera opartych na założeniach teorii umysłu. Techniki dramy, które są formą zabawy, wydają się łatwym do zaakceptowania przez dzieci treningiem umiejętności komunikacyjnych i społecznych.

Bibliografia

Allen D. A., *Autistic spectrum disorders: clinical presentation In preschool chil- dren,* „Journal of Child Neurology" 3/1988.

American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

[57] A. M. Leslie, *Pretending and Believing*: *Issuse in the Theory of ToMM*, „Cognition", 50/1994; P. Villers i in., *Language and theory of mind In oral deaf children*. Referat wygłoszony na VII International Congrees of Child Language Research, Stambuł 1996.

Washington 1994.

Anneren G., Dahl N., Uddenfeldt U., Janols L. O., *Asperger's Syndrome in a boy with a balanced de novo translocation*, „American Journal of Medical Genetics" 56/1995.

Asperger H., *Psychopatia autystyczna okresu dzieciństwa* [w:] *Autyzm i Zespół Aspergera*, tłum. Godlewska B., pod red. U. Frith, Warszawa 2005.

Attwood T., *Asperger`s Syndrome A Guide for Parents and Professionals*, London 1997.

Attwood T., *Modifications to cognitive behavior therapy to accommodate the unusual cognitive profile of people with Aspergers syndrome*. Paper presented at autism 99 internet conference (www.autismconnect.org), Available from the NAS Information Center, 1999.

Attwood T., *Zespół Aspergera*, tłum. M. Łamacz, Poznań 2006.

Bailey A. J., Bolton P., Butler P., LeCouteur A., Murphy M., Scott S., Webb T., Rutter M., *Prevalence of the Fragile X anomaly amongst autistic twins and singletons*, „Journal of Child Psychology and Psychiatry" 34/1993.

Barden R. C., Zelko F. A., Duncan S. W., Masters J. C., *Children's consensual knowledge about the experiential determinant of emotion*, „Journal of Personality and Social Psychology" 39/1980.

Baron-Cohen S., *Do people with autism understand what causes emotions?*, „Child Development" 82/1991.

Baron-Cohen S., *How to build a baby that can read minds. Cognitive mechanisms in mind reading*, „Current Psychology of Cognition" 13/1994.

Baron-Cohen S., *The Theory of Mind Hypothesis of Autism*: *History and Prospects of the Idea*, „The Psychologist: Bulletin of the British Psychological society" 5/1992.

Baron-Cohen S., *Without a Theory of Mind One Can Not Participate in a Conversation*, „Current Psychology of Cognition" 29/1988.

Bolton G., *Drama as Education*, London 1984.

Bolton G., *Towards a Theory of Drama in Education*, London 1979.

Coulter J., *Affect and social context*: *Emotion definition as a social task*, [w:] *The social construction of emotions*, pod red. R. Harre, Oxford 1986.

Dunn J., Brown J., Beardsall L., *Family talk about feeling states and children's later understanding of others' emotions*, „Developmental Psychology" 27/1991.

Dunn J., Brown J., *Continuities in emotion understanding from three to six years*, „Child Development" 67/1996.

Dunn J., Brown J., Slomkowski C., Tesla C., Youngblade L., *Young children's understanding*

of other people's feelings and beliefs: *Individual differences and their antecedents*, „Child Development" 62/1991.

Flavell J. H., *The development of Inferencje About Others*, [w:] *Understanding Other Persons*, pod red. Mischel T., Oxford 1974.

Frith U., *A New Look At Language and Communication in Autism*, „British Journal of Disorders of Communication" 24(2)/1989b.

Frith U., *Autism and Theory of Mind*, [w:] *Diagosis and Treatment of Autism*, pod red. C. Gillberg, New York 1989a.

Frith U., *Autism. Explaining the Enigma*, Oxford – Cambridge 1989.

Frith U., Happe F., *Autism*: *Beyond Theory of Mind*, „Cognitive Development" 50/1994, 115-132.

Garner P. W., Carlson-Jones D., Gaddy G., Rennie K.M., *Low-income mothers' conversations about emotions and their children's emotional competence*, „Social Development" 6/1997.

Goffman E., *Człowiek w teatrze życia codziennego*, Warszawa 1981.

Gopnik A., *How We Know Our Minds*: *The Illusion of First-person Knowledge of Intentionality*, "Behavioral and Brain Science" 16/1993, 1-14.

Haman M., *Dziecięca „teoria umysłu" a kompetencja komunikacyjna dziecka w wieku przedszkolnym*, [w:] *Z badań nad kompetencją komunikacyjną*, pod red. M. Bokus, M. Haman, Warszawa 1992.

Happe F., Frith U., Baker S.C., Dolan R.J., Frackowiak R.S.J., Frith C.D., *Other minds in the brain*: *A functional imaging study of' theory of mind' in story comprehension*, „Cognition" 57/1995.

Harris P. L., Olthof T., Meerum Terwogt M., Hardman C. E., *Children's knowledge of situations that provoke emotions*, „International Journal of Behavioral Development" 10(3)/1997.

Harris S., Handleman J., Gordon R., Kristoff B., Fuentes F., *Changes in cognitive and language functioning of preschool children with autism*, „Journal of Autism and Developmenal Disorders" 30/1991.

ICD-10, Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne, Kraków, Warszawa 1997.

Jóźwik D., Szymonek R., *Baw się i ucz. Scenariusz zajęć dramowych dla szkoły podstawowej*, Kielce 2000.

Kozielec J., Jagielska G., *Całościowe zaburzenia rozwoju*, [w:] *Zaburzenia emocjonalne*

i behawioralne u dzieci, pod red. T. Wolańczyka, Warszawa 2005.

Królica M., *Drama i happening w edukacji przedszkolnej*, Kraków 2006.

Leslie A. M., *Pretending and Believing*: *Issuse in the Theory of ToMM*, „Cognition", 50/1994

Leslie A., Roth D., *What can autism teach us about metarepresentation?* [w:] *Undertanding Other Minds*: *Perspectives from Autism*, pod red. S. Baron-Cohen, New York.

Lewandowska-Kidoń T., *Drama w kształceniu pedagogicznym*, Lublin 2003.

Lewis C., *Episodes, events and narratives in the child's understanding of mind*, [w]: *Children's early understanding of mind*: *Origins and development*, pod red. C. Lewisa, P. Mitchella, Erlbaum 1994.

Lewis M., *Wyłanianie się ludzkich emocji*, [w:] *Psychologia emocji*, pod red. M. Lewisa, J. M. Haviland-Jones, Gdańsk 2005.

Nelson K., Gruendel J., *At morning it's lunchtime. A scriptal view of children's dialogues*, „Discourse Processes" 2/1979.

Ogłoza E., Polański E., Szymik A., *Drama na lekcjach języka polskiego w klasach IV-VIII*, Kielce 1997.

Ozonoff S., Rogers S.J., Pennington B.E., *Are there emotion perception deficits in young autistic children?*, „Journal of Child Psychology and Psychiatry" 37/1990.

Peter M., *Developing Drama with Children with Autism*, „Good Autism Practic nr 1(1)/2000.

Piaget J., *Jak sobie dziecko świat przedstawia*?, Lwów 1929.

Piaget J., *Mowa i myślenie u dziecka*, Warszawa 1992.

Pilch T., *Zasady badań pedagogicznych*, Warszawa 1998.

Pisula E., *Autyzm u dzieci. Diagnoza, klasyfikacja, etiologia*, Warszawa 2001.

Rime B., *The social sharing of emotion as a source for the social knowledge of emotion*, [w:] *Everyday conceptions of emotion*, pod red. J. J. Russell, J.M. Fernandez-Dols, A. S. R. Manstead, J. C. Wellenkamp, Dordrecht 1995.

Rosenberg M., *Reflexivity and emotions*, „Social Psychology Quarterly" 53/1990.

Saganek A., *Analiza zachowań dzieci autystycznych przejawianych w ramach dramy*, praca magisterska pod kierunkiem prof. dr. hab. T. Gałkowskiego, Warszawa 2008.

Sheratt D., Melanie P., Developing *Play and Drama in Children with Austistic Spectrum Disorders*, London 2006.

Sherborne W., *Development Movement of Children*, Cambridge 1990.

Shott S., *Emotion and social life*: *A symbolic interactionist analysis*, „American Journal of Sociology", 84/1979.

Slade P., *Child Drama*, *Hodder and Stoughton*, London 1954.

Stahmer A. C., *Teaching symbolic play skills to children with autism using pivotal response training*, „Journal of Autism And Developmental Disorders" 25/1995.

Steele H., Steele M., Croft C., Fonagy P., *Infant-mother attachment at one year predicts children's understanding of mixed emotions at six years*, „Social Development" nr 8/1999.

Steerneman P., *Theory-of-mind-screening-schaal*, (tłum. M. Dykiel), Garant Leuven-Apeldoorn 1994.

Szatmari P., Bartoluci G., Bremner R., *Aspergers syndrome and autism: com- parison of early history and outcome*, „Developmental Medicine and Child Neurology" nr 31/1989.

Thorp D. M., *Effects of sociodramatic play training on children with autism*, „Journal of Autism and Developmental Disorders" 25(3)/1995.

Trabasso T., Stein N. L., Johnson L. R., *Children's knowledge of events*: *A casual analysis of story structure*, [w:] *Learning and motivation*, t. 15, pod red. G. Bower, New York 1981.

Villers P. i in., *Language and theory of mind in oral deaf children*. Referat wygłoszony na VII International Congrees of Child Language Research, Stambuł 1996.

Way B., Drama w wychowaniu dzieci i młodzieży, Warszawa 1995.

Wciórka J. (red.), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition*, Wrocław 2008.

Wimmer H., Perner D., *False Believ Test*, „Cognition" 13/1983.

Winczura B. *Dziecko z autyzmem.Terapia deficytów poznawczych a teoria umysłu*, Kraków 2008.

Wygotski L., *Narzędzie i znak w rozwoju dziecka*, Warszawa 1978.

Yirmiya N., Kasari C., Sigman M., Mundy P., *Facial expressions of affect in autistic, mentalny retarded and normal children*, „Journal of Psychology and Psychiatry" 30/1989.

Zimbardo P. G., Ruch F. L., *Psychologia i życie*, Warszawa 1994.

Elżbieta Drewniak-Wołosz
Ośrodek Szkolno-Wychowawczy (dla dzieci afatycznych)
Kraków
Anna Paluch
Poradnia Psychologiczno- Pedagogiczna dla Dzieci Dyslektycznych
Kraków

Niedokształcenie mowy o typie afazji – rozważania nad kryteriami diagnozy

Streszczenie:

Autorki artykułu zajmują się problematyką dzieci ze specyficznymi zaburzeniami rozwoju mowy i języka (SLI). Poruszają kwestie terminologii stosowanej w języku polskim, a w szczególności skupiają się na trudnościach diagnostycznych. Dążą do sformułowania zasad i kryteriów istotnych w procesie diagnozy logopedyczno-psychologicznej. Podkreślają istotne znaczenie tych zagadnień dla praktyki, między innymi dla sytuacji życiowej i szkolnej małych pacjentów cierpiących na omawiane zaburzenia.

Słowa kluczowe: specyficzne zaburzenia rozwoju mowy i języka, niedokształcenie mowy o typie afazji

Abstract:

Authors of this article are interested in children issues with Specific Language Impairment. They are discussing the terminology used in area of polish language, especially diagnostic difficulties. They are trying to define rules and criteria that are essential in the process of psycho-therapeutic diagnosis. They are emphasizing the essential meaning of those problems in practice among other things for life and school situation of the young patients who suffer from discussed issues.

Key words: SLI – Specific Language Impairment

Wstęp

Do napisania artykułu skłoniły nas wieloletnie obserwacje dzieci z niedokształceniem mowy o typie afazji oraz związane z nimi przemyślenia.

Po pierwsze, w sposób szczególny jesteśmy zainteresowane problematyką głębokich zaburzeń w rozwoju mowy i języka u dzieci. Od wielu lat zajmujemy się diagnozą i terapią dzieci afatycznych, przyglądamy się ich specyficznym trudnościom, śledzimy historie ich zmagania się z ograniczeniami (z chorobą).

Po drugie, zależy nam na tym, żeby pomagać tym dzieciom kompleksowo i długofalowo, na różnych etapach ich rozwoju. Staramy się więc zabiegać o zainteresowanie i pomoc ze strony władz oświatowych, psychologów, pedagogów i lekarzy. Aby tę pomoc uzyskać, trzeba sprecyzować, o jakie zaburzenie nam chodzi, jak je nazywamy, definiujemy, gdzie przebiegają granice tego zaburzenia i jakie są najważniejsze kryteria jego rozpoznawania.

Poglądy na temat zasad i metod terapii dzieci afatycznych budzą obecnie mniej kontrowersji niż te, które dotyczą kryteriów diagnostycznych. Wiąże się to z brakiem zgodności co do podstaw teoretycznych, terminologii oraz klasyfikacji rozwojowych zaburzeń mowy.

Rozważania, które tu przedstawiamy, podyktowane są również palącą potrzebą stworzenia w Polsce prawnych podstaw, które zapewnią dzieciom afatycznym właściwe warunki edukacji. Zauważmy, że w grupie dzieci wymagających budowania kompetencji językowej[1], zarówno niedosłyszący, jak i upośledzeni umysłowo mają prawo do kształcenia specjalnego, podczas gdy tylko dzieci afatyczne, w sposób szczególny pozbawione tych kompetencji, nie posiadają żadnych praw w naszym systemie oświatowym. Podczas tworzenia odpowiednich przepisów prawa oświatowego konieczne jest posłużenie się taką terminologią, która, mimo toczących się sporów teoretycznych, będzie użyteczna dla potrzeb orzecznictwa.

1. Kilka słów o terminach i definicjach

W polskim piśmiennictwie logopedycznym ciągle jeszcze spotykamy termin **alalia**, chociaż zasadność jego stosowania w odniesieniu do zaburzeń afatycznych u dzieci była wielokrotnie podważana. My, zgodnie z zaleceniami Międzynarodowego Towarzystwa Logopedów i Foniatrów[2], nie stosujemy tego terminu głównie z powodu jednoznacznych skojarzeń

[1] S. Grabias, *Perspektywy opisu zaburzeń mowy*, [w:] *Zaburzenia mowy*, pod red. S. Grabiasa, Lublin 2002.
[2] G. Jastrzębowska, *Dyslalia*, [w:] *Logopedia – pytania i odpowiedzi*, pod red. G. Jastrzębowskiej, T. Gałkowskiego, T. 2, Opole 1999.

z terminem dyslalia. Termin dyslalia, zgodnie z jego etymologią, oznacza trudności artykulacyjne, a te nie stanowią przecież istoty problemów językowych dzieci afatycznych.

Również niejasne są dla nas poglądy, iż spotykamy dzieci z alalią prolongatą[3] (objawy niemal identyczne jak u dzieci z niedokształceniem mowy o typie afazji) oraz dzieci z **niedokształceniem mowy o typie afazji**[4], a zasadnicza różnica między nimi polega na stwierdzeniu (bądź nie) uszkodzenia struktur korowych o konkretnej lokalizacji. Praktyka pokazuje, że bardzo często brakuje nam takich informacji.

W wykorzystywanych obecnie, dostępnych w praktyce metodach neuroobrazowania mózgu, najczęściej brak potwierdzenia patologii mózgowej u dzieci z afazją rozwojową. Zmiany wykazywane w badaniu EEG najczęściej mają charakter uogólniony. Zazwyczaj nie stwierdza się również zmian anatomicznych w budowie mózgu, a w tradycyjnym badaniu neurologicznym brak objawów sugerujących uszkodzenie OUN. Co więcej, zaburzenia w rozwoju mowy i języka wcale nie muszą być wynikiem podejrzewanego przez rodziców (np. uraz psychiczny matki) czy lekarzy (np. krwawienia matki w pierwszym trymestrze ciąży) czynnika, lecz skutkiem uwarunkowań genetycznych. Nasze obserwacje wskazują, że bez względu na czas wystąpienia i rodzaj czynnika zaburzającego rozwój dziecka, trudno przewidzieć jego postępy w terapii (tempo i efekty), szczególnie jeśli opóźnienie dotyczy np. rozumienia mowy. Niejasne pozostają dla nas ewentualne konsekwencje wspomnianych rozróżnień dla sposobów prowadzenia terapii. Zastanawia również, jak odróżnić te zaburzenia u małego (np. 4-letniego) dziecka, skoro dopiero przebieg terapii pokazuje, jak bardzo są głębokie i trwałe.

W międzynarodowej klasyfikacji ICD-10[5] występuje kategoria: **specyficzne zaburzenia rozwoju mowy i języka** (F.80), do której zalicza się zarówno zaburzenia artykulacji (dyslalia), jak również różnego stopnia zaburzenia ekspresji i percepcji mowy (afazja/dysfazja rozwojowa) a także nabytą afazję z padaczką (zespół Landaua-Kleffnera). Jak widać, jest to kategoria obejmująca zaburzenia mowy o bardzo zróżnicowanym obrazie klinicznym, w związku z czym dla logopedy praktyka rozpoznanie specyficznych zaburzeń rozwoju mowy i języka staje się niewystarczające. Inne procedury postępowania logopedycznego obowiązywać będą przecież po rozpoznaniu zaburzeń artykulacji, a inne przy głębokich zaburzeniach ekspresji czy percepcji mowy.

[3] J. Stasiak, *Standard postępowania logopedycznego w przypadku alalii prolongaty*, „Biuletyn Logopedyczny" 1/2008, Lublin.

[4] J. Panasiuk, *Standard postępowania logopedycznego przypadku niedokształcenia mowy o typie afazji*, „Biuletyn Logopedyczny" 1/2008, Lublin.

[5] *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD – 10. Badawcze kryteria diagnostyczne*, pod red. S. Pużyńskego, J. Wciórki, Kraków-Warszawa 1998.

W polskiej literaturze logopedycznej psychologicznej spotykamy także termin SLI (specyfic language impairmant), który upowszechnił się dzięki przetłumaczonej monografii Leonarda[6], będącej dla nas źródłem wielu cennych informacji. Warto podkreślić, iż diagnozę SLI ustala się po przeprowadzeniu zestandaryzowanych testów językowych, którymi nie dysponujemy na gruncie języka polskiego. Ponadto, nasze doświadczenia wskazują, że dzieci z poważnymi zaburzeniami rozwoju mowy i języka nie zawsze spełniają diagnostyczne dla Leonarda kryterium istotnej statystycznie różnicy pomiędzy skalami w teście WISC-R.

2. Nasze propozycje dotyczące nazewnictwa i ich uzasadnienie

Ze względów praktycznych, a także biorąc pod uwagę długą tradycję stosowania tego określenia w krakowskiej logopedii, wciąż posługujemy się wprowadzonym przez Z. Kordyl (jeszcze w 60. latach) terminem **niedokształcenie mowy o typie afazji**[7].

Bliskie są nam hipotezy, że przyczyną niedokształcenia mowy o typie afazji są nie tylko tzw. uszkodzenia organiczne, ale też zaburzenia neurologicznych procesów dojrzewania struktur OUN (ośrodkowe systemy umożliwiające ekspresję i percepcję mowy wykształcają się wolno i odznaczają się słabą trwałością), a także zaburzenia w koordynacji pracy różnych obszarów mózgu i inne dysfunkcje OUN, które mogą być np. genetycznie uwarunkowane.

Mając świadomość tak wielu znaków zapytania odnoszących się do przyczyn niedokształcenia mowy o typie afazji, w pełni świadomie ograniczamy się do objawowego opisu tych zaburzeń[8]. Posługujemy się przy tym wiedzą psychologiczną, logopedyczną i językoznawczą, by w miarę możliwości starannie i precyzyjnie opisać obserwowane, bardzo złożone zaburzenia i określić ich mechanizmy na gruncie wymienionych dyscyplin.

Takie podejście prezentowałyśmy, szczegółowo analizując trudności prowadzonej przez nas dziewczynki z niedokształceniem mowy o typie afazji mieszanej[9].

Tak więc, określenie „o typie afazji", ma w naszym ujęciu oznaczać fakt, iż obserwowane w języku dzieci zjawiska przypominają objawy afazji tzw. nabytej, dotyczą rozumienia i ekspresji, są spowodowane zaburzeniami na najwyższym piętrze programowania mowy i są z istoty swej głębokie i długotrwałe.

[6] L. B. Leonardo, *SLI – specyficzne zaburzenie rozwoju językowego*, Gdańsk 2006.
[7] Z. Kordyl, *Psychologiczne problemy afazji dziecięcej*, Warszawa 1968.
[8] A. Paluch, E. Drewniak–Wołosz, L. Mikosza, *Afa-skala. Jak badać mowę dziecka afatycznego*, Kraków, 2005.
[9] *Diagnoza i terapia w logopedii. Z prac Towarzystwa Kultury Języka*, pod red. J. Porayskiego-Pomsty, t. VII, Warszawa, 2008.

3. Warunki konieczne do rozpoznania niedokształcenia mowy o typie afazji

Diagnoza dziecka z zaburzonym rozwojem językowym jest złożona i wymaga współpracy wielu specjalistów w celu wykluczenia upośledzenia umysłowego, niedosłuchu, porażenia mózgowego, zaburzeń w sferze społeczno-emocjonalnej (autyzm, mutyzm) czy zaniedbania środowiskowego.

Logopeda odgrywa w tym interdyscyplinarnym procesie istotną rolę. Ostatecznie to on powinien nazwać zaburzenie w rozwoju językowym dziecka i wyznaczyć kierunek terapii. Bardzo często stawianie diagnozy wymaga dłuższego czasu i dużej ostrożności. W rzeczywistości bowiem mamy do czynienia z dzieckiem, które pomimo różnych dysfunkcji cały czas się rozwija. W związku z tym charakter objawów i stopień ich nasilenia podlegają nieustannym zmianom. Korzystne jest, gdy wstępna diagnoza logopedów i współpracujących z nim specjalistów jest weryfikowana w trakcie prowadzonej terapii. Nie zawsze jednak mamy taką możliwość. Kiedy więc rozpoznajemy niedokształcenie mowy o typie afazji? W praktyce dzieje się to wówczas, gdy wyniki badań medycznych (neurologicznych, audiologicznych), oraz wnikliwa diagnoza psychologiczna (nie tylko liczbowe wyniki badań testowych) nie dają podstaw do wykluczenia zaburzeń afatycznych, a my, w swoim postępowaniu diagnostyczno-terapeutycznym mamy do czynienia z następującą sytuacją:

- dziecko do 3 r.ż., a niekiedy dłużej porozumiewa się przy pomocy gestów, wyrazów dźwiękonaśladowczych, kilku słów; słownik narasta wolno, wyrazy są zniekształcane, pierwsze zdania mogą pojawić się nawet ok. 5-7 r.ż., system gramatyczny opanowywany jest z wielkim trudem;
- tempo rozwoju mowy jest nierównomierne, jednak zawsze wolniejsze niż w normie; w miarę postępującego rozwoju zaznaczają się charakterystyczne dla zaburzeń afatycznych deficyty językowe;
- o niedokształceniu mowy o typie afazji możemy z całym przekonaniem mówić u dziecka dopiero powyżej 5 r.ż., jeżeli uporczywie utrzymują się znaczące braki w jego kompetencji i sprawności językowej;
- analiza objawów wskazuje na rozległy ich zakres, bowiem dotyczą one wszystkich podsystemów języka i wszystkich czynności mowy. W każdej postaci niedokształcenia mowy o typie afazji obecne są (w różnym stopniu nasilone) trudności w ekspresji i rozumieniu mowy;
- stopień nasilenia poszczególnych objawów jest zróżnicowany, co decyduje o tym, z jakim obrazem klinicznym mamy do czynienia u danego dziecka;

- dzieci te wymagają długotrwałych oddziaływań terapeutycznych, a niedobory w funkcjonowaniu językowym utrzymują się w mniejszym lub większym stopniu przez całe życie i w poważnym stopniu wpływają na różnego rodzaju niepowodzenia szkolne, w pierwszym rzędzie trudności w opanowaniu czytania i pisania.

4. Spostrzeżenia, wątpliwości, kontrowersje

Uważna analiza zjawisk językowych rejestrowanych w wypowiedziach dzieci, dynamika ich rozwoju językowego, słaba podatność na terapię i długotrwałe konsekwencje dla językowego funkcjonowania dziecka wskazują na wyraźne analogie do różnych postaci afazji dorosłych. Na przykład ostatnio coraz częściej mamy do czynienia z dziećmi w wieku 7–9 lat, których mowa pozornie mieści się w normie. Dysponują one pełnym inwentarzem fonemów, niewiele jest zniekształceń struktury wyrazów, prawidłowo budują proste zdania, nie mają trudności ze zrozumieniem wypowiedzi innych w kontekście sytuacyjnym. Problemy tych dzieci zauważone zostają dopiero z chwilą rozpoczęcia edukacji szkolnej. Ujawniają się wówczas ich ogromne trudności z opanowaniem umiejętności czytania i pisania. Bardziej szczegółowa diagnoza logopedyczno-psychologiczna pokazuje, że ich problemy ekspresyjno-percepcyjne dotyczą głównie gramatyki i semantyki języka. Nasuwają się tu analogie do afazji semantycznej dorosłych. Co więcej, wyniki badania EEG tych dzieci wskazują często na dysfunkcje mózgowe w okolicy TPO (skroniowo-ciemieniowo-potylicznej), podobnie jak ma to miejsce w afazji dorosłych[10].

W podejściu prezentowanym przez Leonarda bardzo ważnym kryterium rozpoznawania SLI jest stopień rozpiętości wyników liczbowych między skalą werbalną i niewerbalną w teście Wechslera (WISC-R), oczywiście na niekorzyść skali werbalnej. Nasze obserwacje pokazują, że nie zawsze występuje istotna statystycznie różnica między skalami, mimo znacznych zaburzeń w rozwoju językowym. Dzieje się tak szczególnie w przypadku dzieci, u których dominują trudności w zakresie ekspresji werbalnej związane z deficytem w programowaniu mowy (według typologii Rapin, Allen, Bishop).

Grupa dzieci z SLI nie jest jednorodna, co ukazuje wspomniana typologia[11]. W jednej z podgrup odnajdujemy np. dzieci z tzw. autyzmem słownym (!).

[10] A. Herzyk, *Taksonomia afazji. Kryteria klasyfikacji i rodzaje zespołu zaburzeń*, „Logopedia" 28/2000 Lublin.
[11] G. Jastrzębowska, *Istota i klasyfikacje opóźnień w rozwoju mowy – przegląd stanowisk*, „Logopedia" 28/2000, Lublin.

Z praktyki wiemy, że kliniczny obraz n.m. o typie afazji (afazji/dysfazji rozwojowej) jest bardzo złożony. Trudności dotyczące mowy i języka mają w tym zaburzeniu charakter objawów **specyficznych**. Trzeba jednak podkreślić, że podstawowemu deficytowi towarzyszą objawy **niespecyficzne.** Powodują one dodatkowe trudności diagnostyczne i terapeutyczne. Do objawów niespecyficznych należą: spowolnienie procesów myślowych, osłabienie uwagi i pamięci (głównie werbalnej), wzmożona męczliwość, zaburzenia myślenia pojęciowego, zaburzenia koordynacji ruchowej, obniżenie sprawności grafomotorycznej, impulsywność, nadruchliwość, zaburzenia procesów emocjonalnych.

Wymienione objawy traktowane są w neurologii jako charakterystyczne dla dysfunkcji mózgowych. A. Herzyk pisze, że objawy niespecyficzne mogą występować niezależnie od rodzaju dysfunkcji mózgu, tzn. przy dysfunkcjach wrodzonych, nabytych, przy różnej głębokości i lokalizacji uszkodzenia. Obecność tych objawów sugeruje fakt uszkodzenia OUN, ale nie jego rodzaj[12].

Stoimy na stanowisku, że niezależnie od tego, co wykazują (czy też czego nie wykazują) badania neurologiczne mózgu, to współwystępowanie wspomnianych objawów specyficznych i niespecyficznych upoważnia do stawiania hipotez o obecności dysfunkcji mózgowej. Problematyczne pozostaje oczywiście, czy zaburzenie jest wynikiem uwarunkowań genetycznych, konstytucjonalnych, czy też jest to wynik uszkodzenia mózgu w okresie pre-, peri-, lub postnatalnym. Większość badaczy opowiada się za uznaniem wieloczynnikowego podłoża afazji rozwojowej[13]. W tej sytuacji etiopatogeneza nie może stać się podstawą do różnicowania specyficznych zaburzeń językowych u dzieci. Pozostaje rzetelne opracowanie kryteriów objawowych, które w obrębie kategorii specyficznych zaburzeń rozwoju mowy i języka pozwolą logopedom, psychologom i pedagogom na odróżnienie np. dyslalii od n.m. o typie afazji (afazji/ dysfazji rozwojowej), a także n.m. o typie afazji ekspresyjnej od n.m. o typie afazji percepcyjnej. Szerzej omawiałyśmy ten problem we wstępie do AFA–skali, mając świadomość, jak bardzo jest to ważne dla potrzeb klinicznej diagnozy psychologiczno-logopedycznej i planowania terapii.

[12] A. Herzyk, *Afazja i mutyzm dziecięcy. Wybrane zagadnienia diagnozy i terapii*, Lublin 1992.
[13] B. Daniluk, *Neuropsychologia kliniczna*, [w:] *Specyficzne zaburzenia językowe u dzieci*, pod red. A. R. Borkowskiej, Ł. Domańskiej, Warszawa 2006.

5. Najważniejsze kryteria rozpoznawania niedokształcenia mowy o typie afazji

Podsumowując nasze rozważania, spróbujemy wypunktować najważniejsze naszym zdaniem kryteria rozpoznawania n.m. o typie afazji.

1. Kryteria wykluczające:
- zaburzenia słuchu fizjologicznego;
- całościowe zaburzenia rozwojowe;
- porażenie mózgowe;
- zaniedbanie środowiskowe i emocjonalne podłoże zaburzeń.

2. Kryteria logopedyczne:
- specyficzne objawy dotyczące wszystkich czynności mowy i podsystemów języka;
- wiek dziecka (po piątym r. ż.);
- trwałość deficytu językowego (przy znacznych zmianach ilościowych pod wpływem terapii).

3. Kryteria psychologiczne:
- norma intelektualna w sferze niewerbalnej;
- występowanie objawów niespecyficznych towarzyszących podstawowemu deficytowi (w szczególności męczliwość, zaburzenia uwagi, pamięci);
- trudności w uczeniu się.

6. Zakończenie – zaproszenie do dyskusji

Dla dobra dzieci, które nie mają czasu czekać na teoretyczne porozumienie między różnymi ośrodkami logopedycznymi w Polsce, musimy głównie my, praktycy dojść do jakiegoś konsensusu. Powinniśmy dążyć do tego, by dzieci afatyczne uzyskały prawo do otrzymywania orzeczeń do kształcenia specjalnego, co wymaga uzgodnień w sprawie stosowanej terminologii i przyjmowanych kryteriów diagnostycznych interesującego nas zaburzenia.

Wydaje się nam, że nie byłoby błędem zastosowanie terminów n. m. o typie afazji czy też afazja/dysfazja rozwojowa. Wskazanie na analogie do afazji dorosłych w kontekście objawów językowych oraz neurologicznego podłoża tego zaburzenia wydaje się jak najbardziej uzasadnione.

Naszym zdaniem możliwa do zastosowania byłaby także kategoria specyficzne zaburzenia rozwoju mowy i języka, zgodnie z klasyfikacją ICD-10, z uściśleniem, których punk-

tów dotyczy. Dzieci z dyslalią nie muszą być przecież kwalifikowane do kształcenia specjalnego.

Dla dzieci afatycznych optymalne wydaje się zapewnienie podstawy prawnej umożliwiającej naukę w klasach integracyjnych z dostępem do specjalistycznej opieki w szkole. Będzie to możliwe jedynie ze stosownym orzeczeniem.

Obecnie, większości dzieci nie dajemy takiej szansy lub pomagamy im, opierając się na diagnozach nieodnoszących się do stanu faktycznego.

Paweł – chłopiec z niedokształceniem mowy o typie afazji ekspresyjnej, obecnie uczeń kl. III szkoły podstawowej, traktowany jest jak każdy inny uczeń, bo jest sprawny fizycznie, słyszy, nie jest upośledzony ani autystyczny. Pomimo wspomnianej diagnozy logopedycznej, monitów ze strony nauczycieli, nie uzyskał prawa do kształcenia specjalnego.

Damian i Wojtek mieli więcej szczęścia – uczą się w klasach integracyjnych. Damianowi wydano orzeczenie ze względu na upośledzenie umysłowe (w skali niewerbalnej testu Wechslera uzyskał 87 punktów), a bardzo sympatycznemu, wrażliwemu Wojtkowi z powodu zaburzeń emocji i zachowania.

Bibliografia

Diagnoza i terapia w logopedii. Z prac Towarzystwa Kultury Języka, t. VII, pod red. J. Porayskiego-Pomsty, Warszawa 2008.

Grabias S., *Perspektywy opisu zaburzeń mowy*, [w:] *Zaburzenia mowy*, pod red. S. Grabiasa, Lublin 2002.

Herzyk A., *Afazja i mutyzm dziecięcy. Wybrane zagadnienia diagnozy i terapii*, Lublin 1992.

Herzyk A., *Taksonomia afazji. Kryteria klasyfikacji i rodzaje zespołu zaburzeń*, „Logopedia" 28/2000 Lublin.

Jastrzębowska G., *Istota i klasyfikacje opóźnień w rozwoju mowy – przegląd stanowisk*, „Logopedia" 28/2000, Lublin.

Jastrzębowska G., *Dyslalia*, [w:] *Logopedia – pytania i odpowiedzi*, pod red. G. Jastrzębowskiej, T. Gałkowskiego, t. 2, Opole 1999.

Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD – 10. Badawcze kryteria diagnostyczne, pod red. S. Pużyńskiego, J. Wciórki, Kraków-Warszawa 1998.

Kordyl Z., *Psychologiczne problemy afazji dziecięcej*, Warszawa 1968.

Laurence B. L., *SLI – specyficzne zaburzenie rozwoju językowego*, Gdańsk 2006.

Daniluk B., *Specyficzne zaburzenia językowe u dzieci,* [w:] *Neuropsychologia kliniczna,* pod red. A. R. Borkowskiej, Ł. Domańskiej, Warszawa 2006.

Panasiuk J. *Standard postępowania logopedycznego przypadku niedokształcenia mowy o typie afazji*, „Biuletyn Logopedyczny" 1/2008, Lublin.

Paluch A., Drewniak–Wołosz E., Mikosza L., *Afa-skala. Jak badać mowę dziecka afatycznego*, Kraków, 2005.

Stasiak J., *Standard postępowania logopedycznego w przypadku alalii prolongaty,* „Biuletyn Logopedyczny" 1/2008, Lublin.

Katarzyna Węsierska
Uniwersytet Śląski
Katowice

Zaburzenia płynności mówienia u dzieci w wieku przedszkolnym – profilaktyka i wczesna interwencja logopedyczna

Streszczenie:

Artykuł prezentuje problematykę zaburzeń płynności mowy u dzieci w wieku przedszkolnym w aspekcie profilaktyki i wczesnej interwencji logopedycznej. Główny akcent położony został na omówienie zagadnień związanych z przesiewami logopedycznymi i dalszą diagnozą różnicową, dokonywanymi w celu wyboru odpowiedniej formy terapii. Badania pokazują, że wczesna interwencja w przypadku zaburzeń płynności mowy jest skuteczna. W artykule zaprezentowane zostały ogólne strategie z zakresu profilaktyki i wczesnej interwencji terapeutycznej rekomendowane w pracy z dziećmi w wieku przedszkolnym z zaburzeniami płynności mowy.

Słowa kluczowe: jąkanie, profilaktyka logopedyczna, wczesna interwencja logopedyczna

Abstract:

The article presents the subject of stuttering in young children as well as the aspects of prevention and early intervention. It focuses on the issues of speech-language screening evaluation and full diagnosis, which allows SLPs' to determine the best strategy in treatment. Research has shown that early intervention in fluency disorders is effective. The article presents basic preventive and early intervention approaches recommended to work with kindergarten children who stutter.

Key words: stuttering, prevention, early intervention

Wiele dzieci w okresie wczesnego dzieciństwa doświadcza epizodów niepłynności mówienia. Często dzieje się tak, ponieważ dziecko dopiero uczy się mówić i w szybkim tempie nabywa wiele nowych umiejętności. W stosunkowo krótkim czasie znacznie poszerza się zasób jego słownictwa, maluch opanowuje reguły gramatyczne, a jego aparat artykulacyjny usprawnia się w takim stopniu, że pod koniec okresu przedszkolnego najczęściej wymowa

jest już poprawna. Ten niezwykle dynamiczny proces rozwoju mowy i języka sprawia, że w tym czasie dzieci nie zawsze mówią płynnie. W okresie intensywnego rozwoju mowy naturalne są takie sytuacje, jak powtórzenia całych wyrazów (zwłaszcza wielosylabowych), a czasem całych fraz. W mowie dziecka obecne mogą być również dźwięki zawahania, a więc tzw. wstawki typu „yyy", „eee", lub poprawki (tzw. rewizje). Niektóre dzieci stosują nienapięte pauzy, które ułatwiają im zaprogramowanie wypowiedzi albo znalezienie właściwego słowa.

Objawów niepłynności mówienia w okresie wczesnego dzieciństwa doświadcza około 5 % populacji. Dla pewnej grupy nie są to jednak przejściowe utrudnienia w płynnym komunikowaniu się. Badania nad zjawiskiem jąkania wczesnodziecięcego pokazują, że prawdopodobnie średnio jedno na pięcioro dzieci, które miały problemy z płynnym porozumiewaniem się, będzie się jąkać w przyszłości[1]. Jednocześnie dość powszechny jest pogląd, że około 75–80 % małych dzieci, które mówiły niepłynnie we wczesnym dzieciństwie, przezwycięża ten problem, najczęściej bez interwencji terapeutycznej[2]. Należy jednak pamiętać, że wyniki badań wskazują również, iż pierwsze objawy jąkania mają miejsce najczęściej pomiędzy 2. a 5. rokiem życia dziecka[3]. Skuteczne działania, które w wielu przypadkach mogą zapobiec rozwojowi pełnoobjawowego jąkania, to profilaktyka logopedyczna, wczesna identyfikacja osób z grupy ryzyka i odpowiednia interwencja terapeutyczna – dostosowana do indywidualnych potrzeb dziecka i jego rodziny.

W ostatnich latach daje się zaobserwować zmieniające się nastawienie specjalistów wobec zagadnień związanych z podejmowaniem interwencji w przypadkach wczesnej niepłynności mowy[4]. Ustępuje dominujące wcześniej podejście terapeutyczne, które można zawrzeć w sloganie: *czekaj i obserwuj* (*just wait and see*). Ten sposób interwencji logopedycznej koncentrował się głównie na poradnictwie dla rodziców, bez angażowania dziecka do udziału w terapii. Stosowanie metod z zakresu pośredniej interwencji terapeutycznej zgodne

[1] R. E. Ham, *Therapy of Stuttering. Preschool through Adolescence.* Englewood Cliffs 1990, s. 9; E. Kelman, A. Nicolas, *Practical Intervention for Childhood Stammering.* Bradwell Abbey 2008, s. 4; E. Yairi, N. Ambrose, *Early Childhood Stuttering*: *For Clinicians, by Clinicians*. Austin 2005, s. 5.

[2] H. H. Gregory, *Essential Background Information* [w:] *Stuttering Therapy. Rationale and Procedures.* Pod red. H. H. Gregory. Boston 2003, s. 18-20.

[3] Takie ujęcie problemu potwierdzają wyniki badań prowadzonych w ramach *The Illinois Early Childhood Stuttering Project* (*the University of Illinois Stuttering Research Program)*, które dodatkowo akcentują fakt, że już na początkowym etapie wystąpienia objawów zaburzenia, w przypadku bardzo małych dzieci, możemy mieć do czynienia z bardzo nasiloną kompleksową postacią jąkania. Zob. E. Yairi, N. Ambrose, *Onset of stuttering in preschool children*: *selected factors. „Journal of Speech and Hearing Research*" 1992, nr 37, s. 782-788; E. Yairi, N. Ambrose, *Early Childhood Stuttering*: *For Clinicians…* s. 51-55; E. Yairi, N. Ambrose, *Early childhood stuttering. I*: *Persistency and recovery rates.* "Journal of Speech, Language, and Hearing Research" 1999, nr 42, s. 1097-1112.

[4] I. Crichton-Smith, J. Wright, J. Stackhouse, *Attitudes of speech and language therapists towards stammering*: *1985 and 2000,* „International Journal of Language and Communication Disorders", 2003, vol. 38, nr 3, s. 213-234.

było z teorią W. Johnsona[5]. Według tej teorii uświadomienie dziecku przez osoby z otoczenia występowania w jego mowie objawów niepłynności było kluczowym powodem rozwoju jąkania. W związku z tym główna strategia terapeutyczna polegała na unikaniu podejmowania bezpośrednich działań w stosunku do jąkającego się dziecka. Działania logopedy koncentrowały się głównie na poradnictwie i konsultacjach z rodzicami oraz na ewentualnym stymulowaniu rozwoju mowy dziecka. Rodzice byli pouczani, aby nie rozmawiać z dzieckiem na tematy związane z jąkaniem, aby odwracać jego uwagę od trudności w mowie. Obecnie upowszechnia się pogląd, że panująca wówczas w otoczeniu dziecka tzw. *zmowa milczenia* (*conspiracy of silence*) nie jest korzystna[6]. Wyniki badań wykazują, że wiele małych jąkających się dzieci, które manifestują świadomość występowania problemów w ich mowie, potrzebuje wsparcia ze strony dorosłych w formie np. szczerej bezpośredniej rozmowy[7]. Obecnie akcentuje się potrzebę modyfikowania ewentualnych negatywnych postaw dziecka i jego otoczenia wobec jąkania. Odpowiednie reakcje dorosłych na problemy w mowie dziecka są istotnym elementem terapii. Możliwe jest wówczas redukowanie poziomu lęku oraz zmniejszanie ewentualnych negatywnych uczuć związanych z utrudnieniami w komunikowaniu się. Zmiana postaw wobec problematyki jąkania u małych dzieci ma związek z coraz powszechniejszym postrzeganiem tego zagadnienia w kontekście dynamicznej koncepcji wieloczynnikowej[8]. Zgodnie z tym podejściem – analizując zarówno genezę, jak i rozwój jąkania – należy brać pod uwagę czynniki fizjologiczne (także genetyczne), psychologiczne (emocjonalne), lingwistyczne, jak również środowiskowe.

Innym uzasadnieniem dla niestosowania interwencji terapeutycznej w przypadkach wczesnej niepłynności mówienia było zjawisko samoistnego ustępowania objawów jąkania. Problem ten jest nadal przedmiotem badań. Wydaje się jednak, że nie należy pozostawiać bez opieki logopedycznej tych dzieci, wobec których istnieje poważne ryzyko nasilenia się i utrwalenia objawów jąkania.

Podstawowymi zadaniami logopedy w odniesieniu do wczesnej niepłynności mówienia, obok prowadzenia oddziaływań diagnostycznych i terapeutycznych, jest wdrażanie strategii skutecznej profilaktyki logopedycznej. Najogólniej ujmując profilaktyka logopedyczna to promowanie optymalnych warunków rozwoju mowy i języka, eliminowanie czynników,

[5] W. Johnson, *The Time, the Place, the Problem* [w:] *Stuttering in Children and Adults. Thirty Years of Research at the University of Iowa.* Pod red. W. Johnson. Minneapolis 1955, s. 11.

[6] L. Rustin, F. Cook, *Parental involvement in the treatment of stuttering*, „Language, Speech and Hearing Services in the Schools" 1995, nr 26, s. 127-137.

[7] N. Ambrose, E. Yairi, *The development of awareness of stuttering in preschool children.* "Journal of Fluency Disorders" 1994, nr 19, s. 229-245.

[8] A. Smith, E. Kelly, *Stuttering*: *A dynamic Multifactorial Model* [w:] *Nature and Treatment of Stuttering. New Directions.* Pod red. R. E. Curlee, G. M. Siegel. Boston 1997, s. 204-217.

które mogą zakłócać ten proces oraz przeciwdziałanie ewentualnym niepomyślnym skutkom występujących już zaburzeń mowy[9]. Podobnie jak w przypadku innych zaburzeń mowy, w odniesieniu do problematyki jąkania wyróżnia się trzy rodzaje profilaktyki logopedycznej:

– **profilaktykę pierwszorzędową** (pierwotną),
– **drugorzędową** (wtórną),
– **profilaktykę trzeciorzędową**.

Profilaktyka pierwszorzędowa odnosi się do wszelkich oddziaływań adresowanych do całej populacji, których celem jest zapobieganie wystąpieniu zaburzenia. Są to działania promujące zagadnienia związane z rozwojem mowy oraz jego zakłóceniami, a także pedagogizacja środowiska (rodzice, opiekunowie, nauczyciele, lekarze). Przykładem profilaktyki pierwszorzędowej mogą być np. działania popularyzatorskie Śląskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Logopedycznego, np. cyklicznie wydawane plakaty poświęcone zaburzeniom mowy[10]. **Profilaktyka drugorzędowa** to przede wszystkim wczesna identyfikacja problemu. Wyodrębnienie dzieci z tzw. grupy ryzyka jąkania umożliwiają przesiewy logopedyczne. Dzięki rozpowszechnieniu tej formy profilaktyki możliwa jest odpowiednio wczesna interwencja logopedyczna wobec osób zagrożonych wystąpieniem jąkania. **Profilaktyka trzeciorzędowa** w odniesieniu do tego zaburzenia to działania prewencyjne i wspomagające wobec tych osób, u których zdiagnozowano występowanie problemów płynności mówienia. Jej celem jest zredukowanie negatywnego wpływu jąkania na rozwój i funkcjonowanie dziecka[11].

Promowanie w środowisku zagadnień związanych z profilaktyką logopedyczną, a przede wszystkim wczesna identyfikacja dzieci z grupy ryzyka jąkania, możliwe są wyłącznie w ramach ścisłej współpracy logopedów z innymi specjalistami. Kooperacja środowiska logopedów z nauczycielami i lekarzami istotnie wpływa na skuteczność wczesnej interwencji[12]. Lekarz, pielęgniarka czy nauczyciel to często pierwsze osoby, do których rodzice zwracają się z pytaniem: *czy moje dziecko się jąka?* Każda z tych grup zawodowych może być ogniwem skutecznej profilaktyki logopedycznej. Dla rodziców i opiekunów czynnikami decydującymi o podjęciu działań są łatwy dostęp do specjalistów oraz ranga, jaką mają udziela-

[9] Por. K. Błachnio, *System nowoczesnej profilaktyki logopedycznej.* „Logopedia" 1995, nr 22, s. 23; K. Błachnio, *Vademecum logopedyczne.* Poznań 2003, s. 185; S. E. Gerber, *Etiology and Prevention of Communications Disorders.* San Diego. London 1998, s. 278-280.

[10] Tryb dostępu w roku 2009: http://www.logopedia.umcs.lublin.pl

[11] E. M. Bennett, *Working with People Who Stutter. A Lifespan Approach.* Upper Saddle River 2006, s. 238-239; D. G. Hill, *Differential Treatment of Stuttering in the Early working Stages of Development* [w:] *Stuttering Therapy. Rationale and Procedures.* Pod red. H. H. Gregory. Boston 2003, s. 144-145.

[12] B. Guitar, E. G. Conture, *The Child Who Stutter*: *To the Health Provider.* Memphis 1998, s. 9-13; K. Węsierska, *Profilaktyka logopedyczna w edukacji przedszkolnej – rola nauczyciela.* „Wychowanie na co dzień" 2007 nr 6 (165), s. 8-11; K. Węsierska, *Współpraca logopedów i pediatrów determinantą skutecznej opieki logopedycznej.* „Forum Logopedyczne" 2007 nr 13, s. 28-30.

ne przez nich porady i wskazówki. Istotne jest więc, aby przedstawicieli tych profesji wyposażyć w komplet niezbędnych informacji potrzebnych do wypełniania zadań profilaktycznych, przede wszystkim w podstawowe wiadomości dotyczące rozwoju mowy, czynników stymulujących oraz zakłócających ten proces. W przypadku zaburzeń płynności mowy oznacza to ogólną wiedzę na temat nabywania płynności w toku rozwoju mowy, czynników ryzyka wystąpienia jąkania wczesnodziecięcego oraz objawów mogących świadczyć o obecności problemu. Lekarze i nauczyciele powinni więc być świadomi, jakie są tzw. **czynniki ryzyka**, na podstawie których można prognozować wystąpienie w przyszłości jąkania u dziecka. Do tych czynników zaliczyć należy:

- **historię jąkania** w rodzinie dziecka – badania naukowe wskazują, że połowa jąkających się małych pacjentów ma krewnych z tym zaburzeniem; jednocześnie należy zaznaczyć, że pozytywnie rokującym czynnikiem jest przypadek jąkania w rodzinie, w którym miało miejsce tzw. samoistne – bez interwencji terapeutycznej, ustąpienie objawów niepłynności,
- **wiek dziecka** w momencie wystąpienia pierwszych objawów – w grupie ryzyka są te dzieci, u których pierwsze objawy niepłynności wystąpiły stosunkowo późno; oznacza to, że dzieci, które zaczęły się jąkać np. przed 3. rokiem życia, mają większe szanse na uporanie się z problemem bez interwencji terapeutycznej,
- **czas, jaki upłynął** od wystąpienia w mowie pierwszych objawów niepłynności oraz ich nasilenie – jak już sygnalizowano, około 75–80 % dzieci z objawami niepłynności w mowie radzi sobie z tym problemem bez pomocy terapeutycznej, najczęściej dokonuje się to w ciągu 12–24 miesięcy od wystąpienia pierwszych objawów; jeśli zatem objawy niepłynności mówienia utrzymują się na podobnym poziomie (lub nasilają się) przez okres dłuższy niż 12 miesięcy, wskazane jest podjęcie interwencji logopedycznej,
- **płeć dziecka –** dziewczynki częściej niż chłopcy bez pomocy terapeutycznej przezwyciężają objawy jąkania[13].

Do **czynników ryzyka** wystąpienia jąkania zaliczane są także uwarunkowania lingwistyczne – związane z nabywaniem mowy i języka (opóźniony, nieharmonijny lub przyspieszony rozwój mowy, a także współwystępowanie innych problemów logopedycznych). W tym kontekście rozpatrywane są również takie zjawiska, jak reakcje dziecka na problemy

[13] N. G. Ambrose, N. C. Cox, E. Yairi, *The genetic basis of persistence and recovery in stuttering*, „Journal of Speech, Language and Hearing Research" 1997, nr 40, s. 567-580; E. Yairi, N. G. Ambrose, E. P. Paden, R. N. Thronenburg, *Predictive factors of persistence and recovery*: *pathways of childhood stuttering*, „Journal of Communication Disorder" 1996, nr 29, s. 51-77.

w mowie, np. wycofywanie się z sytuacji komunikacyjnych – unikanie mówienia, lęk, złość, jak również postawy rodziców wobec problemów w mowie dziecka (np. silny niepokój)[14].

Jednym z najlepszych sposobów wczesnej identyfikacji dzieci z grupy ryzyka jest upowszechnianie przesiewów logopedycznych. Dzieci wyłonione w toku tych badań mogą zostać skierowane na konsultacje do logopedy specjalizującego się w zagadnieniach zaburzeń płynności mowy. Do zadań terapeuty mowy należy w takiej sytuacji przeprowadzenie diagnozy celem ustalenia, z jaką formą niepłynności ma do czynienia, a następnie dobór odpowiedniej strategii pomocy terapeutycznej. Pierwszym etapem ewaluacji podejmowanym przez logopedę jest zatem wstępny wywiad logopedyczny (np. ok. 20-, 30-minutowa rozmowa telefoniczna), który umożliwia podjęcie decyzji, czy konieczna jest natychmiastowa interwencja. Podczas takiego wywiadu logopeda stara się uzyskać od rodziców lub prawnych opiekunów dziecka informacje najbardziej istotne dla oceny zjawiska. Są to przede wszystkim następujące dane:

- percepcja objawów niepłynności w mowie dziecka przez rodziców,
- moment wystąpienia pierwszych objawów, czas trwania i przebieg niepłynności,
- ogólne reakcje dziecka i rodziców na problem w mowie,
- historia jąkania w rodzinie,
- podstawowe informacje związane z rozwojem dziecka, zwłaszcza w odniesieniu do rozwoju mowy.

W oparciu o zgromadzone informacje logopeda podejmuje decyzję o dalszym postępowaniu. Na tym etapie może zalecić pełne badanie logopedyczne (dokonanie diagnozy różnicowej) lub monitorowanie przez kilka miesięcy objawów niepłynności w mowie dziecka[15]. Najważniejszym celem przeprowadzenia pełnego badania logopedycznego w przypadku wczesnej niepłynności mówienia jest zdobycie pełnych informacji dotyczących dziecka i jego środowiska, które umożliwią logopedzie postawienie diagnozy na temat charakteru zaburzenia (czy jest to typowa dla okresu przedszkolnego tzw. rozwojowa niepłynności mówienia, czy jąkanie wczesnodziecięce). W oparciu o wynik diagnozy możliwe jest zaprogramowanie

[14] E. M. Bennett, dz. cyt.. s. 226-231; E. Kelman, A. Nicolas, dz. cyt.. s. 4-20; H. Mansson, *Childhood Stuttering*: *Incidence and Development.* "Journal of Fluency Disorders" 2000, nr 25, s. 47-57; Z. Tarkowski, *Jąkanie.* Warszawa 2001, s. 118; E. Yairi, N. Ambrose, *Early Childhood Stuttering*: *For Clinicians by…* s. 348-359; E. Yairi, N. Ambrose, *A longitudinal study of stuttering in children*: *A preliminary report*, „Journal of Speech, Language, and Hearing Research" 1992, nr 35, s. 755-760.

[15] M. Chęciek, *Jąkanie* [w:] *Diagnoza i terapia zaburzeń mowy*. Pod red. Z. Gałkowski, Z. Tarkowski, T. Zaleski. Lublin 1993, s. 134; M. Chęciek, *Jąkanie. Diagnoza – terapia – program.* Kraków 2007, s. 18-22; Z. Tarkowski, *Jąkanie wczesnodziecięce.* Warszawa 1997, s. 53-77; H. H. Gregory, J. H. Campbell, D. G. Hill, *Differential Evaluation of Stuttering Problems* [w:] *Stuttering Therapy. Rationale and Procedures.* Pod red. H. H. Gregory. Boston 2003, s. 78-91; E. Kelman, A. Nicolas, dz. cyt. s. 34-37.

następnych etapów postępowania terapeutycznego[16]. Pełna diagnoza logopedyczna dziecka z objawami niepłynności w mówieniu obejmuje:

- ocenę objawów jąkania w mowie dziecka – występowanie i nasilenie takich objawów dysfluencji,
- ogólną ocenę rozwoju mowy i sprawności językowej,
- obserwację zachowania dziecka i jego rodziców (dotyczącą rodzaju interakcji zachodzących pomiędzy nimi, sposobów komunikowania się, także zachowań werbalnych i niewerbalnych, np. tempa mowy, utrzymywania kontaktu wzrokowego),
- wywiad z rodzicami (zawierający m.in. informacje na temat: rozwoju fizycznego dziecka, zdrowia, osobowości, temperamentu, zachowania, relacji dziecka z otoczeniem, także z rówieśnikami, reakcji rodziców i dziecka na objawy niepłynności, funkcjonowania dziecka w grupie przedszkolnej, trybu życia rodziny, zajęć dodatkowych dziecka),
- wywiad z dzieckiem (w celu ustalenia, czy dziecko ma świadomość zaburzenia i jakie są w związku z tym jego reakcje emocjonalne, np. złość, unikanie wypowiadania się, oraz czy w związku z problemem styka się z negatywnymi reakcjami otoczenia)[17].

Obserwacja i analiza wypowiedzi dziecka pozwala na dokonanie oceny jakościowej i ilościowej objawów jąkania. Logopeda ustala:

- typ niepłynności – powtórzenia całych słów lub sylab, powtórzenia głosek, przeciąganie głosek, bloki, napięcia mięśniowe,
- nasilenie – ilość niepłynności,
- czas trwania momentów niepłynności,
- inne istotne objawy, takie jak: napięcia zwłaszcza w obrębie twarzy, utrata kontaktu wzrokowego, problemy z oddechem;
- okoliczności występowania objawów zająknięć – czy nasilenie niepłynności wiąże się z konkretnymi sytuacjami lub też z obecnością pewnych osób, co może sygnalizować patologiczną postać dysfluencji,

[16] M. Chęciek, *Różne oblicza jąkania.* „Logopedia" 2005, nr 34, s. 247.

[17] Por.: E. M. Bennett, *dz. cyt.*, s. 97-132; E. Conture, *Evaluating Childhood Stuttering* [w:] *Nature and Treatment of Stuttering. New Directions.* Pod red. R. E. Curlee, G. M. Siegel. Boston 1997, s. 239-254; H. H. Gregory, D. Hill, *Differential evaluation – differential treatment for stuttering children* [w:] *Stuttering and Related Fluency Disorders.* Pod red. E. G. Conture R. F. Curle. New York 1999, s. 22-42; B. Guitar, *Stuttering. An Integrated Approach to Its Nature and Treatment*, Baltimore 2006, s. 221- 276; E. Kelman, A. Nicolas, *dz. cyt.*, s. 43-75; E. Yairi, N. Ambrose, *Early Childhood Stuttering*: *For Clinicians…* s. 314-348.

– reakcje i zachowania dziecka zmierzające do ukrywania trudności (np. świadome unikanie w różnorodny sposób utrudnień w mowie wskazuje na nasilający się charakter zaburzenia)[18].

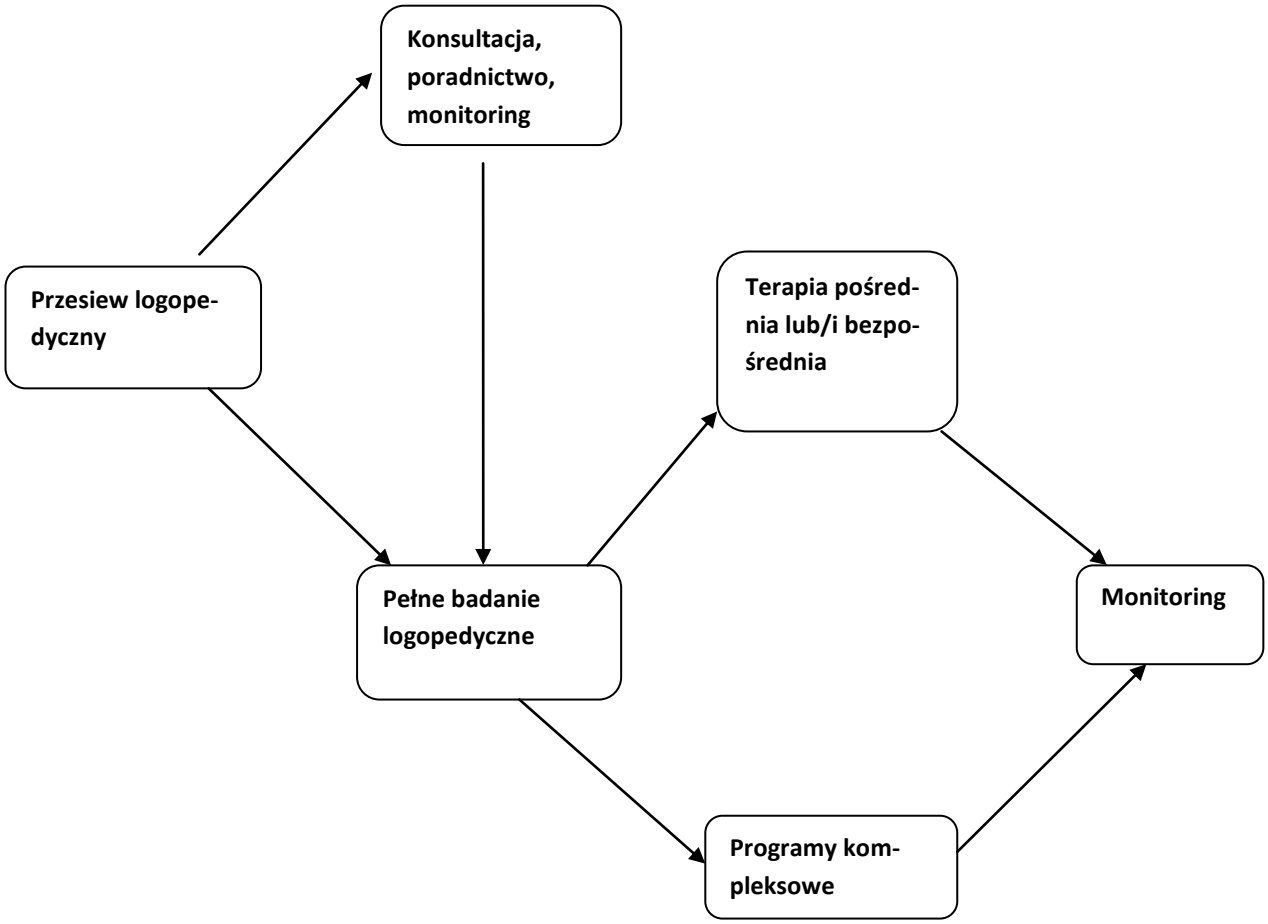
W oparciu o zgromadzone wyniki badań i ich szczegółową analizę terapeuta podejmuje dalsze kroki. Badacze zjawiska zwracają uwagę, że zadanie logopedy w tym momencie jest bardzo trudne, gdyż nadal nie sposób określić jednoznacznych reguł, które ułatwiłyby podejmowanie decyzji terapeutycznych w wyniku diagnozy. Zdaniem A. Packman i M. Onslow logopeda w pierwszej kolejności musi sobie odpowiedzieć na pytanie: czy i kiedy diagnozowane dziecko należy objąć terapią[19]. Jeśli specjalista uzna, że należy wdrożyć postępowanie terapeutyczne, to kolejnym krokiem jest podjęcie decyzji, jaka forma terapii będzie najodpowiedniejsza dla konkretnego dziecka.

Strategie postępowania w przypadku wczesnej niepłynności mowy można najogólniej podzielić na:

– **terapię pośrednią**,
– **bezpośrednią**,
– **programy kompleksowe**[20].

Zamieszczony poniżej schemat ilustruje, w sposób uproszczony, model postępowania logopedycznego w przypadku wczesnej niepłynności.

[18] E. Kelman, A. Nicolas, *dz. cyt.*, s. 43-75.
[19] A. Packman, M. Onslow, *Issues in the Treatment in Early Stuttering* [w:] *The Handbook of Early Stuttering Intervention.* Pod red. M. Onslow, A. Packman. San Diego. London, 1999, s. 6-9.
[20] E. G. Conture, K. S. Melnick, *Parent-Child Approach to Stuttering in Preschool Children*, [w:] *The Handbook of Early Stuttering Intervention.* Pod red. M. Onslow, A. Packman. San Diego. London 1999, s. 17; D. Kamińska, *Wspomaganie płynności mowy dziecka – profilaktyka, diagnoza i terapia jąkania wczesnodziecięcego.* Kraków 2006, s. 48; W. Kostecka, *Pomoc logopedyczna dziecku jąkającemu się.* „Logopedia" 1999, nr 26, s. 69; H. Waszczuk, *Rodzinna terapia jąkania.* Gdańsk 2005, s. 11; K. Węsierska, *Niepłynność mowy wśród dzieci w wieku przedszkolnym – profilaktyka i wczesna interwencja w dysfluencji.* „Śląskie Wiadomości Logopedyczne" 2006, nr 11, s. 45-54.



Opracowanie własne[21]

Dość powszechne jest stosowanie terapii pośredniej. Są to najczęściej konsultacje dla rodziców i modyfikowanie warunków środowiska, w których funkcjonuje dziecko. W ostatnich latach coraz bardziej upowszechniają się formy leczenia bezpośredniego lub terapii złożonej, łączącej podejście pośrednie i bezpośrednie. Strategie terapii pośredniej w przypadku wczesnej niepłynności mówienia opierają się na wykorzystaniu środowiskowych uwarunkowań funkcjonowania małego dziecka. W leczeniu duże znaczenie ma więc modelowanie interakcji dziecka z innymi ważnymi osobami z jego otoczenia oraz rozwijanie ogólnej sprawności komunikacyjnej. Główna aktywność logopedy w przypadku tej formy terapii skierowana jest na instruowanie rodziców, modyfikowanie ich postaw wobec problemów w mowie dziecka oraz

[21] Schemat *Ogólna strategia postępowania logopedycznego w przypadku wczesnej niepłynności mówienia* (opracowanie własne: K. Węsierska) został zaprezentowany podczas *II Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej Wydziału Filologicznego oraz Studium Podyplomowego Logopedii Uniwersytetu Śląskiego z okazji Światowego Dnia Jąkających się*, w Katowicach (21 października 2009 r.) w referacie *Czy jąkaniu można zapobiec? Rola wczesnej interwencji logopedycznej* (I. Michalak-Widera, K. Węsierska).

zmianę sposobów komunikowania się członków rodziny, a także tworzenie warunków sprzyjających osiąganiu poprawy płynności mówienia. Rodzice otrzymują wskazówki dotyczące sposobu porozumiewania się z dzieckiem. Logopeda zaleca opiekunom:

- utrzymywanie i modelowanie spokojnego sposobu mówienia (nieco wolniejszego tempa mowy) w kontaktach z dzieckiem, stosowanie pauz w mówieniu,
- uważne słuchanie wypowiedzi dziecka – bez względu na sposób, w jaki dziecko się wypowiada,
- redukowanie ilości zadawanych dziecku pytań,
- komentowanie wypowiedzi dziecka, parafrazowanie z zastosowaniem spokojniejszego sposobu mówienia,
- utrzymywanie kontaktu wzrokowego,
- unikanie przerywania dziecku, stosowanie zasady mówienia po kolei,
- wspieranie dziecka, okazywanie mu akceptacji, stosowanie konkretnych pochwał,
- promowanie otwartości i tolerancji w kwestii pojawiających się ewentualnych problemów w mowie dziecka,
- aranżowanie tzw. czasu specjalnego, w którym rodzic podczas kilkuminutowej wspólnej zabawy obdarza dziecko niepodzielną uwagą[22].

W ramach terapii pośredniej logopeda, o ile wyniki badania wskazują taką potrzebę, modyfikuje również warunki w środowisku życia dziecka. Najczęściej jest to ukierunkowywanie rodziców na wprowadzanie następujących zmian:

- uregulowanie trybu życia, ograniczenie ilości dostarczanych bodźców,
- konsekwentne postępowanie opiekunów wobec dzieci,
- ograniczenie presji czasu i wymagań wobec dziecka,
- stosowanie konkretnych pochwał.

W ostatnich latach coraz popularniejsze staje się stosowanie terapii bezpośredniej w przypadku jąkania u małych dzieci. Forma ta rekomendowana jest zazwyczaj dzieciom, u których nasilają się objawy niepłynności lub którym nie pomogła wcześniej zastosowana terapia pośrednia. Są to najczęściej również sytuacje, w których rodzice sygnalizują, że dziecko doświadcza negatywnych uczuć w związku z problemami w mówieniu, a nawet wycofuje się z kontaktów werbalnych[23]. Głównym celem terapii bezpośredniej jest przede wszystkim upłynnienie mowy dziecka. Przykładem takiego podejścia jest Lidcombe Program, w którym

[22] E. M. Bennett, *dz. cyt*., s. 226-247.
[23] E. M. Bennett, *dz. cyt*., s. 247-249; M. Chęciek, *Jąkanie*... s. 75.

cel ten realizowany jest poprzez wdrożenie rodziców do prowadzenia terapii w warunkach domowych. Istotną cechą programu jest wykorzystywanie pozytywnych wzmocnień oraz okazjonalnie korygowanie dziecka celem modelowania płynności w mówieniu[24]. W procesie terapeutycznym rola logopedy polega głównie na nauczeniu rodziców, jak stosować techniki i jak wdrażać program w warunkach naturalnych. Następnie logopeda koncentruje się na monitorowaniu efektów terapii i wspieraniu rodziców. Lidcombe Program realizowany jest w dwóch etapach. Pierwszy poświęcony jest eliminowaniu niepłynności w mowie dziecka, natomiast drugi to przede wszystkim utrwalanie efektów terapii. Rodzice są instruowani przez logopedę, jak należy mierzyć postępy dziecka w osiąganiu płynności w mówieniu oraz jakimi technikami upłynniać mowę dziecka w warunkach domowych. Komunikaty wykorzystywane przez rodziców w terapii, różnią się w zależności od tego, czy mowa dziecka w danym momencie była płynna czy też nie[25]. Twórcy Lidcombe Program akcentują fakt, że krytyczna dla powodzenia terapii jest pozytywna i wspierająca postawa rodziców. Ważne jest, aby dziecko było zachęcone do udziału w terapii i zadowolone z jej przebiegu. Informacje udzielane przez rodziców nie mogą być więc przykre dla dziecka, nie mogą przybierać formy ciągłej krytyki. Lidcombe Program zakłada dostosowanie postępowania do konkretnych potrzeb dziecka i jego rodziny. Taka indywidualizacja procesu terapii – zdaniem jego twórców – przesądza o wysokiej efektywności tej metody. W terapii niepłynności mówienia u dzieci w wieku przedszkolnym stosuje się również z powodzeniem programy kompleksowe, które są kombinacją terapii pośredniej i bezpośredniej. Programy te różnią się między odmiennym rozłożeniem akcentów – są bardziej skoncentrowane na pracy z rodzicami (przeważają w nich meto-

[24] The Lidcombe Program został opracowany w latach dziewięćdziesiątych w Australii, głównie z myślą o dzieciach poniżej 6. roku życia (The Lidcombe Program for Preschool Children who Stutter), jednakże obecnie stosowany jest również z powodzeniem w przypadku dzieci szkolnych. Lidcombe Program jest coraz szerzej stosowany w takich krajach jak: Wielka Brytania, Stany Zjednoczone, Nowa Zelandia, Kanada, Holandia, Dania czy Niemcy. Lidcombe Program jest stale ewaluowany i modyfikowany, w roku 1996 powołane zostało The Australian Stuttering Research Centre (ASRC) Tryb dostępu w roku 2009: http://www.fhs.usyd.edu.au/asrc

M. Lincoln, M. Onslow, C. Lewis, L. Wilson, *A clinical trial of an operant treatment for school-age stuttering children.* "American Journal of Speech-Language Pathology" 1996, nr 5, s. 73-85; M. A. Lincoln, M. Onslow, *Long-Term Outcome of Early Intervention for Stuttering*. "Journal of Speech and Hearing Research" 1996, vol. 39, s. 18-26.

[25] Zgodnie z założeniami programu terapii przyjęta jest konkretna proporcja pochwał w stosunku do uwag krytycznych. Rodzice są uczeni przez logopedę, jak efektywnie udzielać informacji zwrotnych. W określonych sytuacjach przybierają one formę pochwały, np.: *to było płynnie powiedziane, delikatnie to wypowiedziałaś*; w innych sytuacjach są sugestią do autodiagnozy, np.: *czy wypowiedziałeś to delikatnie*, lub też mają na celu uświadomienie dziecku zaistnienia objawów jąkania, np.: *na tym słowie się potknąłeś?* albo są dla dziecka wskazówką do dokonania autokorekty, np.: *spróbuj powiedzieć płynnie to słowo, powtórz raz jeszcze.* Zob. N. B. Ratner, B. Guitar, *Treatment of Very Early Stuttering and Parent-Administered Therapy*: *The State of the Art* [w:] *Issues in Stuttering Research and Practice.* Pod red. N. B. Ratner, J. Tetnowski, Mahwah 2006, s. 108-121.

dy interwencji pośredniej) lub na pracy z dzieckiem[26]. Niekiedy programy kompleksowe zakładają prowadzenie terapii indywidualnie i grupowo[27].

Rozwój jąkania może mieć bardzo różny przebieg. U niektórych osób, w związku z natężeniem objawów niepłynności, pojawiać się mogą reakcje lękowe, takie jak strach przed mówieniem, obawa przed ośmieszeniem, poczucie winy. Zmiany zachowania spowodowane jąkaniem są wtórne i wyzwalają negatywne postawy, uczucia i emocje, które mają tendencję do nasilania i utrwalania się, a okresy poprawy pojawiają się coraz rzadziej[28]. Płynne wypowiadanie się jest umiejętnością niezwykle pożądaną w okresie nauki szkolnej. Uczniowie jąkający się często doświadczają wielu przykrych sytuacji ze strony rówieśników, czasem także nauczycieli[29]. Konsekwencją rozwoju jąkania mogą być postawy lękowe, negatywny stosunek do szkoły, problemy w kontaktach interpersonalnych. Mając na uwadze te implikacje, należy podkreślić wagę współpracy logopedy i nauczyciela w zakresie oddziaływań profilaktycznych, a często także terapeutycznych[30].

Doniesienia z badań naukowych nad zjawiskiem jąkania wczesnodziecięcego wskazują, że wczesna interwencja logopedyczna a także szeroko ujmowana profilaktyka są skutecznymi strategiami, które umożliwiają zmniejszenie skali zjawiska[31]. Najważniejsze postulaty związane z efektywnością oddziaływań logopedów wobec problemu jąkania wczesnodziecięcego to:

– promowanie w środowisku zagadnień rozwoju mowy, a zwłaszcza problematyki jąkania u małych dzieci,

[26] Por. np.: *Stuttering Prevention and Early Intervention* oraz *Palin Parent-Child Interaction Approach*. Zob. S. R. Gottwald, C. W. Starkweather, *Fluency intervention for preschoolers and their families in the public schools.* "Language, Speech and Hearing Services in Schools" 1995, nr 11, s. 117-126; S. K. Millard, A. Nicholas, F. M. Cook, *Is Parent-Child Interaction Therapy Effective in Reducing Stuttering?* "Journal of Speech, Language and Hearing Research" 2008, vol. 51, s. 636-650.

[27] Przykładem takiej terapii może być kompleksowy program terapeutyczny wdrażany w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 1 w Katowicach dla dzieci jąkających i ich rodzin (program stanowił kombinację pośredniego i bezpośredniego podejścia, zajęcia prowadzone były indywidualnie i grupowo, przez logopedę i psychologa). Zob. B. Jeziorczak, K. Węsierska, *Interwencja terapeutyczna w przypadku wczesnej dysfluencji – założenia programu terapii dla dzieci w wieku przedszkolnym.* „Forum Logopedyczne" 2008, nr 15, s. 24-27.

[28] B. Guitar, *dz. cyt.*, s. 243; W. Kostecka, *Dziecko i jąkanie.* Lublin 2000, s. 22.

[29] A. Craig, Y. Tran, *Fear of speaking*: *chronic anxiety and stammering.* "Advances in Psychiatric Treatment" 2006, vol. 12, s. 63-68; B. Kasprzyk, A. Stasiczek, K. Węsierska, *Szkoła przyjazna uczniowi jąkającemu się - wyzwaniem dla logopedów.* „Śląskie Wiadomości Logopedyczne" 2005, nr 8, s. 38-44.

[30] A. Płusajska-Otto, K. Węsierska, *Znaczenie współpracy logopedy i nauczyciela w terapii dziecka jąkającego się.* „Forum Logopedyczne" 2009, nr 17. s. 29-34; K. Szamburski, *Dziecko jąkające się w szkole. „*Logopeda" 2007, nr 2(5), s. 34-60, kod dostępu w roku 2009: http://www//logopeda.org.pl; P. M., Zebrowski, T. Cilek, *Stuttering therapy in the elementary school setting*: *Guidelines for clinician-teacher collaboration*. "Seminars in Speech and Language" 1997, nr 18, s. 329–340.

[31] Por.: S. K. Millard, A. Nicholas, F. M. Cook, *Is Parent-Child Interaction Therapy Effective in Reducing Stuttering?* "Journal of Speech, Language, and Hearing Research" 2008, vol. 51, s. 636-650; M. A. Lincoln, M. Onslow, *Long-Term Outcome of Early Intervention for Stuttering*. "Journal of Speech and Hearing Research" 1996, vol. 39, s. 18-26.

- upowszechnianie przesiewów logopedycznych w celu wyodrębnienia dzieci z grupy ryzyka jąkania,
- umożliwienie konsultacji logopedycznej wszystkim dzieciom z grupy ryzyka i odpowiednio do potrzeb rekomendowanie pełnej diagnozy logopedycznej, a także monitorowanie rozwoju mowy dzieci z grupy ryzyka jąkania,
- podejmowanie terapii możliwie najwcześniej po zdiagnozowaniu dziecka i dobór adekwatnej metody terapeutycznej, ewaluacja i monitoring efektów leczenia,
- doskonalenie zawodowe logopedów – przygotowanie specjalistów do prowadzenia skutecznej terapii zaburzeń płynności mowy u małych dzieci,
- współpraca z innymi grupami zawodowymi (nauczyciele, lekarze) w zakresie profilaktyki i wczesnej interwencji logopedycznej.

Jąkanie jest poważnym zaburzeniem komunikowania się, które może wpływać na wszystkie aspekty życia jednostki. Wydaje się, że w obecnym kształcie funkcjonowania modelu opieki logopedycznej w naszym kraju wiele z powyższych postulatów można przenieść na grunt praktyki. Umożliwi to zmniejszenie skutków występowania tego zaburzenia. Każdy ma prawo do osiągania płynności w mówieniu – zapewnienie małemu dziecku i jego rodzinie skutecznej opieki logopedycznej w celu zapobiegania wystąpieniu przyszłości pełnoobjawowego jąkania powinno być priorytetem logopedów.

Bibliografia

Ambrose N., Yairi E., *The development of awareness of stuttering in preschool children,* „Journal of Fluency Disorders" 1994, nr 19.

Ambrose N. G., Cox N. C., Yairi E., *The genetic basis of persistence and recovery in stuttering,* „Journal of Speech, Language and Hearing Research" 1997, nr 40.

Bennett E. M., *Working with People Who Stutter. A Lifespan Approach.* Pearson Education, Inc. Upper Saddle River 2006.

Błachnio K., *System nowoczesnej profilaktyki logopedycznej.* „Logopedia" 1995, nr 22.

Błachnio K., *Vademecum logopedyczne*, Poznań 2003.

Chęciek M., *Jąkanie* [w:] *Diagnoza i terapia zaburzeń mowy*. pod red. T. Gałkowskiego, Z. Tarkowskiego, T. Zaleskiego. Lublin 1993.

Chęciek M., *Różne oblicza jąkania.* „Logopedia" 2005, nr 34.

Chęciek M., *Jąkanie. Diagnoza – terapia – program*, Kraków 2007.

Conture E., *Evaluating Childhood Stuttering* [w:] *Nature and Treatment of Stuttering. New Direction*, pod red. R. E. Curlee, G. M. Siegel. Boston 1997.

Conture E. G., Melnick K. S., *Parent-Child Approach to Stuttering in Preschool Children* [w:] *The Handbook of Early Stuttering Intervention*, pod red. M. Onslow, A. Packman, London, 1999.

Craig A., Tran Y., *Fear of speaking*: *chronic anxiety and stammering*, „Advances in Psychiatric Treatment" 2006, vo. 12.

Crichton-Smith I., Wright J., Stackhouse J., *Attitudes of speech and language therapists towards stammering*: *1985 and 2000*, „International Journal of Language and Communication Disorders" 2003, vol. 38, nr 3.

Gottwald S. R., Starkweather C. W., *Fluency intervention for preschoolers and their families in the public schools*, „Language, Speech and Hearing Services in Schools" 1995, nr 11.

Gregory H. H., Hill D., *Differential evaluation – differential treatment for stuttering children*, [w:] *Stuttering and Related Fluency Disorders*, pod red. E. G. Conture, R. F. Curlee, New York 1999.

Gregory H. H., *Essential Background Information* [w:] *Stuttering Therapy. Rationale and Procedures*, pod red. H. H. Gregory, Boston 2003.

Gregory H. H., Campbell J. H., Hill D. G., *Differential Evaluation of Stuttering Problems* [w:] *Stuttering Therapy. Rationale and Procedures*, pod red. H. H. Gregory, Boston 2003.

Gerber S. E., *Etiology and Prevention of Communications Disorders*, San Diego, London 1998.

Guitar B., Conture E. G., *The Child Who Stutter*: *To the Health Provider*, Memphis 1998,

Guitar B., *Stuttering. An Integrated Approach to Its Nature and Treatment*, Baltimore 2006.

Ham R. E., *Therapy of Stuttering. Preschool through Adolescence*, Englewood Cliffs 1990.

Hill D. G., *Differential Treatment of Stuttering in the Early Stages of Development* [w:] *Stuttering Therapy. Rationale and Procedures*, pod red. H. H. Gregory, Boston 2003.

Jeziorczak B., Węsierska K., *Interwencja terapeutyczna w przypadku wczesnej dysfluencji – założenia programu terapii dla dzieci w wieku przedszkolnym*, „Forum Logopedyczne" 2008, nr 15.

Johnson W., *The time, the Place, the Problem* [w:] *Stuttering in Children and Adults. Thirty Years of Research at the University of Iowa*, pod red. W. Johnson, Minneapolis 1955.

Kamińska D., *Wspomaganie płynności mowy dziecka – profilaktyka, diagnoza i terapia jąkania wczesnodziecięcego*, Kraków 2006.

Kasprzyk B., Stasiczek A., Węsierska K., *Szkoła przyjazna uczniowi jąkającemu się - wyzwaniem dla logopedów.* „Śląskie Wiadomości Logopedyczne" 2005, nr 8.

Kelman E., Nicolas A., *Practical Intervention for Childhood Stammering.* Speechmark Publishing Ltd. Bradwell Abbey 2008.

Kostecka W., *Pomoc logopedyczna dziecku jąkającemu się.* „Logopedia" 1999, nr 26.

Kostecka W., *Dziecko i jąkanie*, Lublin 2000.

Lincoln M. A., Onslow M., *Long-Term Outcome of Early Intervention for Stuttering*, „Journal of Speech and Hearing Research" 1996, vol. 39.

Lincoln M., Onslow M., Lewis C., Wilson L., *A clinical trial of an operant treatment for school-age stuttering children*, „American Journal of Speech-Language Pathology" 1996, nr 5.

Mansson H., *Childhood Stuttering*: *Incidence and Development*, „Journal of Fluency Disorders" 2000, nr 25.

Millard S. K., Nicholas A., Cook F. M., *Is Parent-Child Interaction Therapy Effective in Reducing Stuttering?*, „Journal of Speech, Language, and Hearing Research" 2008, vol. 51.

Packman A., Onslow M., *Issues in the Treatment in Early Stuttering* [w:] *The Handbook of Early Stuttering Intervention*, pod red. M. Onslow, A. Packman, San Diego. London, 1999.

Płusajska-Otto A., Węsierska K., *Znaczenie współpracy logopedy i nauczyciela w terapii dziecka jąkającego się*, „Forum Logopedyczne" 2009, nr 17.

Ratner N. B., Guitar B., *Treatment of Very Early Stuttering and Parent-Administered Therapy*: *The State of the Art* [w:] *Issues in Stuttering Research and Practice*, pod red. N. B. Ratner, J. Tetnowski, Mahwah 2006.

Rustin L., Cook F., *Parental involvement in the treatment of stuttering*, „Language, Speech and Hearing Services in the Schools" 1995, nr 26.

Smith A., Kelly E., *Stuttering*: *A dynamic Multifactorial Model* [w:] *Nature and Treatment of Stuttering. New Directions.* Pod red. R. E. Curlee, G. M. Siegel. Allyn and Bacon, Boston 1997.

Szamburski K., *Dziecko jąkające się w szkole*. „Logopeda" 2007, nr 2(5).

Waszczuk H., *Rodzinna terapia jąkania.* Gdańsk 2005.

Węsierska K., *Niepłynność mowy wśród dzieci w wieku przedszkolnym – profilaktyka i wczesna interwencja w dysfluencji.* „Śląskie Wiadomości Logopedyczne" 2006, nr 11.

Węsierska K., *Profilaktyka logopedyczna w edukacji przedszkolnej – rola nauczyciela.* „Wychowanie na co dzień" 2007, nr 6 (165).

Węsierska K., *Współpraca logopedów i pediatrów determinantą skutecznej opieki logopedycznej*. „Forum Logopedyczne" 2007, nr 13.

Tarkowski Z., *Jąkanie wczesnodziecięce*, Warszawa 1997.

Tarkowski Z., *Jąkanie*, Warszawa 2001.

Yairi E., Ambrose, N., *A longitudinal study of stuttering in children*: *A preliminary report.* „Journal of Speech, Language, and Hearing Research" 1992, nr 35.

Yairi E., Ambrose N., *Onset of stuttering in preschool children*: *selected factors*, „Journal of Speech and Hearing Research" 1992, nr 37.

Yairi E., Ambrose N. G., Paden E. P., Thronenburg R. N. , *Predictive factors of persistence and recovery*: *pathways of childhood stuttering*, „Journal of Communication Disorder" 1996, nr 29.

Yairi E., Ambrose N., *Early childhood stuttering. I*: *Persistency and recovery rates.* „Journal of Speech, Language, and Hearing Research" 1999, nr 42.

Yairi E., Ambrose N. *Early Childhood Stuttering*: *For Clinicians, by Clinicians*, Austin 2005.

Zebrowski P. M., Cilek T., *Stuttering therapy in the elementary school setting*: *Guidelines for clinician-teacher collaboration*, „Seminars in Speech and Language" 1997, nr 18.

II. Praktyka logopedyczna

Tatiana Lewicka
Śląski Uniwersytet Medyczny
Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny
Katowice

Diagnoza i terapia zaburzeń mowy u pacjentów z chorobą Parkinsona

Streszczenie:

Choroba Parkinsona należy do kręgu schorzeń neurozwyrodnieniowych, jej przyczyną jest niedobór neuroprzekaźników produkowanych przez istotę czarną. Kluczowym objawem jest tzw. triada parkinsonowska, czyli spowolnienie psycho-ruchowe, sztywność mięśniowa i drżenie spoczynkowe. Powyższe objawy prowadzą do szeregu ograniczeń w sferze ruchowej – zaburzenia postawy, chodu itp. Oprócz zaburzeń ruchowych osoby z chorobą Parkinsona mają także zaburzenia mowy, które w istotny sposób prowadzą do powolnego wycofywania się z aktywnego życia społecznego. Zaburzeniem mowy charakterystycznym dla tej choroby jest dysartria, zwana również dysartrofonią. Wczesne wprowadzenie terapii logopedycznej może znacznie poprawić komfort życia pacjentów i pomóc w aktywnym komunikowaniu się. Poniższy artykuł jest zbiorem praktycznych wskazówek, które można wykorzystać w pracy z osobami dotkniętymi chorobą Parkinsona.

Słowa kluczowe: choroba Parkinsona, dysartria, terapia mowy, komunikacja alternatywna

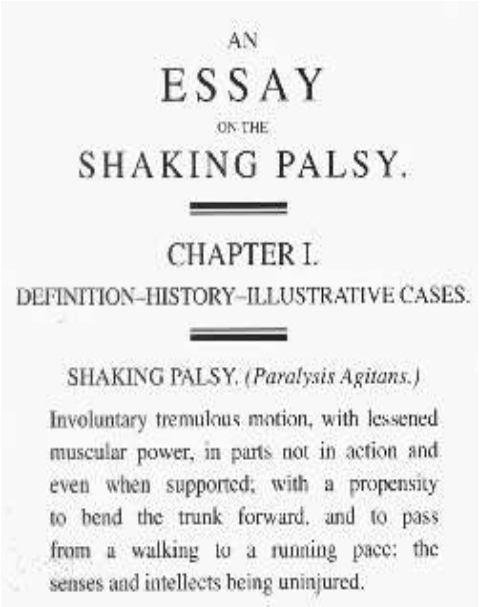
Abstract:

Parkinson's disease (PD) is one of the neurodegenerative deseases. Its cause is lack of neurotransmitters produced by substantia nigra. The key symtpom is Parkinson's triad – psychomotor slowing, muscle stiffness and rest tremor. The symptoms above lead to sort of limits in body movement sphere, such as incorrect pusture and walk, and so on. Besides motor problems, people suffering from PD have also speaking troubles that really lead to slow withdrawning from social life. The speaking disroder characteristic of PD is dysarthria (also called dysarthrophonia). Early speech treatment start can improve the comfort of patient's life and

help in active communicating. The article below is a set of practical directions which you can use while working with people suffering from PD.

Key words: Parkinson's disease, dysarthria, speech treatment, alternative comunication

Choroba Parkinsona należy do grupy schorzeń neurozwyrodnieniowych. Oznacza to, że ma charakter postępujący i prowadzący w efekcie do trwałych uszkodzeń w obrębie układu nerwowego. Pierwsze wzmianki o tej chorobie pochodzą z początków XIX wieku ubiegłego stulecia. Pierwsze prace dotyczące rozpoznania i prób leczenia prowadził James Parkinson – londyński lekarz, który opublikował swoje spostrzeżenia w „Eseju o drżące poraźnej". W tej krótkiej pracy J. Parkinson[1] tak opisywał obserwowane przypadki: *„Ruch mimowolny o charakterze drżenia, z obniżoną siłą mięśni, częściowo nieaktywny nawet, gdy wsparty; ze skłonnością do zginania tułowia do przodu i do zmieniania tempa z chodzonego na biegany; zmysły i intelekt pozostają nienaruszone."*


AN
ESSAY
ON THE
SHAKING PALSY.

CHAPTER I.
DEFINITION–HISTORY–ILLUSTRATIVE CASES.

SHAKING PALSY. (*Paralysis Agitans.*)

Involuntary tremulous motion, with lessened muscular power, in parts not in action and even when supported; with a propensity to bend the trunk forward, and to pass from a walking to a running pace: the senses and intellects being uninjured.

Ryc. 1. „Esej o drżące poraźnej" J. Parkinson 1817, pierwszy opis przypadku choroby.

Stosowanie nazwy „choroba Parkinsona" zostało zaproponowane 60 lat później przez profesora Jeana-Martina Charcot.

Przyczyna choroby Parkinsona (PD) nie jest do tej pory znana, wiadomo jednak, że objawy są następstwem zniszczenia istoty czarnej, w której znajdują się barwnikonośne ko-

[1] J. Parkinson, *An essay and shaking palsy. Whittingham and Rowland*, London 1817.

mórki nerwowe wytwarzające neuroprzekaźnik zwany dopaminą, który odpowiada między innymi za funkcje ruchowe.

Rozpoznanie PD jest rozpoznaniem klinicznym i nie istnieje żaden test umożliwiający jego potwierdzenie[2]. Kryteria kliniczne rozpoznania PD zostały przedstawione przez zespół specjalistów stworzony przez *Movement Disorder Society*. Autorzy przedstawiają tzw. kryteria *UK Parkinson's Disease Society Brain Bank*, zwracając uwagę, że choć są to kryteria stosowane najpowszechniej, w większości nie były nigdy oceniane pod względem istotności i rzetelności[3].

Do kryteriów potwierdzających PD należą spowolnienie ruchowe oraz przynajmniej jedno z poniższych:

– sztywność mięśniowa,
– drżenie spoczynkowe o częstości 4-6 Hz,
– zaburzenia stabilności postawy niespowodowane zaburzeniami wzrokowymi, uszkodzeniem błędnika lub móżdżku, czy też zaburzeniami czucia głębokiego.

Przedstawione kryteria obejmują jedynie objawy ruchowe. Jednak w obrazie klinicznym istotne znaczenie mają również objawy pozaruchowe. Mogą one czasami wyprzedzić o kilka lat typowe zaburzenia motoryczne[4]. Do objawów pozaruchowych zalicza się:

– zaburzenia perystaltyki jelit z tendencją do zaparć,
– zaburzenia węchu,
– stany depresyjne,
– charakterystyczne cechy osobowości,
– zaburzenia mowy,
– zaburzenia połykania.

Zazwyczaj PD zaczyna się około 60 roku życia, istnieje jednak dość liczna grupa chorych, u których początek choroby następuje przed 40, jak też po 70 roku życia. Do oceny stopnia zaawansowania choroby służy skala Hoehna i Yahra[5], która wyróżnia pięć stadiów PD:

- *faza pierwsza* – objawy jednostronne, minimalne upośledzenia lub bez upośledzeń sprawności,
- *faza druga* – objawy obustronne, bez zaburzeń postawy,

[2] *Choroba Parknsona - mechanizmy rozpoznanie leczenie*, pod red. A. Friedmana, Lublin 2005, s. 139-140.
[3] Tamże, s. 140.
[4] Tamże, s. 140-141.
[5] S. Fahn. R. L. Elton, *Recent developments in parkinson's disease* T. 2, NJ. 1987, s. 293-304.

- *faza trzecia* – zaburzenia odruchów postawnych, niewielkie ograniczenie w czynnościach codziennych, nieznaczne upośledzenie sprawności z zachowaną zdolnością samodzielnego funkcjonowania,
- *faza czwarta* – nasilone upośledzenie sprawności z zachowaną możliwością chodzenia i stania bez pomocy,
- *faza piąta* – unieruchomienie w łóżku lub wózku inwalidzkim.

Zaburzenia komunikacji pojawiają się u około 50% chorych, dotyczy to tak sfery werbalnej, jak i niewerbalnej.Sztywność mięśniowa, która występuje w PD powoduje, że znacznemu osłabieniu ulega praca mięśni mimicznych, czego efektem jest charakterystyczna maskowata twarz. Zaburzenie to jest opisywane w literaturze jako hipomomia[6]. Zaburzenia mowy w chorobie Parkinsona spowodowane są głównie przez :

- deficyty czynnościowe krtani,
- osłabioną pracę mięśni mimicznych,
- zmniejszoną pojemnością życiową płuc,
- zmniejszonym napędem do mówienia.

Mowa staje się monotonna i niewyraźna, znika ekspresyjność i modulacja głosu, zmienia się tempo wypowiedzi – spowolnienie lub tendencja do przyspieszania.

Niniejszy artykuł nie porusza problematyki zaburzeń pisania (mikrografii), należy jednak pamiętać, że również porozumiewanie się przy pomocy pisma jest w chorobie Parkinsona znacznie zaburzone.

Najbardziej widocznymi cechami mowy osób z PD jest:

- jednostajność melodyki, zmniejszone akcentowanie,
- niedokładna artykulacja spółgłosek aż do bełkotu,
- mówienie krótkimi, przyspieszonymi frazami,
- monotonny głos, zmniejszona głośność,
- powtarzanie głosek lub sylab, przerwy w mówieniu,
- ograniczone ruchy języka i warg.

Badając zaburzenia językowe u pacjentów z PD, skupiamy się na ocenie oddychania, artykulacji, fonacji i prozodii.

Ocena oddychania – badanie przeprowadzamy w miarę możliwości w pozycji stojącej. Osoba badana staje w lekkim rozkroku, układa jedną rękę na klatce piersiowej, drugą na brzuchu. Prosimy o wykonanie kilku swobodnych oddechów jednocześnie, obserwując tor oddecho-

[6] W. Kuran, *Żyję z chorobą Parkinsona*, Warszawa 2002, s. 26-27.

wy[7]. Wiadomo, że dla właściwej fonacji i zaopatrzenia organizmu w tlen optymalny jest tor żebrowo-brzuszny, czyli całościowy[8]. Następnie badamy fazę wydechową. Można to wykonać w różny sposób, np. metodą „ciągu liczbowego". Prosimy pacjenta o wykonanie kilku swobodnych oddechów, następnie pacjent na polecenie wykonuje wdech nosem i w trakcie wydechu powoli wypowiada cyfry (średnio jedną na sekundę). Jest to metoda orientacyjna, ale pozwala na dobrą ocenę długości fazy wydechowej. Przed wykonaniem tej próby warto ją zademonstrować osobie badanej. Wzmożone napięcie w zakresie mięśni oddechowych sprawia, że oddech jest spłycony i często chorzy skarżą się na objawy duszności spoczynkowej.

Ocena fonacji – sztywność oraz hipokineza krtani, czyli zmniejszona ruchomość krtani jest odpowiedzialna za niższe natężenie oraz pogorszenie jakości głosu, a także za ograniczoną modulację i monotonny głos. Często można mieć wrażenie, że głos osoby z chorobą Parkinsona jest słaby, szorstki i przypomina szept w przebiegu zapalenia krtani. Najprostszą metodą badania możliwości pacjenta jest pomiar długości fonacji jednej z samogłosek, najczęściej „a" lub „o". U dorosłych czas fonacji wynosi od 20 do 30 sekund, wartości poniżej 10 sekund przyjmowane są jako patologiczne.

W zaleceniach komitetu ds. foniatrii Europejskiego Towarzystwa Laryngologicznego (ELS) dotyczących zestawu niezbędnych badań oceniających wydolność fonacyjną krtani jest samoocena własnego głosu. Najbardziej znana jest skala Jacobsona – Voice Handicap Index (VHI), przystosowana do warunków polskich jako Skala Niepełnosprawności Głosu[9]. Obejmuje ona trzy sfery samooceny własnego głosu zawarte w kwestionariuszu składającym się z 30 pytań. Dotyczą one zaburzeń towarzyszących fonacji w sferze emocjonalnej, czynnościowej i fizycznej.

Ocena artykulacji – wyrazistość mowy możemy ocenić w momencie pierwszego kontaktu z pacjentem w czasie prowadzenia z nim swobodnej rozmowy na dowolny temat (Jak się Pan/Pani czuje? Czym się Pan/Pani interesuje?). Możemy również poprosić o powtarzanie lub odczytanie sylab, wyrazów i zdań o różnym stopniu trudności. Można wykorzystać także opis obrazka. Informacje na temat poziomu zrozumiałości mowy pacjenta możemy uzyskać od rodziny. Bardzo często rodzina sygnalizuje pierwsze trudności w komunikacji – niewyraźna, cicha mowa.

[7] T. Lewicka, A .Rodzeń, *Ćwiczenia rehabilitacyjno-logopedyczne dla osób z chorobą Parkinsona*, Warszawa 2006, s. 22-23.
[8] B. Tarasiewicz, *Mówię i śpiewam świadomie. Podręcznik do nauki emisji głosu*, Kraków 2003, s. 48-49.
[9] *Narząd głosu i jego znaczenie w komunikacji społecznej*, pod red. A. Obrębowskiego, Poznań 2008, s. 48-49.

Ocena prozodii – mowa pacjenta z PD jest bardzo cicha i monotonna, zaburzenia sfery prozodycznej dotyczą prozodii ruchowej, czyli umiejętności modulowania głosu, akcentu i melodii. Nie obserwuje się w chorobie Parkinsona aprozodii czuciowej. Rozmawiając z pacjentem, możemy zaobserwować sposób budowania wypowiedzi. Możemy także poprosić pacjenta o powtórzenie lub odczytanie zdań twierdzących, pytających i rozkazujących, sprawdzając w ten sposób, czy osoba badana zwraca uwagę na znaki interpunkcyjne i jak moduluje głos.

Praca logopedyczna z pacjentami cierpiącymi na PD musi przede wszystkim zawierać jasne i osiągalne dla pacjenta cele. Jak wspomniałam wcześniej, jest to choroba o charakterze postępującym, która w efekcie prowadzi do całkowitego uzależnienia pacjenta od innych osób. Deficyty językowe, z jakimi ma do czynienia logopeda, mają także charakter postępujący. Im dłużej trwa choroba, tym bardziej nasilone będą zaburzenia fonacyjne, artykulacyjne czy prozodyczne. Mimo że generalnie deficyty językowe w PD noszą nazwę dysartrii lub dysartrofonii, to każdy pacjent zgłasza się do gabinetu z różnymi problemami.

Terapia logopedyczna[10] powinna skupiać się na:

- pomocy w rozwinięciu lub przywróceniu umiejętności wyraźnego mówienia,
- modyfikowaniu oddychania,
- modyfikowaniu fonacji – siły głosu,
- modyfikowanie artykulacji – wyrazistości wypowiedzi,
- modyfikowanie prozodii – akcentu, melodii wypowiedzi,
- wspomaganie innych form komunikowania się – AAC,

Terapia oddychania ma głównie na celu:

- korygowanie błędnych wzorców oddychania,
- powiększenie pojemności życiowej płuc,
- ułatwienie kontroli nad wdechem i wydechem,
- poprawa koordynacji i napięcia mięśni oddechowych.

Ćwiczenia wprowadzamy stopniowo biorąc pod uwagę możliwości pacjenta. Zwykle zaczynamy od:

- uświadomienie ruchu klatki piersiowej – w czasie ćwiczeń pacjent kontroluje przez dotyk ręką okolicę żebrowo-mostkowej oraz żebrowo-brzusznej, ćwiczenia możemy wykonywać zarówno w pozycjach niskich, jak i wysokich,

[10] *Dysartria*, pod red. Z. Tarkowskiego, Lublin 1999, s. 66-67.

- pogłębianie ruchów oddechowych z oporowaniem – można użyć drobnego sprzętu rehabilitacyjnego, np. taśmy Thera Band,
- rozciąganie czynne i bierne mięśni oddechowych,
- wykorzystanie metody PNF oddechowego.

Znacznym ułatwieniem w prowadzeniu ćwiczeń oddechowych, zwłaszcza metodą PNF, jest współpraca logopedy z fizjoterapeutą. Równocześnie z ćwiczeniami oddechowymi można wprowadzać ćwiczenia fonacyjne.

Celami ćwiczeń fonacyjnych jest przede wszystkim koordynacja oddechu i fonacji. Możemy osiągnąć to poprzez wprowadzanie elementów terapii metodą Dennisona[11]. Ćwiczenie, które sprawdza się w tym wypadku i daje dobre efekty jest „sowa". Polecamy pacjentowi chwycić się za ramię prawą ręką i ścisnąć mięsień naramienny po prawej stronie. Następnie pacjent odwraca głowę, by spojrzeć za ramię, robi wdech. Nie zwalniając uścisku, pacjent powoli odwraca głowę w drugą stronę, wydychając powoli powietrze. Przy wydechu i obrocie głowy wydaje dźwięki sowy: "hu-hu" lub „uu-uu".

Ryc. 2. Sposób wykonania ćwiczenia „sowa" za S. Mazgutowa „Gimnastyka mózgu".

Ćwiczenia prowadzimy w trzech etapach:

- inicjacja głosu,
- utrzymanie dźwięku,
- projekcja i kontrola głośności.

Ćwiczenia artykulacyjne prowadzi się w zależności od nasilenia zaburzeń. Jeżeli pacjent ma problemy z artykulacją poszczególnych głosek, warto wówczas wprowadzić ćwiczenia

[11] S. Mazgutowa, *Gimnastyka mózgu*, Warszawa 2003, s. 26-28.

usprawniające narządy mowy i dopiero potem zająć się artykulacją. W przypadku zaburzeń artykulacyjnych w mowie spontanicznej lub słowach wielosylabowych jest potrzeba pracy nad kontrolowaniem tempa wypowiedzi. Ćwiczenia artykulacyjne prowadzimy etapami, stopniowo zwiększając zakres zadań[12]. Zaczynamy od prostych słów jednosylabowych, jeżeli wykorzystamy materiał wyrazowy z głoskami zwarto-wybuchowymi w wygłosie (blat, post, kat, itp.) dodatkowo uzyskamy łatwiejsze rozluźnienie mięśni brzucha. Następnie wprowadzamy słowa dwu i trzysylabowe, słowa wielosylabowe. Kolejnym etapem są zdania, czytanie tekstu i wreszcie mowa swobodna[13].

Powyższe ćwiczenia możemy połączyć z ćwiczeniami prozodii, tak dobierając materiał do pracy z pacjentem, aby znalazły się w nim zróżnicowane zdania-oznajmujące, pytające, rozkazujące.

W przypadku, kiedy zaburzenia językowe są na takim poziomie, że znacznie utrudniają komunikowanie się pacjenta proponuje wprowadzenie metod komunikacji wspomagającej. AAC, czyli *ang. Augmentative and Alternative Communication*, pozwala na przygotowanie pacjenta do porozumiewania się z otoczeniem innymi sposobami niż mowa[14]. Komunikacja wspomagająca oznacza komunikację uzupełniającą lub wspierającą. Słowo „wspomagająca" podkreśla fakt, że interwencja z wykorzystaniem alternatywnych środków komunikacji ma dwojaki cel:

– wspomóc przekaz,
– gwarantować zastępczy sposób porozumiewania się.

Podstawowe jednostki systemów komunikacyjnych to znaki manualne, graficzne i przestrzenno-dotykowe. Dla określenia zbiorów powyższych znaków używany jest termin – system znaków[15].

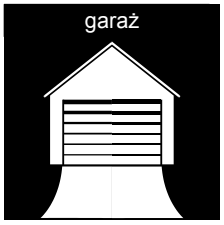
Systemy znaków:

– znaki manualne – języki migowe osób głuchych lub inne znaki pokazywane za pomocą rąk,
– znaki graficzne – obejmują wszystkie znaki utworzone za pomocą przedstawienia graficznego, np. symbole Blissa, PCS, PIC,
– znaki przestrzenno-dotykowe – stworzone dla osób z deficytami wzrokowymi – klocki słowne Premarca.

[12] T. Lewicka, A. Rodzeń, *dz. cyt.*, s. 63-64.
[13] *Dysartria*, pod red. Z. Tarkowskiego *dz. cyt*., s. 87-90.
[14] A. Warric, *Porozumiewanie się bez słów*, Warszawa 1999, s. 21-22.
[15] H. Martisen, S. von Tetzchner, *Wprowadzenie do wspomagających i alternatywnych sposobów porozumiewania się*, Warszawa 2002, s. 7-17.

W przypadku osób z chorobą Parkinsona optymalnym systemem AAC są piktogramy (PIC – Pictogram Ideogram Communication). Jest to system oparty na prostych schematycznych obrazkach. W systemie PIC istnieje możliwość budowania tablic komunikacyjnych w zależności od potrzeb pacjenta. Można tworzyć tablice tematyczne, np. spacer, zakupy, przepis kulinarny, plan dnia lub tablice złożone z poszczególnych części mowy – rzeczowniki, czasowniki, przymiotniki itp[16].

Sposób budowania tablicy za każdym razem ustalamy z pacjentem i rodziną lub opiekunem.



Przedstawione w artykule metody badania i terapii zaburzeń językowych opracowane zostały w oparciu o dostępną literaturę przedmiotu oraz moje doświadczenia w pracy z pacjentami z chorobą Parkinsona.

Mam nadzieję, że powyższy artykuł będzie pomocny dla wszystkich Koleżanek i Kolegów i ułatwi pracę z osobami dotkniętymi chorobą Parkinsona.

Bibliografia

Choroba Parkinsona – mechanizmy rozpoznanie leczenie, pod red. A. Friedman, Lublin 2005.

Narząd głosu i jego znaczenie w komunikacji społecznej, pod red. A. Obrębowskiego, Poznań 2008.

S. Fahn. R. L. Elton, *Recent developments in parkinson's disease* T. 2, NJ. 1987.

Jakimowicz W., *Neurologia kliniczna w zarysie*, Warszawa 1990.

Kuran W., *Żyję z chorobą Parkinsona*, Warszawa 2002.

Lewicka T., Rodzeń A., *Ćwiczenia rehabilitacyjno-logopedyczne dla osób z chorobą Parkinsona*, Warszawa 2006.

Martisen H., S. von Tetzchner, *Wprowadzenie do wspomagających i alternatywnych sposobów porozumiewania się*, Warszawa 2002.

[16] Tamże, s. 17-19.

Mazgutowa S., *Gimnastyka mózgu*, Warszawa 2003.

Mitrynowicz-Modrzejewska A., *Fizjologia i patologia głosu*, Warszawa 1971.

Foniatria kliniczna, pod red. A. Prusiewicza, Warszawa 1992.

Tarasiewicz B., *Mówię i śpiewam świadomie. Podręcznik do nauki emisji głosu*, Kraków 2003.

Dysartria, pod red. Z. Tarkowskiego, Lublin 1999.

Warric A., *Porozumiewanie się bez słów*, Warszawa 1999.

Marika Litwin
II Klinika Neurologiczna
Instytut Psychiatrii i Neurologii
Warszawa
mlitwin@ipin.edu.pl

Logopedyczna terapia zaburzeń połykania w chorobach neurologicznych

Streszczenie:

Zaburzenia połykania często towarzyszą chorobom neurologicznym, prowadząc w konsekwencji do groźnych dla pacjentów powikłań, mogących wydłużyć znacznie proces zdrowienia oraz pogorszyć rokowania. W zależności od etiologii schorzenia, problemem diagnozowania dysfagii zajmuje się wielu specjalistów: radiolodzy, gastrolodzy, laryngolodzy, neurolodzy. Natomiast w procesie terapii uczestniczy zespół złożony z lekarza (gastrologa, laryngologa, neurologa) fizjoterapeuty, dietetyka i logopedy. W procesie leczenia pomocne są ćwiczenia prowadzone przez logopedów. Chorym zalecane są specjalne techniki połykania, dostosowany sprzęt i dieta, jak również ćwiczenia usprawniające mięśnie jamy ustnej, gardła i krtani oraz trening oddechowy. W artykule przedstawiono fizjologię procesu połykania, podstawowe podziały zaburzeń, skale służące ocenie nasilenia dysfagii oraz omówiono terapię zaburzeń połykania.

Słowa kluczowe: dysfagia neurogenna, techniki połykania, usprawnianie

Abstract:

Swallow disorders frequently accompany neurological diseases. They may lead to dangerous complications which prolong the recovery process. Depending on aetiology of swallow abnormalities various specialists (including radiologists, gastrologists, laryngologists, and neurologists) are involved in assessment of dysphagia. The treatment of dysphagia is usually carried out by a multidisciplinary team consisting of a MD (gastrologist, laryngologist or neurologist), physiotherapist, dietician, and speech and language therapist. Specific training carried out by the latter one contributes to the treatment of dysphagic subjects. Patients are provided with practice of swallow maneuvers, adjusted equipment and diet as well as with wide range of exercices of mouth, pharynx, and larynx muscles. Breathing training is also frequently applied.

Key words: neurogenic dysphagia, swallowing techniques, improvement

Wprowadzenie

Zaburzenia połykania często towarzyszą chorobom neurologicznym, prowadząc w konsekwencji do groźnych dla pacjentów powikłań, mogących wydłużyć znacznie proces zdrowienia oraz pogorszyć rokowania. W zależności od etiologii schorzenia, problemem diagnozowania dysfagii zajmuje się wielu specjalistów: radiolodzy, gastrolodzy, laryngolodzy, neurolodzy. Natomiast w procesie terapii uczestniczy zespół złożony z lekarza (gastrologa, laryngologa, neurologa) fizjoterapeuty, dietetyka i logopedy. W procesie leczenia pomocne są ćwiczenia prowadzone przez logopedów.

Chorym zalecane są specjalne techniki połykania, dostosowany sprzęt i dieta, jak również ćwiczenia usprawniające mięśnie jamy ustnej, gardła i krtani oraz trening oddechowy. W artykule przedstawiono fizjologię procesu połykania, podstawowe podziały zaburzeń, skale służące ocenie nasilenia dysfagii oraz omówiono terapię zaburzeń połykania.

Połykanie jest półautomatyczną czynnością tych mięśni układu oddechowego i przewodu pokarmowego, które umożliwiają przemieszczanie pokarmu z jamy ustnej do żołądka[1].

Dysfagią nazywa się utrudnienie aktu połykania[2]. Zależnie od etiologii, zaburzenia połykania mogą występować samodzielnie lub towarzyszyć różnym chorobom. Wśród ich przyczyn wymienia się zmiany lub uszkodzenia w obrębie jamy ustnej, gardła i przełyku, jak też choroby ogólnoustrojowe[3].

1. Fizjologia połykania

Połykanie przebiega w trzech fazach:

1. Faza ustna składa się z dwóch etapów: fazy przygotowawczej, kiedy dochodzi do rozdrabniania pokarmu, mieszania go ze śliną i tworzenia kęsa (bolus). Dla właściwego przebiegu tej fazy potrzebna jest sprawność i koordynacja zwarcia warg, okrężnych i bocznych ruchów żuchwy, napięcia mięśni policzków oraz ruchu języka w wielu płaszczyznach. Po niej następuje właściwa faza ustna, czyli przesunięcie kęsa w kierunku gardła dzięki pracy mięśni języka i policzków. Faza ustna podlega świadomej kontroli. Kiedy kęs zostaje przesunięty poza łuki podniebienne rozpoczyna się kolejna – odruchowa faza połykania;
2. Faza gardłowa – to proces przesunięcia kęsa przez jamę gardła w kierunku przełyku. Dochodzi wówczas do zamknięcia jamy nosowej poprzez uniesienie podniebienia miękkiego,

[1] M. Prosiegel et al., *Neurologische Schluckstoerungen*, „Aktuelle Neurologie", 24/1997, s. 194-203.
[2] A. Wojtczak, *Choroby wewnętrzne*, t. 2, Warszawa 1995.
[3] F. Kokot, *Choroby wewnętrzne*, Warszawa 1991.

zwarcia krtaniowego oraz uniesienie kompleksu gnykowo-krtaniowego, co z kolei ułatwia otwarcie górnego zwieracza przełyku. Kęs jest przesuwany dzięki ruchom perystaltycznym mięśni gardła.

3. Faza przełykowa – rozpoczyna się w momencie otwarcia górnego zwieracza przełyku. Kęs jest przesuwany dzięki ruchom perystaltycznym ścian przełyku, następuje otwarcie dolnego zwieracza przełyku. Czas trwania poszczególnych faz połykania zależy od konsystencji pokarmów, wieku oraz sprawności i koordynacji wszystkich struktur biorących udział w akcie połykania[4].

2. Występowanie dysfagii

Jeżeli przyczyną występowania dysfagii są choroby neurologiczne, wówczas mówi się o dysfagii neurogennej. Zaburzenia połykania występują stosunkowo często w różnych chorobach neurologicznych, zarówno o ostrym przebiegu, jak i w chorobach przewlekłych. Prosigel podaje częstość występowania dysfagii u pacjentów w wybranych chorobach neurologicznych. Najliczniej deficyty te dotyczą: stwardnienia bocznego zanikowego (48-100%), chorób nerwowo-mięśniowych (85%), długotrwałego niedotlenienia (80%), udarów mózgu (80%), urazów czaszkowo-mózgowych (70%), dystrofii mięśniowej (70%), uszkodzeń w obrębie pnia mózgu (ponad 60%), miastenii (17-53%), choroby Parkinsona (50%)[5].

3. Podział dysfagii

Zazwyczaj dysfagię dzieli się na górną – obejmująca fazę ustną i gardłową i dolną – związaną z zaburzeniami fazy przełykowej[6].

Dla dokładniejszego opisu wyróżnia się trzy etapy połykania, podczas których mogą wystąpić trudności: etap ustny (faza przygotowawcza i właściwa), etap gardłowy, etap przełykowy. Terapia logopedyczna obejmuje dwa pierwsze etapy połykania.

4. Objawy dysfagii

Nasilenie i różnorodność objawów zależy od różnych przyczyn: wzmożonego lub osłabionego napięcia mięśni, dyskoordynacji ruchu, występowania patologicznych (pierwotnych) odruchów (np. ssania), zaburzenia ruchowego wzorca czynności (połykanie typu niemowlęcego), zaburzeń czucia w obrębie jamy ustnej i gardła.

---

[4] P. Nam-Jong, *Dysphagia*, artykuł dostępny w czasopiśmie internetowym zamieszczonym na stronie www.emedicine.com [dostęp z dnia 16.11.2009 r.].
[5] M. Prosiegel, (Hrsg), *Praxisleitfaden Dysphagie*, Bad Homburg 2002.
[6] F. Kokot, *dz, cyt.*

Zaburzenia w fazie ustnej:

- pokarm wypływa ze względu na niedostateczne domknięcie ust;
- niemożność przesunięcia kęsa lub pozostałości pokarmu z przedsionka jamy ustnej w głąb z powodu ograniczonego zakresu ruchu języka lub nieprawidłowej koordynacji ruchu języka;
- niemożność utworzenia kęsa ze względu na ograniczenia ruchu języka lub jego nieprawidłową koordynację;
- niezdolność do prawidłowego ustawienia zgryzu spowodowana ograniczonym ruchem żuchwy;
- pokarm wpada do przedsionka jamy ustnej lub zalega tam z powodu obniżonego napięcia warg;
- pokarm wpada do przedsionka policzków lub zalega tam z powodu obniżonego napięcia mięśni policzkowych;
- pokarm wpada do przedsionka jamy ustnej z powodu „pchnięć" języka lub braku kontroli jego ruchu;
- opóźnione rozpoczęcie oralnej fazy połykania z powodu apraksji lub osłabienia czucia w obszarze jamy ustnej;
- ruchy przeszukujące lub niezdolność zorganizowania ruchu języka z powodu apraksji;
- przedwczesne ruchy języka we wstępnym etapie połykania spowodowane „wypychaniem" języka;
- zaleganie pokarmu na języku – skąpy ruch lub nadmierne napięcie języka;
- zaburzona perystaltyka języka wskutek dyskoordynacji;
- niepełne zwarcie języka z podniebieniem – ograniczona zdolność unoszenia języka;
- zaleganie pokarmu na podniebieniu twardym z powodu ograniczeń w unoszeniu języka lub obniżenia napięcia mięśni języka;
- ograniczony ruch języka w płaszczyźnie przód – tył ze względu na zaburzoną koordynację;
- powtarzające się „pompujące" ruchy języka (charakterystyczne w chorobie Parkinsona);
- niekontrolowane, zbyt wczesne przedostawanie się kęsa lub gęstego płynu do gardła spowodowane ograniczoną kontrolą zwarcia językowo-podniebiennego;
- połykanie małymi porcjami;
- wydłużony czas transportu kęsa w jamie ustnej.

Zaburzenia w fazie gardłowej:

- opóźnione połykanie gardłowe;

– pokarm przedostaje się do jamy nosowej z powodu osłabienia zamknięcia podniebienno-gardłowego;
– obłożenie ścian gardła po połykaniu wynikające z obustronnego osłabienia skurczu mięśni gardła;
– zaleganie pokarmu z powodu ograniczonego ruchu podstawy języka;
– zaleganie na początku drogi oddechowej spowodowane niedostatecznym uniesieniem krtani;
– penetracja (przedostanie się pokarmu do krtani powyżej fałdów głosowych) i aspiracja (przedostanie się pokarmu poniżej fałdów głosowych do dróg oddechowych) spowodowana osłabionym domknięciem wejścia do dróg oddechowych;
– aspiracja w trakcie połykania z powodu osłabionego domknięcia krtani;
– zaleganie resztek w zachyłkach gruszkowatych wskutek osłabienia ruchu krtani ku przodowi;
– wydłużony czas transportu kęsa w obrębie gardła.

Na wymienione trudności mogą nakładać się nieprawidłowości anatomiczne, urazy lub blizny w obrębie twarzy, jamy ustnej i gardła[7].

5. Ocena dysfagii

Do opisu głębokości zaburzeń połykania można posłużyć się skalą rekomendowaną przez the American Speech-Language-Hearing Society[8].

Skala nasilenia dysfagii (*Swallowing Rating Scale*)

0 – pacjent nie może być testowany (np. z powodu ciężkiego stanu ogólnego);
1 – połykanie niefunkcjonalne;
2 – połykanie możliwe, ale zdezorganizowane i/lub opóźnione, niezapewniające zaspokojenia potrzeb pokarmowych;
3 – połykanie zaburzone, niemożliwe zaspokojenie potrzeb pokarmowych, potrzebna pomoc przy jedzeniu;
4 – zaburzenia połykania, ale możliwe jest zaspokojenie potrzeb żywieniowych, chociaż wymagana jest kontrola oraz wykorzystanie technik wspomagających;
5 – połykanie funkcjonalne, możliwe zaspokojenie potrzeb żywieniowych, chociaż potrzebne jest użycie technik samokontroli; pacjent może sporadycznie potrzebować wskazówek i stosowania odpowiednich technik przyjmowania pokarmu;

[7] P. Nam-Jong, *dz. cyt.*
[8] Tamże.

6 – połykanie jest funkcjonalne przez większość czasu, chociaż sporadycznie mogą zdarzać się drobne nieprawidłowości; czynność jedzenia może wymagać dłuższego czasu;

7 – połykanie w normie w każdej sytuacji.

Jeżeli połykanie diagnozowane jest metodą wideofluoroskopii pomocna jest **Skala do Oceny Dysfagii** (*Dysphagia Severity Rating Scale*)[9].

0 – normalny mechanizm połykania;

1 – **minimalna dysfagia** – badanie wideofluoroskopowe uwidacznia drobne zaburzenia normalnego połykania; pacjent może zgłaszać zmianę odczuć podczas połykania; nie wymaga zmiany diety;

2 – **łagodna dysfagia** – obecna dysfagia ustno-gardłowa; przypuszczalnie potrzebne są specyficzne wskazówki co do sposobu połykania; może być zalecana nieznaczna modyfikacja konsystencji pokarmów;

3 – **łagodna/średnia dysfagia** – istnieje możliwość aspiracji, ale maleje przy stosowaniu specyficznych technik połykania oraz modyfikacji diety; czas jedzenia istotnie wydłużony; może być zalecane żywienie uzupełniające;

4 – **średnia dysfagia** – istnieje możliwość aspiracji; ślad aspiracji przy jednej lub kilku konsystencjach (badanie wideofluoroskopowe); pacjent może spożywać pewne pokarmy przy użyciu specyficznych technik dla zminimalizowania potencjalnej aspiracji i/lub utorowania połykania; zalecana jest obserwacja i pomoc podczas posiłków; może być zalecone uzupełniające żywienie doustne lub przez sondę;

5 – **średnia/ciężka dysfagia** – pacjent aspiruje 5-10% pokarmów spośród większości konsystencji z ryzykiem aspiracji wszystkich konsystencji; możliwość aspiracji zmniejsza się przy zastosowaniu specyficznych wskazówek do połykania; brak odruchu kaszlowego lub odruchu obronnego krtani; zalecane utrzymanie żywienia alternatywnego; jeśli występują problemy z układem oddechowym zaleca się zaniechanie żywienia oralnego;

6 – **ciężka dysfagia** – ponad 10% aspiracji przy wszystkich konsystencjach pokarmów; zaleca się zaniechanie żywienia oralnego.

W literaturze dotyczącej dysfagii popularna jest krótka, czteropunktowa skala:

0 – nie występuje dysfagia;

1 – lekka dysfagia;

2 – średnia dysfagia;

3 – ciężka dysfagia;

Skala ta jednak jest na tyle ogólna, że jej stosowanie wymaga często dodatkowego opisu.

[9] M. Prosiegel (Hrsg), *Praxisleitfaden ... dz. cyt.*

6. Terapia

Aby zapobiegać wystąpieniu trudności w połykaniu lub ograniczyć ich występowanie, stosuje się, poza leczeniem choroby podstawowej, różne oddziaływania terapeutyczne.

Oddziaływania medyczne mogą mieć charakter kompensacyjny – na przykład założenie sondy nosowo-żołądkowej – jest to rozwiązanie powszechnie stosowane, ale krótkotrwałe i nieusprawniające połykania.

Przy ciężkiej dysfagii stosuje się chirurgiczny zabieg przeprowadzenia sondy przez powłoki brzuszne i umieszczenia bezpośrednio w żołądku (PEG przezskórna endoskopowa gastrostomia). Jest to rozwiązanie pozwalające na stosowanie innych metod terapii z zabezpieczeniem odpowiedniego odżywienia i nawodnienia. Inne działania medyczne, zmierzają do złagodzenia deficytów powodujących dysfagię, np. stosowanie leków normalizujących napięcie mięśniowe, stymulacji elektrycznej, czy też zabiegów operacyjnych.

Oddziaływania terapeutyczne obejmują kilka obszarów treningu:

- przyjmowanie właściwej postawy ciała przy posiłkach,
- uczenie chorego specjalnych technik połykania,
- modyfikacje podawanych pokarmów i dostosowanie sprzętów wykorzystywanych przy posiłkach,
- stosowanie specjalnych ćwiczeń oddechowych, głosowych lub usprawniających mięśnie i poprawiających koordynację.

Wszystkie powyższe działania mogą być ze sobą łączone i składają się na indywidualny program dostosowany dla pacjenta – zależnie od jego dysfunkcji.

Pozycja ciała

Właściwa postawa przy posiłkach to pozycja siedząca z wyprostowaną szyją. Głowa powinna być w osi ciała, nie skręcać się na boki, nie odchylać w górę ani zanadto w dół. Bezpieczniejsze jest zbliżenie brody do klatki piersiowej.

Jeżeli chory nie je samodzielnie, powinien móc widzieć posiłek, który spożywa, ponieważ bodźce wzrokowe działają stymulująco na chęć jedzenia i odruch połykania.

Ponadto możliwość kontaktu wzrokowego osoby karmiącej i pacjenta jest ważna, by dostosować tempo i wielkość kęsów, dać wskazówki do właściwego połykania lub pomóc w razie potrzeby. Tempo karmienia należy bezwzględnie dostosować do możliwości chorego i upewnić się, że poprzedni kęs został połknięty, zanim poda się następny. Jeżeli pokarm długo zalega lub nie został połknięty w całości, można podać zamiast następnej porcji pustą łyżkę, stymulując do podjęcia procesu połykania.

Niekiedy zaleca się zmianę pozycji dla ułatwienia połykania; np. skręcenie głowy w stronę części ciała z niedowładem w przypadku niedowładów jednostronnych, co ułatwia gardłowy pasaż kęsa i zmniejsza ryzyko zachłyśnięcia przy braku domknięcia krtani. Bardzo rzadko zaleca się odchylenie głowy w tył – tylko wtedy, gdy nie ma ryzyka zakrztuszenia – przy zbyt słabym ruchu nasady języka w kierunku gardła[10].

Techniki ułatwiające połykanie

Stosuje się kilka technik ułatwiających połykanie i takich, które czynią je bezpieczniejszym, zmniejszając ryzyko zachłyśnięcia. Jeżeli występuje kaszel bezpośrednio po połykaniu lub zachłyśnięcie – może to świadczyć o osłabionej ochronie krtani. By temu zapobiec, można stosować tzw. **połykanie nadgłośniowe (*supraglottic*).** Wymaga ona zatrzymania oddechu na czas połykania i odkrztuszenia po przełknięciu, czyli postępowania według schematu:

WDECH – ZATRZYMANIE POWIETRZA – POŁKNIĘCIE (jeżeli trzeba z odchyleniem głowy w tył lub kilkakrotne przełknięcie) – WYDECH Z ODKSZTUSZENIEM – WDECH. Technika ta może być również zalecana przy osłabionym ruchu języka ku tyłowi.

Kolejna technika to tzw. **manewr Mendelsona**, który polega na świadomym przedłużeniu uniesienia krtani w trakcie połykania.

Obie opisane techniki wymagają samokontroli i dobrej współpracy ze strony pacjenta, nie mogą więc być zalecane wszystkim chorym. Natomiast jeśli problem w połykaniu dotyczy uczucia zalegania lub gdy potrzeba więcej niż jednego przełknięcia, by połknąć jeden kęs, należy wzmacniać pracę gardła i tylnej części języka (nasady) specjalnymi ćwiczeniami. Te ćwiczenia to:

- połykanie ze zwiększoną siłą;
- głośne połykanie;
- połykanie **super nadgłośniowe** (***supersupraglottic*)**: to metoda z zatrzymaniem powietrza i dodatkowo z silnym podparciem oburącz na siedzeniu (niestety nie może być stosowana przy niedowładach jednostronnych).

Modyfikacja pokarmów

Konsystencja i temperatura posiłków mają istotne znaczenie dla procesu połykania, mogą działać stymulująco lub utrudniać połykanie. Można je różnie **modyfikować**. Najłatwiej połykać pokarmy o półpłynnej gęstej jednolitej konsystencji, takie jak gęsty jogurt. Jeżeli więc pacjent często kaszle przy piciu płynów, należy je **zagęszczać** (można stosować kisiel do zagęszczania soków, agar lub specjalne preparaty zagęszczające dostępne w aptekach, np.

[10] P. Nam-Jong, *dz. cyt.*

Nutriton), a także unikać rzadkich płynów, takich jak woda, herbata oraz niejednolitych, jak kompot z owocami. Pokarmy i płyny o rzadkiej konsystencji przedostają się bardzo szybko z jamy ustnej do gardła, więc w przypadku trudności w koordynacji połykania i oddychania mogą prowadzić do zachłyśnięcia. Osoby ze zwolnionym tempem połykania w fazie ustnej również mogą mieć trudności z rzadkimi płynami.

W przypadku zaburzeń czucia w obrębie krtani reakcja obronna w formie kaszlu może się nie pojawić, nie znaczy to jednak, że połykanie przebiega prawidłowo. Symptomem przedostania się pokarmów lub płynów do krtani (aspiracji) jest wyraźna zmiana głosu po przełknięciu (staje się mokry i bardziej chrapliwy). Lekarz lub terapeuta może ocenić połykanie, osłuchując szyję pacjenta i oceniając zmianę barwy głosu.

Problemy z połykaniem mogą dotyczyć też pokarmów stałych. Dzieje się tak, kiedy sprawność warg, policzków, żuchwy i języka jest niewystarczająca do przygotowania i przesunięcia kęsa z jamy ustnej do gardła. Problem stanowią pokarmy twarde, suche, sypkie (np. ryż) i kruszące się (wafle, paluszki). Należy unikać takich pokarmów, a dietę zestawić z **miękkich potraw o jednolitej konsystencji** (np. ziemniaki purée, miękkie gotowane warzywa, mielone mięso, budyń, jogurt, galaretka).

Większości osób z dysfagią łatwiej połykać pokarmy i płyny zimne lub bardzo ciepłe. **Wyrazisty smak i temperatura** działają korzystnie ponieważ poprawiają czucie w obrębie jamy ustnej i gardła[11].

Sposób podawania pokarmu może ułatwiać proces połykania. Porcje nie powinny być zbyt duże. Jednorazowy kęs o objętości płaskiej dużej łyżki jest optymalny. Zbyt mała porcja rozprasza się w ustach i nie wywiera nacisku na język i łuki podniebienne, więc nie prowokuje odruchu połykania. Należy zadbać o to, by nakładać porcje na środek języka (jeżeli język jest porażony – to na zdrową stronę) i by, karmiąc łyżką, kierować ją na wprost do jamy ustnej, lekko naciskać na język i wyjmować stromo w górę. Jeśli pokarm zalega w ustach, stosuje się tzw. „podwójne połykanie", instruując pacjenta, by przełknął ponownie lub sprowokować to, podając pustą łyżkę. Łyżka do karmienia powinna być duża, płaska o gładkich zaokrąglonych brzegach.

Trudności często sprawia picie. Jeżeli jest to możliwe, zaleca się picie przez rurkę – ułatwia to kontrolę ilości płynu wprowadzonej jednorazowo do ust. Można stosować specjalne kubeczki z nisko umieszczonym dzióbkiem, po to by chory nie odchylał głowy w tył przy połykaniu, bo zwiększa to ryzyko zachłyśnięcia. Przy mniej nasilonych trudnościach wystar-

[11] J. A. Logemann, *Managemant of dysphagia after stroke*, [w:] *Recovery after Stroke*, ed. M. Barnes, B. Dobkin, J. Boguslavsky, Cambridge 2005.

czy picie z filiżanki z wywiniętym brzegiem – powinna ona zawsze być pełna, by nie zmuszać do odchylania głowy.

NIEWSKAZANE są kubeczki z dzióbkiem w pokrywce i butelki, ponieważ wymuszają nieprawidłową pozycję przy połykaniu.

Pacjenci z dysfagią czasem skarżą się na **nadmierne ślinienie,** nie zawsze przyczyną jest nadmierna produkcja śliny – częściej utrudnione jej połykanie. Zmiana pozycji ciała, ćwiczenia poprawiające domknięcie żuchwy i ust oraz celowe częstsze połykanie mogą zmniejszyć problem ślinienia.

Niekiedy zaleca się stosowanie pokarmów o cechach wysuszających błonę śluzową, takie właściwości mają: sok jabłkowy, żurawinowy, ananasowy oraz z czerwonych grapefruitów (sok naturalny, niesłodzony). Można ich użyć do pędzlowania jamy ustnej, płukania lub jako napoje. Zaleca się również ssanie plasterków surowego imbiru lub cytrynowych cukierków bez dodatku cukru (produkt dla diabetyków).

W ciężkich przypadkach, np. u chorych ze stwardnieniem bocznym zanikowym, zalecone może być stosowanie leków, np. trójcyklicznych antydepresantów, atropiny lub skopolaminy. Stosuje się również zastrzyki z botuliny do ślinianek podżuchwowych lub jednorazowe ich napromienianie dawką 8-10 G, lub też zabiegi operacyjne przecięcia nerwów unerwiających ślinianki, usunięcie ślinianek podżuchwowych lub przemieszczenie ich przewodów do nisz migdałków[12].

7. Ćwiczenia usprawniające

Terapeuta (neurologopeda) po zdiagnozowaniu problemu zaleci **stosowanie odpowiednich ćwiczeń usprawniających narządy jamy ustnej, gardła oraz specjalne ćwiczenia głosowe i oddechowe usprawniające krtań**[13].

Powinny być one indywidualnie dobrane dla każdego pacjenta.

Ćwiczenia usprawniające wargi, np.:

- silne zwarcie (usta płaskie);
- silne zwarcie (usta zwężone);
- wciąganie powietrza przez słomkę;
- dmuchanie przez słomkę;
- utrzymywanie powietrza w policzkach – wargi zwarte;
- cmokanie i gwizdanie.

[12] G. Bartolome, *Schluckstoerungen. Diagnostik und Rehabilitation*, München 1999.
[13] J. A. Logemann, *dz. cyt.*

Ćwiczenia usprawniające język:

- mlaskanie;
- uderzanie językiem o podniebienie;
- wypychanie językiem policzków;
- wypychanie językiem górnej i dolnej wargi (utrzymując domknięte usta);
- wysuwanie języka do przodu;
- unoszenie języka do górnych zębów;
- ćwiczenie nasady języka poprzez przygryzienie czubka języka zębami i próby silnego połknięcia z utrzymaniem tej pozycji.

Ćwiczenia poprawiające sprawność policzków:

- utrzymywanie powietrza lub wody w policzkach – w obu jednocześnie lub w policzku po zdrowej stronie (wymusza to napięcie drugiego policzka i wzmocnienie mięśni);
- wciąganie policzków przez zasysanie do wewnątrz jamy ustnej;
- przetaczanie powietrza lub wody z jednego policzka w drugi;
- wypychanie językiem policzków;

Usprawnienie funkcji żucia (poprawia również napięcie policzków):

- ruchy opuszczania i unoszenia żuchwy;
- ruch opuszczania z pokonaniem oporu (dłoń pod brodą);
- zamykanie żuchwy z pokonaniem oporu (palec lub szpatułka na dolnych zębach);
- delikatne ruchy żuchwy na boki z zamkniętymi ustami;
- żucie owalnym ruchem;
- nagryzanie zębami trzonowymi szpatułek owiniętych gazą lub wykorzystanie do tego celu specjalnych sprężystych szpatułek.

Ćwiczenia poprawiające funkcję podniebienia:

- utrzymywanie powietrza w policzkach;
- przetaczanie powietrza z jednego policzka w drugi;
- ziewanie z nisko opuszczoną żuchwą;
- kaszel z nisko opuszczoną żuchwą;
- krótkie i gwałtowne wypowiadanie A – A – A lub E – E – E.

Ćwiczenia oddechowe:

- trening prawidłowego toru oddechowego z wypełnieniem dolnych części płuc (ważna praca przepony i mięśni międzyżebrowych);
- głęboki i szybki wdech – powolny wydech;
- trening według schematu: WDECH – PAUZA – WYDECH – PAUZA;

- trening zatrzymania powietrza i gwałtownego wypuszczenia z odkrztuszeniem;
- dmuchanie przeciw oporowi (z wykorzystaniem spirometru lub dmuchanie przez długą rurkę zanurzoną w butelce wody).

Ćwiczenia głosowe:

- wydłużenie fazy fonacji (np. długie mruczenie);
- długa fonacja samogłosek: AAAAAAAAA…, OOOOOOOOO…, UUUUUUUUU…, EEEEEEEEEE…, YYYYYYYYYY…, IIIIIIIII…;
- fonacja samogłosek coraz głośniej;
- zmiana natężenia – na przemian głośno i cicho (AaAaAaAaAa…);
- zmiana wysokości głosu przy mruczeniu;
- zmiana wysokości głosu przy fonacji samogłosek;
- zmiana wysokości głosu – śpiewanie gamy.

Wielokrotne powtórzenia ćwiczeń są konieczne dla wzmocnienia mięśni. Można zaproponować również ćwiczenia z pokarmem nawet pacjentom, którzy nie przełykają, np.: podawanie do ust landrynek lub cząstek owoców owiniętych podwójną gazą. Końce gazy przytrzymuje się, uniemożliwiając niekontrolowane połknięcie pokarmu. Pacjent powinien próbować ssać. Ćwiczenie to usprawnia ruchy języka w płaszczyźnie pionowej i dociskanie języka do podniebienia, co jest istotnym etapem połykania w fazie ustnej.

Podobne ćwiczenie polega na tym, że pacjent ma za zadanie przekładanie językiem porcji pokarmu owiniętej w gazę naprzemiennie na stronę lewą i prawą. Usprawnia się w ten sposób ruchy boczne i rotacyjne języka; ćwiczenie jest wskazane również przy jednostronnych niedowładach policzka (porażenie nerwu twarzowego), gdyż często po stronie niedowładu zalega pokarm.

Żucie można trenować, np.: podając na powierzchnię zębów trzonowych owinięte w gazę twarde pokarmy (skórki chleba, plasterki suchej kiełbasy, „żelki"). Jeżeli pacjenci nie mają dużych trudności w połykaniu, a zaburzenia dotyczą tylko fazy ustnej, trening z pokarmem może być prowadzony bez umieszczania kęsa w gazie.

8. Specjalne metody stymulacji

- **stymulacja dotykowo-termiczna** (*tactile-termal stimulation*), która polega na obustronnym bodźcowaniu oziębionym lusterkiem krtaniowym lub lodową sztabką dolnej części przednich łuków podniebiennych. Ma to na celu przyspieszenie wystąpienia odruchu połykania poprzez stymulację czuciową;

- **głęboka neuromięśniowa stymulacja gardła** (*deep pharyngeal neuromuscular stimulation*) jest programem wykorzystującym stymulację sensoryczną dla wywołania reakcji motorycznej poprawiającej połykanie w fazie gardłowej. Stymulowane są trzy miejsca za pomocą zamrożonych szpatułek glicerynowo-cytrynowych. Gorzki smak stosowany w stymulacji tylnej części języka powoduje cofanie się nasady języka. Pobudzenie dotykowe miękkiego podniebienia powoduje jego unoszenie. Trzecie miejsce stymulacji to przedni i środkowy zwieracz gardła, którego pobudzenie stymuluje perystaltykę gardła i otwarcie pierścienno-gardłowe;
- **pobudzanie odruchu gardłowego** poprzez stymulację łuków podniebiennych;
- **zmniejszanie odruchu gardłowego** poprzez stały nacisk szpatułką na język, co przyspiesza jego cofanie do jamy ustnej;
- **masaż** stymulujący lub rozluźniający mięśnie biorące udział w procesie połykania – zależnie od potrzeb.

Powyższe rodzaje stymulacji mogą być wykonywane przez wyszkolonych terapeutów (np. neurologopedów).

Bibliografia

Bartolome G., *Schluckstoerungen. Diagnostik und Rehabilitation*, München 1999.

Gates J., Hartnell G., Gramigna G., *Videofluoroscopy and Swallowing Studies for Neurologic Disease*, artykuł dostępny w czasopiśmie internetowym zamieszczonym na stronie http://radiographics.rsna.org/content/26/1/e22 [dostęp z dnia 16.11.2009 r.].

Kokot F., *Choroby wewnętrzne*, Warszawa 1991.

Logemann J. A., *Managemant of dysphagia after stroke*, [w:] *Recovery after Stroke*, ed. M. Barnes, B. Dobkin, J. Boguslavsky, Cambridge 2005.

Nam-Jong P., *Dysphagia*, artykuł dostępny w czasopiśmie internetowym zamieszczonym na stronie www.emedicine.com [dostęp z dnia 16.11.2009 r.].

Prosiegel M., (Hrsg), *Praxisleitfaden Dysphagie*, Bad Homburg 2002.

Prosiegel M. et al., *Neurologische Schluckstoerungen*, „Aktuelle Neurologie", 24/1997.

Wiskirska-Woźnica B., *Zaburzenia połykania w praktyce lekarza rodzinnego*, „Nowa Medycyna – Adiologia I" 99 (3)/2000.

Wojtczak, A., *Choroby wewnętrzne*, t. 2, Warszawa 1995.

Jolanta Bujak-Lechowicz
Uniwersytet Humanistyczno-Przyrodniczy
Piotrków Trybunalski

Wybrane determinanty emisji głosu i trzy sposoby pracy nad kształtowaniem własnego głosu

Streszczenie:

Artykuł składa się z dwóch części. W pierwszej części przedstawiam podstawowe wyznaczniki dobrej emisji: nastrój, tempo mówienia, poprawną wymowę, cechy głosu, postawę ciała. W drugiej części zaś proponuję ćwiczenia z emisji głosu metodą zabawy, piosenek i przysłów.

Słowa kluczowe: emisja głosu, ćwiczenia emisyjne

Abstract:

Article consists of two parts. In the first part I am presenting basic determinants of good mood, pace of emissions, correct pronunciation, features voice, and body posture. In the second part and I propose that exercises in the voice emission in plays, songs and proverbs.

Key words: broadcast voice, exercises emission

Wprowadzenie

Zadanie, jakie sobie postawiłam, pisząc niniejszy artykuł, jest złożone, ponieważ dotyczy podwójnego opisu zjawisk ważnych w emisji głosu oraz wiąże się ze stroną praktyczną, czyli dydaktyczną, w której następuje odniesienie do konkretnych zajęć zaproponowanych przeze mnie. Artykuł nie bez powodu składa się z dwóch części. Pierwsza jest poświęcona wybranym determinantom, czynnikom warunkującym emisję głosu. Z kolei w drugiej części artykułu przedstawię własne propozycje zajęć z emisji głosu z wykorzystaniem dramy, piosenki i przysłów.

1. Istotne determinanty z zakresu emisji głosu

Ostatnie lata wyraźnie pokazują, jak ważne jest dla każdego człowieka to, w jaki sposób mówi i się zachowuje[1]. Mowa werbalna i niewerbalna są ze sobą ściśle powiązane. Przecież tak często wiele treści wyrażamy poprzez gest, mimikę, ożywioną gestykulację, a dopiero później wypowiadamy słowa, zdania, które dopełniają naszą wypowiedź. Podejmując się rozważań z zakresu emisji głosu, chciałabym zaproponować, w jaki sposób można pracować nad własnym głosem, by brzmiał pięknie, melodyjnie i nie był nasycony różnego rodzaju błędami, które często czynią naszą wypowiedź śmieszną.

Przeglądając ćwiczenia przeznaczone dla osób studiujących emisję głosu, zauważyłam, że są one dosyć schematyczne, gdyż odnoszą się jedynie do ćwiczeń oddechowych, fonacyjnych itp. Owszem te ćwiczenia są ważne, ale nie można na nich poprzestać i trzeba też powiedzieć wprost, że one wcale nie wystarczają, by nasz głos był właściwie ustawiony i potrafił nam służyć tyle czasu, ile wymaga tego dana sytuacja, np. podczas wykładu, wygłaszanego referatu, przedstawianej autoprezentacji, czy podczas zwykłych codziennych **spotkań komunikacyjnych**, w których uczestniczymy. Czego zatem należy unikać, by nie nadwyrężać strun głosowych przy mówieniu?

Niewątpliwie trzeba spełnić kilka warunków, by głos, którym się posługujemy, pozwolił nam wyrażać się i delektować się mówieniem. To swoiste rozkoszowanie się mową jest o tyle ważne, że zjednuje nam przychylność odbiorców. Im bardziej ujmujący głos, dobrze ustawiony, im bardziej prawidłowe akcentowanie słów, treści w zdaniu i poprawne przestankowanie, tym większe zrozumienie i lepszy odbiór wypowiedzi. Będąc mówcami, prelegentami, zawsze dążymy do osiągnięcia zamierzonego celu. Celem zazwyczaj jest czytelność i obrazowość naszego wywodu. Mówiąc o determinantach, czyli czynnikach, które warunkują dobrą emisję głosu, mam na myśli przede wszystkim sposób akcentowania wyrazów, zdań, sposób przestankowania i zwracanie uwagi na funkcje, wyraźność i wyrazistość – elementy, które pojawiają się w słowie, zdaniu, tekście.

Omawiając zagadnienie akcentu, skupię się na akcencie wyrazowym i akcencie zdaniowym. Według Tomasza Karpowicza **akcent wyrazowy** polega na mocniejszym, głośniejszym wymówieniu pewnej sylaby wyrazu, która zostaje wyróżniona (w języku polskim jest to

[1] Por. J. Bujak-Lechowicz, *Emisja głosu wśród przyszłych nauczycieli – przyczynek do dyskusji*, [w:] *Kształcenie kandydatów na nauczycieli*, pod red. T. Gumuły, T. Dyrdy, Kielce 2006; J. Bujak-Lechowicz, E. Polański, *Poprawność ortograficzna i interpunkcyjna a komputer*, [w:] *Współczesna polszczyzna stan, perspektywy, zagrożenia*, pod red. Z. Cygal-Krupy, Kraków–Tarnów 2007; J. Bujak-Lechowicz, *Leksykon emisji głosu wraz z ćwiczeniami dla kierunków pedagogicznych*, Piotrków Trybunalski 2010 (w druku).

akcent wyrazowy stały, w zdecydowanej większości wyrazów pada na przedostatnią sylabę[2]. Przykładem akcentu wyrazowego mogą być wyrazy zaznaczone w wierszu *Dziwna rymowanka* Jerzego Ficowskiego.

Pewien żarłok **nienażarty**
raz wygłodniał nie **na żarty**
i wywiesił szyld **na płocie**,
że ochotę ma **na płocie**.
Tutaj na brak ryb **narzeka**,
bo daleka rybna **rzeka**.
Więc się zgłosił pewien **żebrak**
i rzekł żarłokowi, **że brak**
płoci, karpi oraz **śledzi**,
ale rzeki pilnie **śledzi**
i gdy tylko będzie **w stanie**,
to o świcie z łóżka **wstanie**,
po czym ruszy na **Pomorze**
i w zdobyciu ryb **pomoże**...
odtąd żarłok nasz **jedynie**
zamiast smacznych ryb **je dynie**.

Wybrany wiersz można przeczytać w barwie ciepłej, zimnej, lekkiej, ciężkiej[3]. **Akcent zdaniowy** wyróżnia wyraz w zdaniu. Sprawdzając akcent zdaniowy, można posiłkować się wierszem *Dziwy* Tadeusza Kubiaka.

Patrzcie, to bardzo
wysoka szafa.
Mogłaby w szafie
mieszkać żyrafa.
W wielkich szufladach
starej komody
żyłby z rodziną
groźny krokodyl.
Na żyrandolu,
gdzieś u pułapu,

[2] T. Karpowicz, *Kultura języka polskiego. Wymowa, ortografia, interpunkcja*, Warszawa 2009, s. 26.
[3] Por. M. Mikuta, *Kultura żywego słowa*, Częstochowa 2001.

bujałoby się
stado pstrych papug.
W wannie, do morskiej
podróży skory
parskałby głośno
srebrny wieloryb.
Spełniłyby się
wszystkie te dziwy,
gdyby zakwitły
różą pokrzywy.

Błędne akcentowanie prowadzi do niezrozumienia wypowiedzi, a czasem nawet do ośmieszenia mówiącego.

Drugim ważnym czynnikiem dobrego mówienia jest **poprawne stosowanie przestankowania**, tj. zatrzymywania się tam, gdzie jest przecinek, dwukropek, kropka. **Przecinek** wprowadza harmonię w każdej wypowiedzi (pauza logiczna). Ponadto zasady przestankowania pozwalają złapać oddech, tj. na chwilę odpocząć od mówienia, przetworzyć wcześniej usłyszaną sekwencję zdaniową, przemyśleć ciąg dalszy wypowiedzi. Niewłaściwe przestankowanie powoduje rozproszenie odbiorcy, co z kolei często przyczynia się do niezrozumienia usłyszanej wypowiedzi, a co za tym idzie do zakłócenia aktu komunikacyjnego, tj. **cel wypowiedzi nie zostaje osiągnięty**. Dla przykładu przywołam anegdotę. W pewnej depeszy źle wstawiono kropki. W rezultacie zamiast komunikatu: *Farmerzy***.** *Bydło zdycha***.** *Burmistrz zakazał mięsa z niego jeść.* Otrzymano tekst: *Farmerzy bydło***.** *Zdycha burmistrz***.** *Zakazał mięsa z niego jeść.* Przytoczę jeszcze jeden przykład z życia, autentyczny. Tutaj brak przecinka mógł mieć znacznie poważniejsze konsekwencje. Mam tu na myśli rozkaz, jaki wydano podczas pacyfikacji kopalni „Wujek". Dowódca plutonu pytał komendanta milicji, czy może użyć broni, czy ma czekać na rozkaz. Odpowiedź brzmiała: *Nie,* (przecinek) *czekaj na rozkaz.* Przecinek w tym zdaniu wyglądał jednak inaczej niż pozostałe znaki. Powstały wątpliwości, czy nie został dopisany później. Niewykluczone, że przecinka wcześniej nie było. Jeśli tak, to brak przecinka mógł zadecydować o życiu dziewięciu górników. Zdania z przecinkiem lub bez przecinka: *Nie, czekaj na rozkaz* oraz *Nie czekaj na rozkaz* mogły wywołać odmienne zachowania milicyjnego plutonu[4]. To drastyczny przykład, jak obecność lub brak przecinka w sposób zasadniczy zmienia sens zdania.

[4] Por. J. Bujak-Lechowicz, E. Polański, *Poprawność ortograficzna i interpunkcyjna a komputer*, [w:] *Współczesna polszczyzna stan, perspektywy, zagrożenia*, pod red. Z. Cygal Krupy, Kraków–Tarnów 2007, s. 114.

Na uwagę zasługuje również **wymowa głosek nosowych**. Mówiąc o nich, wchodzimy na teren badań pokrewny emisji głosu, a mianowicie na obszar **fonetyki** lub **kultury żywego słowa,** w który wpisane jest poprawne, staranne mówienie, uwzględniające normę ogólną polszczyzny. Zdarza się, że mówiący podkreśla przesadnie obecność samogłosek nosowych. Takie zjawisko nosi nazwę **hiperpoprawności** i objawia się w następujący sposób: *ręce* użytkownik języka mówi: *r**ę**ce* zamiast *r**en**ce* (wymowa); *pączek – p**ą**czek* zamiast *p**on**czek*; *szczęście-szcz**ę**ście* zamiast *szcz**ei**ście* (wymowa); *chcą – chc**ą*** zamiast ***chcę*** (wymowa); *z matką – tym matkom* (wymowa zgodna z zapisem ortograficznym), *droga matko.*

Emisja głosu wymaga również nastroju wypowiedzi, dostosowania tempa wypowiedzi, dobrej dykcji, modulowania głosu i odpowiedniej postawy ciała. Nastrój wypowiedzi może być pogodny, smutny, romantyczny, gawędziarski, groteskowy, realistyczny (najbliższy życiu codziennemu). Tempo wypowiedzi jest wolne, umiarkowane i szybkie. Zróżnicowanie wypowiedzi pozwala zdynamizować ją i uczynić ciekawą. Zależne jest ono od treści, jaką wypowiadamy. Inaczej mówimy, gdy zachwycamy się pięknem, dobrem, a inaczej, gdy przedmiotem opisu czynimy brzydotę, zło. Dykcja uwzględnia wspomniany wcześniej akcent, przestankowanie, w tym też pauzy psychologiczne, które mają zaskoczyć słuchaczy, ponadto odpowiedni rytm i rym, w szczególności otwarcie się na samogłoski, które są nośnikiem znaczenia. Dopełnieniem dobrej emisji głosu jest panowanie nad głosem (prawidłowe oddychanie), dążenie do tego, by był silny, wyraźny, modulowany. Ważnymi elementami emisji głosu są mimika (czuwamy nad mimiką twarzy, czoła, nosa, ust), gesty (panowanie nad nadmierną gestykulacją), postawa ciała (wyprostowana, swobodnie ułożone ręce wzdłuż ciała, stopy w lekkim rozkroku, podbródek równolegle do podłogi, kontakt wzrokowy z odbiorcami).

Po omówieniu wybranych, ale uważam, że bardzo ważnych determinantów emisji głosu, przejdę do opisu praktycznego, przedstawiając własne propozycje zajęć metodą dramy, zajęć, w których wykorzystuję piosenki i przysłowia.

II. Propozycje zajęć z emisji głosu

Przez **dramę** rozumiem *fikcyjną, wyobrażeniową sytuację, która powstaje, gdy kilka osób we wspólnej przestrzeni przedstawia coś, co nie jest w danym czasie obecne, używając jako środków wyrazu swoich ciał i głosów*[5]. Proponuję uczestnikom zajęć, by pracowali w grupach. Uwzględniając rodzaj głosu, tj. szept, półgłos, głos pełny, krzyk, falset, także

[5] Por. A. Dziedzic, J. Pichalska, E. Świderska, *Drama na lekcjach języka polskiego*, Warszawa 1995, s. 8.

barwę uczuciową ciepłą/zimną, lekką/ciężką, jasną/ciemną, miękką/twardą, proszę, by przygotowali scenkę przedstawiającą miłość szaleńczą. Oto rezultat przygotowań.

PÓŁGŁOS (barwa jasna, ciemna)

Miłość jest szalona jak piórko na wietrze. Miłość jest niepokornie targana namiętnościami ludzkiej istoty. Miłość jest nieokiełznana jak gramatyka kontrastywna.

KRZYK (barwa twarda, zimna)

Jak mogłeś, nikczemny! Wbiłeś mi nóż w serce bez litości! I przekręciłeś!

Tak bardzo Cię kocham, zrobiłabym wszystko dla Ciebie. I co mam w zamian? Cierpienie, łzy, nieprzespane noce...

Już dłużej tak nie mogę. Kończę ze sobą.

SZEPT (barwa ciepła, lekka)

1. *Niepewność* A. Mickiewicz

Gdy Cię nie widzę, nie wzdycham, nie płaczę.
Nie tracę zmysłów, kiedy Cię zobaczę.
Jednakże, gdy Cię długo nie oglądam
Czegoś mi brakuje, kogoś widzieć żądam
I tęskniąc sobie zadaję pytanie:
Czy to jest przyjaźń, czy to jest kochanie?

2. *Dla Ciebie* Myslovitz

Dla Ciebie mógłbym zrobić wszystko.
Dla Ciebie zamknąłbym się w klatce.
Ref. Naprawdę na dużo mnie stać

Dla Ciebie żyję na niebie tle.
Dla Ciebie czuję, że nie mogę biec.

Ref. Naprawdę na dużo mnie stać

3. Zakochałam się w Tobie do nieprzytomności.

Od tej pory myślę tylko o Tobie.
Ciągle czuję zapach żelu na Twoich włosach, gdy stoisz w kolejce po bułki.
Szaleję za Tobą. Musimy być razem.

4. Zaczekaj! Zawsze chciałem Ci to powiedzieć!
Nie mogę bez Ciebie żyć!
Kocham Cię!

5. Jesteś dla mnie wszystkim: niebem, ziemią, wodą, powietrzem i ogniem.
Ty jesteś spełnieniem moich marzeń.
Kocham Cię!
Kocham Cię!!

6. Jesteś dla mnie jak rodzynka...
Taka słodka?
Nie! Taka pomarszczona.

Przejdźmy do przedostatniej części artykułu, w której przedstawię piosenki w moim odczuciu dobre do prowadzenia zajęć z emisji głosu. Wykorzystuję teksty Agnieszki Osieckiej. Uważam bowiem, że są one nie tylko melodyjne, nastrojowe, bogate w samogłoski, które są nośnikiem emocji, dlatego decydują, podobnie jak spółgłoski o poprawnej wymowie. Dla przykładu przywołuję piosenki:

Niech żyje bal

Życie, kochanie, trwa tyle co taniec,
fandango, bolero, bibop,
manna, hosanna, różaniec i taniec,
i jazda, i basta, i stop.
Bal to najdłuższy, na jaki nas proszą,
nie grają na bis, chociaż żal,
zanim więc serca upadłość ogłoszą –
na bal, marsz na bal!
Szalejcie aorty, gdy idę na korty,
roboto, ty w rękach się pal,
miasta nieczułe, mijajcie jak porty,
bo życie, bo życie to bal.

Bufet, jak bufet, jest zaopatrzony,
zależy, czy tu, czy gdzieś tam,
tańcz, póki żyjesz, i śmiej się do żony,
i pij zdrowie dam...
Niech żyje bal,
bo to życie to bal jest nad bale,
niech żyje bal,
drugi raz nie zaproszą nas wcale,
orkiestra gra,
jeszcze tańczą i drzwi są otwarte,
dzień wart jest dnia
i to życie zachodu jest warte
Chłoporobotnik i boa-grzechotnik
z niebytu wynurza się fal,
widzi swą mamę i tatę, i żonkę
i rusza, wyrusza – na bal.
Sucha kostucha, ta Miss Wykidajło
wyłączy nam prąd w środku dnia,
pchajmy więc taczki obłędu jak Byron,
bo raz mamy bal!
Niech żyje bal,
bo to życie to bal jest nad bale,
niech żyje bal,
drugi raz nie zaproszą nas wcale,
orkiestra gra,
jeszcze tańczą i drzwi są otwarte,
dzień wart jest dnia
i to życie zachodu jest warte!

Wielka woda

Trzeba mi wielkiej wody,
tej dobrej i tej złej.
Na wszystkie moje pogody,
na niepogody duszy mej –

trzeba mi wielkiej drogi
wśród wiecznie młodych bzów...
Na wszystkie moje złe bogi
i niebogi z moich snów.
Oceanów mrukliwych
i strumieni życzliwych,
czarnych głębin niepewnych
i opowieści rzewnych...
Drogi biało-srebrzystej,
dróżki nieuroczystej,
piachów siebie niepewnych
i ptasich rozmów śpiewnych...
I tylko taką mnie ścieżką poprowadź,
gdzie śmieją się śmiechy w ciemności
i gdzie muzyka gra, muzyka gra.
...nie daj mi, Boże, broń Boże, skosztować
tak zwanej życiowej mądrości,
dopóki życie trwa,
póki życie trwa.
Trzeba mi wielkiej wody,
tej dobrej i tej złej.
Na wszystkie moje pogody,
i niepogody duszy mej -
trzeba mi wielkiej psoty,
trzeba mi psoty, hej...
Na wszystkie moje tęsknoty,
ochoty duszy mej.
Wielkich wypraw pod Kraków,
długich rozmów rodaków,
wysokonogich lasów
i bardzo dużo czasu.
I tylko taką mnie ścieżką poprowadź,
gdzie śmieją się śmiechy w ciemności
i gdzie muzyka gra, muzyka gra.

...nie daj mi, Boże, broń Boże, skosztować
tak zwanej życiowej mądrości,
dopóki życie trwa,
póki życie trwa.
I tylko taką mnie ścieżką poprowadź,
gdzie śmieją się śmiechy w ciemności
i gdzie muzyka gra, muzyka gra.
...nie daj mi, Boże, broń Boże, skosztować
tak zwanej życiowej mądrości,
dopóki życie trwa,
póki życie trwa.
I tylko taką mnie ścieżką poprowadź,
gdzie śmieją się śmiechy w ciemności
i gdzie muzyka gra, muzyka gra.
...nie daj mi, Boże, broń Boże, skosztować
tak zwanej życiowej mądrości,
dopóki życie trwa,
póki życie trwa.

Obie piosenki A. Osieckiej wykorzystuję w następujący sposób. Proszę uczestników zajęć (indywidualnie) o interpretację głosową. Pamiętając o prawidłowym oddychaniu (wydłużanie fazy wydechu), kontrolujemy dykcję, w tym też tempo mówienia, panujemy nad embolofrazjami, tj. niepotrzebnymi wtrętami typu: eee, yyy, iii.

Przed nami ostatnia część artykułu, a mianowicie odniesienie się do przysłów, które ułatwiają dobrą emisję głosu. Wybrałam przysłowia, które odnoszą się do życia człowieka, stanów, uczuć, wartości, czyli tego, co jest jemu najbliższe[6]. Przywołajmy je w tej chwili:

Człowiek (*Być człowiekiem to być odpowiedzialnym*, *Bogaty jest człowiek, dla którego świat jest nieustannym odkrywaniem*);

Młodość i starość (*Młodość ma swoje prawa*; *Młodość musi się wyszumieć*; *Starzy przyjaciele i wina są najlepsze*; *Za młodu żyjesz marzeniem, a na starość wspomnieniem*);

Mówienie i milczenie (*Bezpieczniej jest milczeć niż mówić*, *Dobre słowo nikogo nie urazi*; *Mowa jest obrazem człowieka*, *Poetą człowiek się rodzi*, *mówcą się staje*; *Rozmowa skraca drogę*);

[6] Por. D. W. Masłowscy, *Wielka księga myśli polskiej*, Warszawa 2005; B. Herman, J. Syjud, *Księga przysłów*, Katowice 2002.

Praca i trud (*Pilność jest matką powodzenia, Ćwiczenie czyni mistrza*; *Nauka i cnota są najpewniejszym bogactwem*; *Nauki korzenie są gorzkie, ale owoce są smaczne*);
Szczęściu i nieszczęście (*Lepiej urodzić się szczęściarzem niż bogaczem*; *Los szczęście rzuca, ale nie każdy je łapie*; *Szczęście człowieka oślepia, Śmiałym szczęście sprzyja, Nieszczęścia lub przeciwność losu czynią człowieka mądrzejszym, ale nie bogatszym. Rzadko słodycz bez goryczy*);
Samotność (*Samotność, jaką człowiek może znieść i nie umrzeć, ma granice tak samo, jak napięcie elektryczne*; *Samotność jest przeznaczeniem wszystkich wybitnych umysłów*; *Ludzie pozostają samotni, ponieważ budują raczej ściany, a nie mosty*; *Samotność jest drogą, na której los pragnie prowadzić człowieka ku sobie samemu*). Wybrane przysłowia wyrażamy głosem, modulujemy go i przedstawiamy w dowolnej barwie głosu.

ZAKOŃCZENIE

Zajmując się pracą kształcącą własny głos, nie można zapomnieć o tym, w jaki sposób akcentujemy wyrazy, zdania, w jaki sposób dokonujemy przestankowania i w jaki sposób powinniśmy wymawiać samogłoski nosowe ę, ą. Większe zwrócenie uwagi na te czynniki warunkujące prawidłową emisję głosu wpływa na staranne mówienie, pozwala uniknąć takich sytuacji komunikacyjnych, które będą nieczytelne, trudne w odbiorze. Dlatego też stałe przypominanie o poprawnym akcentowaniu, przestankowaniu, czy wymawianiu samogłosek nosowych, o nastroju wypowiedzi, tempie mówienia, cechach głosu, postawie ciała może przyczynić się do wzrostu świadomości osób mówiących, dla których właściwa emisja głosu stanie się priorytetowa.

Z kolei propozycje zajęć niewątpliwie wskazują na to, jak ważne jest wykorzystanie ćwiczeń dramowych z piosenką i z przysłowiami, gdyż naturalność, poprawność, spontaniczność czyni każdą wypowiedź płynną i efektywną. Pracując nad własnym głosem, możemy osiągnąć jeszcze jeden dodatkowy cel, a mianowicie nasza mowa pozawerbalna będzie współtworzyć całą wypowiedź, czyniąc ją harmonijną i przyjemną w odbiorze, czego mówiącym w każdej ich sytuacji komunikacyjnej życzę, jak również tego, by głos brzmiał ciepło, melodyjnie i nigdy się nie męczył.

Bibliografia

Bujak-Lechowicz J., *Emisja głosu wśród przyszłych nauczycieli– przyczynek do dyskusji*, [w:] *Kształcenie kandydatów na nauczycieli*, pod red. T. Gumuły, T. Dyrdy, Kielce 2006.

Bujak-Lechowicz J., Polański E., *Poprawność ortograficzna i interpunkcyjna a komputer*, [w:] *Współczesna polszczyzna stan, perspektywy, zagrożenia*, pod red. Z. Cygal Krupy, Kraków–Tarnów 2007.

Bujak-Lechowicz J., *Emisja głosu w szkole podstawowej i gimnazjum*, [w:] *Nauczyciel w świecie współczesnym*, pod red. B. Muchackiej, M. Szymańskiego, Kraków 2008.

Bujak-Lechowicz J., *Leksykon emisji głosu wraz z ćwiczeniami dla kierunków pedagogicznych*, Piotrków Trybunalski (w druku).

Bujak-Lechowicz J., *Ćwiczenia z emisji głosu dla kierunków pedagogicznych*, Piotrków Trybunalski (w druku).

Dziedzic A., Pichalska J., Świderska E., *Drama na lekcjach języka polskiego*, Warszawa 1995.

Herman B., Syjud J., *Księga przysłów*, Katowice 2002.

Karpowicz T., *Kultura języka polskiego. Wymowa, ortografia, interpunkcja*, Warszawa 2009.

Kram J., *Zarys kultury żywego słowa*, Warszawa 1988.

Lange K., Sawrycki Wł., Tański P. (red.), *Problematyka tekstu głosowo interpretowanego*, Toruń 2004.

Łastik A., *Poznaj swój głos.... twoje najważniejsze narzędzie*, Warszawa 2002.

Masłowscy D. W., *Wielka księga myśli polskiej*, Warszawa 2005.

Mikuta M., *Kultura żywego słowa*, Częstochowa 2001.

Tarasiewicz B., *Mówię i śpiewam świadomie. Podręcznik do nauki emisji głosu*, Kraków 2003.

Toczyska B., *Elementarne ćwiczenia dykcji*, Gdańsk1998.

Toczyska B., *Głośno i wyraźnie. 9 lekcji dobrego mówienia*, Gdańsk 2007.

Joanna Kwasiborska
Akademia Pedagogiki Specjalnej
Warszawa

Korekta seplenienia bocznego

Streszczenie:

Artykuł zawiera praktyczne informacje dotyczące korekty seplenienia bocznego (sygmatyzmu lateralnego i bilateralnego). Na podstawie głoski [s] szczegółowo opisane zostały kolejne etapy postępowania logopedycznego, umożliwiające skuteczne scentralizowanie strumienia powietrza w czasie artykulacji.

Słowa kluczowe: seplenienie boczne jednostronne, dwustronne, etapy postępowania logopedycznego

Abstract:

This article contains practical information on rectification of lateral articulation (sigmatismus lateralis or bilateralis) of Polish sounds. Sequential steps of logopaedics treatment that helps to centralize the air flow during articulation are described in detail on the example of the sound [s].

Key words: sigmatismus lateralis, bilateralis, logopaedics treatment

Wśród głosek języka polskiego tylko jedna głoska jest normatywnie boczna. Jest to sonorna boczna głoska [l]. W czasie artykulacji pozostałych głosek strumień powietrza powinien wydostawać się w linii środkowej (płaszczyzny przekroju czołowego). Jeśli tak nie jest, powstaje dźwięk amorficzny – deformacja. Według J. T. Kani[1] deformacja zachodzi, gdy „realizacja jakiegoś fonemu wykracza poza właściwe normie pole realizacji tego fonemu, a zarazem nie mieści się w polu realizacji innych fonemów."

Zatem zarówno głoski zwarto-wybuchowe, szczelinowe, zwarto-szczelinowe, jak i sonorne mogą być artykułowane nieprawidłowo – bocznie – w zależności od tego, gdzie po-

[1] J. T. Kania, *Szkice logopedyczne*, Warszawa 1982, s. 14.

wstaną miejsca zwarcia i wybuchu, samej szczeliny, zwarcia i szczeliny, czy drżeń realizowanych podczas głoski [r] (przez język uderzający o wałek dziąsłowy).

Poniżej opisuję możliwości bocznej artykulacji podstawowych głosek języka polskiego w oparciu o projekt realizowany w latach 2004-2006 pt.: „Opracowanie zapisu fonetycznego poprawnych i zdeformowanych realizacji fonemów w alfabetach fonetycznych międzynarodowym i slawistycznym" autorstwa M. Golanowskiej, O. Jauer-Niworowskiej, J. Kwasiborskiej, D. Lipiec, A. Malinowskiej, I. Więcej-Poborczyk finansowanego przez Akademię Pedagogiki Specjalnej im. M. Grzegorzewskiej w Warszawie[2].

W przypadku głosek zwarto-wybuchowych istotne będzie miejsce zwarcia (warg przy głoskach [p], [b] czy języka z zębami [t], [d][3]) i wybuchu. Jeśli zwarcie i wybuch powietrza następuje z prawej strony – powstaną głoski zwarto-wybuchowe prawostronne, jeśli z lewej – będą to głoski zwarto-wybuchowe lewostronne. Jeśli podczas artykulacji przed wybuchem powietrze gromadzi się w przedsionku jamy ustnej między prawym łukiem zębowym a prawym policzkiem – powstaną głoski zwarto-wybuchowe policzkowe prawostronne. Jeśli podczas artykulacji powietrze gromadzi się w przedsionku jamy ustnej między lewym łukiem zębowym a lewym policzkiem – głoski zwarto-wybuchowe policzkowe lewostronne. Może również pojawić się sytuacja, w której podczas artykulacji przed wybuchem powietrze gromadzi się w przedsionku jamy ustnej między łukami zębowymi a policzkami po obu stronach – wówczas powstają głoski zwarto-wybuchowe policzkowe obustronne. Mogą również wystąpić artykulacje boczne obustronne (dotyczy to głosek [t], [d]), w których podczas artykulacji czubek języka utrzymuje się w pozycji zwarcia, a boki rozwierają się jednocześnie po prawej i lewej stronie i następuje wybuch powietrza.

W czasie artykulacji głosek szczelinowych [f], [v], [s], [z], [ś], [ź], [š], [ž][4], jak i zwarto-szczelinowych [c], [ʒ], [ć], [ʒ́], [č], [ǯ] boczna realizacja powiązana jest z miejscem wypływania przez szczeliny strumienia powietrza. Mogą zatem pojawiać się nieprawidłowe głoski prawostronne – w przypadku głosek [s], [z], [ś], [ź], [š], [ž], [c], [ʒ],[ć], [ʒ́], [č], [ǯ] jeśli strumień powietrza wypływa prawą stroną między zębami. Jeśli strumień powietrza wypływa lewą stroną między zębami, powstają głoski lewostronne. Natomiast głoski [f], [v] będą arty-

[2] Projekt nr BW 12/05 – I, pozycja dotowana z funduszy na badania statutowe.
[3] Boczne artykulacje głosek zwarto-wybuchowych [k, g] pojawiają się np. u osób z porażeniem, jednak powietrze po eksplozji ze zwarcia tylnej części grzbietu języka z podniebieniem miękkim musi przejść przez długi kanał głosowy, po drodze rozpraszając się, w związku z tym strumień powietrza nie będzie już tak silnie prawo- lub lewostronny.
[4] Głoska [x] jest również głoską szczelinową i tylnojęzykową, w związku z tym nie zostały opisane boczne artykulacje – z tych samych powodów jak przy głoskach [k], [g] (patrz przypis 3).

kułowane bocznie prawostronnie, jeśli strumień powietrza wypływa między dolną wargą a górnymi zębami po prawej stronie, zaś bocznie lewostronnie, gdy strumień powietrza wypływa między dolną wargą a górnymi zębami po lewej stronie.

Gdy strumień powietrza wypływa prawą stroną między łukami zębowymi a policzkiem, powstaje głoska policzkowa prawostronna. Jeśli natomiast strumień powietrza wypływa lewą stroną między łukami zębowymi a policzkiem – policzkowa lewostronna. Natomiast gdy strumień powietrza wypływa po obu stronach między zębami, powstaje głoska boczna obustronna. Jeśli strumień powietrza wypływa po obu stronach między łukami zębowymi a policzkami – policzkowa obustronna.

W przypadku głosek sonornych możliwości bocznych artykulacji przedstawię oddzielnie dla każdej głoski.

Sonorna nosowa: [m] – o artykulacji bocznej możemy powiedzieć, gdy zwarcie warg następuje z jednej strony, podczas gdy po drugiej stronie wargi pozostają rozwarte, wskutek czego w trakcie realizacji głoski powietrze wydostaje się także torem ustnym.

Sonorna nosowa: [n] – zwarcie języka z zębami następuje z prawej lub z lewej strony, wskutek czego powietrze może wydostawać się również torem ustnym – powstają zatem głoski [n] boczne prawostronne lub [n] boczne lewostronne. Może pojawić się również artykulacja boczna obustronna, w trakcie której następuje zwarcie czubka języka z zębami, a po obu stronach języka pozostaje rozwarcie, wskutek czego w trakcie realizacji głoski powietrze wydostaje się także torem ustnym.

Sonorna nosowa: [ń] – gdy zwarcie języka z podniebieniem następuje z jednej strony, a po drugiej stronie języka pozostaje rozwarcie, wskutek czego w trakcie realizacji głoski powietrze wydostaje się także torem ustnym i pojawia się artykulacja boczna prawostronna lub artykulacja boczna lewostronna. Natomiast gdy zwarcie języka następuje w środkowej części kanału głosowego, a po obu stronach języka pozostaje rozwarcie, wskutek czego w trakcie realizacji głoski powietrze wydostaje się także torem ustnym – powstaje głoska boczna obustronna.

Sonorna drżąca: [r] – gdy miejsce artykulacji przesunięte jest na prawą stronę (wibruje czubek języka), pojawia się głoska boczna prawostronna apeksalna, natomiast gdy miejsce artykulacji przesunięte jest na lewą stronę – boczna lewostronna apeksalna. Gdy wibruje prawy bok języka, powstaje głoska boczna prawostronna, natomiast gdy wibruje lewy bok języka – boczna lewostronna. Gdy głoska realizowana jest z wibracją prawego policzka, pojawia się policzkowa prawostronna, natomiast gdy realizowana jest z wibracją lewego policzka – policzkowa

lewostronna. Głoska policzkowa obustronna powstaje, gdy realizowana jest z wibracją obu policzków.

Głoska [l] jest głoską sonorną boczną (strumień powietrza wydostaje się przez otwór powstający z jednej strony zwarcia utworzonego przez czubek i boki języka z wałkiem dziąsłowym; otwór najczęściej jest po lewej stronie i powstaje na wysokości zębów trzonowych). Mogą jednak pojawiać się boczne artykulacje tej głoski, jeśli następuje przesunięcie masy języka w prawą stronę – przesunięta prawostronna (boczna prawostronna) lub w lewą stronę – przesunięta lewostronna (boczna lewostronna).

Deformacje artykulacyjne mogą być kombinowane – mogą np. pojawić się artykulacje boczne prawostronne i międzyzębowe.

Jedną z najczęściej spotykanych bocznych artykulacji głosek jest seplenienie boczne prawo-, lewo- lub obustronne[5] i może dotyczyć szeregów ciszącego, syczącego i szumiącego.

Często logopedzi praktycy twierdzą, że usunięcie seplenienia bocznego jest bardzo czasochłonne a czasami wręcz niemożliwe. Chciałabym zatem opisać metodę, którą wypracowałam i stosuję u większości osób z seplenieniem bocznym. Jest to metoda mechaniczna, nie można jej zatem stosować u wszystkich osób. Szczególnie w przypadku osób z nadwrażliwością, z silnym odruchem wymiotnym należy pozostać tylko przy metodach słuchowych lub wzrokowych[6].

Metoda ta przynosi bardzo dobre i szybkie efekty, jednak ważne jest, aby przestrzegać kolejności etapów oraz przechodzić do następnej fazy tylko po zakończeniu poprzedniej.

W przypadku bocznej artykulacji wszystkich trzech szeregów zaczynamy zawsze od szeregu syczącego i głoski [s].

Etap pierwszy:

Na początku dokonujemy odsłuchu za pomocą buteleczki po olejkach do ciast, przesuwając ją pod zębami w miejscu styku zębów górnych i dolnych (trzymając pionowo, otworem do góry) od jednego kącika ust do drugiego. Buteleczka „zagra" w miejscu, w którym wydostaje się strumień powietrza. (W przypadku artykulacji bocznej obustronnej opukujemy palcem najpierw jeden, a następnie drugi policzek – po tej stronie, gdzie wydostaje się stru-

[5] Seplenienie boczne – łac. sigmatismus lateralis, prawostronne – dexter, lewostronne – sinister, obustronne – bilateralis.

[6] Rodzaje metod wywoływania dźwięków mowy zostały opisane m.in. w: J. Wójtowiczowa, H. M. Rodak, *Metody terapii logopedycznej dzieci z dyslalią*, Pomagisterskie Studium Logopedyczne, Warszawa 1986; J. T. Kania, *Szkice logopedyczne*, Warszawa1982.

mień powietrza, usłyszmy dźwięk przerywany[7]). Jest to dla nas potwierdzenie/sprawdzenie dokładnego miejsca, gdzie wypływa strumień powietrza. Odsłuch jest również bardzo ważny dla osoby, z którą pracujemy, gdyż umożliwia usłyszenie/zaobserwowanie nieprawidłowości głoski. Możemy również sami zademonstrować, w którym miejscu buteleczka powinna „zagrać".

Etap drugi:

Etap ten to nauka dmuchania do buteleczki umieszczonej centralnie, w linii środkowej, pod ustami (pionowo, otworem do góry), tak, aby buteleczka „zagrała". Na tym etapie pracujemy również nad ułożeniem języka – ma on spokojnie leżeć na dnie jamy ustnej. Nie wykonujemy jednak tych ćwiczeń jednocześnie, tzn. albo ćwiczymy dmuchanie do buteleczki, albo „uspokajamy" język. Z dziećmi ćwiczenia języka możemy wbudować w formę bajek – bawimy się w misia (język jest misiem), który bardzo się najadł, jest bardzo zmęczony, poszedł spać i w ogóle się nie rusza. W tym czasie możemy również głaskać język palcami (w rękawiczce), mówiąc, że język jest zmęczony, a teraz sobie smacznie śpi. Możemy wprowadzać również konkursy – np. czyj język dłużej leży bez ruchu.

Język na początku nie będzie mógł długo leżeć w takiej pozycji. Najczęściej po krótkiej chwili zaczyna się ruszać i zbacza w stronę, po której w czasie artykulacji powstaje szczelina.

Etap ten najczęściej powtarzany jest w ciągu kilku kolejnych spotkań. Do następnego etapu możemy przejść wówczas, gdy zauważymy zdecydowaną różnicę w ułożeniu języka.

Etap trzeci:

Układamy na języku w linii środkowej trzonek od jak najcieńszego lusterka dentystycznego[8]. Nie należy wsuwać go zbyt głęboko, aby nie wyzwolić odruchu wymiotnego. W optymalnym ułożeniu koniec trzonka pokrywa trochę więcej niż połowę długości linii środkowej języka. Trzonek trzymamy na języku z odpowiednim naciskiem. Możemy utrwalić czucie linii środkowej języka poprzez kilkakrotne przesunięcie trzonkiem po języku, utrzymując kierunek do czubka języka.

Następnie prosimy osobę o zamknięcie ust, cały czas trzymając z odpowiednim naciskiem trzonek lusterka na języku, a w drugim ręku buteleczkę po olejkach do ciast, którą przystawiamy pod wargami – centralnie, w linii środkowej. Zadaniem na tym etapie będzie dmuchanie w taki sposób, aby buteleczka „zagrała". Na tym etapie nie prosimy jeszcze osoby o wypowiedzenie głoski [s], a tylko o dmuchanie. Oprócz usłyszenia dźwięku – w momencie

[7] J. Wójtowiczowa, H. M. Rodak, *dz. cyt.*, s. 26.
[8] W pracy z dziećmi możemy używać kolorowych jednorazowych lusterek stomatologicznych.

skierowania centralnie strumienia powietrza – osoba zauważy również parę na lusterku znajdującym się na wprost ust.

Etap czwarty:

Na tym etapie układamy trzonek na języku, podstawiamy buteleczkę w linii środkowej pod wargami i prosimy, aby osoba powiedziała [s] (w pracy z dziećmi proponujemy onomatopeje – naśladowanie odgłosu węża). Na początku tego etapu trzymamy trzonek na języku z trochę większym naciskiem niż w poprzednich etapach. Gdy uzyskamy scentralizowany strumień powietrza w czasie artykulacji głoski, przechodzimy do etapu następnego.

Etap piąty:

W trakcie tego etapu rozpoczynamy artykulację głoski [s] z trzonkiem od lusterka dentystycznego na języku, natomiast w trakcie przedłużania głoski[9] wysuwamy trzonek z ust po linii środkowej języka. Za każdym razem układamy trzonek coraz płycej – bliżej czubka języka, ale na tym etapie rozpoczynamy artykulację [s] zawsze z trzonkiem ułożonym na języku. Cały czas w drugiej ręce trzymamy buteleczkę, wyłapującą tylko centralny strumień powietrza.

Etap szósty:

W tym momencie rezygnujemy z układania trzonka od lusterka na języku. Utrwalamy prawidłową artykulację głoski [s], nie rezygnując jeszcze z buteleczki, którą trzymamy pod ustami w linii centralnej. Pod koniec tego etapu możemy utrwalać głoskę [s] w izolacji już bez używania buteleczki.

Etap siódmy:

Następnie przechodzimy do etapu sylab, przy czym proponuję rozpocząć od wymawiania [s] w izolacji z samogłoską. Stopniowo należy skracać odstęp czasowy między tymi dźwiękami, aż do uzyskania płynnego przejścia od poprawnej artykulacji spółgłoski do samogłoski. Szczególną uwagę należy zwrócić na właściwą kolejność doboru samogłosek, tzn. najpierw ćwiczymy sylaby, w których układ warg przy samogłosce jest jak najbardziej zbliżony do układu warg przy spółgłosce. W przypadku głoski [s] rozpoczynamy od łączenia spółgłosek z najbardziej neutralną samogłoską [a], następnie spłaszczonymi [y], [e], a na końcu zaokrąglonymi [o], [u]. Głoskę ćwiczymy w sylabach w nagłosie, wygłosie a następnie śródgłosie. W czasie tego etapu tylko od czasu do czasu przystawiamy buteleczkę pod wargi w linii środkowej. W ten sposób kontrolujemy strumień powietrza w czasie artykulacji głoski, co daje osobie wzorzec motywujący ją do dalszych starań.

[9] Głoska [s] jest głoską szczelinową, zatem jest trwała i można przedłużać jej artykulację bez zmiany brzmienia.

Po utrwaleniu sylab przechodzimy do kolejnych etapów: ćwiczenia wyrazów (z głoską w nagłosie, wygłosie, śródgłosie), zdań, mowy spontanicznej[10].

Rozpoczęcie pracy nad poprawną artykulacją pozostałych głosek szeregu syczącego jest uzależnione od indywidualnych preferencji terapeuty. Można rozpocząć wprowadzanie kolejnej głoski, gdy [s] jest już artykułowane poprawnie w sylabach. Można poczekać do etapu wyrazów. Najczęściej prawidłowe ustawienie – scentralizowanie jednej głoski, powoduje transfer takich umiejętności na głoski pozostałe, które wcześniej artykułowane były bocznie.

Opisane powyżej ćwiczenia wykonujemy w ciągu kilkunastu spotkań. Ważne jest, aby pamiętać, że nasze zajęcia nie ograniczają się tylko do kształcenia prawidłowej artykulacji. W czasie zajęć logopedycznych możemy ćwiczyć także analizę i syntezę słuchową, analizę i syntezę wzrokową, motorykę dużą, motorykę małą, pamięć, koncentrację uwagi, lateralizację, myślenie logiczne, kategoryzację oraz poszerzać słownik dziecka.

Bibliografia

Demel G., *Minimum logopedyczne nauczyciela przedszkola*, Warszawa 2008.

Emiluta-Rozya D., *Wspomaganie rozwoju mowy dziecka w wieku przedszkolnym*, Warszawa 2006.

Kania J. T., *Szkice logopedyczne*, Warszawa 1982.

Sachajska E., *Uczymy poprawnej wymowy*, Warszawa 1992.

Styczek I., *Logopedia*, Warszawa1981.

Toczyska B., *Łamańce z dedykacją, czyli makaka ma Kama*, Gdańsk 2006.

Walczak-Deleżyńska M., *Aby język giętki… Wybór ćwiczeń artykulacyjnych od J. Tennera do B. Toczyskiej*, Wrocław 2004.

Wójtowiczowa J., Rodak H., *Metody terapii logopedycznej dzieci z dyslalią*, Pomagisterskie Studium Logopedyczne, Warszawa 1986.

Wójtowiczowa J., Rodak H. (opr.), *Metodyka terapii logopedycznej*, cz. I., Pomagisterskie Studium Logopedyczne, Warszawa 1987.

Wójtowiczowa J. Rodak H. (opr.), *Metodyka terapii logopedycznej*, cz. II., Pomagisterskie Studium Logopedyczne, Warszawa 1989.

[10] Etapy te zostały opisane m.in. w: J. Wójtowiczowa, H. M. Rodak, *dz. cyt.*; I. Styczek, *Logopedia*, Warszawa 1981.

Halina Waszczuk
Edyta Orłowska
Monika Gołubiew
Poradnia Psychologiczno–Pedagogiczna nr 7
Gdańsk

„Ważne jest, abyśmy bez silnych emocji,
umieli słuchać jąkania”
H. W.

Współpraca rodziny z logopedą i psychologiem w Rodzinnej Terapii Jąkania

Streszczenie:
Artykuł poświęcony jest opisowi jednego z istniejących programów psychologiczno- logopedycznych, przeznaczonego dla jąkających się dzieci i ich rodzin. Program ten nosi nazwę – Rodzinna Terapia Jąkania. Ocena efektów zastosowania programu wskazuje na wzrost wiedzy opiekunów dziecka na temat jąkania oraz na zdecydowane zwiększenie płynności mówienia uczestników treningu. Nowoczesna diagnoza i terapia jąkania wymaga ścisłej współpracy pomiędzy terapeutami i rodziną jąkającego się dziecka.

Słowa kluczowe: jąkanie, płynność mówienia, metoda wsparcia ręką, terapia rodzinna jąkania

Abstract:
The article describes support options possible to be offered by psychological counseling service for stuttering child (pupil) and his family. The realization and evaluation of Family Stuttering Therapy constitutes therapeutic interpretation of the scope of education and good prognosis in the mastering of speech fluency by the child. Modern stuttering diagnosis and therapy requires close cooperation between professionals and the family of a stuttering child.
Keys word: stuttering or stammering, fluency of speech, method of hand support, Family Stuttering Therapy

Wstęp

Jąkanie jest zaburzeniem płynności mówienia, a jego symptomy mają wieloczynnikowe podłoże. Aktualnie odchodzi się od psychogennego rozumienia tego zaburzenia a większy nacisk kładzie się na czynniki neurologiczne (w postaci dyskretnych zmian mózgowych) oraz czynniki genetyczne. Dotyka ono także w większym stopniu chłopców, a różnica pomiędzy płcią rośnie wraz z wiekiem dziecka[229]. Każde jąkanie jest sygnałem alarmującym, często też towarzyszy innym wadom lub zaburzeniom mowy. Typowym objawem jest zaburzenie płynności tempa i rytmu mówienia z różnym nasileniem emocjonalnym. Jąkanie ujawnia się w dzieciństwie, w okresie adolescencji i dorosłości występuje jako rozwinięta już postać.

1. Problem uczniów z niepłynnością mowy w przepisach prawa oświatowego

Zaburzenia płynności mowy są obiektem zainteresowań specjalistów z wielu dziedzin (logopedów, psychologów, pedagogów, lekarzy), a badania w tym zakresie prowadzone są na całym świecie. Obejmują one zarówno nieustające dociekania dotyczące etiologii dysfluencji mowy, jak i form terapii[230]. Także poszukiwania najskuteczniejszych metod pomocy dzieciom jąkającym się stanowią przedmiot zainteresowań nauczycieli pracujących w poradniach psychologiczno-pedagogicznych, gdyż zgodnie z rozporządzeniem MENiS z dnia 11 grudnia 2002 r. w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno- pedagogicznych, w tym poradni specjalistycznych[231], poradnia jest tym miejscem, które udziela dzieciom i młodzieży pomocy logopedycznej, pomocy w wyborze kierunku kształcenia i zawodu, a także udziela rodzicom i nauczycielom pomocy psychologiczno-pedagogicznej związanej z wychowaniem i kształceniem dzieci i młodzieży − tu więc powinno trafić dziecko, u którego zauważono pewne, choćby najmniejsze, nieprawidłowości w rozwoju mowy. W zasadzie jednak w polskiej szkole uczeń jąkający się, tak jak i uczeń z innymi zaburzeniami mowy, pozostawiony jest sam sobie – to znaczy, że nauczyciele nie są zobligowani do dostosowywania w procesie edukacji programów nauczania poprzez stosowanie odpowiednich metod i form pracy. Zatem wszystko zależy od ich życzliwości i zrozumienia problemu. Dziecko jąkające się, w myśl rozporządzenia MEN z dnia 18 września 2008 roku w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach

[229] M. Lawrence, D. M. Barclay, *Stuttering*: *a brief review*, „American Family Physician" 57/1998, s. 2175–2178.

[230] M. Chęciek, *Jąkanie*, Kraków 2007.

[231] Dz. U. z 2003 r. nr 5, poz. 46.

psychologiczno-pedagogicznych[232], nie może otrzymać opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju, zaś w procesie edukacji szkolnej nie pretenduje do przyznania mu orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego. Co ciekawe, w resorcie zdrowia może korzystać z różnych ulg, gdyż ma prawo ubiegać się o orzeczenie o niepełnosprawności z symbolem 03-L dla osób z zaburzeniami głosu i mowy, zgodnie z rozporządzeniem MGPiPS z dnia 15 lipca 2003 roku w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniach niepełnosprawności[233]. Jedynie podczas egzaminu maturalnego uczeń ze stwierdzoną niepłynnością mowy, na podstawie wystawionej w poradni psychologiczno-pedagogicznej opinii tzw. wspierającej, ma prawo do wydłużenia czasu zdawania egzaminów w części ustnej o 15 minut (zgodnie z rozporządzeniem MEN z dnia 30 kwietnia 2007 roku w sprawie warunków sposobu oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy oraz przeprowadzania sprawdzianów i egzaminów w szkołach publicznych Dz.U. Nr 88, poz. 562 z późniejszymi. zmianami oraz komunikatu dyrektora CKE z dnia 1września 2008 w sprawie szczegółowej informacji o sposobie dostosowania warunków i formy przeprowadzania egzaminu maturalnego). Z uwagi na tak minimalne formy pomocy należy jak najszybciej objąć uczniów jąkających się odpowiednią terapią i w jak największym stopniu wyeliminować występujący problem.

2. Cele, zadania i przebieg programu Rodzinnej Terapii Jąkania

W artykule zostaną przedstawione cele i zadania programu Rodzinnej Terapii Jąkania (RTJ) w kontekście wspólnego oddziaływania pracowników poradni i rodziców oraz ich wpływu na efektywność terapeutyczną problemu jąkania się dziecka. Do specjalistów w poradni psychologiczno-pedagogicznej zgłaszają się rodzice z dziećmi jąkającymi się w różnym wieku (od 3 roku życia do 18 lat i starsze). Spotkanie w gabinecie logopedy nie jest pierwszym wydarzeniem, które zwraca uwagę na niepłynność mowy. Rodzice w swoich dzieciach pokładają wielkie nadzieje, niejednokrotnie takie, których nie zdołali sami zrealizować. Dużo mówią o zaletach i osiągnięciach, lecz gdy słyszą jąkanie u dziecka, jest im przykro, cierpią, ukrywają przed innymi tę niepłynność. Często problem ten jest tematem tabu. Rodzice wpędzają się w poczucie winy, niektórzy szukają pomocy u specjalistów. Z powodu jąkania dziecko przeżywa niezwykle poważne problemy. Z tego też powodu opracowano liczne programy systemowej pomocy dzieciom jąkającym się[234]. Już w 1958 roku Shneer i Hewlet

[232] Dz. U. nr 173, poz. 1072.
[233] Dz. U. z 2003 r., nr 139, poz. 1328 z późn. zm.
[234] M. Lawrence, D. M. Barclay, *dz. cyt*, s. 2175–2178.

pisali o rodzinnym podejściu do terapii jąkania. Jedną z prób opracowania technik tej formy pomocy jest program Lidcombe autorstwa specjalistów z Wielkiej Brytanii, który zakłada realizację spotkań rodzinnych. W miarę pracy indywidualnej z dzieckiem jąkającym się, szkoli się także jego rodziców, którzy jako najbliżsi z otoczenia, mogą najefektywniej wzmacniać pożądane zachowania i podtrzymywać zmiany behawioralne. Od wykwalifikowanej kadry otrzymuje więc rodzina konkretne wskazówki dotyczące udzielania informacji zwrotnej dziecku objętemu terapią oraz techniki terapeutyczne umożliwiające pracę w domu. Rodzice i inne ważne osoby w życiu dziecka prowadzą codzienną terapię w jego środowisku. Równolegle terapeuta monitoruje postępy i dostosowuje metody terapeutyczne do aktualnego stanu płynności mówienia, zapewniając dziecku w ten sposób właściwy dla niego poziom merytoryczny i emocjonalny[235]. W ujęciu systemowym metodę tę można lokować na podobnym poziomie oddziaływania jak opisywaną poniżej Rodzinną Terapię Jąkania, prowadzoną w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 7 w Gdańsku.

Oczywiście to podejście nie jest jedynym, które umożliwia modyfikację płynności mowy. Popularna, zwłaszcza w Szwecji, jest także psychoterapia poznawcza, opierająca się głównie na modelu kognitywnym, który zakłada związek ludzkich emocji i uczuć z sytuacyjnym interpretowaniem myśli. Opiera się jednak głównie na eliminowaniu negatywnych skutków zaburzenia płynności mowy dla jednostki, i stąd jedynie cząstkowa jej skuteczność[236]. Mimo to nawet ta grupa specjalistów, pracujących kognitywnie, podkreśla dużą wagę angażowania w proces terapeutyczny rodziców dziecka jąkającego się. Frances Cook, która prowadzi zespołowe badania nad tym zagadnieniem w wielkiej Brytanii, podkreśla istotny związek rodziców z dziećmi w zakresie myśli, uczuć i zachowań w odniesieniu do jąkania się. Kliniczne przykłady powyższego związku przemawiają jednoznacznie za koniecznością edukacji rodziny. Proces rozwoju rozumienia powyższych czynników przez rodziców wpływa znacząco na zmianę ich postaw w stosunku do dzieci oraz na zmniejszanie się ich jąkania[237].

Inni autorzy podkreślają z kolei silny związek pomiędzy zaangażowaniem rodziców w terapię a motywacją do pracy logopedycznej dziecka. Kładzie się m.in. nacisk na budowanie sieci wsparcia i uczenie dziecka radzenia sobie w sytuacji trudnej. Jest więc konieczne, aby najbliższe otoczenie osoby jąkającej się było zaznajomione z procesem terapii

[235] M. Chęciek, *dz. cyt*.
[236] Tamże.
[237] F. Cook, L. Rustin, *Parental Involvement in the Treatment of Stuttering Language*, „Speech, and Hearing Services in Schools", 26/1995, s. 127-137.

i przygotowane na fluktuacyjne zmiany motywacji dziecka do pracy i możliwości nadejścia kryzysu, który może zakończyć się przerwaniem ćwiczeń i regresem[238].

Mowa zawsze jest ekspresją naszej osobowości. Ważnym momentem jest decyzja rodziny w sprawie udziału w terapii jąkania. Odbiorcami opisywanego programu Rodzinnej Terapii Jąkania są rodziny z dziećmi w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym (4-12 r.ż.) z problemem niepłynności mowy. Cele i zadania Rodzinnej Terapii Jąkania to:

1. Diagnoza jąkania
2. Wsparcie rodziny poprzez pracę nad wzajemnymi relacjami i postawami wobec problemu jąkania, aktywny udział w ćwiczeniach:

– nazywanie swoich emocji, poznanie przyczyn stresu i sposobu radzenia sobie,
– słuchanie oraz wzajemny dialog rodzinny.

3. Nauka płynnej mowy ze wspomaganiem ręki – symbolem spokoju, który ma odwrócić uwagę od jąkania.
4. Trening pewności siebie w zachowaniach komunikacyjnych (planowanie dnia, czasu wolnego, higienicznego trybu życia).

Terapia ta uwzględnia system intensywnych zajęć logopedycznych (2-3 tygodniowych) poświęconych na naukę nowej, płynnej mowy z wykorzystaniem tzw. ręki wiodącej, która wg metodyki L. Arutunian[239] jest drugim aparatem artykulacyjnym. Ręka jest symbolem spokoju, wykorzystanie jej powoduje odwrócenie uwagi od jąkania. Technicznie sposób nowego mówienia polega na tym, że układamy swobodnie rękę na udzie, jej palce zaś naśladują grę na pianinie. Podczas mówienia obowiązuje mowa sylabowa (uczymy się nowej sylaby: jeden palec równa się jednej sylabie). Kciuk wyprzedza wymowę pierwszej sylaby, a następnie palce jakby łączą kolejne w całą frazę. Stąd ruchy palców ręki wiodącej dyktują aparatowi mowy rytmiczno-intonacyjny rysunek frazy. W ten sposób, regulując mechanizmy synchronizacji wewnętrznej, odbudowujemy zdolność mózgu do czynności o odpowiednich odstępstwach czasowych, odtwarzamy sylabową dynamikę mowy. Ręka jest więc miejscem przechowywania w pamięci stanu psychicznego gotowości do mówienia sylabowego poprzez:

– start mowy – kciuk (jego zadaniem jest dawanie sygnału ośrodkowemu układowi nerwowemu do uruchomienia mięśni wdechowych, fonacyjnych i artykulacyjnych),
– mówienie – kolejne palce ręki towarzyszą wypowiadaniu sylab łącząc je w wyrazy, frazy, zdania. Z biegiem czasu ręka jest automatycznym kontrolerem płynnej mowy.

[238] K. Kuszak (2005), *Dynamika rozwoju samodzielności dziecka w wieku przedszkolnym.*

[239] L. Z. Arutiunian (Andronowa), *Jak leczyć jąkanie. Metodyka trwałej normalizacji mowy*, Moskwa 1993, s. 26-55.

Etapy nauki płynnej mowy z wykorzystaniem ręki wiodącej to:

1. Wykształcenie nawyku swobodnego wyodrębniania dźwięków i wypowiadania sylab ze spokojem, jednocześnie ćwicząc małą motorykę (palce ręki) – wybrane ćwiczenia z Metody Dobrego Startu[240].
2. Nauczenie kciuka ręki wiodącej techniki poprawnego wydobywania dźwięków na poziomie sylaby z intonacją, doskonaląc technikę rozluźniania się.
3. Synchronizacja mowy z ruchami palców ręki wiodącej już na poziomie wyrazów i fraz oraz doskonalenie intonacji i zgodnie z nią podnoszenie wymogów technicznych wobec ręki.
4. Algorytm mowy zsynchronizowanej z ruchami palców ręki wiodącej – mówienie o większym stopniu trudności w opowiadaniu zdaniami (z intonacją, np. zdania pytające, rozkazujące, oznajmujące).

Treści terapeutyczne, zgodnie z którymi organizowane są poszczególne zajęcia w poradni, zebrano w dwa bloki:

Pierwszy blok to spotkania rodziny z psychologiem, podczas których specjalista przedstawia najważniejsze zagadnienia z następujących zakresów:

- umiejętności wychowawczych,
- radzenia sobie z emocjami,
- pracy nad poczuciem własnej wartości,
- komunikacji i stawiania granic,
- mózgowych mechanizmów jąkania się.

W pracy warsztatowej rodzice uczą się odwzorowywać i odczytywać zachowania swoich dzieci i ćwiczą umiejętności interpersonalne. Uczestniczą w ćwiczeniach mających na celu wyrażanie i odczytywanie emocji innych, stosowanie asertywnych komunikatów, jasne wyrażanie swoich potrzeb i oczekiwań. Dokonują też analizy swoich mocnych i słabych stron jako rodziców i określają cele, do których będą dążyć. Pracują też nad umiejętnościami stawiania granic oraz radzenia sobie ze stresem. W ramach pracy nad poczuciem wartości dokonują autodiagnozy obszarów, nad którymi można pracować w celu poprawienia jakości codziennego życia i uzyskują informacje na temat konkretnych zachowań do tego prowadzących. Jest to „czas ochronny", w którym rodzina powinna zwolnić mowę, częściej z dzieckiem śpiewać, czytać mu bajki, wieczorami wyciszać otoczenie, ograniczać telewizję, komputer, głośną muzykę, uczyć deklamowania wierszy.

[240] M. Bogdanowicz, *Metoda Dobrego Startu*, Warszawa 1989.

Drugi blok to spotkania rodziny z logopedą, podczas których specjalista uczy rodziców, w jaki sposób powinni wspierać swoje dziecko przy korzystaniu ze wspomagania ręką wiodącą. Tekst rytmiczny dziecko szybciej i płynniej powie „z ręką", a tym samym nastąpi zmiana sposobu mówienia. Rodzice podpisują kontrakt terapeutyczny, zobowiązujący ich do rozmawiania w domu z dzieckiem z wykorzystaniem ręki wiodącej przez około 3 miesiące (codziennie przez 5-15 minut) i zapisywania swoich spostrzeżeń i odczuć podczas wykonywania różnych czynności (np. czy był kontakt wzrokowy, czy chętnie wzajemnie słuchali siebie, rozmawiali itp.).

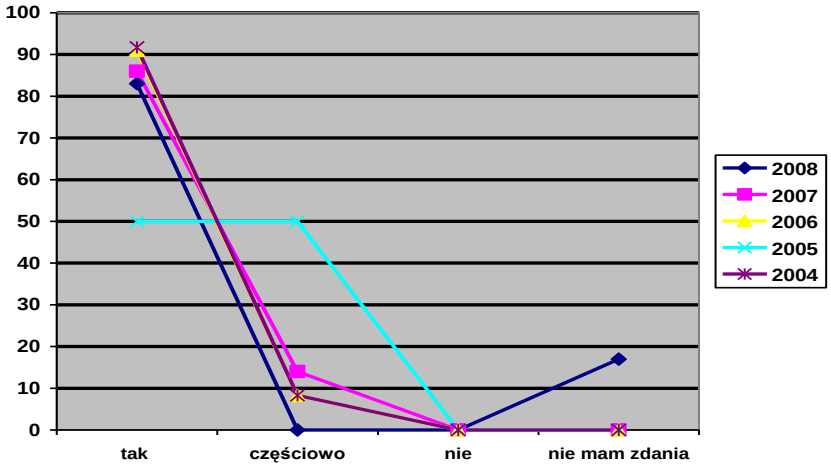
3. Cele, zadania i przebieg programu Rodzinnej Terapii Jąkania

Zrozumiałe jest, że efektywność pomocy dziecku jąkającemu się zależy od zaangażowania rodziny, psychologa i logopedy w procesie terapeutycznym. Już sama rozmowa z dzieckiem i jego rodziną uświadamia, iż jąkanie się jest problemem, który można wyeliminować. Uczucia strachu i wstydu, poczucie winy łagodnieją podczas rozmowy z logopedą, psychologiem. Zmienność stanów jąkania dziecka warunkuje jego reakcje interpersonalne w rodzinie. Jąkaniu towarzyszą różne emocje, które wyrażają się w wypowiedziach. W jakim tempie oddychamy, w takim mówimy. Aktywność układu oddechowego, fonacyjnego i artykulacyjnego wpływa na ekspresję osobowości poprzez płynne mówienie. „Drzewa są po prostu piękne, potrzebują tak niewiele, bo słońca, deszczu..., a od nas szacunku'' są to słowa wypowiedziane przez dyrygenta Łukasza Borowicza. Niech będą one zachętą do podjęcia decyzji całej rodziny do udziału w terapii. Udział rodzice dziecka ma ogromne znaczenie w procesie terapeutycznym, a ich wsparcie stymuluje rozwój dziecka.

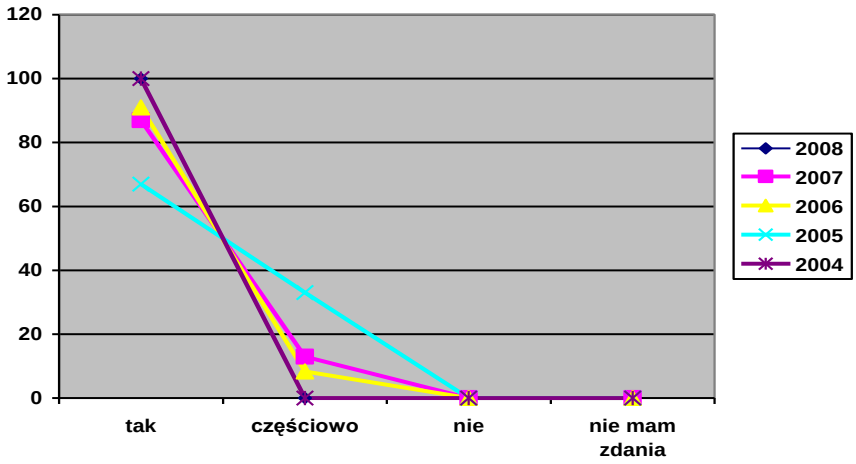
W Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 7 w Gdańsku prowadzone są systematyczne badania dotyczące efektywności Rodzinnej Terapii Jąkania. Pozostają one w korelacji z badaniami światowymi, w których skuteczność dostarczania wiedzy sięga 82%[241]. Skrótowa analiza efektywności programu w poszczególnych latach została zaprezentowana poniżej.

Pytanie 1. Czy uważasz, że spotkania poszerzyły twoją wiedzę w zakresie nawiązywania prawidłowego kontaktu z dzieckiem?

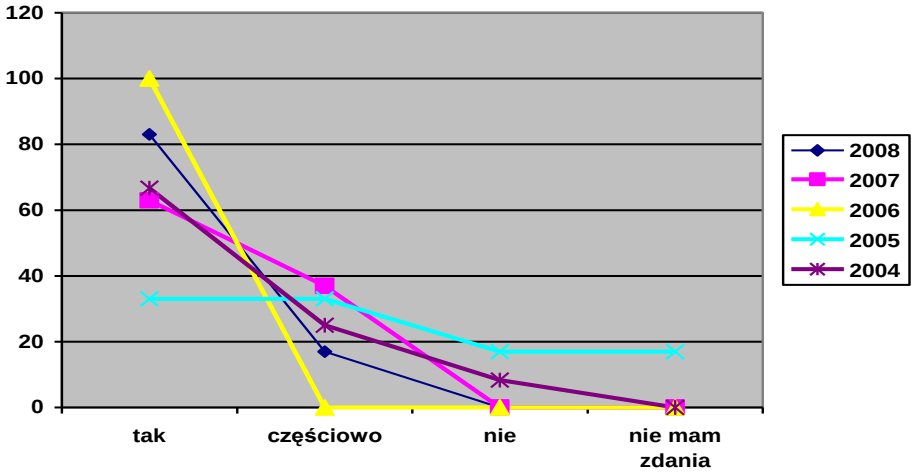
[241] A. R. Mallard, *Family intervention in stuttering therapy Seminars in Speech and Language*, „Seminaries Speech Language" 12/1991, s. 265-278.



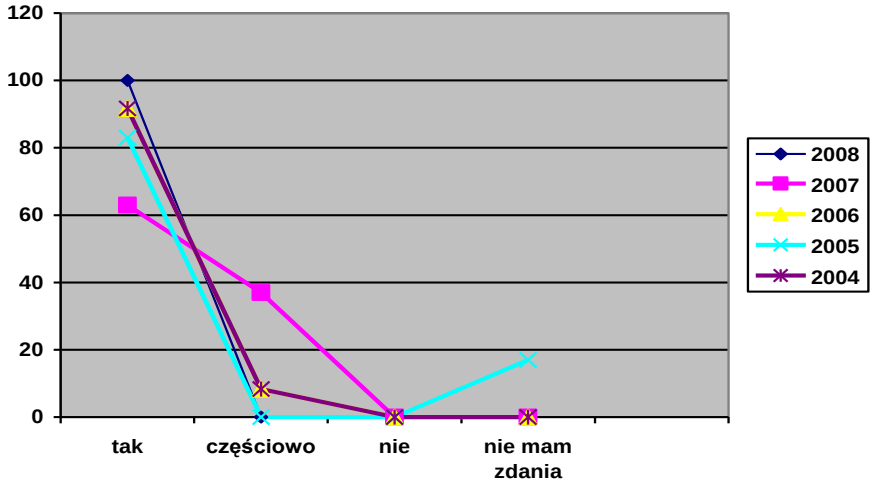
Pytanie 2. Czy twoim zdaniem należy organizować warsztaty szkoleniowe dla rodziców dzieci jąkających się?



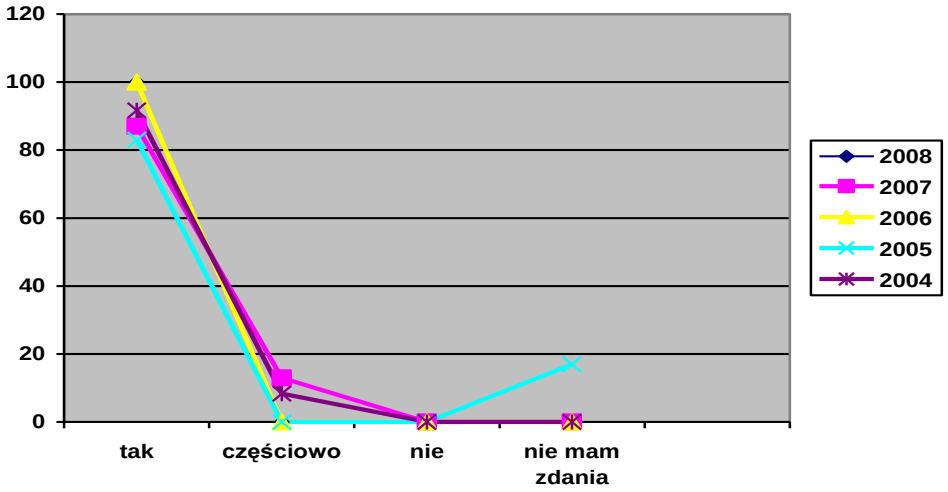
Pytanie 3. Czy dzięki tym zajęciom zdobyłaś/eś informacje na temat własnej osoby pozwalające Ci lepiej włączyć się w proces terapeutyczny?



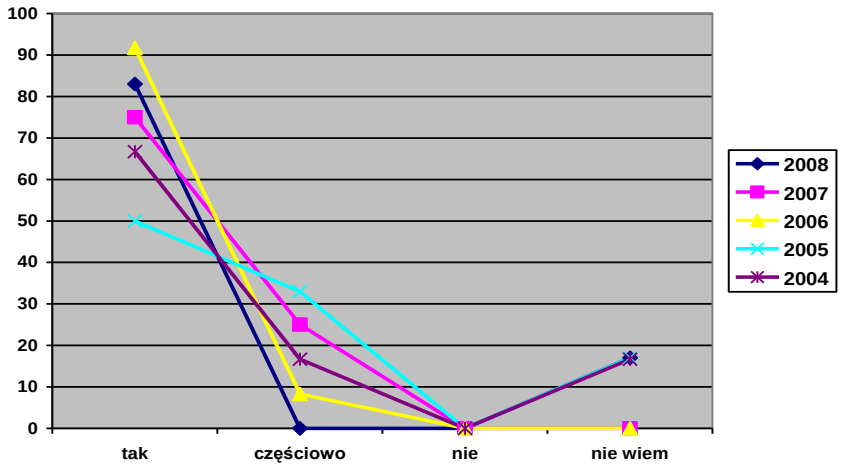
Pytanie 4. Czy zamierzasz wykorzystać zdobyte umiejętności w treningu upłynniania mowy z „ręką”?



Pytanie 5. Czy chciałabyś/chciałbyś wziąć jeszcze udział w podobnych spotkaniach grupowych?



Pytanie 6. Czy jesteś przekonana/ny, że terapia przyniosła oczekiwane rezultaty?



Podsumowanie

Rodzinna Terapia Jąkania jest rezultatem pracy logopedy, psychologa, a także lekarza i rodzin dzieci jąkających się. Tylko niewielka ilość rodzin, w których są dzieci jąkające się, zdecydowała się na udział w Rodzinnej Terapii Jąkania. W tej grupie nastąpiła satysfakcjonująca poprawa zarówno płynności mówienia, jak i jakości wymowy, choć okres utrwalania, zautomatyzowania płynności mówienia trwa do 1 do 2 lat. Nie znamy ani jednego przypadku dziecka, u którego jąkanie pogłębiłoby się pod wpływem opisanych zabiegów terapeutycznych. Program Rodzinnej Terapii Jąkania jest modyfikowany wraz z pogłębianiem się wiedzy na temat potrzeb jąkających się dzieci i ich wzajemnych relacji rodzinnych.

Wnioski terapeutyczne

1) Wczesne konsultacje rodziny dziecka jąkającego się u specjalistów w poradni pozwalają na harmonijny rozwój natury somatycznej i emocjonalnej dziecka.
2) Dziecko czuje się kompetentne w kwestii prawidłowej wymowy głosek, co zwiększa jego pewność i swobodę w relacjach z rówieśnikami, a w konsekwencji pozytywnie wpływa na płynność jego mówienia.
3) Efektywność terapii nie jest powiązana z osobą terapeuty – sukcesem dziecka poza gabinetem jest płynna mowa bez jąkania.
4) Wspólna praca specjalistów poradni psychologiczno-pedagogicznej daje wsparcie zainteresowanym rodzicom dzieci jąkających się.

Bibliografia

Arutiunian L. Z. (Andronowa), *Jak leczyć jąkanie, Metodyka trwałej normalizacji mowy*, Moskwa 1993.

Bogdanowicz M., *Metoda Dobrego Startu*, Warszawa 1989.

Carl W. D., *Terapia jąkania dzieci w młodszym wieku szkolnym*, Kraków 2008.

Chęciek M., *Jąkanie*, Kraków 2007.

Chęciek, M., *Sprawozdanie z V Kongresu Międzynarodowego Towarzystwa Płynności Mowy (IFA) w Dublinie*, „Biuletyn Logopedyczny" 1-2/2007.

Cook F., Rustin L., *Parental Involvement in the Treatment of Stuttering Language*, „Speech, and Hearing Services in Schools", 26/1995.

Kuszak K., *Dynamika rozwoju samodzielności dziecka w wieku przedszkolnym*, 2005.

Lawrence M., Barclay D. M., *Stuttering*: *a brief review*, „American Family Physician" 57/1998.

Lichota E. J., *Profilaktyka jąkania i niepełnosprawności mówienia*, Gdańsk 2008.

Mallard A. R., *Family intervention in stuttering therapy Seminars in Speech and Language*, „Seminaries Speech Language" 12/1991.

Schneer H. I., Hewlett I. W., *A family approach to stuttering with group therapy techniques*, „International Journal of Group Psychotherapy" 1958.

Szamburski K., *Technika wystukiwania sylab*, [w:] *Diagnoza i terapia osób jąkających się*, Warsztaty Logopedyczne, Białystok 1997.

Tarkowski Z., *Jąkanie*, [w:] *Podstawy Neurologopedii. Podręcznik akademicki*, pod red. T. Gałkowskiego, E. Szeląg, G. Jastrzębowskiej, Opole 2005.

Waszczuk H., *Rodzinna terapia jąkania*, Gdańsk 2005.