

# Studia Pragmalingwistyczne

Rocznik Instytutu Polonistyki Stosowanej  
Wydziału Polonistyki UW

**Rok IV**  

---

**2012**



WARSZAWA 2012

**Redaktor naczelny**  
Józef Porayski-Pomsta

**Komitet redakcyjny**  
Joanna Frużyńska, Marzena Stepien, Agata Wdowik,  
Ewa Wolańska (sekretarz redakcji)

**Rada redakcyjna**  
Stanisław Dubisz, Stanisław Gajda, Bogdan Owczarek,  
Józef Porayski-Pomsta (przewodniczący), Elżbieta Sękowska,  
Ewa Wolańska (sekretarz), Zofia Zaron, Halina Zgólkowa

**Recenzent tomu**

**Redaktor tomu**  
Ewa Wolańska

**Opracowanie redakcyjne streszczeń anglojęzycznych**  
Danuta Przepiórkowska

**Korekta**  
Magdalena Dobrzańska

**Adres redakcji**  
Instytut Polonistyki Stosowanej  
Wydział Polonistyki Uniwersytetu Warszawskiego  
ul. Krakowskie Przedmieście 26/28  
00-927 Warszawa  
e-mail: ips.polon@uw.edu.pl

© Copyright by Instytut Polonistyki Stosowanej  
Wydział Polonistyki UW  
Warszawa 2012

ISSN 2080-5853



Wydanie publikacji sfinansowane przez Wydział Polonistyki UW  
ze środków na badania naukowe

Tom opublikowany jest w wersji pierwotnej

**Projekt okładki**  
Dariusz Górski

**Skład i łamanie**  
Małgorzata Kula

**Druk i oprawa**  
Zakład Graficzny Uniwersytetu Warszawskiego, zam. 391/2013

## SPIS TREŚCI

### ARTYKUŁY I ROZPRAWY

MARZENA STĘPIEŃ, NATALIA SIUDZIŃSKA: O strukturze języka. Próba klasyfikacji zaburzeń mowy w świetle współczesnej wiedzy o strukturze języka (część I) .....	9
NATALIA SIUDZIŃSKA, MARZENA STĘPIEŃ: Zaburzenia mowy a struktura języka. Próba klasyfikacji zaburzeń mowy w świetle współczesnej wiedzy o strukturze języka (część II) .....	24
OLGA JAUER-NIWOROWSKA: Zaburzenia dyzartryczne – próba przedstawienia patomechanizmu. Wybrane problemy diagnozy .....	39
MAŁGORZATA BIERNAT, KRZYSZTOF SZAMBURSKI: Próba oceny związku między jękaniem a lokalizacją poczucia kontroli .....	53
KAROLINA SIEGEL: Echolalia w mowie dziecka z całościowymi zaburzeniami rozwoju. Sposób na ucieczkę czy na komunikację? .....	59
JACEK J. BŁESZYŃSKI: Rozwój mowy i języka dziecka z niepełnosprawnością intelektualną .....	71
MARLENA KUROWSKA: Wpływ dysfunkcji mózgowych u dzieci na kształtowanie się słownika .....	87
MARTA ANNA JANECZEK: Stan mowy dzieci. Prezentacja logopedycznych badań przesiewowo-diagnostycznych .....	105
JAKUB SKRZEK: Narzędzia diagnostyczne wykorzystywane do wykrywania wad wymowy u dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym .....	128
JUSTYNA ŻULEWSKA: Zaburzenia mowy u dzieci z dystrofią mięśniową Duchenne’a	139
OLGA JAUER-NIWOROWSKA: Terapia logopedyczna pacjentki z dyzartrią wiotką – opis przypadku .....	152

### RECENZJE

AGATA WDIK: Elżbieta Wichrowska, <i>Twoja śmierć. Początki dziennika intymnego w Polsce na przełomie XVIII i XIX wieku. Antoni Ostrowski „Życie najlepszej żony opisane przez czulego jej małżonka dla kochanych dzieci” oraz „Dziennik moich uczuć, czyli elegia serca”</i> , Warszawa, Wydawnictwo Spectrum Press 2012 .....	167
--	-----

**STRESZCZENIA PRAC HABILITACYJNYCH I DOKTORSKICH  
PRACOWNIKÓW INSTYTUTU POLONISTYKI STOSOWANEJ**

GRZEGORZ P. BĄBIAK: „Sobie, ojczyźnie czy potomości”. Wybrane problemy mecenatu elit na ziemiach polskich w XIX wieku .....	173
AGATA WDOVIK: Strategie aktualizacji tradycji oświeceniowych w publicystyce społeczno-literackiej lat 1944-1989. Streszczenie rozprawy doktorskiej .....	178
KATIA VANDENBORRE: Baśń w literaturze polskiej dwudziestego wieku. Autoreferat z rozprawy doktorskiej .....	180
BIBLIOGRAFIA PUBLIKACJI PRACOWNIKÓW INSTYTUTU POLONISTYKI STOSOWANEJ (2011) .....	187

## TABLE OF CONTENTS

### ARTICLES AND DISSERTATIONS

MARZENA STĘPIEŃ, NATALIA SIUDZIŃSKA: On the structure of language. Trial classification of speech disorders in the light of contemporary knowledge on the structure of language (Part I) .....	9
NATALIA SIUDZIŃSKA, MARZENA STĘPIEŃ: Speech disorders and the structure of language. Trial classification of speech disorders in the light of contemporary knowledge on the structure of language (Part II) .....	24
OLGA JAUER-NIWOROWSKA: Dysarthria – related disorders: An attempt at presenting their pathomechanics. Selected problems in diagnosis .....	39
MALGORZATA BIERNAT, KRZYSZTOF SZAMBURSKI: An attempt at assessing the relation between stuttering and the locus of control .....	53
KAROLINA SIEGEL: Echolalia in the speech of children with a pervasive developmental disorder. A way to escape or to communicate? .....	59
JACEK J. BŁESZYŃSKI: The development of speech and language in children with intellectual disability .....	71
MARLENA KUROWSKA: The effects of brain dysfunctions on vocabulary development in children .....	87
MARTA ANNA JANECZEK: Condition of the speech of children. Presentation of the diagnostic logopedic research .....	105
JAKUB SKRZEK: Diagnostic tools used to detect articulation defects in children at the preschool and early school age .....	128
JUSTYNA ŻULEWSKA: Speech disorders in children with Duchenne muscular dystrophy .....	139
OLGA JAUER-NIWOROWSKA: Speech therapy of a patient with flaccid dysarthria – a case study .....	152

### REVIEWS

AGATA WDOWIK: <i>Elżbieta Wichrowska, Your death. The early days of an intimate diary in Poland on the turn of 18th and 19th century. Antoni Ostrowski 'The diary of my feelings, or an elegy of the heart' and 'The life of the best of wives described by her tender husband for our beloved children'</i> , Warsaw, Spectrum Press 2012 .....	167
--	-----

**ABSTRACTS OF HABILITATION DISSERTATIONS  
AND DOCTORAL DISSERTATIONS WRITTEN BY THE STAFF  
OF THE INSTITUTE OF APPLIED POLISH STUDIES**

GRZEGORZ P. BĄBIAK: 'For myself, for my homeland for the posterity'. Selected problems of elites' art patronage in the Polish territory in the 19th century ..... 173

AGATA WDOVIK: Actualisation strategies applied to Enlightenment traditions in social and literary journalism of 1944-1989. An abstract of a doctoral thesis ..... 178

KATIA VANDENBORRE: A fable in the Polish literature of the 20th century. A narrative summary of a doctoral thesis ..... 180

BIBLIOGRAPHY OF PUBLICATIONS BY THE STAFF OF THE INSTITUTE OF APPLIED POLISH STUDIES (2011) ..... 187

# **ARTYKUŁY I ROZPRAWY**





MARZENA STĘPIEŃ, NATALIA SIUDZIŃSKA  
(Uniwersytet Warszawski, Warszawa)

## O STRUKTURZE JĘZYKA

### PRÓBA KLASYFIKACJI ZABURZEŃ MOWY W ŚWIETLE WSPÓŁCZESNEJ WIEDZY O STRUKTURZE JĘZYKA (CZEŚĆ I)

**ABSTRAKT:** W artykule staraliśmy się zaprezentować współczesną wiedzę na temat struktury języka (składni, leksykologii, morfologii oraz fonologii z fonetyką) w możliwie przejrzysty i adekwatny sposób, a także ukazać jej przydatność w pracy logopedy. Przedstawiliśmy pokrótce najważniejsze informacje dotyczące hierarchicznej struktury języka: podział na *langue* i *parole*, elementy składające się na poszczególne podsystemy wchodzące w skład *langue* (czyli systemu językowego) oraz odpowiadające im składniki *parole* (czyli wypowiedzi – użycia systemu językowego). Naszym celem było pokazanie, że tego typu wiedza może się okazać przydatna w stworzeniu adekwatnych narzędzi do diagnozowania zaburzeń mowy i do badania postępów w terapii logopedycznej. Może także stać się podstawą klasyfikowania form tych zaburzeń, co pokazujemy w artykule *Zaburzenia mowy a struktura języka. Próba klasyfikacji zaburzeń mowy w świetle współczesnej wiedzy o strukturze języka (część II)*.

**SŁOWA KLUCZOWE:** logopedia, językoznawstwo, tekst, zdanie, wypowiedź, konotacja, leksemy, morfemy: leksykalne, słotwórcze, fleksyjne, morfy, fonemy, cechy dystynktywne, głoski, cechy artykulacyjne, zaburzenia języka, *langue*, *parole*

We współczesnym świecie coraz więcej dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym boryka się z różnego typu trudnościami dotyczącymi mowy. Trudno ocenić, czy można mówić o nasileniu określonych form zaburzeń mowy, wywołanych przez czynniki biologiczne i środowiskowe (zmiany w strukturze społecznej i w opiece nad najmłodszymi, zanieczyszczenie środowiska, substancje hormonalne i chemiczne zawarte w żywności). Możliwe jest bowiem również inne wytłumaczenie, mianowicie takie, że dziś posługujemy się lepszymi niż np. 40 lat temu narzędziami do diagnozowania zaburzeń mowy i przywiązujemy większą wagę do wczesnej interwencji terapeutycznej. Częściej więc odnotowujemy, że dzieci i młodzież cierpią z powodu określonych form zaburzeń mowy, podczas gdy skala samego zjawiska wcale nie musiała ulec znaczącej zmianie. Ważne jest również to, że mamy obecnie do dyspozycji specjalistów pracujących w poradniach psychologiczno-pedagogicznych oraz nauczycieli

wychowania przedszkolnego i kształcenia wczesnoszkolnego, którzy są bardziej niż kiedyś wyczuleni na tę problematykę.

Etiologii zaburzeń mowy poświęcono wiele opracowań, dzięki wynikom tych badań prężnie rozwija się dziś m.in. profilaktyka logopedyczna. Wiemy, które czynniki w czasie ciąży mogą wpływać negatywnie na rozwój mowy i co rodzice mogą zrobić, aby ich unikać. Na oddziałach noworodków w czasie pierwszych dni życia bada się dziś w całej Polsce słuch najmłodszych. Specjalnie przeszkoleni logopedzi tłumaczą młodym rodzicom, jak ważne w procesie nabywania mowy są podstawowe czynności: prawidłowe oddychanie, ssanie, połykanie, a później także żucie. Coraz wcześniej wykrywane i korygowane są również wady zgryzu. A ci spośród rodziców, którzy chcieliby mądrze wspierać rozwój swojego dziecka, mogą w opracowaniach popularnonaukowych przeczytać, jak m.in. stymulować prawidłowy rozwój mowy.

Wszystko to jednak nie zmienia tego, że mimo zastosowanej profilaktyki logopedycznej i prawidłowej stymulacji rozwoju mowy, część dzieci ma problemy z szeroko rozumianym porozumiewaniem się<sup>1</sup>. Trafiają one do specjalistów, którzy muszą odpowiedzieć na co najmniej cztery kluczowe pytania:

1. jakie są objawy,
2. w czym tkwi problem (istota zaburzenia),
3. co należy zrobić (praca nad usunięciem objawów i jednocześnie wyeliminowaniem istoty zaburzenia – o ile to możliwe),
4. co udało się zrobić (weryfikacja efektów terapii po określonym czasie jej trwania).

Aby wspomniani specjaliści mogli skutecznie wykonywać swoją pracę i odpowiedzieć na te pytania, potrzebują narzędzi, przejrzystych i adekwatnych do badanego zjawiska. Narzędzi, które byłyby zarazem logicznie spójne, łatwe do opanowania i niezbyt czasochłonne w zastosowaniu. Te narzędzia mają szansę spełnić (naszym zdaniem) warunki oparte na wynikach nowszych badań nad tym, co jest istotą wszelkich zaburzeń mowy: nad strukturą języka. Wiedza o tym, jak jest zbudowany i jak działa język, pozwala lepiej uporządkować i zrozumieć objawy zaburzeń mowy. W naszej opinii pomaga również w stworzeniu adekwatnych narzędzi do diagnozowania zaburzeń mowy i do badania postępów w terapii logopedycznej. Może także stać się podstawą klasyfikowania form tych zaburzeń.

Oczywiście, można zaprotestować, mówiąc, że mamy przecież do dyspozycji różnego typu klasyfikacje zaburzeń mowy: zarówno ogólne, ujmujące zaburzenia całościowo, jak i szczegółowe – w obrębie zaburzeń jednego typu (np. afazja). Istnieją też testy służące do diagnozowania zaburzeń, niektóre z nich można by

---

<sup>1</sup> Smutna prawda jest również taka, że wiele dzieci cierpi z powodu zaburzeń mowy właśnie z powodu braku odpowiedniej profilaktyki lub z powodu zbyt późnej interwencji specjalistycznej, choć – przynajmniej w teorii – mogły tego losu uniknąć.

pewnie wykorzystać także do oceny postępów w terapii. Jednak ci, którzy pracują jako logopedzi, doskonale wiedzą, że te skądinąd niezłe (a często nawet pionierskie) narzędzia mają swoje poważne braki. A wystawienie na ich podstawie opinii na temat dziecka czy formalnej diagnozy zaburzenia bywa bardzo kłopotliwe. Bywa również stresujące, dlatego że narzędzia te dopuszczają niebezpiecznie duży margines subiektywności w dokonywanej ocenie. Oznacza to, że osoba weryfikująca diagnozę logopedy może dojść do odmiennych wniosków, używając tych samych metod lub analizując te same dane, i to przy założeniu, że obie strony skrupulatnie wykonały swoje zadanie.

Podsumowując tę część rozważań, chcemy podkreślić, że nie są one oskarżeniem pod niczym adresem, bo w takiej sytuacji trudno wskazać winnych. Z pewnością nie są nimi logopedzi czy twórcy klasyfikacji zaburzeń mowy oraz narzędzi do diagnozy i terapii logopedycznej. Chciałyśmy jedynie głośno nazwać problem, o którym w środowisku logopedów mówi się od dawna. Przybywa tych, którzy cierpią z powodu różnego typu form zaburzeń mowy. Zmienia się prawo oświatowe i oczekiwania społeczne wobec specjalistów. Konsekwencje popełnienia błędu w diagnozie i terapii są poważne. A logopedom wciąż brakuje narzędzi.

W jednym czy dwóch artykułach<sup>2</sup> nikt nie rozwiąże problemu o tej skali. I nie jest to również naszym celem. Chciałybyśmy jednak pokazać drogę, która prowadzi w obiecującym kierunku – wskazuje możliwość znalezienia wyjścia z tej sytuacji. W naszej opinii tą drogą jest systematyczne wykorzystanie w logopedii współczesnej wiedzy o strukturze języka, o jego hierarchicznej i dychotomicznej budowie. I nie mamy tu na myśli tzw. wiedzy szkolnej, bo ona w stosunku do aktualnego stanu badań jest przestarzała o jakieś 50 lat (w niektórych wypadkach nawet bardziej, choć pewnie trudno w to uwierzyć; najbardziej uderzające jest to chyba w wypadku fonetyki i fonologii). Uważamy, że wyniki współczesnych badań językoznawczych można skutecznie wykorzystać do uporządkowania klasyfikacji zaburzeń mowy oraz do ich diagnozy. Dzięki temu możliwe jest opracowanie adekwatnych i spójnych narzędzi, które w dalszej perspektywie będzie można również poddać tzw. standaryzacji. Jesteśmy w stanie to zrobić, nie zasypując logopedów skomplikowaną terminologią, a jednocześnie zachowując adekwatność opisu.

W artykule *Zaburzenia a struktura języka. Próba klasyfikacji zaburzeń mowy w świetle współczesnej wiedzy o strukturze języka (część II)* pokazujemy, jak mogłoby to w praktyce wyglądać, na przykładzie projektu klasyfikacji form zaburzeń mowy H. Mierzejewskiej i D. Emiluty-Roży (2000)<sup>3</sup>. W wypadku afazji,

<sup>2</sup> Por. także w tym tomie: N. Siudzińska, M. Stępień, *Zaburzenia a struktura języka. Próba klasyfikacji zaburzeń mowy w świetle współczesnej wiedzy o strukturze języka (część II)*.

<sup>3</sup> Brałyśmy pod uwagę również późniejsze zmiany w projekcie zestawienia form zaburzeń mowy autorstwa D. Emiluty-Roży (2008).

która manifestuje się w postaci bardzo różnych form zaburzeń językowych, odwołamy się także do dwóch dodatkowych klasyfikacji: A. Łurii (1967) oraz tzw. klasyfikacji bostońskiej (Goodglass, Kaplan 1972)<sup>4</sup>.

W części poświęconej omówieniu struktury języka odwołujemy się do nowszych badań językoznawczych, jak ujęcie hierarchicznej struktury języka w postaci schematu przez Z. Zaron (2009). W opisie poszczególnych podsystemów języka odwołujemy się do następujących źródeł: podsystem morfologiczny: GWJP (1998), podsystem składniowy: Z. Zaron (2009), podsystem fonologiczny: M. Wiśniewski (1997 i wydania późniejsze), teoria jednostek języka (podsystem leksykalny): A. Bogusławski (np. 2008; A. Bogusławski, M. Danielewiczowa 2005), relacje semantyczne: M. Grochowski (wyznaczane na podstawie operacji logicznych, np. za: A. Bednarek, M. Grochowski 1997).

W starszych opracowaniach proponowano, aby zarówno diagnozę, jak i terapię różnych form zaburzeń mowy rozpoczynać od najmniejszych elementów mowy, mianowicie od głosek. Jednak zgodnie z najnowszymi zasadami postępowania diagnostycznego zaproponowanymi przez D. Emilutę-Rożę, logopeda powinien rozpocząć badanie mowy od dłuższych wypowiedzi. Jeśli spojrzeć na tę propozycję nie tylko od strony procesu terapeutycznego, lecz także przez pryzmat tego, jak posługujemy się językiem, widać, że jest ona bardzo rozsądna. Przecież w codziennym życiu nie porozumiewamy się głoskami czy nawet sylabami, lecz całymi wypowiedziami. I nawet jeśli w drodze wyjątku zdarza nam się użyć słowa składającego się z jednej głoski (np. *i*), to zwykle jest ono zrozumiałe dla odbiorcy jedynie w określonym kontekście słownym lub sytuacyjnym, a więc właśnie w wypowiedzi, np. tak:

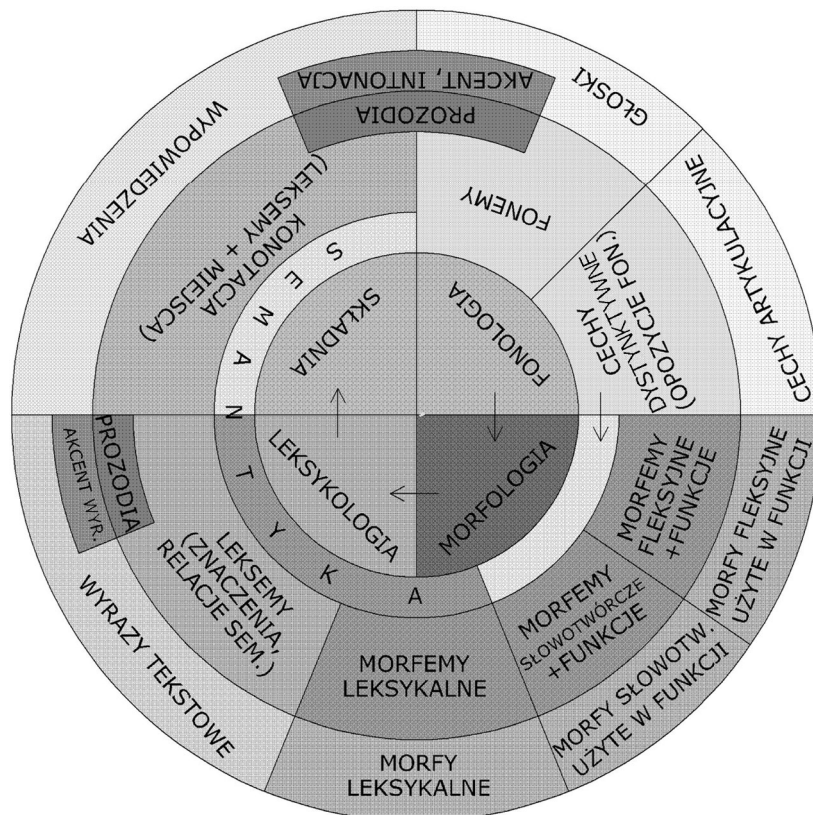
(1) Ktoś<sub>1</sub> do kogoś<sub>2</sub>: *Zaczekaj, sprawdzę, kto puka.* (Ktoś<sub>1</sub> wychodzi z pokoju i nie wraca przez dłuższą chwilę). Ktoś<sub>2</sub> odzywa się więc pytającym tonem: *I?*

Zatem podkreślmy: nikt z nas nie mówi głoskami, nawet jeśli czasem któraś z naszych wypowiedzi składa się dokładnie z jednej głoski. W tej sytuacji ma ona bowiem sens zrozumiały dla odbiorcy tylko w określonym kontekście sytuacyjnym, pełniącym funkcję identyczną z funkcją wypowiedzi.

---

<sup>4</sup> Zdajemy sobie sprawę z tego, że istnieją różne propozycje klasyfikacji zaburzeń o typie afazji. W tym tekście przywołujemy dwie z nich: klasyfikację bostońską i Łurii. Zgodnie z naszą wiedzą, pierwsza z nich jest najpowszechniej wykorzystywana przez logopedów pracujących z pacjentami cierpiącymi z powodu tego zaburzenia w placówkach medycznych. Z kolei logopedzi pracujący poza tego typu placówkami chętniej korzystają z klasyfikacji Łurii. W II części artykułu pokażemy, jak obie te klasyfikacje mają się do językowych form zaburzeń obserwowanych w afazji. Kwestia tego, jak powiązać miejsca uszkodzenia struktur nerwowych z objawami w postaci zaburzeń mowy w sposób najbardziej przydatny w diagnozie i terapii logopedycznej, jest bardzo interesująca i stanowi przedmiot naszego zainteresowania. M.in. temu zagadnieniu będą poświęcone nasze kolejne badania.

## Jak działa język? Instrukcja obsługi



**Rys. 1: Schemat struktury języka:**

- rdzeń koła to cztery podsystemy języka: fonologia, morfologia, leksykologia i składnia,
- pierwszy krąg wokół rdzenia to semantyka, czyli znaczenie elementów języka – znaczenie mają niemal wszystkie elementy językowe: leksemy oraz miejsca składniowe przez nie otwierane, a także morfemy, które wchodzą w skład tych leksemów; fonemy oraz wiązki cech dystynktywnych, które się na nie składają, nie mają wprawdzie znaczenia, ale uczestniczą pośrednio w jego tworzeniu – por. fragment artykułu poświęcony cechom dystynktywnym,
- drugi krąg odpowiada elementom składającym się na system językowy, czyli *langue*,
- kolejny krąg to *parole*, czyli elementy, z których zbudowane są nasze wypowiedzi (na podstawie wzorców zakodowanych w *langue*),
- jak widać, nie ma ścisłej granicy między leksykologią a morfologią,
- podobnie w wypadku prozodii, która jest elementem *langue*: jako cecha foniczna jest zaliczana do fonologii, lecz obejmuje zjawiska foniczne suprasegmentalne, czyli dotyczące nie pojedynczych fonemów, ale ich ciągów – zarówno wyrazowych, jak i zdaniowych.

Logopedzi na co dzień pracują na konkretnych wypowiedziach, czyli użyciach systemu językowego. Językoznawcy (za Ferdynandem de Saussure'em) używają w odniesieniu do tego zjawiska terminu *parole*. Zatem *parole* to codzienne rozmowy, pytania o godzinę, polecenia wydawane dzieciom itp. – słowem: każde nasze mówienie. Jednak powstanie tych wypowiedzi nie byłoby możliwe, gdyby nie istniały pewne abstrakcyjne elementy i reguły ich łączenia, czyli język właśnie. Te językowe elementy, ich funkcje i reguły ich łączenia językoznawcy nazywają *langue*, czyli systemem językowym. *Langue*, czyli język jako system nie jest czymś, co możemy zobaczyć lub czego możemy dotknąć. O jego istnieniu wnioskujemy na podstawie *parole*, użycia, czyli na podstawie wypowiedzi. Dziecko przyswaja język (*langue*), abstrahując zasady z wypowiedzi (czyli z *parole*). Logopeda oddziałuje na *langue* swojego pacjenta pośrednio, poprzez *parole* właśnie. Zatem *langue* jest ściśle zrośnięte z *parole*, a *parole* nieodłączne od *langue*. Nie wystarczy jednak na tym poprzestać. Trzeba dodać, że zarówno *langue*, jak i *parole* są zbudowane hierarchicznie.

Przyjrzyjmy się zatem teraz hierarchicznej strukturze języka. Wiemy, że język zbudowany jest z czterech podsystemów: fonologicznego, morfologicznego, leksykalnego i składniowego. Trzeba jednak pamiętać, że podział ten jest nieco sztuczny, ponieważ żaden z tych podsystemów nie może działać i istnieć w oderwaniu od pozostałych. Możemy je więc rozdzielać i opisywać osobno, ale w wypowiedzi są one wykorzystywane zawsze łącznie. Nieco inaczej niż czyniono to dotychczas w literaturze przedmiotu postanowiłyśmy zobrazować hierarchiczną budowę języka za pomocą schematu kołowego (por. rys. 1 wraz z opisem).

Zgodnie z postępowaniem logopedycznym zaczniemy od najbardziej złożonego poziomu użycia (*parole*), mianowicie od tekstów, które składają się z jednej lub wielu wypowiedzi. Kiedyś uznawano, że teksty należą wyłącznie do sfery *parole*, czyli użycia. Jednak nowsze badania zmierzają w kierunku udowodnienia hipotezy, że istnieje takie zjawisko, jak gatunki tekstów – pewne utarte, kulturowe wzorce ich tworzenia, które należą do sfery *langue*. Realizujemy te wzorce w naszych wypowiedziach, a o tym, co się dzieje, kiedy ktoś posłuży się przykładowo nieprawidłowym wzorcem prośby, możemy się przekonać, wyjeżdżając do obcego kraju i mówiąc w obcym języku. Obecnie prężnie rozwija się dziedzina zajmująca się gatunkami tekstów – tekstologia. Ten poziom języka i wypowiedzi rzadko bywa przedmiotem bezpośredniej pracy logopedy, najczęściej zajmuje się jego kształceniem nauczyciel (zwykle polonista) w szkole<sup>5</sup>. Zaliczenie tekstologii do podsystemów języka wciąż jest jednak kwestią dyskusyjną, dlatego nie umieściłyśmy jej na naszym schemacie.

<sup>5</sup> Wyjątek stanowią logopedzi pracujący z osobami jękającymi się – na pewnym etapie terapii praca z pacjentem polega właśnie na wykorzystywaniu takich form gatunkowych, jak np. opowiadanie. Podobnie w pracy z pacjentami, w których wypadku ośrodek mowy zlokalizowany jest

Pierwszym podsystemem, znajdującym się w rdzeniu koła na rys. 1, jest zatem składnia. Współcześnie językoznawcy odwołują się do różnych teorii składni, np. składnia formalna, generatywna. My będziemy się posługiwały teorią, naszym zdaniem, najbliższą praktyce logopedycznej, tzw. składnią funkcjonalną, uwzględniającą zarówno struktury składniowe, jak i ich znaczenie. Jest to takie ujęcie składni, w którym znaczenie i forma są ze sobą ściśle związane. Aby nie brnąć w terminologię, zilustrujemy to zagadnienie na przykładzie. Przyjrzyjmy się zdaniu:

(2) *Ania je zupę widelcem.*

Ośrodkiem każdego zdania, w tym także tego, jest zawsze określony leksem, zwykle czasownik w formie osobowej. I to on decyduje o kształcie tego zdania. Kiedy dzieci uczą się w szkole języków obcych, nie przyswajają samych tylko leksemów i ich znaczeń (a w każdym razie nie powinno się to tak odbywać). Uczą się tych leksemów wraz z zasadami ich użycia, czyli z informacją, w otoczeniu jakich innych leksemów mogą wystąpić i czy narzucają tym leksemom konkretną formę. Odwołując się do naszego przykładu, możemy powiedzieć, że jeżeli poznajemy czasownik *jeść*, to oprócz jego znaczenia i form odmiany przyswajamy także wiedzę o tym, że czasownik ten w formie osobowej:

- a) z lewej strony otwiera miejsce dla innego leksemu (lub grupy leksemów) w mianowniku; leksem będący jego lewostronnym uzupełnieniem nie może nazywać rzeczy (np. *\*Stół je zupę widelcem*) czy zjawisk atmosferycznych (*\*Śnieg je zupę widelcem*);
- b) z prawej strony otwiera miejsce dla dwóch leksemów (lub ich grup): jednego w bierniku nazywającego obiekt czynności (wszystko, co da się zjeść), drugiego – w narzędniku, nazywającego narzędzie czynności (wszystko, czym można jeść).

Zatem *Ala* może *zjeść zupę łyżką*, ale niemożliwe jest wypowiedzenie *Stół je dywan semantyką*. Także nie można powiedzieć *Ala je zupie łyżka*.

To, co opisałyśmy powyżej (czyli leksemy + miejsca, które otwierają dla innych leksemów + zasady zapełniania tych miejsc), należy do poziomu *langue* i jest w składni nazywane konotacją lub walencją. Dotyczy większości polskich leksemów. To, jak te zasady są wykorzystywane w praktyce (czyli w *parole*), można obserwować w konkretnych zdaniach czy wypowiedziach. Jak widać, składnia jest ściśle powiązana z leksyką, czyli z podsystemem leksykalnym (z leksemami i ich znaczeniem oraz relacjami znaczeniowymi między nimi).

---

w prawej półkuli mózgu (u większości osób ośrodek ten znajduje się w lewej półkuli) i którzy cierpią na afazję w wyniku uszkodzenia struktur nerwowych. W wypadku tej ostatniej grupy zakłócenie dotyczy głównie gatunkowych wzorców tekstu. W tym miejscu chcielibyśmy podziękować dr. Krzysztofowi Szamburskiemu i dr. Ewie Wolańskiej, którzy zwrócili naszą uwagę na ten aspekt.

„Leksem” to kolejne pojęcie z poziomu *langue* (czyli systemu). Aby je wyjaśnić, znów posłużymy się przykładem. Jeśli wyraz *kot* odmienimy przez wszystkie przypadki w liczbie pojedynczej i mnogiej, to uzyskamy pewien zbiór form:

	lp.	lm.
M.	<i>kot-∅</i>	<i>kot-y</i>
D.	<i>kot-a</i>	<i>kot-ów</i>
C.	<i>kot-u</i>	<i>kot-om</i>
B.	<i>kot-a</i>	<i>kot-y</i>
N.	<i>kot-em</i>	<i>kot-ami</i>
Msc.	<i>koci-e</i>	<i>kot-ach</i>
W.	<i>koci-e!</i>	<i>kot-y</i>

Zbiór tych form (skądinąd różnych) ma dwa wspólne elementy: mianowicie temat fleksyjny (pewien mniej lub bardziej regularnie powtarzający się fragment wyrazu) i znaczenie. Zwyczajowo zbiór ten w słowniku jest umownie reprezentowany przez jedną formę (w tym wypadku *kot*). Zbiór tych form, połączony wspólnym znaczeniem i przywoływany w słownikach za pomocą jednej umownej formy (*kot*), to właśnie leksem. Oczywiście w wypowiedziach nie używamy leksemów (czyli wszystkich form we wszystkich funkcjach jednocześnie), tylko wyrazów tekstowych – czyli konkretnej formy w konkretnej funkcji.

Warto jednak pamiętać, że leksemy nie występują nigdy w izolacji – kota nazywamy *kotem*, ponieważ nie możemy nazwać go *psem*, *wielbłądem*, *owadem*, *ptakiem*, *rzeczą*, *kolorem* itp. Zatem leksemy składają się na nasz słownik i w obrębie tego słownika są ze sobą powiązane relacjami, a właściwie całą ich pajęczyną.

Poniżej omawiamy synonimie i bliskoznaczność, antonimie i konwersję. Nie będziemy się zajmowały homonimią, czyli identycznością kształtów, ponieważ nie jest to – w naszym rozumieniu – relacja semantyczna. Przecież to, że wyrazy *bal*<sub>1</sub> (*Zatańcz ze mną na balu*) i *bal*<sub>2</sub> (*Ten bal idealnie nadaje się na maszt*), są uznawane za homonimy, synchronicznie nie ma nic wspólnego z ich znaczeniem. Pomijamy też polisemie, ponieważ jest to zależność, którą można obserwować głównie w słownikach. W tekście w większości wypadków kontekst pozwala wykluczyć wieloznaczność, np. w zdaniu *Janek liczy na wygraną w totka* doskonale wiemy, o które *liczyć* chodzi.

Zacznijmy od synonimii, czyli równoznaczności. Jak sama nazwa wskazuje, chodzi tu o sytuację, gdy dwa wyrazy znaczą dokładnie to samo. A zatem powinno być możliwe ich użycie w następującym kontekście:

(3) *Z tego, że ktoś lub coś jest A, wynika, że ktoś lub coś jest B oraz z tego, że ktoś lub coś jest B, wynika, że ktoś lub coś jest A.*



Lub w nieco większym uproszczeniu tak:

(3a) *Jeżeli coś jest A, to jest B oraz jeżeli coś jest B, to jest A.*

Na przykład leksemy *gastronom* i *gastronomik* są synonimami, ponieważ oba mogą zostać użyte zarówno w odniesieniu do osoby, która pracuje w zakładzie gastronomicznym, jak i w odniesieniu do kogoś, kto jest specjalistą w przyrządzaniu potraw<sup>6</sup>. Zatem:

(4) *Z tego, że ktoś jest gastronomem, wynika, że ta osoba jest gastronomikiem. (Jeżeli ktoś jest gastronomem, to jest gastronomikiem).*

(4a) *Z tego, że ktoś jest gastronomikiem, wynika, że ta osoba jest gastronomem. (Jeżeli ktoś jest gastronomikiem, to jest gastronomem).*

Absolutna równoznaczność jest jednak w języku zjawiskiem stosunkowo rzadkim. O wiele częstsza jest natomiast bliskoznaczność, czyli relacja polegająca na tym, że dwa wyrazy mają jakiś element wspólny. Oczywiście, jest to mało precyzyjne ujęcie, bo co to znaczy „wspólny element” i jak istotny musi on być, aby mówić o bliskoznaczności? W końcu wyrazy *glonojad* i *kolaborant* też mają ze sobą coś wspólnego – obu użyjemy wyłącznie w odniesieniu do istoty, która żyje, ale w żadnych okolicznościach nie będzie to ta sama istota. Czy powiemy o nich zatem, że są bliskoznaczne? Dlatego zamiast o bliskoznaczności bezpieczniej mówić o hiponimii i hiperonimii. Hiponim to wyraz o znaczeniu węższym, a hiperonim – o znaczeniu szerszym, bardziej ogólnym. Aby te pojęcia wyjaśnić, trzeba przyrzeć się relacji między dwoma wyrazami o podobnym znaczeniu z dwóch perspektyw:

- 1) „od dołu”, np. w parze *kot* i *zwierzę* wyraz *kot* ma bardziej precyzyjne znaczenie, odnosi się do mniejszej liczby obiektów – taką relację nazywamy hiponimią,
- 2) „od góry”, w tej samej parze wyraz *zwierzę* ma znaczenie bardziej ogólne, odnosi się do większej liczby obiektów.

Jeden hiperonim może mieć wiele hiponimów, ale jeden hiponim ma tylko jeden bezpośredni hiperonim, tak jak na ilustracji:



<sup>6</sup> Jednak słowo *gastronomik* oznacza w mowie potocznej dodatkowo szkołę gastronomiczną (można tak też powiedzieć o jej uczniach), zatem w pewnych kontekstach lepiej posłużyć się formą *gastronom*, aby uniknąć nieporozumienia.

Również tę relację można zweryfikować, używając formuł logicznych, np. (5) *Z tego, że jakaś istota jest kotem (psem, wielbłądem), wynika, że jest ona zwierzęciem. Ale: Z tego, że jakaś istota jest zwierzęciem, nie wynika, że jest ona kotem (może być psem, wielbłądem itd.).*

W postaci takiego drzewa zależności znaczeniowych (od najbardziej precyzyjnych słów do najbardziej ogólnych) można by najprawdopodobniej uporządkować całe słownictwo<sup>7</sup>.

Inna ważna relacja semantyczna to antonimia, czyli przeciwieństwa, np. *suchy i mokry*. Również ją można opisać w postaci formuł logicznych, np.

(6) *Jeżeli coś jest mokre, to nie jest suche. Ale: Jeżeli coś nie jest suche, to wcale nie oznacza, że to jest mokre (bo może być np. wilgotne). Zatem wyrazy suchy i mokry są antonimami.*

Na koniec zostawiłyśmy relację, o której w szkole się nie mówi, a która jest, naszym zdaniem, bardzo istotna, mianowicie konwersję. Leksemy, które pozostają w tej relacji, nazywamy konwersami: pozwalają nam one opowiedzieć o tej samej sytuacji z dwóch przeciwnych perspektyw. Wyobraźmy sobie taką scenę: na parkingu stoi samochód, obok dwie osoby, Anna i Jan. Jan wyjmuje z kieszeni pieniądze i daje je Annie. Anna wyjmuje z torebki kluczyki i daje je Janowi. Następnie oboje podpisują dokument, po czym Jan wsiada do samochodu i odjeżdża, a Anna oddała się pieszo, schowawszy gotówkę do torebki. Cały ten skomplikowany opis możemy oddać za pomocą dwóch czasowników, ujmując zdarzenie z perspektywy Jana:

(7) *Jan kupił samochód od Anny.*

Lub z perspektywy Anny:

(7a) *Anna sprzedała samochód Janowi.*

Czasowniki *kupić* i *sprzedać* językoznawcy nazywają właśnie konwersami, a relację zachodzącą między nimi – konwersją.

Każdy wyraz zbudowany jest z mniejszych części znaczących, czyli z morfemów (stąd nazwa kolejnego podsystemu – morfologicznego), co ilustruje poniższa tabela:

morfem leksykalny (in. także rdzeń)	morfem słowotwórczy (tu: nazwa żeńska)	morfem fleksyjny (tu: M. lp.)
<i>kot-</i>	<i>-k-</i>	<i>-a</i>

Każdy morfem ma swoją funkcję (czyli znaczenie). Morfemy leksykalne są położone najbardziej centralnie i pełnią funkcję semantyczną (inaczej znaczeniową,

<sup>7</sup> Piszemy „najprawdopodobniej”, ponieważ jak dotąd nikt tego jeszcze nie zrobił (a przynajmniej my nic o tym nie wiemy). Ale można taką piramidę zależności do pewnego stopnia odtworzyć, śledząc odsyłacze w słownikach języka polskiego.

w nich tkwi ogólne znaczenie całej rodziny wyrazów, np. *kot-ø*, *koć-i*, *kot-ek-ø*, *kot-k-a*, *koć-ątk-o* – ‘taki, który ma futro, ogon, wąsy, cztery łapy i miauczy’). W tym miejscu zatem podsystem leksykalny i morfologiczny się zająbiają.

Morfemy słowotwórcze najczęściej znajdują się obok morfemów leksykalnych (lub innych morfemów słowotwórczych) i zwykle również pełnią funkcję znaczeniową:

- a) jedne modyfikują (doprecyzowują) znaczenie wyrazu, np. zdrabniające – jeśli do wyrazu *kot* dodamy morfem *-ek*, to uzyskany wyraz nadal oznacza ‘coś, co ma futro, ogon, wąsy, cztery łapy i miauczy’, ale teraz wiemy dodatkowo, że jest ‘małe’<sup>8</sup>,
- b) inne całkowicie zmieniają znaczenie wyrazu, np. jeśli do wyrazu *biegać* nazywającego pewną czynność (‘szybko przebierać nogami’) dodamy morfem *-acz*, to uzyskamy wyraz nazywający ‘osobę, która szybko przebiera nogami’<sup>9</sup>:

<i>biegać</i>	⇒	<i>bieg-</i>	<i>-acz</i>
‘szybko przebierać nogami’	⇒	‘...szybko przebiera nogami’	‘osoba, która...’

Napisaliśmy „zwykle”, ponieważ istnieje taka klasa morfemów słowotwórczych, które nie pełnią funkcji znaczeniowej (choć tworzą nowe słowa!), np.: *wściekły* (nazwa cechy) ⇒ *wściekl-ość* (nazwa cechy) albo: *biegać* (nazwa czynności) ⇒ *bieganie* (nazwa czynności). Mówi się, że takie morfemy słowotwórcze pełnią wyłącznie funkcję składniową, tzn. pozwalają leksemom zachować to samo znaczenie, ale pełnić inne funkcje w zdaniu (np. rzeczownik w przeciwieństwie do czasownika może być podmiotem w mianowniku). Jest to operacja bardzo abstrakcyjna i dlatego trudna do opanowania przez osoby cierpiące na zaburzenia mowy wynikające z uszkodzeń określonych struktur nerwowych.

Ostatnia klasa to morfemy gramatyczne, czyli (w większości) końcówki fleksyjne<sup>10</sup>. Informują nas o właściwościach odmiany (a więc także o miejscu w zdaniu, np. dziewczynk-a ⇐ mianownik = podmiot), są najbardziej zewnętrzną

<sup>8</sup> Morfem ten pełni często również funkcję ekspresywną.

<sup>9</sup> Oczywiście, nie jest to definicja słownikowa – chodziło nam o możliwie obrazowe pokazanie, że pewne elementy w podstawie i wyrazie pochodnym się powtarzają.

<sup>10</sup> Warto pamiętać, że morfem gramatyczny nie musi być końcówką fleksyjną, gdyż nie zawsze znajduje się na końcu. Np. w zdaniu *Będę spała do południa*, czasownik *spać* został użyty w 1. os. lp. cz. przyszłego. t. orzekającego r. żeńskiego, ale tylko morfem informujący o tym, że to rodzaj żeński, znajduje się na końcu (końcowe *-a* w formie *będę spał-a*). Informację o tym, że jest to czas przyszły i 1. os. lp. odczytujemy z *będę* – skupiska morfemów gramatycznych znajdującego się przed tematem fleksyjnym (*spał-*). Podobnie morfem wskazujący na aspekt czasownika może się znajdować przed jego tematem fleksyjnym: *u-szyć*. Nieciągłe bywają także morfemy leksykalne, np. w czasowniku *uśmiechnąć się* cząstka *się* nie jest skróconą formą zaimka *siebie* (nie można przecież *uśmiechnąć kogoś*), lecz stanowi część morfemu leksykalnego.

częścią wyrazu, gdyż umieszczamy je po morfemie leksykalnym i morfemach słowotwórczych. Dział zajmujący się morfemami gramatycznym, ich funkcjami oraz właściwościami gramatycznymi wyrazów to fleksja.

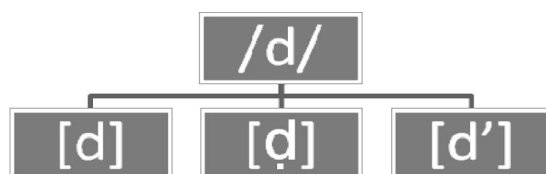
Fleksja to nauka o odmianie, ale nie tylko o końcówkach, lecz też o właściwościach fleksyjnych. Właściwości te dzielimy na:

- a) takie, które zostały wyrazowi przypisane, np. rodzaj rzeczownika: po polsku powiemy *ta szafa* a nie *ten szafa*,
- b) i takie, które się zmieniają, np. *ta zielona kurtka*, ale *ten zielony but*. Zmiana tych właściwości fleksyjnych uwarunkowana jest na dwa sposoby:
  - przez kontekst – forma wyrazu *zielony* wynika ze związków tego wyrazu z innymi wyrazami w zdaniu, *ta kurtka* – zatem *zielona* (M. lp. rz.), ale *ten but*, więc *zielony* (M. lp. rm.),
  - przez sytuację pozajęzykową – np. liczba rzeczownika *kot* zależy od tego, ile kotów jest przedmiotem naszej wypowiedzi: jeśli jeden, użyjemy liczby pojedynczej, jeśli co najmniej dwa – mnogiej. Liczba jest więc kategorią, która ma swoją semantykę (znaczenie), ponieważ przekazuje informację znaczeniową.

Na poziomie *langue* istnieją zatem abstrakcyjne morfemy (można sobie je wyobrazić jako matryce z kształtami i zasadami ich użyc), na poziomie *parole*, czyli w wypowiedzi używamy odpowiadających im morfów w określonej funkcji. Jak widać, podsystem morfologiczny jest ściśle powiązany z leksykalnym (morfemy leksykalne i słowotwórcze) oraz składniowym (morfemy fleksyjne i niektóre morfemy słowotwórcze).

Napisałyśmy, że morfemy to najmniejsze znaczące elementy języka. Mamy jednak w języku elementy jeszcze mniejsze, lecz pozbawione znaczenia (semantyki), choć na to znaczenie wpływające. Mianowicie, każdy użyty w wypowiedzi (*parole*) wyraz tekstowy zbudowany jest z morfów użytych w określonej funkcji (na poziomie *langue* odpowiadają im „idealne” morfemy), a te zbudowane są z głosek, które mają określone cechy artykulacyjne. Głoskom na poziomie *langue* odpowiadają fonemy, które są zbudowane z cech dystynktywnych. Cechy dystynktywne ustalamy, tworząc tzw. opozycje i podając pary minimalne. Posłużmy się przykładem. W wyrazie *dom* pierwsza głoska to [d], jedną z jej cech artykulacyjnych jest dźwięczność. Głoska ta ma również inne cechy artykulacyjne, np. twardość, zwartość i przedniojęzykowo-zębowość (czubek języka zwiera się z wewnętrzną stroną górnych zębów). Głosce [d] na poziomie systemu (*langue*) odpowiada fonem /d/, którego cechą dystynktywną jest dźwięczność. Skąd wiemy, że dźwięczność jest cechą dystynktywną? Ponieważ jeśli np. w wyrazie *dom* zmienimy tylko tę jedną cechę głoski na bezdźwięczność, uzyskamy w efekcie głoskę *t* i wyraz *tom*. Zatem ta cecha artykulacyjna w wypowiedzi odpowiada cesze dystynktywnej w języku pozwalającej nam

odróżnić dwa słowa o odmiennym znaczeniu. Jednak nie każda cecha artykulacyjna musi być cechą dystynktywną, np. w wyrazie *drzewo* pierwsza głoska jest wprawdzie nadal twarda, dźwięczna i przedniojęzykowa, ale tym razem nie jest ona zębowa, lecz dźwięczna (czubek języka dotyka do wałka dźwięcznego tuż przed górnymi zębami). Cecha ta jednak nie odpowiada żadnej cecie dystynktywnej, gdyż nie ma w polszczyźnie takiej pary wyrazów, które oprócz znaczenia różniłyby się tylko tą właściwością (tzn. wszystkie głoski byłyby identyczne i w tej samej kolejności oprócz tego, że jeden z nich zawierałby [d] przedniojęzykowe, a drugi dźwięczne [d̥]<sup>11</sup>). Podobną właściwością jest zmiękczenie [d'] w wyrazie *diabeł*<sup>12</sup>. Obie te głoski reprezentują ten sam fonem /d/. Zatem jedna głoska odpowiada zawsze jednemu fonemowi, ale jeden fonem może być w tekstach reprezentowany przez jedną lub kilka głosek, np.



Zatem w zdaniu:

(8) *Diabeł mieszkał w domu na drzewie.*

zostały użyte głoski [d'] zmiękczone, [d] i [d̥] dźwięczne, ale wszystkie one reprezentują tylko jeden fonem /d/, którego cechami dystynktywnymi są m.in. dźwięczność (*tom – dom*), zwartość (*żon – don*) i przedniojęzykowość (*gam – dam*). Umiejętność odróżniania tych cech artykulacyjnych, które odpowiadają cechom dystynktywnym (czyli służą do odróżniania znaczeń wyrazów), nazywamy słuchem fonematycznym.

Podsumowując tę część rozważań, trzeba krótko powiedzieć o tym, że każda sensowna wypowiedź (czyli po prostu: wypowiedź) jest zakotwiczona w rzeczywistości. Mianowicie, zanim cokolwiek powiemy, musimy najpierw wybrać jakiś element rzeczywistości, o którym chcemy mówić (temat), a następnie ustalić, co chcemy o nim powiedzieć, znajdując jednocześnie odpowiednie słowa (remat). Np. obserwując scenę z wcześniejszego przykładu o sprzedaży samochodu, możemy zapytać *Co zrobiła Anna?* Odpowiadając na to pytanie, na temat wypowiedzi wybieramy kobietę o pewnym imieniu (w zdaniu jej odpowiednikiem będzie wyraz *Anna*) i mówimy: *Anna sprzedała samochód Janowi*. Zatem przy odpowiedniej intonacji w zdaniu tym temat = *Anna*, remat = *sprzedała samochód Janowi*. W tym wypadku podmiot zdania jest tematem, a jego reszta,

<sup>11</sup> [d] w zapisie fonetycznym kropka pod literą oznacza dźwięczność głoski, która zwykle nie ma tej cechy.

<sup>12</sup> Zob. M. Wiśniewski 1997 i wydania późniejsze.

od orzeczenia poczynając – rematem. Nie jest to jednak jedyna możliwość, bo możemy też powiedzieć:

(7b) *Janowi sprzedała samochód Anna.*

Wówczas tematem naszej wypowiedzi jest Jan, a rematem to, że Anna sprzedała mu samochód. Jak widać, szyk w języku polskim jest wprawdzie swobodny (oba zdania są poprawne), ale nie dowolny, ponieważ zmiana szyku zmienia strukturę tematyczno-rematyczną zdania. Wpływa zatem na to, jak odbiorca to zdanie odczytuje.

Na koniec warto wyjaśnić, co oznacza wewnętrzny krąg z napisem „semantyka”, otaczający morfologię, leksykę i składnię. Chciałyśmy w ten sposób podkreślić to, że w języku niemal nigdy nie mamy do czynienia z samym tylko kształtem – w każdym językowym kształcie zakodowana jest określona treść, w większości z nich tą treścią jest określone znaczenie. Zdania (składnia) zbudowane są na jednostkach języka – czasownikach, które mają określone znaczenie. Słowotwórstwo to morfemy, które pozwalają nam tworzyć słowa o nowym lub zmienionym znaczeniu. Fleksja to nauka o morfemach, które pozwalają nam przekazywać informację o świecie (np. liczba rzeczowników). Nawet fonemy związane są z semantyką: same wprawdzie niczego nie znaczą, ale ich cechy dystynktywne służą do różnicowania wyrazów i ich znaczeń (np. *tom* i *dom*).

#### BIBLIOGRAFIA:

- Bednarek A., Grochowski M., 1997, *Zadania z semantyki językoznawczej*, Toruń.
- Bogusławski A., 2008, *Semantyka, pragmatyka. Leksykografa głos demarkacyjny*, Warszawa.
- Bogusławski A., Danielewiczowa M., 2005, *Verba Polona Abscondita. Sonda słownikowa III*, Warszawa (zwłaszcza wprowadzenie).
- Emiluta-Rozya D., 2008, *Modyfikacja form zaburzeń mowy H. Mierzejewskiej i D. Emiluty-Rozya*, [w:] Porayski-Pomsta J. (red.), *Diagnoza i terapia w logopedii*, Warszawa, s. 25-37.
- Goodglass H., Kaplan E., 1972, *The Boston Diagnostic Aphasia Examination*, Filadelfia.
- Grzegorzczkowska R., Laskowski R., Wróbel H. (red.), 1998, *Gramatyka współczesnego języka polskiego. Morfologia*, t. 1 i 2, Warszawa.
- Łuria A.R., 1967, *Zaburzenia wyższych czynności korowych wskutek ogniskowych uszkodzeń mózgu. Wprowadzenie do neuropsychologii*, Warszawa.
- Mierzejewska H., Emiluta-Rozya D., 2000, *Projekt zestawienia form zaburzeń mowy*, „Logopedia”, nr 28, s. 37-48.
- Wiśniewski M., 1997 (i wydania późniejsze), *Zarys fonetyki i fonologii współczesnego języka polskiego*.
- Zaron Z., 2009, *Problemy składni funkcjonalnej*, Warszawa.

**On the structure of language.  
Trial classification of speech disorders in the light of contemporary knowledge  
on the structure of language (Part I)**

**Summary**

This article attempts to present the state-of-the-art knowledge on the structure of language (syntax, lexicology, morphology and phonology with phonetics) in a possibly transparent and adequate way, while demonstrating how this knowledge can be used in the work of a speech therapist. The article provides a brief overview of the key information on the hierarchical structure of language: the subdivision into *langue* and *parole*, elements constituting various systems within *langue*, i.e. the language system, and the corresponding elements of *parole* (i.e. our utterances which make use of the language system). The authors aim to demonstrate that such knowledge may prove useful in developing adequate tools for diagnosing speech disorders and in evaluating progress in speech therapy. It may also become a point of departure for classifying various forms of those disorders, as shown in the paper entitled *Speech disorders and the structure of language. Trial classification of speech disorders in the light of contemporary knowledge on the structure of language (Part II)*.

NATALIA SIUDZIŃSKA, MARZENA STĘPIEŃ  
(Uniwersytet Warszawski, Warszawa)

## ZABURZENIA MOWY A STRUKTURA JĘZYKA

### PRÓBA KLASYFIKACJI ZABURZEŃ MOWY W ŚWIETLE WSPÓLCZESNEJ WIEDZY O STRUKTURZE JĘZYKA (CZĘŚĆ II)

**ABSTRAKT:** W artykule odwołującym się do rozważań z tekstu *O strukturze języka. Próba klasyfikacji zaburzeń mowy w świetle współczesnej wiedzy o strukturze języka (część I)* pokazujemy, w jaki sposób wiedza językoznawcza może zostać wykorzystana do uporządkowania form zaburzeń mowy w sposób przydatny w pracy logopedy. Przedmiotem naszej uwagi są takie zaburzenia, jak dyslalia, dyzartria, jąkanie, niedokształcenie mowy pochodzenia korowego oraz afazja. W przypadku tego ostatniego zaburzenia, ze względu na jego złożoność także pod względem objawów językowych, przywołujemy dwie różne klasyfikacje typów afazji: nowszą, tzw. bostońską (zob. H. Goodglass, E. Kaplan 1972) oraz starszą, autorstwa A.R. Łurii (1967). Pokazujemy, jak obie te klasyfikacje mają się do językowych form zaburzeń obserwowanych w afazji i co z tego wynika dla postępowania terapeutycznego logopedy.

**SŁOWA KLUCZOWE:** logopedia, językoznawstwo, dyslalia, dyzartria, jąkanie, niedokształcenie mowy pochodzenia korowego, afazja, *langue, parole*, składnia, leksykologia, morfologia, fonologia, fonetyka, prozodia

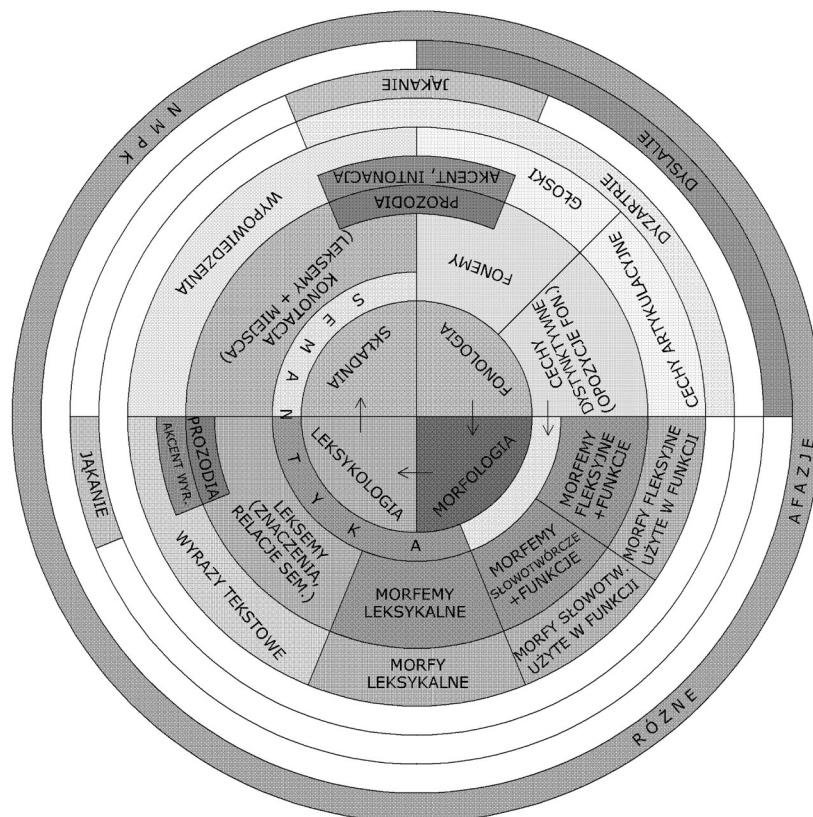
W pierwszej części artykułu przedstawiliśmy pokrótce najważniejsze informacje dotyczące hierarchicznej struktury języka: podział na *langue* i *parole*, elementy składające się na poszczególne podsystemy wchodzące w skład *langue*, czyli systemu językowego, oraz odpowiadające im składniki *parole* (czyli najszybszych wypowiedzi – użycia systemu językowego). W tej części pokażemy, w jaki sposób informacje te mogą być przydatne w porządkowaniu form zaburzeń mowy.

Spośród licznych dostępnych klasyfikacji odwołujemy się do zestawienia form zaburzeń mowy H. Mierzejewskiej i D. Emiluty-Rozy (2000)<sup>1</sup>, ponieważ jest to najnowsza, a zarazem często wykorzystywana w praktyce klasyfikacja.

---

<sup>1</sup> Brałyśmy pod uwagę również późniejsze zmiany w projekcie zestawienia form zaburzeń mowy autorstwa D. Emiluty-Rozy (2008).





**Rys. 1: Struktura języka a zaburzenia mowy**

- W centralnej części schematu – podobnie jak w pierwszej części artykułu – przedstawiona została struktura języka.
- W położonych na zewnątrz okręgach zostały zaciemnione te ich fragmenty, które odpowiadają zakłóconym elementom *langue* i/lub *parole* w poszczególnych typach zaburzeń mowy.
- Kolejne okręgi odpowiadają następującym zaburzeniom (od wewnątrz): dyzartria, jąkanie, dyslalia.
- Ostatni, najbardziej zewnętrzny okrąg obejmuje cały obwód koła – oznacza to, że zaburzone mogą być w różnym stopniu wszystkie elementy *langue* i *parole*. Tak dzieje się w wypadku niedokształcenia mowy pochodzenia korowego (NMPK) oraz różnego typu afazji – dlatego zaburzenia te zostały zbiorczo ujęte w jednym okręgu.
- Klasyfikacjom zaburzeń afatycznych poświęciliśmy odrębny fragment tego artykułu, opatrzyliśmy go również dwoma odrębnymi schematami – por. rys. 2 i 3.

Jej zaletą jest uporządkowanie zaburzeń mowy ze względu na ich przyczynę, patomechanizm i wywołane przez nie objawy. Ze względu na założenia całego projektu klasyfikacji, same objawy strictly językowe zostały w przywołanym opracowaniu zaprezentowane dość ogólnie. My natomiast chcielibyśmy skupić się przede wszystkim na tym, które elementy *langue* (systemu językowego) i *parole* (użycia systemu, jego realizacji w wypowiedziach) są uszkodzone lub zakłócone w poszczególnych typach zaburzeń mowy. Będziemy koncentrowały się na tym, które podsystemy czy elementy podsystemów zostały zaburzone lub uszkodzone prymarnie i w jaki sposób wpływa to na pozostałe elementy systemu językowego i wypowiedzi. W centrum dalszej części naszych rozważań znajdują się więc objawy zaburzeń mowy, a nie ich patomechanizm i przyczyny.

Ze względu na ramy niniejszego artykułu nie wszystkie typy zaburzeń z klasyfikacji H. Mierzejewskiej i D. Emiluty-Rożyi będziemy analizować pod tym kątem. Różnorodność zagadnień i obszerność samego tematu zmusiła nas do rezygnacji z zaburzeń związanych z innymi zaburzeniami rozwojowymi czy będącymi składową rozległych zaburzeń rozwojowych (np. w autyzmie lub przy niepełnosprawności umysłowej). Zaburzenia rozwoju języka są wówczas wtórne, podporządkowane zaburzeniom funkcji poznawczych. Skoncentrujemy się natomiast na takich zaburzeniach, jak dyslalia, dyzartria, jąkanie, niedokształcenie mowy pochodzenia korowego oraz różnego typu afazje.

## Dyslalia

Dyslalia to zaburzenia realizacji dźwięków mowy o ściśle określonej etiologii, tj. pochodzenia obwodowego. Autorki wyodrębniają cztery typy dyslalii ze względu na patomechanizm: a) dyslalia anatomiczna – wynikająca z nieprawidłowej budowy aparatu artykulacyjnego, b) dyslalia funkcjonalna – pojawia się w wyniku obniżonej sprawności aparatu artykulacyjnego, c) dyslalia słuchowa – występuje przy niedosłuchu, d) dyslalia środowiskowa, której przyczyną są nieprawidłowe wzorce słuchowe. Główne objawy to elizje, czyli opuszczenia pewnych głosek w miejscach, gdzie powinny się one pojawić, substytucje, czyli zastępowanie jednych głosek innymi oraz deformacje głosek – wypowiedzianie ich niezgodnie z obowiązującą ogólnopolską normą fonetyczną.

W wypadku dyslalii określenie, które elementy *langue* i/lub *parole* zostały zaburzone, jest stosunkowo proste. Mianowicie, jeżeli nieprawidłowa wymowa dźwięków mowy jest jedyną formą zaburzenia, to mamy do czynienia z problemem dotyczącym poziomu *parole*: fonetyki, czyli głosek i ich cech

artykulacyjnych (np. gdy dziecko mówi [safa] zamiast [šafa] czy [lovel] zamiast [rover]<sup>2</sup>). Jeżeli natomiast dochodzą zaburzenia słuchu fonematycznego (np. niemożność odróżnienia wyrazów *pólka* i *bulka* – dla pacjenta brzmią one identycznie), wówczas można mówić o zaburzeniu obu płaszczyzn językowych – *langue* i *parole*. Na poziomie *langue* zaburzenie dotyczy wzorców fonemów i opozycji fonologicznych, natomiast na poziomie *parole* – głosek oraz ich cech artykulacyjnych<sup>3</sup>.

## Dyzartria

Dyzartria (por. rys. 1) to zaburzenia mowy wynikające z uszkodzeń ośrodków i dróg nerwowych unerwiających aparat mówienia. Wiąże się to z dysfunkcją narządów mowy i trudnościami w formowaniu poprawnych wypowiedzi bądź z utratą tych zdolności. Zjawiskiem często towarzyszącym zaburzeniom o typie dyzartrii są również trudności z oddychaniem i fonacją.

Językowe objawy zaburzeń, które możemy obserwować w dyzartrii, są bardzo podobne do objawów dyslalii. Pacjenci mają trudności z realizacją poszczególnych fonemów: występują deformacje głosek, ich substytucje (zastępowanie innymi głoskami), perseweracje głoskowe (powtarzanie tej samej głoski). Zaburzenia dotyczące artykulacji głosek zostały zaznaczone na diagramie ciemniejszym kolorem w obszarze odpowiadającym podsystemowi fonetycznemu. Oprócz zaburzeń w obszarze fonetyki występuje zaburzenie ekspresyjnego aspektu mowy, przy zachowaniu podsystemu leksykalnego, morfologicznego i syntaktycznego. Zatem w początkowym okresie zaburzeń o typie dyzartrii u osób, które wcześniej opanowały mowę, naruszona jest wyłącznie sfera *parole* – wypowiedzi. Pacjent dysponuje prawidłowo wykształconym systemem językowym (*langue*), ma natomiast kłopot z jego aktualizacją, czyli użyciem (*parole*). Jeżeli zaburzenia dyzartryczne są na tyle silne, że znacząco utrudniają komunikację, czy wręcz ją uniemożliwiają, mogą one w konsekwencji prowadzić do zniekształcenia prawidłowych wzorców, czyli do zaburzenia systemu językowego (*langue*).

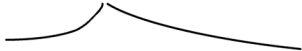
---

<sup>2</sup> Przykład ilustruje tylko jeden z możliwych typów zaburzeń artykulacji – oprócz zastępowania jednej głoski przez inną możliwe jest również zniekształcanie głoski w taki sposób, że w efekcie powstaje dźwięk nieistniejący w danym języku czy też pomijanie tej głoski. Dokładniejsze omówienie tych zjawisk nie jest przedmiotem naszego artykułu, odpowiednie informacje można odnaleźć np. w: T. Gałkowski, G. Jastrzębowska 1999.

<sup>3</sup> Zaburzenia wzorców fonemów oraz ich realizacji mogą występować także przy innych zaburzeniach mowy, jako element składowy.

Obok zaburzeń artykulacji, stanowiących cechę wspólną dyzartrii i dyslalii, u pacjentów często obserwuje się również zaburzenia płaszczyzny suprasegmentalnej, czyli prozodii (na diagramie jest to zilustrowane poprzez zaciemnienie części okręgu obejmującej także prozodię). Powodują one, że mowa pacjenta jest wolna i monotonna, bez charakterystycznych zmian poziomu intonacji (rosnącej – antykadencji i opadającej – kadencji) aż po mowę skandowaną, np. tak:

(1) *Ja-nek-był-wczo-raj-wki-nie* (mowa skandowana).



(2) *Janek był wczoraj w kinie* (zdanie oznajmujące z prawidłową intonacją wznosząco-opadającą).

(3) *Janek był wczoraj w kinie* (zdanie oznajmujące z nieprawidłową, płaską intonacją).

W niektórych typach dyzartrii występują zaburzenia płynności mowy: zdania są krótkie, urywane, pojawiają się przerwy w mówieniu, tempo mowy jest nagle przyspieszane i zwalniane, towarzyszą temu perseweracje głoskowe i sylabowe. Objawy te przypominają jąkanie. Jeżeli dyzartrii towarzyszy upośledzenie umysłowe (co występuje dość często), rozwój mowy jest zaburzony na wszystkich płaszczyznach.

## Jąkanie

Objawem jąkania są niedobrowolne i niekontrolowane pauzy, zakłócające płynność mówienia. Towarzyszy temu nadmierny wysiłek przy artykułowaniu wypowiedzi i napięcie psychiczne, związane z problemami komunikacyjnymi. Pierwszoplanowymi objawami jąkania są skurcze kloniczne i toniczne mięśni układów odpowiedzialnych za tworzenie wypowiedzi: artykulacyjnego, fonacyjnego, oddechowego<sup>4</sup>. To właśnie skurcze kloniczne są odpowiedzialne za charakterystyczne dla jąkania powtarzanie sylaby, np. *mo-morze, niebo-bo, para-rasol*, czy wyrazu. Z kolei skurcze toniczne odpowiadają za zaburzenia artykulacji głosek – skrajnej postaci bezgłosu, przez „przebijanie się” głosu (przypominające nieco próbę jakby wykrztuszenia dźwięku), po niepłynność w wypowiadaniu głoski łącznie z jej przedłużaniem, np. *bbb-ak, ttt-rudno*. Zaburzenia artykulacji dotyczą zatem głosek, ale nie samych ich cech artykulacyjnych.

<sup>4</sup> Skurcze mogą obejmować jeden, dwa lub wszystkie z tych układów.

Warto jednak odnotować, że objawy te występują częściej przy głoskach o pewnych cechach, np. przy zwartych czy zwartowybuchowych (choć to nie same cechy artykulacyjne wywołują jąkanie, lecz towarzyszące ich artykulacji skurcze toniczne).

Objawom tym towarzyszą często także charakterystyczne zwroty, np. *co to ja...*, *prawda... yyyy*. Są puste informacyjnie, pacjent wymawia je po to, aby zyskać czas na przygotowanie dalszej części wypowiedzi. Same w sobie nie stanowią objawu jąkania, znamy przecież wiele osób, które posługują się tego typu zwrotami, ale nie mają żadnego z pozostałych objawów, wymienionych powyżej.

Niepłynność mówienia znów więc dotyczy poziomu *parole*. W mowie osoby jękającej się obserwujemy zaburzenia prozodii i artykulacji. Osoba ta zna jednak prawidłowe wzorce intonacyjne i artykulacyjne (także fonologiczne). Nie jest jedynie w stanie ich zrealizować.

### **Niedokształcenie mowy pochodzenia korowego (NMPK)**

W odróżnieniu od wcześniejszych zaburzeń problem nie dotyczy w tym wypadku wyłącznie *parole*, ale także *langue*. Dzieci cierpiące z powodu NMPK nie dysponują prawidłowo ukształtowanym systemem językowym i mają istotne trudności z wyabstrahowaniem tego systemu z jego użyc. W niektórych wypadkach dziecko próbuje się komunikować z otoczeniem, ale czyni to *de facto* bez udziału *langue*. Trudno o jego wypowiedziach mówić, że są one realizacjami jakichś struktur (czyli próbą złożenia wypowiedzi z puzzli: jednostki języka + zasady ich łączenia). To nie jest system. Aby zrozumieć istotę NMPK<sup>5</sup>, trzeba pokrótce przypomnieć, jak uczymy się języka. Zdrowe dzieci rodzą się z predyspozycją do nauki mówienia. Przyswajają system językowy na podstawie jego użyc, czyli wnioskują o *langue* (systemie) na podstawie *parole* (użyc). W wypadku dzieci z NMPK ten proces nie zachodzi. Żyją w podobnym środowisku językowym (*parole*) i z jakichś przyczyn nie wyciągają wniosków na temat *langue* lub wyciągają wnioski fragmentaryczne (nieprawidłowe). Sugerowałoby to, że mamy do czynienia z naruszeniem samej predyspozycji do mówienia.

Z językoznawczego punktu widzenia (por. rys. 1) mamy do czynienia z niewykształceniem się (lub fragmentarycznością systemu językowego). Dlatego zaburzenia o typie NMPK zilustrowaliśmy w postaci okręgu całkowicie zaciemnionego

<sup>5</sup> W innych źródłach używa się w odniesieniu do tego typu zaburzeń określeń typu alalia czy afazja rozwojowa, przy czym trzeba zaznaczyć, że nie są to ścisłe synonimy NMPK. Dyskusji na temat samej terminologii i istoty tych zaburzeń poświęcono wiele opracowań, niektóre z nich można znaleźć na końcu tego artykułu – w spisie przytoczonej literatury.

– obejmującego cały system językowy wraz z jego użyciami. Logopedzi poprzez odpowiednie dobranie materiału w terapii (*parole*) wpływają na wytworzenie się *langue* (czyli systemu językowego), stymulując jednocześnie powstawanie odpowiednich połączeń nerwowych. Smutna prawda jest jednak taka, że, pomimo tych oddziaływań, dzieci z NMPK nigdy nie osiągną tego poziomu rozwoju językowego co ich rówieśnicy.

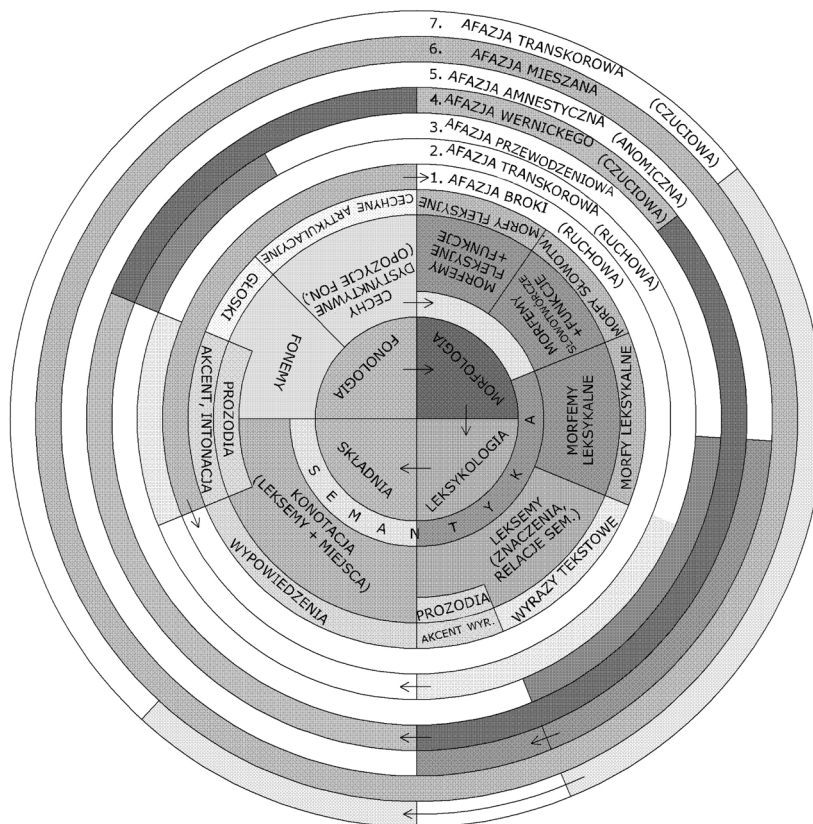
## Afazja

Kolejnym zaburzeniem, któremu chciałybyśmy się bliżej przyjrzeć, jest afazja. Ze względu na złożoność tego zaburzenia pod względem jego objawów językowych, przywołujemy dwie różne jego klasyfikacje: nowszą, bostońską<sup>6</sup> (zob. H. Goodglass, E. Kaplan 1972) oraz starszą, autorstwa A.R. Łurii (1967). Pierwsza z nich jest powszechniej wykorzystywana przez logopedów pracujących z pacjentami cierpiącymi z powodu tego zaburzenia w placówkach medycznych. Jej podstawę stanowi miejsce lezji, czyli uszkodzenia struktur mózgowych. Następnie do poszczególnych typów uszkodzeń przypisywane są objawy zaburzeń – językowych oraz (w naszym rozumieniu) pozajęzykowych<sup>7</sup>. Z kolei logopedzi pracujący poza tego typu placówkami chętniej korzystają z klasyfikacji Łurii. Uczony uważał, że istnieje wprawdzie pewna specjalizacja czynnościowa mózgu, mowa jednak to niezwykle złożony system funkcjonalny, za którego działanie odpowiada wiele różnych struktur mózgowych aktywnie ze sobą współpracujących. Zgodnie z logiką tego rozumowania Łuria przyjmował więc, że uszkodzenie jednego ze współdziałających ośrodków musi w mniejszym lub większym stopniu zaburzać współpracę pozostałych, co nie może pozostać bez wpływu na różne aspekty mowy pacjenta. Na tej podstawie uczony wnioskował, że uważna obserwacja rodzaju i nasilenia zaburzeń językowych powinna nas doprowadzić do wykrycia, który z ośrodków w mózgu został pierwotnie uszkodzony. Dlatego podstawą jego klasyfikacji afazji są przede wszystkim objawy językowe. W dalszej części artykułu pokażemy, jak obie te klasyfikacje, tj. Łurii i bostońska, mają się do językowych form zaburzeń obserwowanych w afazji. W wypadku klasyfikacji bostońskiej nie wymieniamy miejsca uszkodzenia struktur mózgowych, gdyż nie jest to przedmiotem naszej analizy.

<sup>6</sup> Klasyfikacja ta powstała w Bostońskim Centrum Badań nad Afazją, a jej współautorami są Norman Geschwind, Frank Benson, Harold Goodglass i Edith Kaplan.

<sup>7</sup> Np. w przypadku ciężkiej afazji mieszanej, gdy pacjent utracił prawie wszystkie funkcje językowe, uszkodzone są również niemal wszystkie ośrodki odpowiadające za mówienie i rozumienie mowy, znajdujące się wokół bruzdy Sylwiusza.

## Afazja – klasyfikacja bostońska



**Rys. 2: Afazja – klasyfikacja bostońska**

– Strzałki oznaczają, że zaburzenie danego podsystemu jest pierwotne i wpływa na zaburzenia w obszarze pozostałych podsystemów.

### 1. Afazja Broki (ruchowa)

W tym typie afazji występują znaczne zaburzenia zarówno podsystemu fonologicznego, jak i jego użycia – fonetyki. Wypowiedzi pacjenta są niepełne, zaburzona jest intonacja i akcent, pacjent potrafi artykułować pojedyncze głoski, ale nie potrafi składać z nich wyrazów. Zaburzenia obserwowane w pozostałych podsystemach są wtórne, wynikają bowiem z zaburzeń fonologicznych. Jeżeli pacjent nie jest w stanie płynnie przechodzić od głoski do głoski, czy też nie różnicuje dźwięków mowy (*pólka – bulka*), to użycia podsystemu morfologicznego, leksykalnego czy składniowego również będą zaburzone w jakimś stopniu.

## 2. Transkorowa afazja ruchowa

Ten typ afazji cechuje brak napędu mowy, czyli trudności w inicjowaniu i rozwijaniu spontanicznej wypowiedzi (również w pisaniu)<sup>8</sup>. System języka jest przy tym zachowany, a jego realizacje prawidłowe. Pacjent dobrze rozumie wypowiedzi i umie je powtarzać. Można więc stwierdzić, że ten typ afazji jest zaburzeniem pozajęzykowym.

U niektórych pacjentów występują niewielkie problemy w obrębie podsystemu leksykalnego (leksemy i ich znaczenia są dla nich oderwane od obiektów, do których się odnoszą: pacjent wie, że istnieje słowo *komputer*, wie, co ono oznacza i umie je wypowiedzieć, ale może nie umieć wykonać polecenia: *Pokaż komputer* czy *Co to jest?*). Zaburzenie to rzutuje na użycie pozostałych podsystemów, np. jeżeli pacjent ma problem z doбором leksemów, a leksemy wpływają na kształt zdania, to drobne problemy pojawią się także na płaszczyźnie składni. Z zaburzeń dotyczących leksyki może wynikać również nieznacząca nie płynność mówienia (poszukiwanie nazwy).

## 3. Afazja przewodzeniowa

W tym wypadku, podobnie jak przy afazji transkorowej ruchowej, możemy mówić o zaburzeniu pozajęzykowym. Głównym jej objawem są bowiem znaczne zaburzenia powtarzania czy trudności z głośnym czytaniem i pisaniem pod dyktando (zob. Kozubowski 2003: 17) przy zachowanych (lub zaburzonych w niewielkim stopniu) innych funkcjach mowy. Zachowana jest spontaniczność wypowiedzi i jej rozumienie, podobnie jak sam system językowy. Mogą wystąpić niewielkie zaburzenia artykulacji (parafazje głoskowe, czyli zastępowanie głosek innymi głoskami o podobnym miejscu artykulacji) oraz nieznaczące problemy w obrębie podsystemu leksykalnego, dotyczące zaburzenia nazywania obiektów. Pacjent ma trudność ze znalezieniem właściwej nazwy dla obiektu (por. afazja transkorowa ruchowa).

## 4. Afazja Wernickego (czuciowa)

Ten typ afazji uznawany jest za najcięższy spośród typów wyróżnianych w klasyfikacji bostońskiej, gdyż naruszone są tu wszystkie podsystemy języka. Najbardziej zaburzony jest jednak podsystem leksykalny (dlatego został on wyróżniony ciemniejszym kolorem na diagramie). Zerwane zostały połączenia między formą (brzmieniem czy zapisem leksemu) a treścią (jego znaczeniem). Pacjent nie rozpoznaje słów, a więc nie odnosi ich do rzeczywistości (zaburzone rozumienie). Z powodu uszkodzenia podsystemu leksykalnego znaczne zaburzenia występują w podsystemie morfologicznym (zerwane zostało połączenie

---

<sup>8</sup> Pacjent po prostu nie czuje potrzeby mówienia i sam z siebie się nie odzywa.



między funkcjami morfemów a ich formami) i składniowym (brak poprawnych wypowiedzi, gdyż to leksemy otwierają miejsca składniowe – nieumiejętność posługiwania się nimi oznacza niezdolność do tworzenia poprawnych zdań). Wypowiedzi pacjenta cechują parafazje semantyczne, neologizmy, agramatyzm (por. W. Kozubowski, 2003).

Znacznie zaburzony jest również podsystem fonologiczny. Pacjent ma problemy z różnicowaniem dźwięków (nie różnicuje bardzo podstawowych opozycji fonologicznych, np. nie odróżnia samogłoski od spółgłoski). Wypowiedzi są pozbawione sensu, ale płynne: ich tempo, artykulacja i intonacja są w znacznej mierze zachowane.

W wypadku afazji Wernickego uszkodzenia dotyczą zatem prymarnie poziomu *langue* (systemu językowego), co oczywiście w znacznym stopniu manifestuje się w *parole* (użyciach, wyjątkiem jest sama artykulacja i intonacja). Mamy tu do czynienia z niemal totalną dezintegracją systemu językowego.

### **5. Afazja amnestyczna (anomiczna)**

U pacjentów z afazją amnestyczną występują głębokie trudności w nazywaniu (parafazje słowne, omówienia), uszkodzony jest więc przede wszystkim podsystem leksykalny. Pacjenci „będąc świadomi nazwy, nie potrafią jej jednak poprawnie wywokować” (W. Kozubowski, 2003: 14). Posługują się wówczas opisem funkcjonalnym. Stosują różne omówienia, np. zamiast powiedzieć *widelec*, pacjent mówi: *To jest na stole, i tym się je, o tak* (tu odpowiedni gest). Zaburzenie podsystemu leksykalnego może wtórnie powodować trudności na poziomie fonologicznym suprasegmentalnym (prozodia): w wyniku problemów z doбором słów pojawia się niepłynność mówienia. Powtarzanie i rozumienie jest natomiast w dużej mierze zachowane.

### **6. Afazja mieszana**

W ciężkiej postaci zaburzone są wszystkie funkcje językowe, aż po afazję globalną, w łagodnej postaci ten typ afazji charakteryzują bardzo liczne parafazje głoskowe, nieprecyzyjna artykulacja, perseweracje i echolalie. Zaburzone jest zarówno mówienie, jak i rozumienie. W afazji mieszanej uszkodzone mogą być więc wszystkie podsystemy w takim samym stopniu.

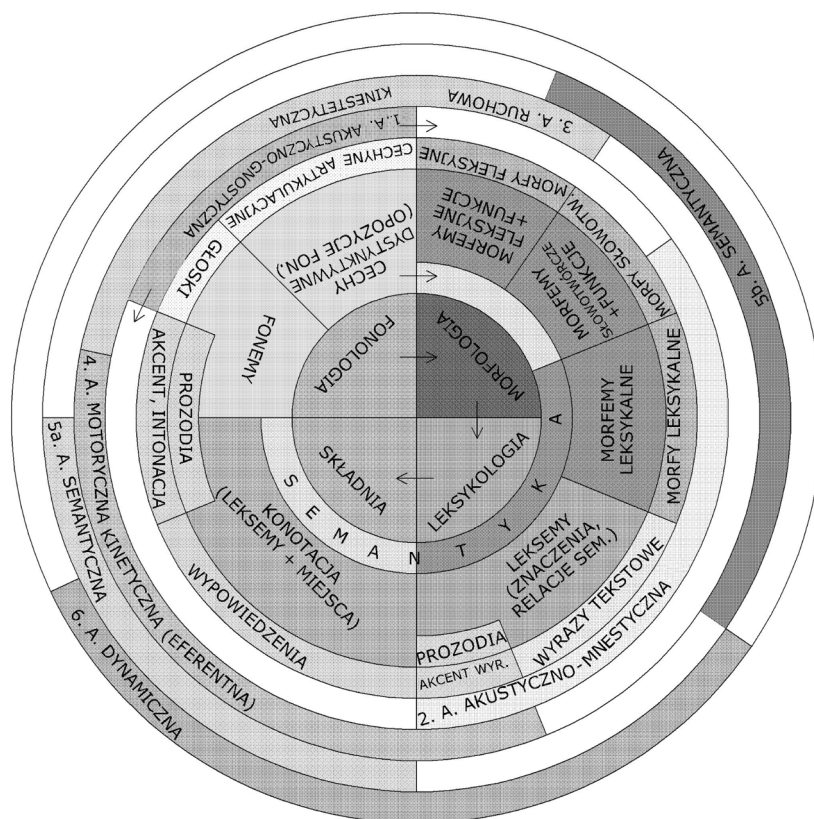
### **7. Transkorowa afazja czuciowa**

W tym wypadku zachowana jest zdolność powtarzania, lecz zaburzone rozumienie. Podsystem fonologiczny oraz jego użycia pozostają nienaruszone: pacjent różnicuje opozycje fonologiczne, prawidłowo wypowiada głoski, jego mowa jest płynna i charakteryzuje się odpowiednią intonacją. Uszkodzenia dotyczą głównie podsystemu leksykalnego. Pacjent rozpoznaje słowa, ale nie odnosi ich

do rzeczywistości (podobnie jak w wypadku afazji transkorowej ruchowej czy afazji przewodzeniowej). Podobne zaburzenia dotyczą podsystemu morfologicznego – zerwane zostaje połączenie między formą morfemu a jego funkcją, pojawiają się też liczne neologizmy.

Zachowana jest natomiast prozodia – mowa spontaniczna pozostaje płynna, choć występują w niej nieprawidłowości podobne do objawów afazji amnestycznej: parafazje semantyczne, persewacje, neologizmy, anomia, tendencje do echolalii. Np. Terapeuta: *Ćwiczył pan dzisiaj?* Pacjent: *Ćwiczyłem dzisiaj.* Terapeuta: *A co pan dzisiaj jadł?* Pacjent: ... (brak odpowiedzi).

### Afazja – klasyfikacja A.R. Łurii



**Rys. 3: Afazja – klasyfikacja A.R. Łurii**

– Strzałki oznaczają, że zaburzenie danego podsystemu jest pierwotne i wpływa na zaburzenia w obszarze pozostałych podsystemów.

### 1. Afazja akustyczno-gnostyczna

W tym typie afazji zaburzony jest przede wszystkim słuch fonematyczny. Pacjent ma trudności z opozycjami fonologicznymi (np. wyrazy *bulka* i *półka* brzmią dla niego identycznie). Zaburzenia podsystemu fonologicznego wpływają na dezintegrację pozostałych podsystemów – aż po mowę żargonową (niezrozumiałą), np. *Timat mokszy tak hest asno. O, takie głosny ti... ale mi mis mor tego nie daje, a tu mi bardzo wyraźnie. O! Tu mi wyznał, tu mi wysnuwał* (E. Czaplewska, S. Milewski 2011: 297).

### 2. Afazja akustyczno-mnestyczna

Większość zaburzeń językowych jest tu wtórna wobec zaburzeń pamięci. Wyjątek stanowią zaburzenia podsystemu leksykalnego, które objawiają się problemami z nazywaniem obiektów, myleniem słów w obrębie jednej kategorii (np. pacjent mówi *łyżka* zamiast *widelec* lub *krzesło* zamiast *fotel*), występowaniem neologizmów. Zaburzenia te dotyczą także trudności z tworzeniem nazw za pomocą morfemów słowotwórczych. Dlatego na naszym diagramie ten typ afazji obejmuje także częściowo podsystem morfologiczny.

### 3. Afazja kinestetyczna (aferentna)

Istotą tego typu afazji jest zaburzenie gnoźji kinestetycznej: pacjent nie czuje, w jaki sposób ułożone są jego narządy mowy, nie może zatem prawidłowo się nimi posługiwać, przechodząc od jednego ich układu do innego. Zaburzenia językowe są więc wtórne do zaburzeń czuciowych, a uszkodzony jest przede wszystkim poziom *parole* w obszarze fonetyki, czyli realizacje głosek nie są zgodne z ich cechami artykulacyjnymi w danym języku.

### 4. Afazja motoryczna kinetyczna eferentna

Ten typ afazji to przede wszystkim utrata płynności mowy, a więc wtórne zaburzenie językowe dotyczące *parole*. Pacjent ma trudności z przechodzeniem od jednej głoski do drugiej głoski, od sylaby do sylaby, od słowa do słowa. Dłuższe wypowiedzi są często skandowane (por. przykłady przy dyzartrii). Zaburzenia dotyczą więc artykulacji, akcentu i prozodii.

### 5. Afazja semantyczna

Nazwa tego typu afazji może być nieco myląca, gdyż jej istotę stanowią problemy z rozumieniem złożonych konstrukcji gramatycznych, zwłaszcza wyrażen przyimkowych. Trudności dotyczą także prawidłowego posługiwania się przypadkami języka polskiego. Pacjent umie odmieniać wyrazy, ale nie wie, że wyrazy w narzędniku oznaczają zwykle narzędzia czynności, a wyrazy w bierniku – ich obiekty. Nie umie zatem wykonać na przykład takiego

polecenia: *Pokaż książkę ołówkiem*. Jest to ściśle związane z zaburzeniem rozumienia i używania struktur konotacyjnych (czasownik + otwierane miejsca składniowe, np. *ktoś otwiera coś czymś*). Nie od rzeczy wydaje się postawienie hipotezy, że z tym typem afazji wiąże się problem z posługiwaniem się tymi kategoriami gramatycznymi, których użycie związane jest z tym, co chcemy powiedzieć o rzeczywistości. Tak jest z kategorią przypadku, która służy nam do powiedzenia, jaką funkcję pełni dany obiekt w rzeczywistości (przynależność czegoś do kogoś, obiekt czynności, narzędzie czynności itp.). Interesujące byłoby ustalenie, czy zaburzenie to dotyczy także pozostałych kategorii tego typu, np. czasu, trybu, liczby. Niestety, na podstawie danych, do których miałyśmy dostęp, nie mogłyśmy jednoznacznie zweryfikować tej hipotezy.

### **6. Afazja motoryczna dynamiczna**

W tym typie afazji podstawową trudność stanowi formułowanie dłuższych wypowiedzi. Pacjent posługuje się językiem, który znał przed chorobą, jak językiem obcym – używa utartych zwrotów, jego reakcje słowne są stereotypowe. Kiedy zostaje zmuszony do powiedzenia czegoś, co odbiega od znanego mu schematu, jeśli nie może zastosować gotowego wypowiedzenia, wówczas pojawiają się trudności. Zaburzone jest zatem najwyższe piętro systemu językowego i jego realizacji – związek między mową a rzeczywistością pozajęzykową. Przypomnijmy krótko, że każde nasze mówienie zaczyna się od decyzji, co będzie tematem naszej wypowiedzi (wybieramy jakiś fragment rzeczywistości), a następnie zaplanowania tematu, czyli tego, co chcemy o nim powiedzieć (np. wybór jakiegoś czasownika wraz z jego schematem konotacyjnym). Dopiero po wykonaniu tych czynności możemy przystąpić do mówienia czegoś. Pacjent z afazją motoryczną dynamiczną nie potrafi dokonać tej operacji, więc jego wypowiedzi są stereotypowe i bezładne, choć zna znaczenia leksemów i umie poprawnie te leksemy wypowiadać.

### **Podsumowanie**

W wypadku form zaburzeń mowy bardzo istotne jest odróżnienie tych zaburzeń, które dotyczą pierwotnie systemu języka (*langue*), od tych, które dotyczą jego użycia (*parole*). Pierwsze z nich sprawiają najwięcej trudności w terapii, gdyż wymagają zmiany lub wykształcenia samych wzorców językowych. W wypadku zaburzeń dotyczących *parole* można oczekiwać, że ich rehabilitacja będzie łatwiejsza. Oczywiście, pod warunkiem, że nie są to zaburzenia wtórne, wynikające z organicznych uszkodzeń.

Trzeba również odnotować, że zaburzenia obserwowane w zachowaniach językowych mogą wynikać pierwotnie np. z zaburzeń pamięci albo z organicznych uszkodzeń narządów mowy, a więc mogą być wtórne do tych zaburzeń. Wówczas dotyczą one głównie *parole*, jednak jeśli utrzymują się one przez dłuższy czas, są bardzo nasilone lub pojawiły się przed całkowitym wykształceniem systemu językowego, wówczas mogą one oddziaływać również na ten system i w konsekwencji prowadzić do zaburzeń *langue*.

W niektórych wypadkach porównanie dwóch klasyfikacji ze szczególnym uwzględnieniem objawów językowych przynosi zaskakujące efekty. Klasyfikacja A.R. Łurii znacznie lepiej uwzględnia różnice w objawach językowych niż tzw. klasyfikacja bostońska. Nie chcemy przez to powiedzieć, że klasyfikacja bostońska jest zła. Prawdopodobnie precyzyjniej niż klasyfikacja Łurii zdaje ona sprawę ze związku miejsca uszkodzenia struktur nerwowych z różnymi, także pozajęzykowymi, objawami tych uszkodzeń. Wydaje się jednak, że z punktu widzenia planowania terapii logopedycznej istotniejsze jest to, czy zostały uszkodzone tylko realizacje językowe (wypowiedzi – *parole*), czy także sam system języka (*langue*). A jeśli został zaburzony system, to czy dotyczy to jego całości, któregoś z podsystemów czy może określonych elementów jakiegoś podsystemu. Klasyfikacja A.R. Łurii wydaje się pod tym względem bardziej adekwatna.

Jak starałyśmy się to pokazać, aktualna wiedza na temat struktury języka jest przydatna w uporządkowaniu objawów zaburzeń mowy oraz w zrozumieniu ich istoty. Jesteśmy przekonane, że wiedza taka pozwala również odpowiednio dobierać materiał do diagnozy i terapii logopedycznej, tak aby była ona jak najbardziej adekwatna i efektywna. Są to jednak odrębne zagadnienia, warte tego, aby przyjrzeć się im uważnie w oddzielnej pracy.

#### BIBLIOGRAFIA:

- Czaplewska E., Milewski S. (red.), 2011, *Diagnoza logopedyczna. Podręcznik akademicki*, Gdańsk.
- Emiluta-Rozya D., 2008, *Modyfikacja form zaburzeń mowy H. Mierzejewskiej i D. Emiluty-Rozya*, [w:] Porayski-Pomsta J. (red.), *Diagnoza i terapia w logopedii*, Warszawa, s. 25-37.
- Gałkowski T., Jastrzębowska G. (red.), 1999, *Logopedia. Pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*, Uniwersytet Opolski, Opole.
- Goodglass H., Kaplan E., 1972, *The Boston Diagnostic Aphasia Examination*, Filadelfia.
- Kordyl Z., 1969, *Psychologiczne problemy afazji dziecięcej*, PWN, Warszawa.
- Kozubowski W., 2003, *Afazja i jej leczenie w ostrym okresie udaru mózgu*, [w:] Balejko A. (red.), *Diagnoza i terapia osób z afazją*, Białystok, s. 11-23.

- Łuria A.R., 1967, *Zaburzenia wyższych czynności korowych wskutek ogniskowych uszkodzeń mózgu. Wprowadzenie do neuropsychologii*, Warszawa.
- Mierzejewska H. (red.), *Badania lingwistyczne nad afazją*, Ossolineum 1978.
- Mierzejewska H., Emiluta-Rozya D., 2000, *Projekt zestawienia form zaburzeń mowy*, „Logopedia”, nr 28, s. 37-48.
- Parol U., 1997, *Dziecko z niedokształceniem mowy. Diagnostyka, analiza i terapia*, Warszawa.
- Pąchalska M., 2005, *Neuropsychologiczna diagnostyka afazji*, [w:] Gałkowski T., Szełąg E., Jastrzębowska G. (red.), *Podstawy neurologopedii*, Opole, s. 750-846.

### **Speech disorders and the structure of language.**

#### **Trial classification of speech disorders in the light of contemporary knowledge on the structure of language (Part II)**

##### **Summary**

This article, which is a follow-up of the text entitled *On the structure of language. Trial classification of speech disorders in the light of contemporary knowledge on the structure of language (Part I)*, shows how linguistic knowledge may be used to structure forms of speech disorders in a way which is useful in the work of a speech therapist. The article focuses on disorders such as dyslalia, dysarthria, stuttering, speech underdevelopment of cortical origin and aphasia. Given the complexity of the latter case, which also includes linguistic symptoms, the authors invoke two different classifications of aphasia types: a more recent one (the so-called Boston classification) and an older one, developed by A.R. Luria. The article shows how the two classifications relate to linguistic forms of disorders observed in aphasia and how this can inform therapeutic practice of a speech therapist.

OLGA JAUER-NIWOROWSKA

(Akademia Pedagogiki Specjalnej im. M. Grzegorzewskiej, Warszawa)

## ZABURZENIA DYZARTRYCZNE – PRÓBA PRZEDSTAWIENIA PATOMECHANIZMU. WYBRANE PROBLEMY DIAGNOZY

**ABSTRAKT:** W artykule autorka opisuje wybrane problemy diagnozy pacjentów z dyzartrią. Opisuje metody i techniki diagnozy zaburzeń motorycznych wraz z ewentualnymi współwystępującymi zaburzeniami poznawczymi i językowymi. Tekst dotyczy głównie powszechnie stosowanych metod diagnozy subiektywnej. Autorka zauważa istotne znaczenie diagnostyki opartej na połączeniu obiektywnych i subiektywnych metod diagnostycznych. W artykule podkreślono konieczność współpracy logopedy z lekarzami i psychologami w planowaniu postępowania diagnostycznego i terapii pacjentów z dyzartrią.

**SŁOWA KLUCZOWE:** dyzartria, zaburzenia motoryki werbalnej, zaburzenia językowe, zaburzenia poznawcze, metody i techniki diagnostyczne

### **1. Diagnoza zaburzeń dyzartrycznych – wprowadzenie do problematyki**

Niniejszy artykuł stanowi próbę przedstawienia wybranych, istotnych zagadnień związanych z diagnozą osób z dyzartrią/dysartrią<sup>1</sup>. Autorka opiera się zarówno na doświadczeniu własnym (badania osób z dyzartrią w chorobie Wilsona i w stwardnieniu rozsianym – SM<sup>2</sup>, praca z osobami z dyzartrią), jak i na danych z piśmiennictwa fachowego. W niniejszym artykule zagadnienia związane z obiektywną diagnozą zaburzeń dyzartrycznych poruszone zostaną

---

<sup>1</sup> Autorka przyjmuje jako poprawne oba zapisy dotyczące nazwy opisywanego zaburzenia mowy: „dyzartria” i „dysartria”. Zapis „dyzartria” ma formę spolszczoną i odpowiada postaci wymiarianiowej wyrazu. Zapis ten jest analogiczny jak w słowie „autyzm”, w którym angielską formę „autism” z literą [s] zastąpiono formą spolszczoną. Równie poprawny jest zapis „dysartria” nawiązujący bezpośrednio do zapisu i znaczenia morfemów składowych „dys” – odchylenie od normy, „arthros” – staw. W słowie „dysartria” drugi człon wyrazu zmienił swoje znaczenie i oznacza niepoprawną realizację mowy.

<sup>2</sup> Prowadzone przez autorkę badania osób z chorobą Wilsona zakończyły się w 2006 roku obroną rozprawy doktorskiej na temat „Zaburzenia mowy w chorobie Wilsona” na Wydziale Nauk Pedagogicznych Akademii Pedagogiki Specjalnej (promotorem był prof. B. Roślowski). W latach 2007-2010 autorka prowadziła wraz z dr B. Strachalską badania dotyczące realizacji elementów języka przez osoby ze stwardnieniem rozsianym (BST10-II/7).

jedynie w ograniczonym zakresie. Taki sposób opisu wynika z niewielkiej, jak dotąd, dostępności narzędzi umożliwiających obiektywną ocenę funkcji motorycznych aparatu mowy i braku obiektywnych badań naukowych dotyczących osób z dyzartrią w Polsce. Autorka zdaje sobie sprawę z tego, że połączenie obiektywnych i subiektywnych metod pomiaru umożliwia dokładniejsze poznanie patomechanizmu obserwowanych zaburzeń.

W klasycznie pojmowanym badaniu diagnostycznym postuluje się określenie obrazu klinicznego objawów zaburzeń mowy, wyodrębnienie objawów pierwotnych i wtórnych, a także określenie ich patomechanizmu<sup>3</sup>.

## 2. Patomechanizm zaburzeń w różnych typach dyzartrii

Rodzaj patomechanizmu objawów zaburzeń dyzartrycznych zależy od umiejscowienia uszkodzeń w układzie nerwowym, co jednocześnie determinuje typ dyzartrii. W piśmiennictwie fachowym (Duffy, 2005) wyróżnia się pięć podstawowych typów dyzartrii związanych z uszkodzeniem struktur podkorowych (wiotką, spastyczną, ataktyczną, hipokinetyczną, hiperkinetyczną) oraz dyzartrię związaną z jednostronnym uszkodzeniem górnego neuronu ruchowego (przy uszkodzeniach lewostronnych współwystępującą z objawami afazji).

W dyzartrii wiotkiej patomechanizmem jest obniżenie napięcia mięśniowego związane z uszkodzeniem na poziomie opuszki, powodującym zaburzenia funkcji nerwów czaszkowych unerwiających ruchowo narządy mowy. Zwykle uszkodzenie obejmuje jednocześnie kilka nerwów czaszkowych. Obniżenie napięcia mięśniowego i ich zaniki powodują redukcję siły mięśni, zaniki mięśniowe na wszystkich poziomach aparatu mowy. Powoduje to zaburzenia oddechowo-fonacyjne (zwiększenie przepływu powietrza przez głośnię i straty powietrza w toku mowy). Częste są zaburzenia rezonacyjne spowodowane dysfunkcją podniebienia miękkiego i trudnością z jego uniesieniem (zaburzenia te wiążą się z uszkodzeniem nerwów IX, X i XI). Redukcja ruchów języka, jego zmniejszenie i osłabienie oraz dysfunkcje mięśni mimicznych znacząco zaburzają artykulację (w wyniku uszkodzeń nerwów V, VII i XII).

W dyzartrii spastycznej patomechanizmem jest patologiczny wzrost napięcia mięśni, wynikający z uszkodzeń dróg piramido-

---

<sup>3</sup> W niniejszym artykule autorka skupia się na diagnozie zaburzeń występujących w przebiegu dyzartrii. Ujęcie holistyczne problematyki diagnozy, stanowiące rozszerzenie tematyki niniejszej publikacji, autorka opisuje w artykule *Diagnoza osób z dyzartrią oparta na holistycznym podejściu do pacjenta, nowe spojrzenie na problematykę* zamieszczonym w pozycji *Diagnoza różnicowa zaburzeń w komunikacji językowej*, red. M. Michalik, A. Siudak, Z. Orłowska-Popek, Collegium Columbinum, Kraków 2012.



wych w odcinku prowadzącym od kory ruchowej do jąder nerwów czaszkowych (tzw. uszkodzenia nadjądrowe) i wzmoczoną impulsacją pobudzającą mięśnie. Wiąże się z tym patologicznie zwiększone napięcie mięśni wszystkich poziomów aparatu mowy. Powoduje to zaburzenie realizacji schematów ruchowych koniecznych dla realizacji mowy. W związku z opisanymi zaburzeniami u większości osób z dyzartrią spastyczną odnotowuje się zwiększone napięcie mięśni krtani, patologiczne zwężenie głośni i wzrost ciśnienia podgłośniowego. Objawem percypowanym jest napięty, zdławiony głos, chrypka bądź przerwy w fonacji (u części pacjentów). Badania obiektywne wykazały również u niektórych pacjentów spastycznych hypofunkcję fałdów głosowych. Ten zaskakujący wynik tłumaczy się możliwym osłabieniem mięśni spastycznych lub stosowaniem strategii kompensujących patologiczne zwiększenie napięcia mięśni, rozważa się także możliwość błęd pomiaru. U części pacjentów (głównie z uszkodzeniem jednostronnym dróg piramidowych) odnotowywano wyraźne nosowanie otwarte. Spowolnienie i redukcja ruchów artykulatorów, wynikające z zaburzeń napięcia mięśni, powodują brak precyzji realizacyjnej, obniżenie dokładności realizacji układów artykulacyjnych i wydłużanie samogłosek, co daje efekt niewyraźnej artykulacji i spadku tempa mowy.

Patomechanizmem w dyzartrii ataktycznej jest dyskoordynacja ruchowa (beżład lub inaczej ataksja) dotyczący wszystkich poziomów aparatu mowy wynikający zwykle z obupółkulowych uszkodzeń obejmujących większe obszary kory mózdku. Jeśli dyzartria ataktyczna wynika z uszkodzeń ogniskowych mózdku, to dotyczą one zwykle obszarów tylnoprzyśrodkowych lub przyległych do robaka mózdku. W ataksji głównym objawem jest brak koordynacji pracy mięśni (dyssynergia), obniżenie napięcia mięśniowego, zaburzenia wykonania ruchów naprzemiennych (dysdiadochokineza), zaburzenia zakresu ruchów (dysmetria) i drżenia zamiarowe uwidaczniające się przy próbie wykonania ruchu dowolnego. Objawami charakterystycznymi dla dyzartrii ataktycznej są zaburzenia koordynacji oddechowo-fonacyjno-artykulacyjnej, zaburzenia prozodii i rytmu mowy, zaburzenia precyzji ruchów artykulatorów powodujące przeciąganie głosek, powtórzenia lub skandowanie.

W dyzartrii hipokinetycznej patomechanizm stanowią zaburzenia mechanizmów regulacji napięcia mięśni i dostosowywania parametrów ich ruchu do celowych aktywności motorycznych. Zaburzenie spowodowane jest uszkodzeniem układu jąder podstawy mózgu wraz z ich połączeniami ze strukturami korowymi sterującymi aktywnością ruchową. Ujawnia się sztywność mięśni, drżenie spoczynkowe oraz spowolnienie ruchowe (akineza lub zamrożenie ruchów) bądź trudności w inicjacji ruchów połączone z zaburzeniami kontroli precyzji i tempa ruchów oraz redukcją ich zakresu. Fonacja staje się zbyt cicha lub wybuchowa,

charakterystycznym objawem jest znacząca redukcja intonacji (monotonia wypowiedzi), uwidacznia się organiczne drżenie głosu, niekontrolowane przyspieszenia tempa, brak precyzji realizacyjnej, mogą także wystąpić powtórzenia elementów wypowiedzi przypominające objawy jąkania.

W dyzartrii hiperkinetycznej patomechanizm jest podobny do tego, który występuje w dyzartrii hipokinetycznej. Zaburzenia funkcji jąder podstawy mózgu powodują wadliwe przekazywanie impulsów od jąder podstawy mózgu do wzgórza i kory ruchowej. Następuje zakłócenie równowagi neurotransmiterów hamujących i pobudzających ujawnienie się ruchów mimowolnych (dyskinez).

Ruchy mimowolne aparatu mowy powodują nasilone zaburzenia prozodyczne wynikające z braku kontroli parametrów głosu (wahania poziomów wysokości i głośności) zaburzenia rytmu i tempa mowy (np. wydłużanie samogłosek), brak precyzji realizacyjnej.

Ostatni z wymienianych przez J.R. Duffy (2005) typów dyzartrii to dyzartria wynikająca z jednostronnych zaburzeń górnego neuronu ruchowego. Uszkodzenia mózgu w tej dyzartrii występują w obrębie kory ruchowej (obszarów sterujących ruchami języka, żuchwy, gardła, krtani), włókien torebki wewnętrznej, wieńca promienistego, odnogi tylnej torebki wewnętrznej oraz wzgórza i mostu. Patomechanizmem w tym typie dyzartrii jest wzrost napięcia mięśni (jak w dyzartrii spastycznej) i ich osłabienie. U chorych obserwuje się zachowaną motorykę odruchowo-emocjonalną mięśni twarzy przy jednoczesnych zaburzeniach motoryki dowolnej (odmiennie niż w uszkodzeniach obwodowych). Przy uszkodzeniach lewopółkulowych objawom zaburzeń ruchowych towarzyszą zazwyczaj objawy afazji i apraksji mowy. Przy prawopółkulowej lokalizacji uszkodzeń występują nieafatyczne zaburzenia językowe (np. trudność w logicznym syntetyzowaniu materiału językowego, rozumieniu metafor, dowcipów, zwięzłym werbalnym formułowaniu wypowiedzi). W objawach dominują zaburzenia artykulacyjne (obecne u 98% chorych). Zaburzenia oddechowo-fonacyjne dotyczą tylko części chorych (zaobserwowane u 57% osób), podobnie zaburzenia rezonacyjne (występują u 14% pacjentów). Wynika stąd dyskusja, czy zaburzenie to traktować jako dyzartrię, czy raczej jako poporażenne zaburzenia artykulacji. Wydaje się, że w tym wypadku diagnoza powinna być uzależniona od rozległości objawów.

Jak wynika z powyższego opisu, percypowane przez odbiorców cechy mowy osoby z dyzartrią wynikają z dysfunkcji wszystkich poziomów aparatu mowy i ich wzajemnego wpływu na siebie<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> Na końcu tekstu autorka zamieszcza ogólny schemat ilustrujący patomechanizm zaburzeń dyzartrycznych (jest to zmodyfikowana wersja schematu opublikowanego pierwotnie w 2008 roku).

Aby określić patomechanizm zaburzeń mowy na podstawie objawów, konieczne jest skorelowanie wyników obiektywnych i subiektywnych badań funkcji motorycznych. Przydatne jest również poznanie etiologii zaburzeń<sup>5</sup>.

Ponieważ dyzartria stanowi zespół objawów związanych z zaburzeniem ruchowego wykonawstwa mowy, zatem podstawowym, choć nie jedynym, zadaniem diagnosty będzie ocena funkcji motorycznych aparatu mowy.

### 3. Etapy postępowania diagnostycznego

O metodyce postępowania diagnostycznego w odniesieniu do osób z dyzartrią nabytą autorka pisała już wcześniej (Jauer-Niworowska, 2008, 2009). Dlatego też zagadnienia wcześniej opisane szczegółowo potraktowane zostaną jedynie sygnalnie.

Badanie logopedyczne funkcji motorycznych aparatu mowy u osób z objawami dyzartrii powinno obejmować:

- 3.1. Wywiad logopedyczny.
- 3.2. Badanie wykonania ruchów pozawerbalnych artykulatorów:
  - ocena muskulatury twarzy,
  - ocena oddychania spoczynkowego.
- 3.3. Badanie werbalnych funkcji motorycznych aparatu mowy:
  - ocena oddychania dynamicznego,
  - ocena fonacji,
  - ocena artykulacji i prozodii mowy.

#### 3.1. Wywiad logopedyczny

Treść wywiadu logopedycznego dostosowana jest do rodzaju zaburzeń występujących u osoby badanej. Gdy badanymi są osoby z dyzartrią rozwojową, w wywiadzie logopedycznym (oprócz pytań dotyczących charakterystyki objawów zaburzeń mowy i przebiegu leczenia/terapii) powinno się zawrzeć pytania dotyczące rozwoju prewerbalnego i przebiegu rozwoju mowy. W wywiadzie z osobami z dyzartrią nabytą powinny znaleźć się pytania dotyczące: przedchirurgicznego stanu pacjenta, momentu postawienia diagnozy, zastosowanego leczenia i jego przebiegu oraz objawów zaburzeń (ich charakteru, nasilenia, stałości lub zmienności). Zbierając dane z wywiadu z osobą z dyzartrią, należy zdawać

---

<sup>5</sup> Oparcie się wyłącznie na parametrach odsłuchowych może być mylące. Przykładowo: brzmienie głosu pacjentów z hipofunkcją i hiperfunkcją fałdów głosowych może być podobne – taki stan występuje np. u pacjentów z dyzartrią spastyczną w przebiegu SM, w której obserwuje się wyraźną redukcję głośności i zaniki głosu, podobne odsłuchowo do objawów dyzartrii wiotkiej.

sobie sprawę z subiektywnego i nie zawsze zgodnego ze stanem faktycznym charakteru uzyskiwanych danych. Taka sytuacja występuje szczególnie w przypadku, gdy zaburzeniom motoryki towarzyszą trudności emocjonalne czy poznawcze chorych (częste w zaburzeniach układu pozapiramidowego lub w stanach pourazowych). Wynika stąd sugestia, by, w miarę możliwości, dokonywać weryfikacji danych uzyskanych w wywiadzie z samym chorym, kontaktując się z rodziną pacjenta i prowadząc badanie logopedyczne.

### 3.2. Badanie wykonania ruchów pozawerbalnych artykulatorów

#### *Ocena muskulatury twarzy*

Badający ocenia wygląd twarzy w spoczynku, rejestrując i charakteryzując objawy zaburzeń (np. asymetrię, maskowatość, ruchy mimowolne). Ocenia położenie języka, warg, podniebienia miękkiego i żuchwy w spoczynku oraz ruchomość ww. narządów, biorąc pod uwagę napięcie i siłę mięśni, zakres i kierunek oraz precyzję wykonywanych ruchów. Bada się także funkcje odruchowe (odruch żuchwowy, odruch ssania, odruch wymiotny). Badanie pozwala wykryć zaburzenia charakterystyczne dla konkretnie umiejscowionych uszkodzeń układu nerwowego (np. drżenia zamiarowe jako wskaźnik uszkodzenia mózdzku, ruchy mimowolne jako objaw uszkodzeń układu pozapiramidowego)<sup>6</sup>. Do uzyskania wstępnej orientacji klinicznej pozwalającej zaplanować terapię funkcji motorycznych mowy wystarcza wykonanie wybranych prób. J.R. Duffy (2005) wymienia 12 prób służących badaniu motoryki języka i warg oraz możliwości uzyskania dowolnego zwarcia fałdów głosowych:

- kaślanie,
- klaskanie językiem,
- dmuchanie,
- wysuwanie języka,
- cofanie języka,
- wypychanie językiem policzków,
- nagryzanie dolnej wargi,
- wciągnięcie czerwieni warg do ust – „posmakowanie warg”,
- nadymanie policzków,

---

<sup>6</sup> Pełny zakres prób sprawdzających poziom motoryki niewerbalnej autorka podała w publikacji dotyczącej dyzartrii nabytej (Jauer-Niworowska, 2009). Podane w publikacji próby służą uzyskaniu jak najpełniejszych, szczegółowych danych odnoszących się do wykonawstwa ruchów niewerbalnych języka i warg. Nie zawsze zachodzi konieczność pełnego badania z wykorzystaniem wszystkich zadań ruchowych.

- oblizywanie warg,
- zagryzanie dolnej wargi, a następnie klaskanie,
- wciągnięcie czerwieni warg do ust i zakasłanie.

Spśród wyżej wymienionych prób autorka w codziennej praktyce diagnostycznej stosuje próby badające ruchy celowe języka (zastępując próbę klaskania próbą unoszenia przedniej części języka do dziąseł). Badanie funkcji motorycznych języka jest szczególnie istotne dla mowy. Ocenie poddaje się wstępnie siłę mięśni języka, ruchy języka w płaszczyźnie poziomej i pionowej oraz możliwość wykonania ruchów języka niezależnie od położenia żuchwy. Wśród prób pozawerbalnych ruchów warg za istotną autorka uważa także próbę celowego otwierania ust oraz próbę uśmiechu obustronnego i jednostronnego. Próba uśmiechu jednostronnego pozwala wykryć zaburzenia koordynacji ruchowej czy dystonii. W kontekście późniejszej sprawności werbalnej znaczącą rolę pełni także ocena diadochokinezy pod kątem umiejętności dowolnego utrzymania rytmu i tempa wykonywanych ruchów.

#### *Ocena oddychania spoczynkowego*

Oceny oddychania statycznego dokonuje się, obserwując swobodne oddychanie, gdy pacjent nie mówi. Podczas normatywnego oddychania spoczynkowego wdech zajmuje ok. 40% cyklu oddechowego, wydech 60%. W badaniu należy zwrócić uwagę na wskaźniki trudności w swobodnym oddychaniu: zmiany postawy ciała w czasie oddychania (odchylanie tułowia), ruch ramion przy wdechu, synkinezy głowy, oceniamy również tor oddechowy. Wskaźnikami zaburzeń oddychania spoczynkowego są również oddechy nierytmiczne, spłycone i bezdechy.

### **3.3. Badanie werbalnych funkcji motorycznych aparatu mowy**

#### *Ocena oddychania dynamicznego*

W badaniach funkcji oddechowych i fonacyjnych w toku mowy wykorzystać można próby podane przez S.J. Robertson w *Profilu dyzartrii*. Oddychanie dynamiczne można ocenić w próbach realizacji głosek [s] (ocena wydolności oddechowej), emisji [a] oraz w mowie spontanicznej. Emisja głoski [a] angażuje zarówno funkcje oddechowe, jak i fonacyjne. W praktyce nie ma konieczności dwukrotnego wykonywania tych samych prób emisji [a]. Doświadczony diagnosta może przeprowadzić daną próbę jednorazowo i ocenić ją zarówno pod kątem możliwości oddechowych, jak i fonacyjnych badanego.

Niektóre osoby badane, z racji nasilonych zaburzeń motorycznych, reagują oporem na propozycję realizacji głoski [s], ponieważ jest ona dla nich za trudna do wymówienia. Autorka prosi wówczas badanego o realizację głoski [x] zamiast [s] i odnotowuje ten fakt w karcie badań (realizacja [s] jest wówczas niezaliczona). Dopiero po uzyskaniu klinicznie widocznej poprawy autorka wymaga podanej w *Profilu dyszartrii* próby realizacji [s] i porównuje ją z pierwotnie uzyskanym wynikiem.

Zgodnie z przyjętymi w piśmiennictwie zasadami pomiaru (Robertson, 1995; Duffy, 2005; Tłokiński, 2005) autorka przyjmuje, że czas realizacji [s] wynoszący 15 sekund lub więcej mieści się w szerokiej normie; dla realizacji głoski [x], z uwagi na większą szerokość szczeliny i szybszą stratę powietrza, czas ten orientacyjnie skrócono o 3 do 4 sekund. Tym samym przyjmuje się, że czas realizacji głoski bezdźwięcznej poniżej 10 sekund dla [s] i 6 sekund dla [x] świadczy o zaburzeniach oddychania dynamicznego.

Ocena oddychania dynamicznego dokonuje się także w mowie spontanicznej – ocenia się wówczas konieczność dobierania powietrza w toku mowy, częstotliwość pauz wdechowych i adekwatność ich lokalizacji. Analizując lokalizację pauz oddechowych w toku mowy, należy pamiętać, że nie zawsze konieczność częstego dobierania powietrza wynika z dysfunkcji związanej z samym aparatem oddechowym.

Nieadekwatna lokalizacja pauz oddechowych może mieć przyczyny odmienne niż zaburzenia funkcji oddechowych.

Pierwotną przyczyną niewłaściwej gospodarki oddechowej w toku mowy może stanowić ataksja. Nieadekwatna lokalizacja pauz oddechowych jest wówczas spowodowana dyskoordynacją oddechowo-fonacyjną. W razie niejasności dotyczących przyczyn obserwowanych objawów należy sprawdzić dokumentację medyczną pacjenta pod kątem występowania zaburzeń i chorób powodujących objawy ataksji.

Skrócenie fraz i częste pauzy oddechowe wynikać mogą także z dysfunkcji podniebienia miękkiego. Aby stwierdzić, czy przyczyną skrócenia fraz jest niewydolność rezonacyjno-gardłowa, porównuje się także wyniki w próbie fonacji z przytrzymaniem i bez przytrzymania skrzydełek nosa. Wydłużenie czasu fonacji w próbie wykonywanej z przytrzymaniem skrzydełek nosa świadczy o obecności przepływów nosowych powietrza i niewydolności rezonansowej.

Przyczyną nieadekwatnej lokalizacji pauz wdechowych może być także świadome stosowanie przez badanych strategii kompensacyjnych (np. przeczekiwanie objawów hiperkinetycznych utrudniających emisję głosu). W związku z tym należy analizę objawów skonfrontować z danymi z wywiadu. Aby uzyskać wiarygodne dane kliniczne dotyczące charakteru zaburzeń fonacji, należy uwzględnić dane obiektywne z badań akustycznych i fizjologicznych oraz dane z badań subiektywnych.

### Ocena fonacji

W badaniu fonacji uwzględnić należy dane dotyczące czasu i jakości fonacji głoski [a] *legato* i *staccato* w powiązaniu z jakościową oceną fonacji w mowie spontanicznej. W praktyce klinicznej zdarza się często, że podawana w *Profilu dyzartrii* próba śpiewania gamy wznoszącej i opadającej budzi u chorych duży psychiczny opór. Sposobem na uzyskanie informacji klinicznych o możliwościach kontroli parametrów fonacyjnych w toku mowy może być próba celowego naśladowania sposobu intonacji podawanej przez terapeutę (powtórzenie podanego przez logopedę zdania pytającego, twierdzącego, rozkazującego). Można też ewentualnie zastosować fonację [a] *staccato* na melodię gamy, zamiast próby *legato*. Taka próba budzi mniejszy opór psychiczny badanych i daje wyniki zbliżone do uzyskiwanych w badaniu *Profilem dyzartrii*. Uzyskane dane powinno się wnikliwie ocenić jakościowo i ilościowo, biorąc pod uwagę możliwe do zaobserwowania objawy patologiczne (np. trudności z rozpoczęciem i utrzymaniem emisji, niekontrolowane zmiany barwy i wysokości głosu, zaburzenia poziomu głośności, chrypkę, brak dowolnej kontroli jakości głosu).

### Ocena artykulacji i prozodii mowy

Wstępna faza oceny stanu mowy pacjenta z dyzartrią wiąże się z określeniem poziomu zrozumiałości mowy pacjenta. Stanowi to punkt wyjścia do dalszych analiz objawów zaburzeń. S.J. Robertson w *Profilu dyzartrii* postuluje, aby oceny zrozumiałości dokonywali niezależnie od siebie logopeda, krewni chorego i osoby obce. Obserwacje autorki wskazują, że uzyskanie opinii osób obcych jest często trudne lub wręcz niemożliwe. Wystarczające wydaje się wobec powyższego porzeczenie na opinii logopedy i krewnych pacjenta<sup>7</sup>.

Ocena artykulacji i prozodii mowy odbywa się przez badanie realizacji materiału językowego o różnym stopniu złożoności (sylab, wyrazów, zdań). Pełny materiał językowy, który może służyć do badań dorosłych i młodzieży z dyzartrią, autorka już opublikowała (Jauer-Niworowska, 2009). Materiał ten został opracowany przez autorkę z dbałością o to, by zachować reprezentatywność dotyczącą częstotliwości występowania poszczególnych klas fonemów w systemie językowym. Z tego względu jest on obszerny, a pełne badanie z jego zastosowaniem jest czasochłonne i często męczące dla chorego, stąd powinno być prowadzone w czasie kilku spotkań. W czasie klinicznej pracy z pacjentem

<sup>7</sup> Skala służąca do wstępnej oceny zaburzeń zrozumiałości wypowiedzi została opisana przez autorkę w pozycji *Dyzartria nabyta. Diagnostyka logopedyczna i terapia osób dorosłych*, wyd. APS, Warszawa 2009.

w placówce służby zdrowia nie zawsze jest możliwe przeprowadzenie całości badania z użyciem tego materiału. W takiej sytuacji postuluje się wybór części materiału językowego w taki sposób, by zawierał on wszystkie fonemy w pozycji nagłosowej. W wersji skróconej badania (dla pacjentów bardziej męczliwych) zastosować można tekst, w którym każdy fonem występuje w nagłosie przynajmniej jeden raz (w opracowaniu). Autorka zdaje sobie sprawę, że taka wersja tekstu daje jedynie wstępną, przybliżoną orientację w możliwościach artykulacyjnych badanych. Uzyskanie narzędzia w formie testowej wymagałoby opracowania materiału, w którym każdy fonem wystąpiłby minimum dwukrotnie. Niemniej jednak nawet skrócona wersja tekstu pozwala wychwycić dominujące u osoby badanej objawy zaburzeń mowy i zaprogramować terapię ukierunkowaną na ich zmniejszenie.

#### 4. Inne problemy diagnostyczne

Badanie motoryki aparatu mowy nie wyczerpuje całokształtu zagadnień związanych z diagnozą logopedyczną osób z dyzartrią. Dyzartria jako zaburzenie dotyczące motorycznego wykonawstwa mowy nie powoduje zaburzeń funkcji językowych. Sama obecność objawów dyzartrii nie wyklucza jednak współwystępowania zaburzeń kognitywnych i językowych (nawet u badanych z przeważającymi zaburzeniami dotyczącymi motoryki werbalnej). Występowanie lub brak tego typu dysfunkcji jest zależne od umiejscowienia i rozległości zaburzeń neurologicznych.

Według najnowszych badań neuropsychologicznych mózg stanowi system wzajemnie oddziałujących na siebie sieci neuronalnych (Wróbel, 2006). W związku z tym uszkodzenie lub zaburzenie jednego obszaru mózgowia wpływa na inne powiązane z nim funkcjonalnie obszary, a tym samym na całokształt funkcjonowania.

Uszkodzenia struktur podkorowych związane z występowaniem dyzartrii nie pozostają wobec tego bez wpływu na sterowane korowo wyższe procesy psychiczne. W przebiegu chorób i uszkodzeń neurologicznych stanowiących przyczynę dyzartrii odnotowuje się występowanie zaburzeń funkcji poznawczych i emocjonalnych. Ilustracją tego typu dysfunkcji są: zaburzenia poznawcze i osobowościowe w stanach pourazowych (Pąchalska, 2007), zaburzenia pamięci w przebiegu zespołu oliwkowo-móźdkowo-mostowego, zaburzenia poznawcze w chorobie Parkinsona, zaburzenia emocjonalne w przebiegu SM.

W przypadku pacjentów z postępującymi chorobami ośrodkowego układu nerwowego obraz zaburzeń mowy i ich nasilenie zmienia się wraz z postępem choroby. Zmieniający się obraz objawów wiąże się z kierunkiem narastania



zmian patologicznych – od struktur podkorza do kory lub odwrotnie. U osób z pierwotnymi zaburzeniami podkorowymi w początkowym okresie dominują objawy motoryczne, a w miarę postępu choroby mogą ujawniać się zaburzenia funkcji językowych (np. kodowania fonologicznego) i poznawczych. Przykładem ilustrującym te zagadnienia są zachowania osób z wielozawałową etiologią zaburzeń zapoczątkowaną udarami w strukturach podkorza rozprzestrzeniającymi się na obszary kory. U takich osób objawom motorycznym typowym dla dyzartrii towarzyszyć mogą narastające z czasem trudności w rozumieniu czytanego tekstu czy dłuższych, skomplikowanych gramatycznie wypowiedzi.

Zgodnie z holistycznym podejściem do pacjenta w diagnozie osób z dyzartrią konieczne jest uwzględnienie całokształtu możliwych zaburzeń.

Zatem w postępowaniu diagnostycznym dotyczącym osób z objawami dyzartrii należy oprócz badań motoryki aparatu mowy uwzględnić również ocenę możliwości poznawczych i językowych badanych. Konieczne jest w tym kontekście powiązanie wyników badań neuropsychologicznych i logopedycznych i ich wnikliwa analiza. Próby służące do diagnozy funkcji poznawczych i językowych opracowano na podstawie danych z piśmiennictwa fachowego (Szepietowska, 2000: 1-94; Szepietowska, Misztal, 2000; Johnson, Jacobson, 2006: 71-91). Są to na przykład: próba wymieniania wyrazów zaczynających się na określonej głosce (ocena płynności słownej i możliwości aktualizacji słów oraz sposobu odtwarzania materiału); próba powtórzenia materiału językowego po badającym (ocena bezpośredniej pamięci słuchowo-werbalnej), nazywanie obrazków; próba doboru słów znaczeniowo powiązanych z wymienionym wyrazem, np. *piłka – myć czy kopać; Słońce – noc czy dzień; ryba – pływa czy pije* (ocena semantycznej pamięci trwałej); próba oceny czy dana para wyrazów rymuje się np. *domek – Tomek; domek – szalik; Danką – kolanka; knuje – bije; myje – boli; szale – bale* (ocena analizy i syntezy słuchowo-werbalnej i umiejętności doboru materiału słownego na podstawie brzmienia).

Z problematyką diagnozy logopedycznej osób z dyzartrią wiążą się również dylematy etyczne. W przypadku pacjentów z niepełnym rozeznaniem w objawach zaburzeń na logopedzie spoczywa obowiązek takiego poinformowania pacjenta o możliwościach komunikacyjnych i werbalnych i rokowaniach dotyczących stanu mowy, by nie wywołać dodatkowej traumy. W przypadku tych osób z zaburzeniami neurogennymi, wymagającymi często długotrwałej terapii już wstępny proces diagnozy pełnić może funkcję wspierającą i psychoterapeutyczną. Chodzi tu o przekazanie takiej części prawdziwych informacji, jakie chory jest w stanie przyjąć bez reakcji zaprzeczania czy wewnętrznego oporu. Często trzeba również wspólnie z chorym rozważyć przyjęte strategie terapii. Do logopedy należy na przykład ocena, do jakiego momentu należy kontynuować tradycyjną terapię mowy i kiedy wprowadzać pozawerbalne metody komunikacji

(np. u osób z różnie uwarunkowaną anartrią) czy do kiedy kontynuować terapię połykania drogą ustną i w jakim momencie przejść na karmienie sondą (np. w przypadku osób ze stwardnieniem bocznym zanikowym).

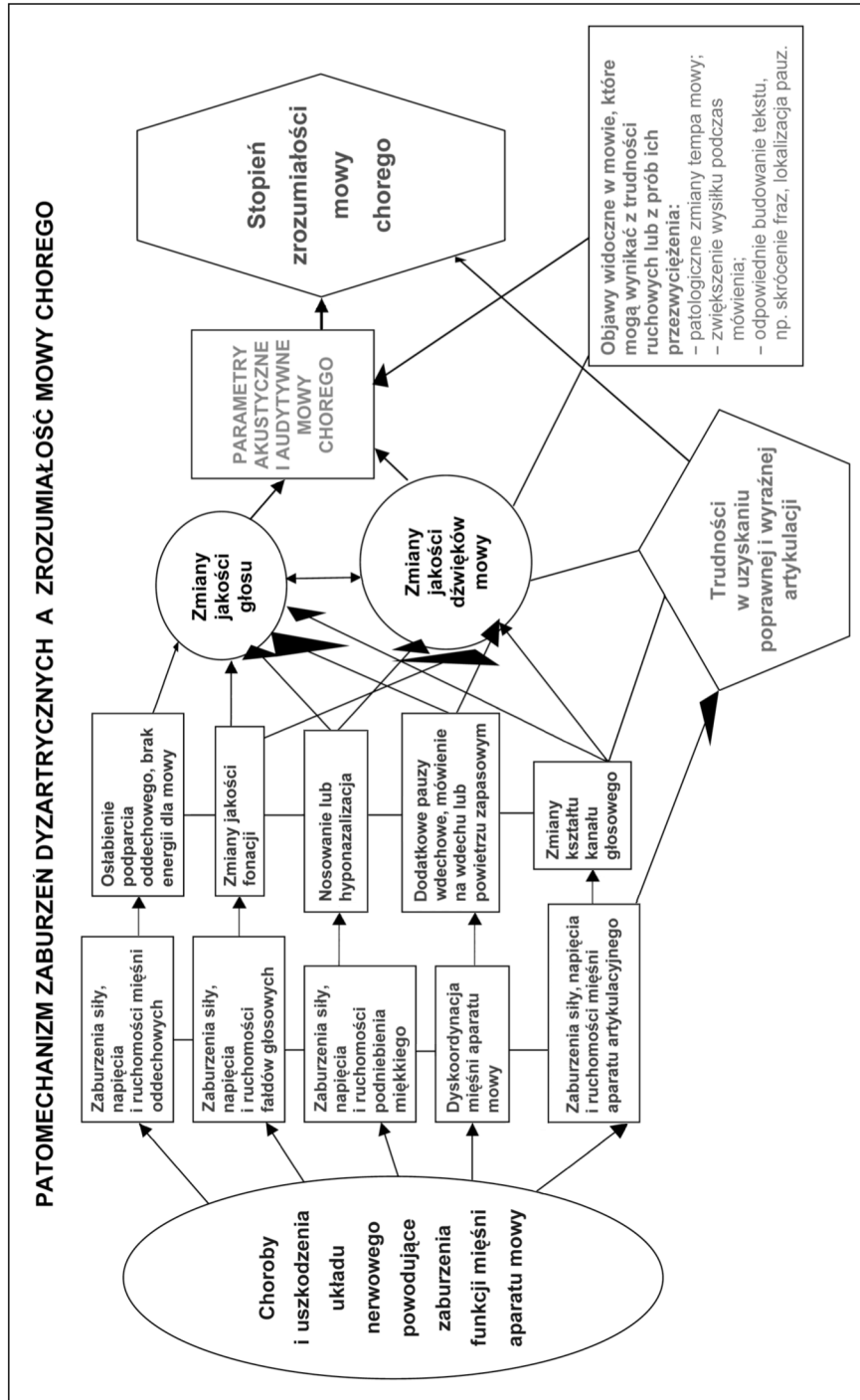
Autorka przyjmuje założenie, by informacje przekazywać w ilościach i formie możliwej do przyjęcia przez pacjenta. Zdaniem autorki bezcelowe jest uprzedzanie chorego o negatywnych rokowaniach co do jego stanu fizycznego i możliwości komunikacyjnych w sytuacji, gdy jego stan zdrowia nie pogorszył się jeszcze znacząco. Takie postępowanie nie pomaga choremu, rodzi jedynie reakcję zaprzeczania i depresję. Liczba przekazywanych pacjentowi informacji powinna zmieniać się zależnie od aktualnie zaobserwowanych u niego objawów i odczuwanych dolegliwości. Należy pytać pacjenta o odczuwane objawy i rzetelnie informować o ich przyczynach i skutkach dla ogólnego stanu zdrowia. Ułatwi to choremu uzyskanie rozeznania we własnym stanie i podjęcie właściwej decyzji o dalszym postępowaniu.

W przypadku pacjentów o niepełnym rozeznaniu we własnych dysfunkcjach również konieczne jest odpowiednie „dawkowanie informacji”, by uzyskanie wglądu we własny stan nie groziło pacjentowi depresją. Często w przypadku tego typu zaburzeń konieczna jest współpraca logopedy z psychologiem i psychiatrą, który mógłby w razie konieczności wesprzeć pacjenta farmakologicznie.

## **Wnioski**

Problematyka diagnozy osób z dyzartrią ma charakter złożony i wieloaspektowy z uwagi na różnorodne uwarunkowania dyzartrycznych zaburzeń mowy. Konieczne jest uwzględnienie w diagnozie zarówno zaburzeń motoryki werbalnej i niewerbalnej aparatu mowy, jak i ewentualnych zaburzeń współwystępujących, których charakter i nasilenie zależą od umiejscowienia i rozległości uszkodzeń mózgu. Dla zapewnienia optymalnej opieki pacjentom (zarówno w procesie diagnozy, jak i terapii osób z dyzartrią) istotne jest, by logopeda był członkiem wielospecjalistycznego zespołu diagnostycznego i korzystał z pomocy innych specjalistów.

Niniejszy artykuł nie wyczerpuje całokształtu problematyki. Autorka ma jednak nadzieję, że poruszone przez nią zagadnienia okażą się interesujące dla specjalistów pracujących z tą grupą pacjentów.



## BIBLIOGRAFIA:

- Duffy J.R., 2005, *Motor Speech Disorders, Substrates, Differential Diagnosis and Management*, USA.
- Jauer-Niworowska O., 2008, *Diagnoza zaburzeń dyzartrycznych z uwzględnieniem ich patomechanizmu na podstawie doświadczeń własnych i danych z literatury przedmiotu*, [w:] Porayski-Pomsta J. (red.), *Diagnoza i terapia w logopedii*, Warszawa.
- Jauer-Niworowska O., 2009, *Dysarthria nabyta Diagnoza logopedyczna i terapia osób dorosłych*, Warszawa.
- Johnson A.F., Jacobson B.H., 2006, *Medical Speech Language Pathology. A Practitioner's Guide*, New York, Stuttgart.
- Osiejuk-Łojek E., 1998, *Deficyty neuropsychologiczne w chorobie Parkinsona*, [w:] Herzyk A., Kądziałowa D. (red.), *Związek mózg – zachowanie*, Lublin.
- Pąchalska M., 2007, *Urazy mózgu*, t. 1 i 2, Warszawa.
- Szepietowska E.M., 1998, *Zaburzenia w funkcjonowaniu poznawczym chorych na stwardnienie rozsianej*, [w:] Herzyk A., Kądziałowa D. (red.), *Związek mózg – zachowanie*, Lublin.
- Szepietowska E.M., 2000, *Badanie neuropsychologiczne. Procedura i ocena*, Lublin.
- Szepietowska E.M., Misztal H., 2000, *Neuropsychologiczna diagnoza afazji*, [w:] Borkowska A., Szepietowska M. (red.), *Diagnoza neuropsychologiczna. Metodologia i metodyka*, Lublin.
- Tłokiński W., 2005, *Zaburzenia mowy o typie dysarthrii*, [w:] Gałkowski T., Szelaż E., Jastrzębowska G. (red.), *Podstawy neurologopedii. Podręcznik akademicki*, Opole.
- Wróbel A., 2006, *Neuron i sieci neuronowe*, [w:] Górská T., Grabowska A., Zagrodzka J. (red.), *Mózg a zachowanie*, Warszawa.
- Robertson S.J., 1995, *Dysarthria Profile (Revised) – Scoring Form*, [online], dostępny w internecie 11.11.2011: <http://www.speechtherapy.co.uk/PDF/1995SPertRDP-R.pdf>

**Dysarthria-related disorders: An attempt at presenting their pathomechanics.  
Selected problems in diagnosis  
Summary**

In this article the author describes the problems of complex diagnosis of people with dysarthria. The author presents selected methods and techniques used in diagnosis in motor speech, language and cognitive disorders. This text concerns mainly subjective diagnostic methods. However, the author points out the importance of using a combination of objective and subjective diagnostic methods in those types of speech disorders. The article stresses the importance of co operation between speech therapists, physicians and psychologists in handling patients with dysarthria.

MAŁGORZATA BIERNAT, KRZYSZTOF SZAMBURSKI  
(Uniwersytet Warszawski, Warszawa)

## PRÓBA OCENY ZWIĄZKU MIĘDZY JĄKANIEM A LOKALIZACJĄ POCZUCIA KONTROLI

**ABSTRAKT:** Tematem artykułu jest próba oceny związku między lokalizacją poczucia kontroli a jękaniem. Pojęcie poczucia kontroli (ang. *locus of control*) narodziło się w ramach teorii społecznego uczenia się Juliana Rottera, choć w ostatnich latach stało się popularne poza tą teorią i niezależne od niej. Przedmiotem podjętej pracy było zbadanie lokalizacji poczucia kontroli u osób jękających się i próba zestawienia uzyskanych informacji z badaniami osób mówiących płynnie. Podmiot badań stanowiło czterdzieści osób jękających się oraz odpowiednio dobrana (ze względu na wiek i płeć) grupa badawcza osób mówiących płynnie. Badania wykazały, że lokalizacja poczucia kontroli dla całości oraz dla skali porażek przebiega inaczej wśród osób jękających się i mówiących płynnie. Wyniki badań LOC okazały się również odmienne w zależności od wieku badanych grup. **SŁOWA KLUCZOWE:** lokalizacja poczucia kontroli, LOC, półkulowość, jękanie, osoby jękające się

Jękanie jest zaburzeniem mowy, które przejawia się trudnością w zachowaniu płynności mówienia. Jest złożoną i długotrwałą dolegliwością, stwarzającą poważne trudności w psychospołecznym funkcjonowaniu jednostki.

Ten rodzaj niepełności mówienia jest znacznym problemem społecznym. Dotyczy on około 1 procenta populacji ludzi dorosłych<sup>1</sup>. Wiedza na temat tego zjawiska ciągle się zwiększa, ale dotychczas nie udzielono wyczerpującej odpowiedzi na szereg pytań. Nie wyjaśniono do końca patomechanizmu powstawania jękania<sup>2</sup> ani nie ma powszechnej zgody, czy osoby jękające się charakteryzują się jakimiś wspólnymi cechami osobowości. Od lat prowadzone są badania nad istotą jękania. Powstało wiele teorii mówiących o etiologii i rodzajach tego zaburzenia.

Doświadczenia kliniczne wskazują, że osoby jękające się mają problemy z odroczeniem oraz przerywaniem reakcji werbalnej. Zachodzi pytanie, jaka jest przyczyna takiego stanu rzeczy. Odpowiedzi można poszukiwać, badając poczucie kontroli osób z jękaniem.

---

<sup>1</sup> Oznacza to, że w Polsce żyje od 350 do 400 tys. jękających się osób. Tylu mieszkańców liczy na przykład Bydgoszcz.

<sup>2</sup> Próbę takiego wyjaśnienia podjął między innymi współautor artykułu w pracy: K. Szamburski, *Diagnoza niepełności mówienia*, [w:] E. Czaplewska, S. Milewski (red.), *Diagnoza logopedyczna*, Sopot 2012, s. 367-414.

Poczucie kontroli jest obecnie jednym z głównych wątków psychologii osobowości, a pierwsze publikacje na ten temat pojawiały się w literaturze amerykańskiej już w latach 60. i 70.

Samo pojęcie poczucia kontroli (ang. *locus of control*) narodziło się w ramach teorii społecznego uczenia się Juliana Rottera, choć w ostatnich latach stało się popularne poza tą teorią i niezależne od niej.

Trwałe i zgeneralizowane oczekiwanie dotyczące lokalizacji kontroli jest indywidualną właściwością człowieka i można je traktować jako wymiar osobowości. Wartość tę można przedstawić jako kontinuum od wewnętrznego do zewnętrznego<sup>3</sup>:

LOC wewnętrzna ----- LOC zewnętrzna

Możemy więc wyróżnić dwa skrajne bieguny lokalizacji kontroli:

- poczucie kontroli zewnętrznej,
- poczucie kontroli wewnętrznej.

Ludzie mają odmienne sposoby interpretowania zdarzeń. W ciągu całego życia uczą się różnie spostrzegać sytuacje. Wierzą, że są one zależne od ich woli lub że kierują nimi czynniki, na które sami nie mają wpływu.

Osoby z wewnętrzną lokalizacją poczucia kontroli uważają, że skutki wydarzeń zależą od ich postępowania, podczas gdy jednostka posiadająca zewnętrzną lokalizację poczucia kontroli, kładzie nacisk na rolę sił od niej niezależnych. Według niej wszystko zależy od czynników zewnętrznych, takich jak szczęście i los. Ci pierwsi są zdania, że ich los jest w ich rękach, ci drudzy – że ich własne działania nie mają żadnego znaczenia. Ludzie umieszczający źródło kontroli na zewnątrz czują się bezradni wobec rozgrywających się wydarzeń<sup>4</sup>.

Jąkanie jest wielowymiarowym zaburzeniem, które zawiera w sobie m.in. aspekty psychologiczne. LOC prawdopodobnie może wpływać na sposób, w jaki osoby jąkające się postrzegają siebie i samą terapię. Osoba z wewnętrznym LOC może rozumieć jąkanie i terapię jako coś, na co ma bezpośredni wpływ. Natomiast osoba z zewnętrznym LOC może widzieć niepełność, jako coś co się jej przytrafia. Zatem można przypuszczać, iż osoby z wewnętrznym poczuciem kontroli będą bardziej świadome wszelkich prób walki z niepełnością niż osoby z zewnętrznym poczuciem kontroli. Z pewnością korelację taką można zaobserwować w przebiegu samej terapii. Na podstawie zebranych materiałów

<sup>3</sup> J.B. Rotter, *Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement*, „Psychological Monographs” 1966, vol. 80 (1), s. 1-28.

<sup>4</sup> L.A. Pervin, *Psychologia osobowości*, Gdańsk 2002.

można wysunąć wniosek, iż poczucie kontroli ma wpływ na efektywność przebiegu terapii, jak również na nawrót jękania po jej zakończeniu. Przepowiadanie, u kogo będzie miał miejsce nawrót jękania, jest ważne, ponieważ osoby takie można wtedy poddać dodatkowym zabiegom.

Można również twierdzić, że:

przekonanie o zewnętrznej kontroli jest przejawem mechanizmu obronnego przed spodziewaną porażką po to, by zachować poczucie własnej wartości (*self-esteem*) dzięki zaprzeczaniu odpowiedzialności za zdarzenia niepożądane. Zgodnie z tym kontrola zewnętrzna powinna być podkreślana wtedy, gdy oczekuje się zdarzeń niepożądanych i gdy takie zachodzą, a nie w przypadku zdarzeń pożądanых<sup>5</sup>.

Przypuszcza się więc, że osoby jękające się będą miały w przypadku porażek wewnętrzne poczucie kontroli, gdyż nie będą się starały pozostać na poziomie dobrej samooceny.

Z badań przeprowadzonych dotychczas nie wynika jednak jasno, że istnieje związek między poczuciem kontroli a osobami jękającymi się. Ponadto publikacje o tej tematyce nie są prawdopodobnie bezpośrednio dostępne w Polsce.

Stało się to jedną z przyczyn przeprowadzenia badań, których zasadniczym przedmiotem było zbadanie lokalizacji poczucia kontroli u osób jękających się i próba zestawienia uzyskanych informacji z badaniami osób mówiących płynnie.

W tym celu zebrano dwie grupy badawcze składające się z 40 osób jękających się oraz 40 osób mówiących płynnie. Na wszystkich osobach przeprowadzone zostały badania za pomocą kwestionariuszy dotyczących lokalizacji poczucia kontroli. Dodatkową zmienną w badaniach był wiek.

W drodze postępowania badawczego udało się udzielić odpowiedzi na szczegółowe pytania postawione w części metodologicznej pracy. Pozwoliło to na wysunięcie następujących wniosków:

- Dzieci jękające się w wieku przedszkolnym mają bardziej zewnętrzną lokalizację poczucia kontroli dla całości niż dzieci mówiące płynnie.
- Dzieci jękające się w wieku przedszkolnym mają bardziej zewnętrzną lokalizację poczucia kontroli dla skali porażek niż dzieci mówiące płynnie.
- Młodzież jękająca się ma bardziej wewnętrzną lokalizację poczucia kontroli dla całości niż młodzież mówiąca płynnie.
- Młodzież jękająca się ma bardziej wewnętrzną lokalizację poczucia kontroli dla skali porażek niż młodzież mówiąca płynnie.

---

<sup>5</sup> J.B. Rotter, *Seeman Mm Liverant S, Internal versus external control of reinforcements: a major variable in behavior theory*, [w:] N.F. Washburne (ed.), *Decisions, values and groups*, vol. 2, Oxford 1962, s. 506.

- Nie zaobserwowano istotnej statystycznie różnicy dotyczącej lokalizacji poczucia kontroli dla skali sukcesów między osobami jękającymi się w wieku przedszkolnym i szkolnym w odniesieniu do osób w tym samym wieku, które mówią płynnie.

Z badań wynika, że istnieją różnice dotyczące lokalizacji poczucia kontroli między osobami jękającymi się i mówiącymi płynnie. Wyniki analizy statystycznej testem t-Studenta wskazały na obecność statystycznie istotnych różnic między badanymi grupami: badawczą i kontrolną w zakresie lokalizacji poczucia kontroli dla całości oraz lokalizacji poczucia kontroli dla skali porażek. Nie odnotowano obecności statystycznie istotnych różnic w zakresie lokalizacji poczucia kontroli dla skali sukcesów.

Wyniki okazały się ciekawe również z tego względu, że w badaniach brały udział dwie różne grupy wiekowe: dzieci w wieku przedszkolnym i młodzież w wieku szkolnym.

Wyniki dla obu grup w zakresie lokalizacji poczucia kontroli dla całości oraz dla skali porażek okazały się przeciwstawne. Młodsza grupa osób jękających się miała bardziej zewnętrzne poczucie kontroli dla całości i dla skali porażek niż grupa osób mówiących płynnie, podczas gdy grupa starsza osób jękających się miała bardziej wewnętrzne poczucie kontroli dla całości i dla skali porażek niż grupa badawcza. W obu próbkach (w wieku przedszkolnym i szkolnym) nie zaobserwowano istotnych różnic dla skali sukcesów.

Można na podstawie uzyskanych wyników wysunąć odpowiednie wnioski. Dzieci nie czują się odpowiedzialne za doznawane porażki. Dzieje się tak prawdopodobnie z różnych względów, chociażby dlatego, że opiekę nad nimi sprawują nadopiekuńczy rodzice.

Z drugiej strony u osób jękających można zaobserwować pewną skłonność do obarczania winą za wszelkie niepowodzenia właśnie jękania. Może to niejednokrotnie doprowadzić do przerwania terapii. Ma to na celu uniknięcie pozbawienia siebie obiektu, który można obwiniać za życiowe niepowodzenia.

Jak wyjaśnia Krzysztof Szamburski:

Jeśli podmiot przeżywa lęk będący wynikiem wyparcia jakiegoś konfliktu, który z jękaniem nie ma żadnego związku, to na poziomie świadomym, czyli kory mózgowej, będzie oskarżał za jego wystąpienie jękanie. „Uprzedmiotowi” wtedy ten lęk, przypisując go swojemu jękaniu, co pozornie polepszy jego funkcjonowanie, ponieważ zamieni lęk na strach, ale w rezultacie jeszcze bardziej narastała będzie jego logofobia, powodująca wycofanie się z sytuacji komunikacyjnych<sup>6</sup>.

<sup>6</sup> K. Szamburski, *Patomechanizm powstawania jękania rozwojowego – propozycja powiązania jękania z lękiem*, [w:] *Logopedia – teoria i praktyka*, Wrocław 2005, s. 11.



W aspekcie takiego rozumowania wyniki badań dotyczące młodzieży są zaskakujące. Wskazują one na to, że osoby jękaące się w wieku szkolnym są skłonne do wzięcia odpowiedzialności za swoje niepowodzenia.

Jednak w badaniu wzięła udział młodzież, która od kilku lat uczestniczy w terapii. Udział w niej prawdopodobnie uczy innego spojrzenia na problem niepełności. Potwierdzałyby to wyniki przeprowadzonych badań, gdyż osoby po kilkuletniej terapii miały już bardziej wewnętrzną lokalizację poczucia kontroli dla skali porażek niż dzieci w wieku przedszkolnym, które dopiero rozpoczynały terapię. Pisał o tym chociażby Thomas Schoenaker<sup>7</sup>, który ukazywał jaki wpływ na postrzeganie świata, a także na same wspomnienia, może mieć udział w terapii jękania.

Pozostaje więc pytanie, czy również osoby jękaące się w wieku szkolnym, które nie brały udziału w terapii, potrafiłyby wziąć odpowiedzialność za doznawane niepowodzenia, czy też w dalszym ciągu to sam problem jękania byłby przez nie postrzegany jako obiekt ich wszelkich porażek. Może w przyszłości zostaną przeprowadzone badania, które pozwolą udzielić jednoznacznej odpowiedzi na to pytanie.

#### BIBLIOGRAFIA:

- Krasowicz G., Kurzyp-Wojnarska A., *Kwestionariusz do badania poczucia kontroli (KBPK)*. Podręcznik, Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa 1990.
- Pervin L.A., *Psychologia osobowości*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2002.
- Rotter J.B., *Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement*, „Psychological Monographs” 1966, vol. 80 (1).
- Rotter J.B., Seeman M., Liverant S., *Internal versus external control of reinforcements: a major variable in behavior theory*, [w:] Washburne N.F. (ed.), *Decisions, values and groups*, vol. 2, Pergamon Press, Oxford 1962.
- Schoenaker T., *Stotter – ein zielgerichtetes Verhalten*, „Sprache – Stimme – Gehör” 1981, nr 5.
- Szamburski K., *Patomechanizm powstawania jękania rozwojowego – propozycja powiązania jękania z lękiem*, [w:] *Logopedia – teoria i praktyka*, Wrocław 2005.
- Szmigielska B., *Skala Poczucia Kontroli u Dzieci Przedszkolnych – SPK-DP*. Podręcznik, Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 1996.
- Tarkowski Z., *Jękanie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1999.

---

<sup>7</sup> T. Schoenaker, *Stotter – ein zielgerichtetes Verhalten*, „Sprache – Stimme – Gehör” 1981, nr 5.

**An attempt at assessing the relation between stuttering and the locus of control**  
**Summary**

This article attempts to assess the relation between the locus of control and stuttering. The notion of 'locus of control' originates from Julian Rotter's social learning theory but it has become popular outside that theory in recent years and has been used independently. The subject-matter of this study was to assess the locus of control in stuttering subjects and to juxtapose those findings with data from fluently speaking individuals. The subjects were forty stuttering individuals and a purposeful sample of fluently speaking subjects (selected by age and gender). The study has shown that the locus of control for the total and for the failure scale is different for stuttering and fluently speaking subjects. Moreover, the results of the LOC study varied across different age groups.

KAROLINA SIEGEL

(Uniwersytet Warszawski, Warszawa)

## ECHOLALIA W MOWIE DZIECKA Z CAŁOŚCIOWYMI ZABURZENIAMI ROZWOJU. SPOSÓB NA UCIECZKĘ CZY NA KOMUNIKACJĘ?

**ABSTRAKT:** Komunikacja osób z autyzmem jest zniekształcona zarówno na poziomie werbalnym, jak i niewerbalnym. Sposób porozumiewania się tych osób odbiega od społecznie przyjętych standardów komunikacji. Mimo to wiele z tak zwanych zaburzonych zachowań może służyć funkcjom komunikacyjnym w sposób przedintencjonalny lub półintencjonalny. Niniejszy artykuł ma za zadanie przybliżyć jeden z aspektów komunikacyjnych, występujący w mowie osób z całościowymi zaburzeniami rozwoju, a w szczególności u osób z autyzmem. Przedstawia różne stanowiska badaczy zajmujących się zjawiskiem echolalii. Nie rozstrzyga istniejących sporów badawczych, ale obiektywnie prezentuje obecny stan badań. Może się tym samym przysłużyć do pełniejszego zrozumienia zjawiska, a także odpowiedniego podejścia terapeutycznego.

**SŁOWA KLUCZOWE:** echolalia, całościowe zaburzenia rozwoju, autyzm wczesnodziecięcy, zaburzenia komunikacji

Całościowe zaburzenia rozwoju<sup>1</sup>, w skrócie nazywane PDD (z ang. *pervasive developmental disorder*), należą do grupy poważnie upośledzających stanów. Zaburzenia te trudno jest zrozumieć, a ich leczenie przysparza lekarzom i terapeutom wiele problemów. Ich charakterystyczną cechą jest to, iż objawy widoczne są zwykle po urodzeniu lub ujawniają się we wczesnym etapie rozwoju dziecka.

Wydaje się, że określenie „całościowe”, choć może niezbyt bliskie leksykalnie oryginałowi angielskiemu<sup>2</sup>, stosunkowo dobrze oddaje specyfikę zaburzeń. Nie chodzi bowiem o zachowania wycinkowe, ale podkreśla się jego całościowy charakter. Ta grupa zaburzeń charakteryzuje się jakościowymi nieprawidłowościami interakcji społecznych i wzorców porozumiewania się. W ich obrębie występują także ograniczone, stereotypowe i powtarzające się zainteresowania

---

<sup>1</sup> Tłumacze polskiej *Klasyfikacji zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania*, powstałej w oparciu o *Międzynarodową klasyfikację chorób ICD-10*, rozważają także możliwość stosowania innej nazwy – *uogólnione zaburzenia rozwoju*. W literaturze można spotkać się również z terminem *rozległe zaburzenia rozwoju* [zob. Winczura, 2009].

<sup>2</sup> W dosłownym tłumaczeniu z ang. *pervasive* oznacza ‘przenikające, przenikliwe’ [por. D. Sumners, *Dictionary of Contemporary English*, Longman 2003].

i aktywności. Nieprawidłowości tego typu dotyczą najczęściej całości zachowań dziecka, ale mogą różnić się stopniem nasilenia u poszczególnych osób. W większości przypadków, u których diagnozuje się całościowe zaburzenia rozwoju, proces rozwojowy jest nieprawidłowy od niemowlęctwa, a zaburzenia pojawiają się najczęściej, z nielicznymi wyjątkami, w ciągu pierwszych 5 lat życia [Pużyński i Wciórka, 1998: 209-214]. Często, choć nie zawsze, występują także globalne zaburzenia funkcji poznawczych. Warto jednak zaznaczyć, że omawiane zaburzenie jest definiowane w kategoriach zachowania, które odbiega od normy w stosunku do wieku umysłowego dziecka, niezależnie od tego, czy występuje u niego upośledzenie, czy też nie. W niektórych przypadkach zaburzeniom tym towarzyszą, a być może są ich przyczyną, schorzenia fizyczne. Do najczęściej wymienianych w literaturze należą: drgawki dziecięce, wrodzona różyczka, stwardnienie guzowate i zespół kruchego chromosomu X. Jednakże całościowe zaburzenia rozwoju rozpoznaje się przede wszystkim na podstawie cech zachowania, niezależnie od towarzyszących zmian somatycznych.

Do klasy całościowych zaburzeń rozwoju [Pużyński i Wciórka, 1998: 209-214] należą m.in. dwa podtypy autyzmu, zespół Aspergera i zespół Retta. Echolalia, która stanowi przedmiot niniejszego artykułu, szczególnie często pojawia się w wypowiedziach osób z autyzmem i jest uważana za najbardziej charakterystyczną cechą mowy tych osób [Błęszyński, 1996, 2009].

Termin „echolalia” był różnie objaśniany. Dość przejrzystą definicję tego zjawiska stworzył Piaget [1992], nazywając echolalię „automatycznym powtarzaniem dźwięków, wyrazów, a nawet całych zdań bezpośrednio po ich usłyszeniu”. Błęszyński [1997] dodaje, że jest to powtarzanie mimowolne. Mimo że zjawisko to w bogaty sposób jest reprezentowane w mowie osób z całościowymi zaburzeniami rozwoju, należy jednak pamiętać, że echolalia jest przede wszystkim zjawiskiem rozwojowym. Występuje ona w prawidłowym rozwoju języka na etapie gaworzenia. Mówimy wtedy o echolalii rozwojowej lub fizjologicznej, która jest typem działalności ruchowej. W ujęciu rozwojowym – jest normą, gdy występuje pomiędzy 9. a 30. m.ż. Po 12. m.ż. przejawia się z mniejszą częstotliwością, a około 30. miesiąca ulega nasileniu, po czym zanika. Zjawisko to polega na tendencji do powtarzania dźwięków, które nie mają jeszcze treści znaczeniowych wypowiedzianych przez inne osoby. Echolalia jest w tym czasie raczej formą zabawy naśladowczej, służącej usprawnianiu artykulatorów [Wardyn i Gałkowski, 2002]. Dziecko znajduje w niej upodobanie przez powtarzanie wyrazów dla samych dźwięków, dla zabawy, jakiej jej dostarcza [Piaget, 1992]. Echolalia nie jest w tym wypadku ukierunkowana intencjonalnie albo personalnie jako wytwór czy rodzaj informacji [Błęszyński, 2009]. Niektórzy badacze wiążą jednak moment jej wystąpienia z kształtowaniem się osobowości dziecka, które dzięki powtarzaniu zasłyszanych dźwięków jest w stanie rozróżnić

*Ja* z otoczeniem od *nie-Ja*. W tym podejściu echolalię traktuje się jako etap wstępny w kształtowaniu się tożsamości dziecka [Błeszyński, 2009].

Pojęcie echolalii występuje także w naukach medycznych, szczególnie w psychiatrii. Traktowana jest ona jako jeden z objawów w niektórych chorobach, takich jak schizofrenia katatoniczna, histeria, czasami w zamroczeniach padaczkowych oraz w zespole Kandinskiego-Clerambaulta. W zespołach tych echolalia poza powtarzaniem słów obejmuje także naśladownictwo ruchów ciała (echopraksje) lub min (echomimie). U dzieci autystycznych nie występują ani echopraksje, ani echomimie, co może świadczyć o niepsychotycznym charakterze zaburzeń [Błeszyński i Bobkiewicz, 1997].

Z obserwacji i badań prowadzonych przez angielską psycholog Utę Frith wynika, że echolalia występuje u około  $\frac{3}{4}$  osób z autyzmem [Frith, 2005]. Jedynie w przypadku całościowych zaburzeń rozwoju echolalię dzieli się na kategorie ze względu na czas oraz warunki, w jakich występuje. Przy opisie innych jednostek chorobowych nie podlega ona takiemu rozróżnieniu. W literaturze wymieniane są 4 rodzaje echolalii:

- echolalia bezpośrednia;
- echolalia odroczone/pośrednia [Jaklewicz, 1993: odwleczona];
- echolalia złagodzona/łagodna/funkcjonalna [Kaczmarek, 2009];
- echolalia finezyjna.

Pierwszy z wymienionych typów echolalii polega na powtarzaniu dźwięków, wyrazów, zdań i/lub fraz natychmiast po ich usłyszeniu. Istnieją dwa stanowiska w badaniach nad echolalią bezpośrednią. Przedstawiciele jednego z nich uważają ją za proces mimowolny i bezsensowny. Sugerują, że nie ma tu procesu myślowego [Bobkiewicz-Lewartowska, 2000]. Z drugiej zaś strony coraz częściej badacze zauważają, że może ona spełniać wiele funkcji, m.in. celowej komunikacji [Prizant i Duchan, 1981]. Odmiennosc stanowisk wynika prawdopodobnie z problemów, jakie przysparza interpretacja wielu zachowań echolalicznych dziecka. Badacze zastanawiają się, czy jest to już rodzaj mało czytelnej, ale celowej komunikacji, czy zjawisko pozbawione znaczenia komunikacyjnego. Gdy na pytanie zadane przez terapeutę: *Chcesz ciastko?* z ust pacjenta pada odpowiedź: *Chcesz ciastko?*, trudno jest zinterpretować intencję dziecka wyłącznie na podstawie jej werbalnej formy. Pomocna w takich sytuacjach jest znajomość komunikacyjnych strategii niewerbalnych realizowanych przez daną osobę [Markiewicz, 2004; Sadowska, 2010].

Drugi z wymienionych typów echolalii polega na powtarzaniu fraz, słów z pewnym opóźnieniem. Echolalia odroczone bazuje na długotrwałej pamięci słuchowej i dlatego jest innym zjawiskiem niż echolalia natychmiastowa. Dawniej uznawano ją za przejaw genialnego intelektu, gdyż pozwalała na precyzyjne odtwarzanie dawno zasłyszanych informacji [Kanner, 1943]. Podobnie

jak w przypadku echolalii natychmiastowej istnieją dwa stanowiska w postrzeganiu tego typu echolalii. Pierwsze zakłada jej komunikatywny charakter, a drugie niekomunikatywność zjawiska [Prizant i Duchan, 1981]. Kluczem do zrozumienia echolalii jest niewątpliwie poznanie dziecka, jego zachowań, nawyków i sposobów reagowania. Niekiedy dzieci z autyzmem powtarzają całą zasłyszaną w dalekiej przeszłości treść, np. reklam, wypowiedzi innych osób, melodii, fragmenty czytanych bajek. Są to bardzo różne treści, zupełnie indywidualne i wyrywkowe. W ujęciu T. Gałkowskiego [2003] ten typ echolalii może być rodzajem „filmu” lub „kliszy ze zdjęciami” z przeszłości. Dziecko w swoisty sposób rejestruje własne doświadczenia. Najczęściej zapamiętuje ono te wydarzenia, które wywarły na nim silne wrażenie, np. komunikaty wypowiediane przez dorosłych podniesionym głosem lub wypowiedzi połączone z wyrazistą gestykulacją.

W przypadku występowania echolalii złagodzonej mowa składa się z nauczonych fraz różnej długości. Manipulowanie w obrębie tych fraz skutkuje generowaniem nowych wypowiedzi. Ten rodzaj echolalii wydaje się występować dość rzadko, choć jest bardzo ważny dla języka dziecka. Pojawienie się echolalii złagodzonej jest traktowane jako pozytywny znak lingwistyczny, że dziecko przechodzi od postaciowego do analitycznego trybu nabywania języka [Prizant i Duchan, 1981]. W ujęciu Błeszyńskiego [2009] ten typ echolalii stanowi poważne narzędzie komunikacyjne. W mowie dziecka występuje bowiem dużo samodzielnych wyrazów, które wypowiedane są pod wpływem określonych sytuacji. Dziecko swobodnie czerpie ze zmagazynowanego w pamięci zasobu słownictwa i wykorzystuje jego elementy w możliwie jak najbardziej adekwatnych znaczeniowo sytuacjach.

Czwartym i ostatnim typem echolalii jest echolalia finezyjna. Obserwuje się ją prawie wyłącznie u osób z zespołem Aspergera, a w literaturze nie poświęca się jej szczególnej uwagi [Błeszyński i Bobkiewicz, 1997].

Zjawisko echolalii jako forma usprawniania komunikacji osób z autyzmem budzi wiele kontrowersji zarówno wśród teoretyków, jak i praktyków. W przeszłości sądzono, że echolalia jest zachowaniem nieprawidłowym. Doszukiwano się w niej czynników samostymulujących, obsesyjnych, pozbawionych funkcji komunikacyjnej. Takie podejście miało swój wydzźwięk w terapii, która miała przede wszystkim eliminować to zjawisko na rzecz bardziej odpowiednich zachowań werbalnych. Wiele badań wskazuje jednak, że echolalia może mieć charakter komunikacyjny. Istnieje szereg spornych poglądów na ten temat.

Pojawienie się echolalii sugeruje, że dziecko jest w stanie skupić się na samej mowie. To bardzo ważny element rozwoju małego dziecka. Zdrowe niemowlęta już w pierwszych miesiącach życia stają się wrażliwe na dźwięki mowy. Dzieci z autyzmem mają trudności z eliminacją innych dźwięków i hałasów z otoczenia.

Mają one także problemy z selekcjonowaniem bodźców ważnych i mniej ważnych. Rzadko skupiają się więc na samych dźwiękach mowy, które ulegają rozproszeniu wśród innych, docierających do mózgu bodźców dźwiękowych. Echolalia jest więc dużym osiągnięciem rozwojowym w przypadku osób z autyzmem. Pokazuje moment uwrażliwienia się na dźwięki ludzkiej mowy, mimo zaburzonej percepcji zmysłowej. Z tego punktu widzenia skupienie uwagi na mowie jest bardzo istotne, lecz niekoniecznie oznacza to, że dziecko rozumie znaczenie i cel mowy. Zdaniem Frith [2005] echolalia odzwierciedla „oddzielenie się bardziej obwodowych układów przetwarzania od układu centralnego odpowiadającego za znaczenie”. Badaczka podkreśla, że w echolalii dziecko skupia się na mowie w sposób wybiórczy. Jest ono w stanie wypowiedzieć usłyszane frazy, pomijając interpretację wypowiedzianych słów w celu nadania im znaczenia. Echolalia powoduje tym samym, że komunikaty docierają w ograniczonym stopniu i w ograniczonym stopniu są produkowane. Utha Frith [2005] tłumaczy to zjawisko słabą koherencją centralną. Słaba centralna koherencja oznacza defekt poznawczy, polegający na niezdolności do łączenia różnych informacji w jedną całość. Ten mechanizm pozwala uchwycić i zrozumieć istotę tematu oraz odróżnić rzeczy ważne od nieważnych. Dziecko z autyzmem skupia się wyłącznie na niewielkich fragmentach informacji. Ten rodzaj wybiórczego odbioru komunikatu zaburza prawidłowe rozumienie kontekstu i głębszych aspektów komunikacji.

Zgodnie z wynikami badań nad afazją, podobne zaburzenia jak w autyzmie, obserwowane są u osób z zaburzeniami funkcjonowania okolic przedczołowych [Błęszyński i Bobkiewicz, 1997: 254]. W szczególności dotyczy to zaburzeń prawej półkuli, która odpowiada za całościowe powiązanie komunikatu z zaistniałą sytuacją. Niewątpliwie jest to proces bliski zjawisku słabej koherencji, opisanej przez Frith.

Z badań dość jednoznacznie wynika, że echolalia nasila się w określonych sytuacjach. Są to zazwyczaj momenty niepewne dla dziecka, gdy pojawia się nieznaną osobą lub następuje zmiana otoczenia [Jordan i Powell, 1995]. Echolalia wzmacnia się także, jeżeli dziecko nie jest w stanie poradzić sobie z nadmiarem informacji, które muszą zostać przetworzone przez jego mózg. Wówczas najprostszym sposobem reakcji jest skorzystanie z języka, który jest już w pamięci, czyli powtórzenie wypowiedzenia. Jest to najprostszy i znany dziecku środek komunikacji, który pozwala na kontynuację lub rozpoczęcie dialogu. Jeśli wymagania dotyczące presji mówienia są mniejsze, echolalia również występuje rzadziej, a w jej miejsce pojawiają się elementy bardziej spontanicznej mowy.

W podobnym duchu traktują echolalię dwaj badacze Jordan i Powell [1995]. Ich zdaniem można interpretować echolalię jako stwierdzenie „nie rozumiem”.

Może ona bowiem wynikać z braku zrozumienia przez dziecko kierowanych do niego wypowiedzi. Pojawia się zawsze wtedy, gdy zdolności językowe dziecka są nieadekwatne do wymagań, które powstają w konkretnej sytuacji komunikacyjnej.

Echolalia w mowie dziecka z autyzmem jest także określana jako magazynowanie i przechowywanie w pamięci elementów słuchowych z otoczenia [Lovaas, 1993: za Kaczmarek, 2009: 111]. Umożliwia to w przyszłości reaktywowanie odpowiednich fraz. Często w początkowym etapie występowania echolalii frazy te mogą być niedostosowane do kontekstu sytuacyjnego. Z czasem jednak ich pojawianie się nabiera wyraźnie komunikatywnego charakteru.

Prizant i Duchan [1981] sugerują, że echolalia jest jedną z cech charakterystycznych dla „postaciowego trybu nabywania języka, w którym dziecko korzysta z dużych fragmentów wypowiedzi werbalnych jako pojedynczej jednostki”. Badacze podjęli próbę określenia funkcjonalnych kategorii echolalii. Ich badania były przełomowe dla interpretacji zachowań echolalicznych u osób z autyzmem. Zaproponowali siedem kategorii echolalii natychmiastowej i czternaście kategorii echolalii odroczonej. Stwierdzili, że echolalia może bądź nie może charakteryzować się zamiarem komunikacyjnym.

#### Funkcje echolalii bezpośredniej

Kategorie	Znaczenie	Opis
Interaktywne (komunikacyjne)	reprodukcja bez zrozumienia (zamiana ról)	wyrażenia echolaliczne używane tylko w alternatywnym dialogu
	nazywanie konkretnych przedmiotów (funkcja deklarycyjna)	wyrażenia echolaliczne opisują konkretne przedmioty, wydarzenia czy miejsca (często ze współwystępowaniem demonstracyjnych gestów)
	potwierdzenie (odpowiedzi typu tak)	wyrażenia echolaliczne jako odpowiedzi twierdzące na pytania zadane wcześniej
	prośba	echolalia może oznaczać także prośbę, np. o przedmiot
Nieinteraktywne	powtórzenie bez wyraźnego znaczenia	(brak skupienia) wyrażenia echolaliczne używane bez wyraźnego celu, często w stanach wysokiego pobudzenia, np. na skutek strachu, bólu
	powtarzanie ze zrozumieniem	działanie po wyrażeniu echolalicznym potwierdza zrozumienie powtarzanego wyrażenia
	autostymulacja	wyrażenie echolaliczne służy jako regulator własnego zachowania (współwystępuje z aktywnością ruchową)

Źródło: [Prizant i Duchan, 1981: 151].



**Funkcje echolalii odroczonej**

Kategorie	Znaczenie	Opis
Interaktywne	reproduktywnie bez zrozumienia (zamiana ról)	wyrażenia echolaliczne używane tylko w alternatywnym dialogu
	kończenie rutynowych sformułowań (uzupełnianie werbalne)	dziecko kończy znane wyrażenie rozpoczęte przez drugą osobę
	dostarczanie informacji	dziecko dostarcza nowych informacji, które nie wynikają z kontekstu
	nazywanie	wyrażenia echolaliczne opisują konkretne przedmioty, wydarzenia czy miejsca
	protest	wyrażenie echolaliczne jak forma protestu przeciwko zachowaniom innych
	prośba	echolalia może także oznaczać prośbę, np. o przedmiot
	przywołanie	wyrażenia używane w celu zwrócenia uwagi lub nawiązania czy podtrzymania interakcji
	potwierdzenie	wyrażenia echolaliczne jako odpowiedzi twierdzące na pytania zadane wcześniej
	nakierowanie	wyrażenia używane do kierowania zachowaniami innych
Nieinteraktywne	powtarzanie bez wyraźnego znaczenia	wyrażenia echolaliczne używane bez wyraźnego celu lub bez związku z kontekstem – mogą spełniać rolę autostymulacji
	związek z sytuacją	wyrażenia bez wyraźnego zamiaru, które są wywoływane przez obiekt, osobę, sytuację lub zachowanie
	autostymulacja	wyrażenie echolaliczne służy jako regulator własnego zachowania (współwystępuje z aktywnością ruchową)
	powtarzanie jako forma ćwiczenia	wyrażenia echolaliczne, początkowo bez interaktywnego charakteru, wypowiedziane z coraz większą siłą dla zaznaczenia interaktywnego charakteru wypowiedzi, stanowią trening zdolności komunikowania
	nazywanie	wyrażenia echolaliczne opisują konkretne przedmioty czy zdarzenia w otoczeniu bez określonej komunikatywnej intencji, co może stanowić formę nauki języka

Źródło: [Prizant i Duchan, 1981: 153].

Istotnym spostrzeżeniem dokonany przez badaczy było stwierdzenie, że liczba stosowanych przez dziecko wariantów echolalii może świadczyć o jego poziomie rozwoju językowego. Dzieci na niskim poziomie umiejętności językowych mogą posługiwać się tylko echolalią niekomunikacyjną, reprodukcjami bez zrozumienia i/lub nazywaniem konkretów. Z drugiej strony dzieci na wyższym poziomie rozwoju mogą w niewielkim stopniu używać echolalii, bo mają już inne, bardziej komunikatywne strategie porozumiewania się.

Echolalię niekomunikacyjną często uważa się za formę glosolalii. Tymczasem Attwood [2006] uważa, że dziecku może się po prostu podobać brzmienie słów. Wiele dzieci z autyzmem wypowiada dźwięki, słowa lub frazy dla samych siebie tylko po to, by odczuć pewną słuchową lub dotykową przyjemność. W tym przypadku słowa lub frazy pozbawione są jakiegokolwiek znaczenia i stanowią formy przeznaczone do zabawy „słuchowo-czuciowej”. Istnieje wiele przykładów małych dzieci z autyzmem, które wypowiadają słowa, charakterystyczne dla języka profesjonalistów w pewnych dziedzinach. Wydaje się, że wybierane są one ze względu na swoją niezwykłą strukturę dźwiękową bądź czuciową (wrażenia, jakie wywołują na języku). Czuciowe użycie słów ma ogromne znaczenie dla dzieci z autyzmem. Dźwięk słów w umysłach dzieci może być przyjemnym odczuciem i wydaje się stanowić formę autostymulacji, która pozwala na zaspokojenie niedostymulowanych zmysłów<sup>3</sup>.

Echolalia może być również sposobem na uzyskanie czasu, w przypadku opóźnionego przetwarzania różnych bodźców językowych, bądź sposobem na wydobycie znaczenia wypowiedzianych słów. Powtarzanie słów wypowiedzianych przez innych pomaga wyjaśnić znaczenie tych słów w umyśle osoby autystycznej. W wielu wystąpieniach osób cierpiących na autyzm, m.in. Temple Grandin czy Jasmine O'Neill, pojawia się ten właśnie aspekt echolalii. Autorki znanych i cenionych autobiografii podkreślają, że traktowały echolalie jako sposób na przełożenie komunikatu na swój własny język. Ten sposób pozwala na zaakceptowanie komunikatu, oswojenie go i zrozumienie [O'Neill, 1999, za: Kaczmarek, 2009: 113]. W tym ujęciu echolalia natychmiastowa może być strategią tłumaczenia słów na język wewnętrzny, który jest bardziej zrozumiały. Powtarzając zdania głośno lub cicho, osoby z autyzmem wywołują w swoim umyśle obrazy wizualne, dotykowe, słuchowe (w zależności od własnego wewnętrznego języka). Rodzaj powstającego obrazu w umyśle dziecka jest uzależniony od wielu czynników i doświadczeń.

<sup>3</sup> Dzieci z autyzmem wykazują niedostymulowanie lub nadwrażliwość w określonych sferach sensorycznych. Podwrażliwość powoduje, że dziecko dąży do pewnych doznań, gdyż zaspokajają one jego potrzeby, np. głośne słuchanie określonego typu muzyki, jedzenie wyrazistych smakowo potraw czy wykonywanie określonych ruchów ciała. Nadwrażliwość powoduje z kolei ucieczkę przed pewnymi doznaniem [Sussman, 1999].

L. Kanner [1943] zaobserwował natomiast, że u dzieci z autyzmem występuje brak konceptu słowa „tak”. Następstwem tego jest potwierdzenie przez powtarzanie (rodzaj echolalii natychmiastowej). Dzieciom trudno jest zrozumieć i używać słowa „tak”, bo nie da się go opisać w konkretny sposób. Nie jest to słowo posiadające desygnat przedmiotowy, który można czuciowo poznać. W konsekwencji, gdy dzieci chcą odpowiedzieć w sposób potwierdzający, powtarzają zadane im wcześniej pytanie.

Polski badacz echolalii dziecięcej, J. Błeszyński [1997, 2009] postuluje wprowadzenie obok terminu „echolalia”, który może występować w mowie osób upośledzonych umysłowo i schizofreników, terminu „mowa echolaliczna”, który wskazuje na zmianę wypowiedzi pod względem fonicznym i treściowym. U osób autystycznych echolalia nie stanowi zaburzenia, lecz jest rodzajem kodu informacyjnego. Istotną cechą różnicującą mowę echolaliczną od echolalii są zaburzenia warstwy suprasegmentalnej przekazu, które powodują, iż wypowiedzi autystyków nie są wierną kopią przekazu, lecz dominuje w nich świadome dostosowanie i modyfikowanie przekazu do zastanej sytuacji. Można wnioskować, że zmiana wypowiedzi w zakresie systemu suprasegmentalnego u osób autystycznych wskazuje na intencjonalność tworzenia wypowiedzi echolalicznych, a nie jedynie na wypowiedzianie prostej repetycji. Każda drobna zmiana w wypowiedzi echolalicznej jest uważana za pewien przejaw świadomości językowej. Mowa echolaliczna może się charakteryzować powtórzeniami pierwszej klasy (prozodemów, fonemów, morfemów) oraz – w ograniczonym stopniu – drugiej klasy (struktur gramatycznych). Mowa echolaliczna występuje w różnym stopniu nasilenia. Zdarza się tak, jak opisuje Błeszyński [1997, 2009], że bywają okresy jej nasilenia lub całkowitego wyciszenia. U niektórych osób z autyzmem nie występuje w ogóle. Warto dodać, że mowa echolaliczna nie determinuje innych cech autystycznych.

Niektóre formy echolalii u dzieci autystycznych można uznać za formę komunikacji. Jest ona jedną z form wypowiedzi, która przez odpowiednie ustrukturyzowanie w terapii może pomóc w nawiązaniu komunikacji z dzieckiem. Zdaniem J. Błeszyńskiego [1997] można wyróżnić dwie formy mowy echolalicznej:

1. mowa mieszana, w której czasami występuje mowa echolaliczna, ale dodatkowo istnieją bardziej rozwinięte umiejętności werbalne,
2. echolalia jako wzorzec, według którego następuje nabywanie umiejętności językowych. Polega to na przekształcaniu wypowiedzi echolalicznych w zasób słów, którymi dziecko manipuluje i tworzy nowe wypowiedzi. Jest to bardzo bliskie nauce języka „gestalt”. Dziecko uczy się małych składników dźwięków przez przyporządkowanie im specyficznego znaczenia, np. dźwięk [mama] zaczyna znaczyć ‘mama’ pod wpływem doświadczenia

mamy – jej zapachu, wyglądu, głosu, ruchów itp. Dziecko zaczyna analizować sposób, w jakim jest dany wyraz używany w różnym kontekście i zaczyna rozumieć, że słowo *mama* może oznaczać coś innego niż tylko to, czego ono doświadczyło i co mu się kojarzy z tym dźwiękiem.

W Polsce nie prowadzono zbyt wielu badań nad zjawiskiem echolalii [Wardyn i Gałkowski, 2002, Błęszyński, 1997]. Zasadniczo potwierdziły one jedynie wyniki zagranicznych eksperymentów [Roberts, 1989, Landry i Mc Evoy, 1988]. Rodzaje echolalii łączą się z wiekiem rozwoju. Częstotliwość występowania zarówno echolalii bezpośredniej, jak i odroczonej jest odwrotnie proporcjonalna do wieku rozwoju dziecka. U wszystkich dzieci poddanych obserwacji<sup>4</sup> wraz ze wzrostem naśladowania, percepcji, motoryki małej i dużej, koordynacji wzrokowo-ruchowej, szeroko pojętej komunikacji oraz mowy czynnej zmniejsza się częstotliwość występowania wszystkich rodzajów echolalii. Echolalia odroczone najczęściej występowała w przedziale od 3,1 do 4,0 r.ż. Zauważono także, że u chłopców częściej występuje echolalia natychmiastowa, u dziewczynek zaś częściej można zaobserwować echolalię odroczonej. Tylko w jednym przypadku, na 130 przebadanych dzieci, stwierdzono obecność echolalii łagodnej.

Obecnie wielu badaczy podkreśla, że jeżeli dziecko z autyzmem zdolne jest do użycia echolalii w sposób adekwatny i prowadzi prosty dialog, uznajemy to za bardzo duży sukces komunikacyjny. Obecność mowy echolalicznej u dziecka, które właśnie zostało poddane terapii, lepiej rokuje niż w przypadku dzieci, które nie mówią. Terapeuci wyraźnie zaznaczają, że jeżeli mowa echolaliczna nie występuje u dziecka, trzeba poświęcić bardzo dużo czasu na samą naukę produkowania dźwięków, słów i całych zdań. Jeśli u dziecka niemówiącego do 5. r.ż. nie pojawi się zaburzona forma komunikacji w postaci echolalii, to może być to złą prognozą na dalszy rozwój komunikacji [Pawłowska, 1997]. Wciąż jednak w swojej praktyce zawodowej spotykam się z poglądem na bezwzględnie niekomunikacyjny charakter echolalii i jej negatywny wpływ na funkcjonowanie osób z całościowymi zaburzeniami rozwoju. Mam nadzieję, że artykuł ten pozwoli na poszerzenie perspektyw terapeutycznych, a także skłoni do głębszej refleksji nad tym zjawiskiem.

---

<sup>4</sup> Badaniami objęto w Polsce łącznie 130 dzieci (Gałkowski i Wardyn obserwowali 50 chłopców i 50 dziewczynek, a Błęszyński 30-osobową grupę mieszaną).

## BIBLIOGRAFIA:

- Attwood T., 2006, *Zespół Aspergera. Poradnik dla rodziców i profesjonalistów*, tłum. M. Łamacz, Zysk i S-ka, Poznań.
- Błeszyński J., 1996, *Badania nad echolalią i użyciem zaimka „ja” w kształtowaniu się mowy dziecka autystycznego w odniesieniu do innych jednostek nozologicznych*, „Roczniki Pedagogiki Specjalnej”, WSPS, Warszawa, t. 7, s. 227-239.
- Błeszyński J., 1997, *Mowa i język dziecka z autyzmem. Wybrane zagadnienia*, WSiP, Słupsk.
- Błeszyński J., Bobkiewicz L., 1997, *Echolalia jako jedna ze specyficznych cech mowy dziecka autystycznego*, „Psychologia Wychowawcza”, nr 3, s. 251-257.
- Błeszyński J., 2009, *Czy echolalia w autyzmie jest problemem komunikacyjnym*, [w:] Winczura B. (red.), *Autyzm. Na granicy zrozumienia*, Impuls, Kraków, s. 101-108.
- Bobkiewicz-Lewartowska L., 2005, *Autyzm dziecięcy. Zagadnienia diagnozy i terapii*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- Frith U. (red.), 2005, *Autyzm i zespół Aspergera*, tłum. B. Godlewska, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa.
- Gałkowski T., 2003, *Zaburzenia komunikacji w autyzmie*, [w:] Gałkowski T., Jastrzębowska G. (red.), *Logopedia, Pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*, t. 2, Opole, s. 268-285.
- Jaklewicz H., 1993, *Autyzm wczesnodziecięcy. Diagnoza, przebieg, leczenie*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Kaczmarek B.B., 2009, *Nie jak, ale dlaczego? O własnym języku dzieci z autyzmem*, [w:] Winczura B. (red.), *Autyzm. Na granicy zrozumienia*, Impuls, Kraków, s. 109-132.
- Kanner L., 1943, *Autistic Disturbances of Affective Contact*, „Nervous Child”, nr 2, s. 217-250.
- Landry S., McEvoy R., 1988, *The functions of immediate echolalia in autistic children: a developmental perspective I*, „Journal of Autism and Developmental Disorders”, t. 18, nr 4, s. 657-668.
- Markiewicz K., 2004, *Możliwości komunikacyjne dzieci autystycznych*, Wyd. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin.
- Pawłowska H., 1997, *Zagadnienia mowy w autyzmie wczesnodziecięcy*, „Szkoła Specjalna”, nr 2, s. 67-70.
- Piaget J., 1992, *Mowa i myślenie dziecka*, PWN, Warszawa.
- Prizant B., Duchan J., 1981, *The functions of immediate echolalia in autistic children*, „Journal of Speech and Hearing Disorders”, nr 46, 241-249.
- Pużyński S., Wciórka J. (red.), 1998, *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowań w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, tłum. J. Wciórka, Uniwersyteckie Wyd. Medyczne „Vesalius” Instytutu Psychiatrii i Neurologii, Kraków – Warszawa, s. 209-214.
- Roberts J.M.A., 1989, *Echolalia and Comprehension in Autistic Children*, „Journal of Autism and Developmental Disorders”, t. 19, nr 2, s. 271-281.
- Sadowska E., 2011, *Zaburzenia komunikacji w autyzmie – podstawowe trudności diagnozy i terapii logopedycznej*, „Poradnik Językowy”, nr 9, s. 36-51.

- Sussman F., 1999, *More than words. Helping parents promote communication and social skills in children with Autism Spectrum Disorder*, The Hanen Centre, Canada.
- Wardyn M., Gałkowski T., 2002, *Echolalia u dzieci z autyzmem i jej rozwojowe uwarunkowania*, „Audiofonologia”, t. 21, s. 147-177.
- Winczura B., 2008, *Dziecko z autyzmem*, [w:] B. Cytowska, B. Winczura, A. Stawarski (red.), *Dzieci chore, niepełnosprawne i z utrudnieniami w rozwoju*, Impuls, Kraków, s. 349-374.

**Echolalia in the speech of children with a pervasive developmental disorder.  
A way to escape or to communicate?**

**Summary**

Communication of autistic people is distorted at both the verbal and the non-verbal level. Their means of communication deviate from the socially accepted standards of communication. Despite this, many of the so-called ‘dysfunctional behaviours’ can serve as communication tools. This article aims to introduce one aspect of communication that occurs in the speech of people with a pervasive developmental disorder, particularly those with autism. It presents a variety of views expressed by researchers dealing with the phenomenon of echolalia. While the article does not resolve any of the existing research disputes, it attempts to present the current state of research in an objective manner. Thus, it can contribute to a better understanding of the phenomenon and facilitate an appropriate therapeutic approach.

JACEK J. BŁESZYŃSKI  
(Uniwersytet Mikołaja Kopernika, Toruń)

## ROZWÓJ MOWY I JĘZYKA DZIECKA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ<sup>1</sup>

**ABSTRAKT:** W artykule podjęty został problem mowy osób z różnym stopniem niepełnosprawności intelektualnej. Przedstawiono dotychczasowe zdobycze wiedzy na temat mowy osób upośledzonych umysłowo, wraz z charakterystyką komunikacji. Całość poprzedzona została przedstawieniem obrazu klinicznego i podejmowanych działań terapeutycznych. W zakończeniu wskazano kierunki rozwoju tej specjalności logopedycznej oraz zalecenia podjęcia intensywniejszych działań gromadzenia i opracowywania słabo opisanego zaburzenia, które stanowi istotny element poznania struktur językowych.

**SŁOWA KLUCZOWE:** oligofrenologopedia, komunikacja, mowa, niepełnosprawność intelektualna

### **Wprowadzenie**

Dokonując szerokiej analizy problemu mowy i języka w powiązaniu z rozwojem intelektualnym dzieci i młodzieży, spostrzegamy istotną zależność w aspekcie dotyczącym kształtowania się umiejętności funkcjonowania społecznego. Początkowo prowadzone badania skupiały się przede wszystkim na funkcjonowaniu społecznym osób z upośledzeniem umysłowym (w psychologicznych koncepcjach E. Dolla łączono rozwój intelektualny z funkcjonowaniem społecznym), a następnie podjęto szereg analiz dotyczących poszczególnych sfer w odniesieniu do etapów rozwojowych. Odrębnym nurtem wydają się rozważania dotyczące możliwości i ograniczenia rozwoju, jak również poszukiwania dróg optymalizacji rozwoju tych osób. W ten nurt wpisują się prowadzone z coraz szerszym rozmachem badania nad mową i językiem osób z różnym stopniem niepełnosprawności intelektualnej, zarówno na poszczególnych etapach ich rozwoju, jak i wynikających z tego szerszych uwarunkowań społecznych (dotyczących samych osób, jak również przemian zachodzących w percepcji społecznej

---

<sup>1</sup> Tekst jest oparty na rozdziale pt. *Mowa osób niepełnosprawnych intelektualnie*. Autor tekstu jest zatrudniony w Katedrze Pedagogiki Specjalnej UMK w Toruniu, kieruje Pracownią Badań nad Niepełnosprawnością Złożoną. Z wykształcenia jest oligofrenopedagogiem, logopedą dyplomowanym, pedagogiem wczesnoszkolnym, podejmującym problematykę mowy i terapii dzieci z głębokimi deficytami w rozwoju.

– czego przykładem może być rozwój ruchów szerokiej integracji pozaedukacyjnej, ukazującej możliwości i ograniczenia osób niepełnosprawnych w tych kontaktach). Mowa i język stają się podstawowym narzędziem kształtującym zarówno postawy wobec osób z niepełnosprawnością intelektualną, jak i miernikiem możliwości wchodzenia w interakcje, ale co się wydaje również istotnym – zagrożeniem z powodów niezrozumienia i nierozumienia informacji napływających z otoczenia. Szczególnie w dobie rozwoju mediów, powszechnego korzystania z internetu ważnym wydaje się podjęcie problematyki ukazania stanu wiedzy dotyczącej rozwoju badań nad mową i językiem osób z niepełnosprawnością intelektualną.

W tym miejscu chciałbym zwrócić szczególną uwagę na błędne podchodzenie do problemu mowy osób z niepełnosprawnością intelektualną jako zaburzenia bezpośrednio powiązanego z samym upośledzeniem umysłowym i jego nasileniem. To podejście, bardziej mechaniczne, strukturalne, nie uwzględnia indywidualnych tak możliwości i ograniczeń, jak również ewentualnego współwystępowania zaburzeń i chorób. Dlatego wydaje się, że jedynym prawidłowym jest podejście ukazujące indywidualny charakter występującego zaburzenia, na jakie wpływają uwarunkowania stopnia, nasilenia, współwystępowania, jak i uwarunkowania środowiskowe (szczególnie dotyczące wczesnego i kompetentnego wspomagania rozwoju, w tym również mowy i języka). Tu w szczególności sposób chciałbym wyakcentować nie tylko występujące ograniczenia, ale również możliwości i ponadprzeciętne umiejętności, z jakimi się spotykamy w pracy z osobami o równym stopniu niepełnosprawności intelektualnej.

Zaprezentowane powyżej podejście zmusza do odchodzenia od naznaczającego charakteru diagnozy, jak również zweryfikowania samej nazwy – oligofrenologopedia, na rzecz mowy i języka osób z różnym stopniem niepełnosprawności intelektualnej. Konsekwencją takiego ujęcia problemu jest nie tylko terapia, ale i wspomaganie rozwoju i poszukiwania optymalnie dostosowanych do potrzeb i możliwości sposobów komunikowania. Istotą podejścia tego kierunku staje się nie tylko powszechnie rozumiana korekcja wad wymowy, ale przede wszystkim społeczna inkluzja osób niepełnosprawnych intelektualnie, poprzez stwarzanie odpowiednich warunków i możliwości, jakie daje nam rozwój społeczny, ekonomiczny i polityczny.

## **1. Mowa osób upośledzonych umysłowo**

Wyjście od historycznego ujęcia problemu mowy i języka osób upośledzonych umysłowo pozwala na prześledzenie z jednej strony kształtowania się pojęcia, jak również wpływu nurtów społecznych.



Do dnia dzisiejszego najbardziej rozpowszechnioną w Polsce jest proponowana przez I. Styczek<sup>2</sup> taksonomia zaburzeń mowy i działań logopedii. Wprowadzone terminy „oligofaga” i „dyslogia” [Jastrzębowska 1999: 294] określają specyficzne zaburzenia występujące w mowie osób z niepełnosprawnością intelektualną. W pracach Kaczmarka [1993] odnajdujemy stworzony przez niego podział języka na części składowe (dotyczące treści, języka i substancji), które w przypadku upośledzenia umysłowego mogą występować i współwystępować w różnym układzie i nasileniu.

Inne podejście dotyczące etiologii zaburzeń rozwoju mowy u dzieci i młodzieży przejawiających różnego typu niepełnosprawności znajdujemy w ujęciu anglosaskim. Gerenser i Forman [Jacobson, Mulick, Rojahn 2007: 563] ukazali model w pięciu kategoriach etiologiczno-diagnostycznych:

- komunikacyjne i językowe zaburzenia współwystępujące z zaburzeniem percepcji zmysłami (np. słuch, wzrok), parcjalne,
- komunikacyjne i językowe zaburzenia współwystępujące z zaburzeniem motoryki (np. w wyniku nieprawidłowości w rozwoju motoryki spowodowanej rozszczepem kręgosłupa, porażeniem mózgu itp.),
- komunikacyjne i językowe zaburzenia współwystępujące z uszkodzeniem centralnego układu nerwowego (np. opóźnienie rozwoju),
- komunikacyjne i językowe zaburzenia współwystępujące z zaburzeniem rozwoju emocjonalnego (np. schizofrenia, autyzm),
- komunikacyjne i językowe zaburzenia współwystępujące z zaburzeniem w rozwoju sfery poznawczej (np. upośledzenie umysłowe).

Przedstawione kategorie występowania zaburzeń w rozwoju mowy możemy również odnieść do powyżej zaprezentowanych konstruktów podejść klasyfikacji i diagnostyki upośledzenia umysłowego.

W tym miejscu skupię się na przedstawieniu tego zaburzenia w ewolucyjno-psychologicznym aspekcie ukazującym problem możliwości rozwojowych i umiejętności nabywanych przez dziecko upośledzone umysłowo z uwzględnieniem stopnia niepełnosprawności. Jednym z najbardziej rozpowszechnionych jest model przedstawiony przez Bogdanowicz [1991], w którym dokonano zestawienia zaburzeń występujących w rozwoju mowy oraz umiejętności konstruowania wypowiedzi na tle innych funkcji w odniesieniu do stopnia niepełnosprawności intelektualnej.

Można wnioskować, iż stopień upośledzenia umysłowego determinuje możliwości poznawcze oraz nasilenie występowania wad wymowy i trudności w mówieniu oraz posługiwaniu się językiem. Jak zauważył Tarkowski [1999: 493],

---

<sup>2</sup> Rozdział IV *Wady mowy osób upośledzonych umysłowo* [Styczek, 1981: 417-421] został poświęcony zaburzeniom mowy, które podzielono ze względu na etiologię czynnika na endogenne i egzogenne.

problem występowania wad wymowy oraz niepełnosprawności intelektualnej można rozpatrywać w czterech relacjach:

1. wspólna etiologia,
2. odmienna etiologia,
3. upośledzenie umysłowe jako przyczyna występowania zaburzeń mowy,
4. zaburzenie mowy jako przyczyna upośledzenia umysłowego<sup>3</sup>.

Na ten problem wskazywała również Styczek [1981: 420], ukazując współwystępowanie upośledzenia umysłowego z różnego typu czynnikami (chorobowymi, anatomicznymi, funkcjonalnymi, a obecnie również środowiskowymi), które wpływają na występowanie wad wymowy charakteryzujących się złożonością, nawarstwieniem oraz pojawianiem się zespołów wad.

Należy jednak zauważyć, iż w większości przypadków diagnozy upośledzenia umysłowego (szczególnie dotyczy to stopnia lekkiego i umiarkowanego) nie jesteśmy w stanie na obecnym poziomie wiedzy w sposób jednoznaczny określić etiologii występującego zaburzenia (określane są one jako polietiologiczne<sup>4</sup>). Z dużym prawdopodobieństwem możemy odnieść się do wieloczynnikowej teorii etiologii upośledzenia umysłowego jako czynnika powodującego wystąpienie opóźnienia w nabywaniu umiejętności mowy i języka o różnym nasileniu wad wymowy. Występujące nieprawidłowości w nabywaniu umiejętności/kompetencji w posługiwaniu się mową i językiem mogą być uwarunkowane wieloczynnikowo oraz występować z różnym nasileniem w poszczególnych etapach rozwoju – jak to zauważyła Minczakiewicz [1993: 113]. Występujące zaburzenia mowy charakteryzują się znaczącym zróżnicowaniem pod względem mechanizmu, etiologii i symptomatologii.

Koniecznym w tym miejscu wydaje się zwrócenie uwagi, iż występowanie wady lub wad wymowy nie jest wskaźnikiem rozwoju intelektualnego, jak również prognostą rozwoju (przykładem mogą być dzieci, np. z mózgowym porażeniem, z zespołem Downa, wśród których występują dzieci z normą intelektualną, wady wymowy możemy zdiagnozować u wielu wybitnych przedstawicieli nauki i sztuki). Błędnym wydaje się wystawianie diagnozy oligofazji w przypadku stwierdzenia upośledzenia umysłowego, co szczególnie dotyczyć może tak osób

<sup>3</sup> Jest to problematyczne stwierdzenie, szczególnie w przypadku trudności w ocenie rozwoju intelektualnego osób niemówiących. Rozwój poznawczy jest w pewnym stopniu zdeterminowany nabywaniem umiejętności komunikacyjnych, np. u osób niemówiących (głuchych, głuchoniewidomych) czy z zaburzoną komunikacją (np. autystycy). Zastosowanie alternatywnych technik komunikacji (*facilitate communication* – FC, w Polsce znana jako „ułatwiona komunikacja” UK – por. Bleszyński 1999, 2006c) wskazuje na występujące zależności pomiędzy upośledzeniem umysłowym a mową i językiem jako złożonego i współuczestniczącego, nie zaś jako czynnika determinującego rozwój poznawczy człowieka.

<sup>4</sup> Problem ten zastał szczegółowo przedstawiony przez: Wyczesany [2007]; Kostrzewski [1981]; S. Kowalik [1981] i in.

z lekkim stopniem upośledzenia umysłowego, jak również korzystających z alternatywnych i wspomagających sposobów komunikacji.

Takie przedstawienie problemu warunkuje odejście od naznaczającego (etykietującego) systemu diagnozy, a zwraca uwagę na funkcjonalny aspekt rozwoju i możliwości osób niepełnosprawnych intelektualnie. Wskazują na taką konieczność tak nurty teoretyczne, jak również praktyka. Szczególnie w sytuacji stymulacji rozwoju przydatnym wydaje się wykorzystanie teorii rozwoju mowy (NLM – *naive language magnet*), która ukazuje etapowe kształtowanie się mowy dziecka:

I faza – początkowa (od urodzenia) – wrodzona, opisująca kształtowanie zdolności percepcji słuchowej, w której niemowlęta dostrzegają kontrasty fonetyczne we wszystkich językach świata (jest to faza, w której nie występuje ukierunkowanie konkretnego języka, a nastawienie na percepcję dźwięków o różnej modalności),

II faza – dotyczy przestrzeni samogłoskowej (około 6. miesiąca życia), w której opisany został model „magnesu języka ojczystego”, co możemy określić jako wyróżnianie specyficznych dla danego języka cech fonetycznych,

III faza – redukcyjna, charakteryzująca się ukierunkowaniem odbioru bodźców, specjalizująca się w odbiorze własnego języka [Kuhl 2007: 45-47].

Odmienne podejście wobec problem rozwoju mowy jako umiejętności kształtującej się na różnych poziomach układu nerwowego zostało przedstawione przez Kułakowską [2003: 110-130]. W skład koncepcji wchodzi układ anatomiczny, sterujący układami oddechowym, fonacyjnym i artykulacyjnym (do którego należą: jądra nerwów czaszkowych, mózdzek, wzgórze, jądra podstawy, układ limbiczny, kora mózgowa), jak również umiejętności jej percepcji (np. pola Wernickiego, wzgórze) i tworzenia komunikatów. W przypadku występowania zaburzeń w nabywaniu umiejętności mowy i języka wskazuje się na uszkodzenia mózgu w zakresie obydwu płatów ciemieniowych, lewego skroniowego oraz czołowego – odpowiadających za rozwój komunikacji, mowy i języka [Kułakowska 2003: 121]. Uszkodzenie występujące w obrębie układu (np. ośrodka, dróg łączących) dotyczyć będzie zaburzenia funkcji będącej obrazem modułu/modułów, które może podlegać modyfikacjom prowadzącym do odzyskania utraconej funkcji lub stworzenia nowych strategii [Springer, Deutsch 2004: 165]. W przypadku występujących dysfazji, będących efektem nieprawidłowości rozwojowych podczas dojrzewania struktur mózgu, możemy obserwować zróżnicowane objawy w zakresie nabywania umiejętności komunikacyjnych (w tym mowy i języka), jak również poznawczych. Występowanie na tym etapie rozwoju zaburzeń prowadzących do nieharmonijnego rozwoju w efekcie spowodować może nasilenie i współwystępowanie wielopostaciowego obrazu klinicznego.

## 1.1. Niepełnosprawność intelektualna a umiejętności komunikacyjne – wprowadzenie do problematyki

### 1.1.1. Ułatwiona komunikacja (*facilitate communication* – FK)

Problem ten znalazł się w kręgu zainteresowań nielicznych autorów (ograniczone do dzieci z autyzmem, np. Pisula 2005, Grochowska, 2008; Bleszyński 2008 czy w sposób krytyczny McBurney, 2008) i dotyczył nieprawidłowości w podejściu do problemu komunikacji i orzekania upośledzenia umysłowego. Ważnym jest zwrócenie uwagi, iż trudności związane z przekazem informacji przez osobę nie powinny być podstawą do określania u niej stopnia rozwoju intelektualnego – jeśli już, to do określenia umiejętności społecznych. W początkowym okresie „ułatwioną komunikację” stosowano w pracy z osobami z autyzmem, których rozwój określano na poziomie głębokiego upośledzenia umysłowego. Po zastosowaniu odpowiednich technik wspomagających przekaz informacji okazało się, iż większość z nich plasuje się w normie rozwojowej, a niektórzy powyżej.

Błędne społeczne podejście łączące występowanie nieprawidłowości w zakresie ekspresji komunikacyjnej (np. osób jękających się, z mózgowym porażeniem dziecięcym, autyzmem, ale i ze schizofrenią) jest nadal powszechne i nieadekwatne do rzeczywistego stanu ich rozwoju. Typowym przykładem konieczności weryfikacji dotychczasowych poglądów dotyczących możliwości komunikacyjnych było zastosowanie w pracy z osobami uznanymi za upośledzone w stopniu głębszym (znacznym i głębokim) nadal kontrowersyjnej metody „ułatwionej komunikacji” (*facilitate communication*) [Bleszyński, 2006b]. Nawiązany kontakt, jak również weryfikacja oceny rozwoju tych osób, wymuszają wzięcie pod uwagę: indywidualnych predyspozycji, spontaniczności nabywania umiejętności komunikacyjnych, jak również konieczności weryfikacji dotychczasowego stanowiska oceny rozwoju z ukierunkowaniem na głębsze stopnie upośledzenia umysłowego.

Komunikacja, ekspresja swoich potrzeb i informacji stają się ważnym elementem nie tylko w nawiązaniu kontaktów, ale również ich podtrzymaniu i rozwijaniu w pracy z osobami często określanymi jako trudne do zdiagnozowania i opisu ich stopnia rozwoju z powodów zaburzeń komunikacyjnych. Komunikacja, mowa i język stają się elementem pozwalającym na dokonanie oceny rozwoju, jego predyktów oraz elementów postępowania wspomagającego, pozwalającego na optymalizację rozwoju [Bleszyński 2008].

### 1.1.2. Wysypkowe zdolności

W nawiązaniu do „ułatwionej komunikacji” koniecznym jest przedstawienie możliwości ekspresji komunikacyjnej osób uznawanych za upośledzone

umysłowo, które w sposób pozawerbalny, często indywidualny i specyficzny komunikują się z otoczeniem. Przykładem niekonwencjonalnego przekazu może być Nikifor (jego osobę przybliżyła M. Kitowska-Łysiak z Instytutu Historii Sztuki KUL, 2005). Problem ten jest podejmowany od wielu lat przez A. Wojciechowskiego kierującego Pracownią Rozwoju Twórczości Osób Niepełnosprawnych w Toruniu [2008]. Prowadzone są w wielu ośrodkach zajęcia teatralne, które umożliwiają dokonywanie przekazu za pomocą środków pozawerbalnych.

## 1.2. Przegląd badań nad rozwojem mowy dziecka upośledzonego umysłowo

Podejmowane badania nad funkcjonowaniem mowy dziecka z niepełnosprawnością intelektualną można ukazać w aspekcie wąskim – symptomatologicznym (który przedstawiony zostanie szerzej w części poświęconej obrazowi klinicznemu), jak również szerszym jako wpływ na ogólny rozwój, w szczególności funkcjonowanie społeczne.

Analizy dotyczące nasilenia zjawiska wad wymowy u osób upośledzonych umysłowo prowadzone były przez Szurniewicz [1967] i Minczakiewicz [1989, 1993a, 1993b, 1994]. Prowadzono także badania umiejętności mówienia i pisanie w szkołach dla dzieci z lekkim stopniem upośledzenia umysłowego [Minczakiewicz 1993a; Sadowska 2006], głosu [Martuszevska 1983], zasobu słownictwa [Błęszyńska, 2006] czy występujących w mowie agramatyzmów [Tarkowski 1988]. W badaniach nad rozwojem mowy u osób z głębszą niepełnosprawnością umysłową na szczególną uwagę zasługują prace Makowskiej [1992] i Minczakiewicz [1984].

### 1.2.1. Obraz kliniczny

Fazowy rozwój mowy i języka może wskazywać na występowanie w pierwszych etapach rozwoju czynników mogących utrudniać lub być wskaźnikiem występujących zaburzeń w nabywaniu umiejętności komunikacyjnych – jako elementu wzorcowania w nabywaniu kompetencji językowych. Inaczej będzie przebiegał rozwój mowy zarówno u dziecka, jak i osoby dorosłej, u której czynnik wywoła zaburzenie w kolejnych etapach rozwoju (powodując zaburzenie, zahamowanie lub wycofanie się z nabytych umiejętności).

Wśród czynników mogących mieć istotny wpływ na rozwój i funkcjonowanie dziecka możemy wyróżnić czynniki endogenne (wewnątrzpochodne często określane jako organiczne) i egzogenne (zewnątrzpochodne – środowisko społeczne), które mogą w różny sposób wpływać na umiejętności komunikacyjne (zarówno stymulować, jak i ograniczać czy wręcz uniemożliwiać ich rozwój).

W poszukiwaniu etiologicznego podłoża występujących wad mowy u dzieci upośledzonych umysłowo Styczek [Minczakiewicz 1996: 152] uznała, iż mogą współwystępować, jednakże nie posiadać związku z tym zaburzeniem w rozwoju takie wady jak:

- *dysglosja* (jako zaburzenie artykulacji spowodowane uszkodzeniem obwodowych narządów mowy – por. Skorek, 2005: 58),
- *dyzartria* (zaburzenie koordynacji, tempa, rytmu, akcentu, melodii i dynamiki mówienia, spowodowane upośledzeniem narządów mowy – Surowaniec, 1992: 98),
- *ałazja* („zaburzenie mowy, spowodowane uszkodzeniem mózgu...” – Surowaniec 1992: 11),
- *jąkanie* („zakłócenie rytmu, tempa, melodii i płynności wymowy objawiające się dyskoordynacją oddechowo-fonacyjno-artykulacyjną, niekiedy skurczem mięśni głośni, powtarzaniem i wypieraniem oraz wydłużaniem głosek, zacinaniem się, nieplanowanymi pauzami; okresowo może występować mutyzm...” – Surowaniec 1992: 126),
- *wady funkcjonalne: mutyzm* („uporczywe milczenie w następstwie urazu psychicznego...” – Surowaniec 1992: 143), *bradyłalia* („znaczne zwolnienie tempa mówienia, wydłużenie wypowiedzi...” – Surowaniec, 1992: 72), *tachylalia* („przyspieszone tempo mówienia i myślenia związane z tachyfrenią...” – Surowaniec 1992: 186).

Jak zauważyła autorka, w przypadku upośledzenia umysłowego nie występują specyficzne wady wymowy, są one jedynie u tych osób przedstawione jako bardziej złożone, nawarstwione, często określane jako zespoły wad [Styczek, 1981: 420]. Istotne jest uwypuklenie faktu, iż wady wymowy występujące u dzieci z niepełnosprawnością intelektualną nie stanowią jednorodnego obrazu w zakresie budowy narządów mowy, jak również ich funkcjonowania<sup>5</sup>.

Poruszona przez Minczakiewicz [1996: 148-153] problematyka rozwoju umiejętności komunikacji i mowy, z rozbiciem na cztery stopnie niepełnosprawności intelektualnej, w odniesieniu do mowy i języka pozwala na wnioskowanie, iż jest to złożony proces, w którym należy zwrócić uwagę na występowanie wielu czynników mogących współdziałać w występowaniu oligofazji<sup>6</sup>, jak również zróżnicowanie skutków ujawnianych w poszczególnych fazach rozwoju.

<sup>5</sup> Zgodnie z definicją Styczek „wada wymowy jest to odchylenie od normy językowej, spowodowane zmianami w budowie lub funkcjonowaniu mechanizmów mowy” [Styczek, 1981: 14].

<sup>6</sup> „Oligofazja: od grec. *oligoz* ‘mały’ + *phasis* ‘mowa’; synonim oligolalia; upośledzenie lub całkowity brak, lub też opóźniony rozwój mowy związany z upośledzeniem umysłowym; zniekształcenie treści, formy i substancji języka w zależności od stopnia upośledzenia umysłowego; objawy bełkotu; upośledzenie funkcji pisania i czytania, zaburzenie rozwoju mowy wewnątrzpochodne – endogenne” [Surowaniec 1992: 153].

W przedstawionej charakterystyce wad wymowy, które mogą występować u dzieci upośledzonych umysłowo, dodatkowo wymienia:

- b e ł k o t (mowa niewyraźna; brak wymowy około połowy zasobu fonetycznego – Surowaniec 1992: 66),
- a n a r t r i e (,brak wymowy dźwięcznej, całkowity brak zdolności mówienia, całkowita niezdolność artykułowania...” – Surowaniec 1992: 54),
- a l a l i e (,niezdolność opanowania mowy artykułowanej, niemożność jej opanowania w normalnych warunkach przy normalnym słuchu, gdy mowa nie ukształtowała się w pełni do trzeciego roku życia” – Surowaniec 1992: 47), jak również współwystępującą d y s l a l i e (,wadliwa realizacja fonemów” – Surowaniec, 1992: 87), w tym s e p l e n i e (,zaburzenie wymowy dwunastu głosek dentalizowanych ‘szczelinowych i zwarto-szczelinowych” – Surowaniec 1992: 174), r y n o l a l i e (,mówienie z poszumem nosowym ‘fonacja nosowa’, zniekształcenie wypowiedzi przez rynofonię” – Surowaniec 1992: 11), m o w e b e z d z w i e c z n ą (,nieumiejętność realizowania głosek dźwięcznych, zanik lub brak dźwięczności w danym fonemie” – Surowaniec, 1992: 140).

W głębokim stopniu upośledzenia umysłowego, jak również w złożonej niepełnosprawności z niepełnosprawnością intelektualną może wystąpić u dzieci brak posługiwania się mową lub komunikacją w zawężonym zakresie (dotyczy podstawowych czynności) lub posługiwanie się komunikacją wspomagającą lub alternatywną [Błęszyński 2006b]<sup>7</sup>.

### 1.3. Postępowanie logopedyczne – terapia w oligofrenologopedii

Praca z osobami upośledzonymi umysłowo charakteryzuje się długotrwałym procesem oddziaływań ukierunkowanych na występujące wady wymowy, jak również indywidualne predyspozycje psychofizyczne (w szczególności poziomu rozwoju) oraz współpracę ze środowiskiem rodzinnym i szkolnym. Szczególną uwagę zwraca się na szybką męczliwość dzieci, problemy związane ze skupieniem uwagi [Styczek 1981: 421] oraz łatwość jej rozproszenia. W zależności od możliwości i nasilenia występujących czynników utrudniających (uniemożliwiających) nabywanie umiejętności mowy zajęcia prowadzone są indywidualnie [Tkaczyk 1998, 1999] lub grupowo, jak również podejmowane są w zależności od poziomu i możliwości dziecka [Koper 1975; Poniatowska 1993] od kojarzenia komunikatu, poprzez kształtowanie umiejętności mowy (impresywnej i ekspresywnej) i języka, przybierając głównie formę gier i zabaw [Minczakiewicz 1999]

<sup>7</sup> Jak podaje Zaorska [2001: 181] za Sirkin i Lyons, w przypadku 1/3 osób upośledzonych umysłowo występuje prawidłowy rozwój mowy, brak mowy u 1/6, a wśród badanych dzieci u około 60% występowały wady wymowy.

dostosowanych do potrzeb i możliwości dziecka. Ze względu na podjęte działania terapię możemy podzielić na okres przygotowawczy oraz wywołania (metodą słuchową, wzrokową, czuciową, mechaniczną lub łączenia dźwięków) i utrwalenia dźwięków [Sękowska 1998: 348].

Wszystkie podejmowane działania są zgodne z metodyką postępowania terapeutycznego i ukierunkowane są przede wszystkim na obserwację oraz naśladowanie przez dziecko wykonywanych ćwiczeń w zakresie:

- usprawniania układów: oddechowego, fonacyjnego i artykulacyjnego;
- umiejętności różnicowania dźwięków, w szczególności dźwięków mowy z dokonywaniem analizy i syntezy słuchowej słów;
- kształcenia prozodyki mowy: melodii, akcentu, rytmu;
- wzbogacania słownictwa i nabywania kompetencji językowych.

Do najczęściej wprowadzanych działań terapeutycznych zaliczonych przez Zaorską [2001: 184] do ćwiczeń ortofonicznych należą:

- oddechowe (kształtowanie prawidłowego toru oddechowego oraz różnicowanie faz oraz uczenie wykorzystania fazy wydechu w czasie mówienia i śpiewania),
- fonacyjne (kształtowanie prawidłowego nastawienia fałdów głosowych podczas mówienia – przede wszystkim nabywanie umiejętności mowy na miękko nastawionych fałdach oraz przeciwdziałanie patologicznemu mówieniu na wdechu),
- logorytmiczne (kształtowanie prozodyki mowy z wykorzystaniem muzyki, rytmiki),
- słuchowe – obecnie określane jako kształcenie słuchu fonematycznego (zmierzające do nabywania umiejętności różnicowania dźwięków, w szczególności głosek opozycyjnych: dźwięczność – bezdźwięczność, ustność – nosowość, miękkość – twardość, różnicowania ich występowania w wyrazie oraz dokonywanie analizy syntezy głosek w wyrazie),
- artykulacyjne (kształtujące prakcję oralną narządów artykulacyjnych i poczucie ich motoryki w akcji artykulacyjnym).

Wśród programów multimedialnych wykorzystywanych w terapii logopedycznej wymienić można przykładowo: „Logopedia Young Digital Poland” [<http://www.ydp.com.pl/> – dostęp: 3.02.08]. Seria programów do diagnozy i terapii logopedycznej:

1. Programy do terapii logopedycznej: „Logo-Gry”, „Mówiące obrazki”, „Zabawy słowem” (cz. 1 i 2), „Logorytmika”, „Obrazkowy słownik tematyczny”,
2. Programy do diagnozy i terapii logopedycznej: „Szereg ciszący”, „Szereg syczący”, „Szereg szumiący”, „Różnicowanie szeregów”, „Głoska r”, „Sfonem”, „Echokorektor”, „Mowa bezdźwięczna”,



3. Program zarządzający pracą logopedy: „Aplikacja logopedy” – umożliwia rejestrację dzieci poddawanych terapii, zapisy wyników diagnozy logopedycznej, jak i śledzenie postępów w terapii logopedycznej; „Badanie mowy” – interaktywny kwestionariusz obrazkowy – dodatkowy moduł, który po instalacji rozbudowuje „Aplikację logopedy” i jej możliwości diagnostyczne.

Innym programem jest „Multimedialny Pakiet Logopedyczny. Program Komlogo”. Część I – sz, ż, cz, dż; Część II – s, z, c, dz; Część IV – j, l, r [<http://www.komlogo.pl> – dostęp: 3.02.08].

Praca z dzieckiem upośledzonym umysłowo, zgodnie z zasadami postępowania terapeutycznego, opiera się na efektywności wyrabiania umiejętności poprzez aktywizowanie, podtrzymywanie działalności, jak również ukierunkowanie [Sękowska 1998: 242], które prowadzone są zgodnie z zasadami: akceptacji dziecka, podmiotowości i indywidualności, refleksyjności, systematyczności i konsekwencji, komfortu psychicznego oraz liczenia się z uczestnikami programu [Lausch-Żuk 2006: 159-160]. Odpowiednie dostosowanie do potrzeb i możliwości percepcyjnych dziecka z niepełnosprawnością intelektualną wymaga zastosowania form wielozmysłowego (polisensorycznego) poznania, wielokrotnionego powtarzania z wykorzystaniem różnorodnych form i sytuacji służących do utrwalenia prawidłowych wzorców w zakresie eliminowanych wad mowy, jak również kształtowania prawidłowych wypowiedzi.

## Zakończenie

Dokonując rekapitulacji przedstawionego materiału, chciałbym skupić się na kilku istotnych, węzłowych zagadnieniach dotyczących problemów związanych z teorią i praktyką oligofrenologopedii.

1. Oligofrenologopedia jest niewątpliwie, szczególnie na obecnym etapie wiedzy, działem interdyscyplinarnym, który w sposób szczególny osadzony jest w naukach pedagogicznych i psychologicznych, lingwistycznych, medycznych itp. – jednak jego zakres się poszerza i modyfikuje. Niewątpliwie zapotrzebowanie na specjalistów zajmujących się kształtowaniem mowy dziecka z różnym stopniem niepełnosprawności intelektualnej oraz współwystępujących uwarunkowań w rozwoju społecznym wzmaga rozwój praktycznego i teoretycznego zaplecza podejmowanych działań. Jako specjalizacja logopedyczna – oligofrenologopedia jest uznaną specjalnością i powszechnie stosowanym terminem.

2. Koniecznym jest uściślenie terminu „oligofrenologopedia”, który od pewnego czasu został poszerzony o mowę dzieci z zespołem Downa i przejawiające

różne zaburzenia, w tym autystyczne [Gerenser, Forman 2007: 564-573<sup>8</sup>; Skorek 2005 i in.]. Problematycznym jest takie podejście, ponieważ określenie przedrostka oligofreno- w naukach humanistycznych związane jest z upośledzeniem umysłowym, tak więc sugeruje, iż termin ten odnosi się w sposób bezpośredni do rozwoju i terapii mowy dzieci i osób z różnym stopniem niepełnosprawności intelektualnej. Nie jest to prawidłowe podejście odnośnie wprowadzonych zespołów i autyzmu. W przypadku dzieci z zespołem Downa nie stosuje się od pewnego czasu jako pewnika współwystępowania upośledzenia umysłowego<sup>9</sup>. Również w przypadku osób z zespołem krzywego chromosomu X [Błeszyński 2006c: 129] odchodzi się od określenia współwystępowania upośledzenia (często niesłusznie określanego jako determinantu genetycznego upośledzenia umysłowego), na rzecz występowania trudności w uczeniu się. W przypadku autyzmu (zarówno typowego, jak i atypowego) nie powinno się kojarzyć tych zaburzeń rozwojowych. W wielu publikacjach podnoszono ten problem [Pisula 2000: 33-34; Błeszyński 2005: 73 i in.], jednak nie poparto łączenia upośledzenia umysłowego z autyzmem (rozdzielenia klinicznego dokonała Kruk-Lasocka 1994: 195-200]. Jak wykazują obserwacje, około 60% dzieci z autyzmem ujawnia głębsze stopnie upośledzenia umysłowego (znaczne, umiarkowane i głębokie), 20% lekkie, natomiast pozostałe dzieci określane są jako funkcjonujące w normie i powyżej normy (obecnie rozróżniamy zespół Aspegera, w którym rozwój intelektualny określany jest w granicach normy i powyżej [por. Frith 2005] i autyzm wysoko-funkcjonujący).

W takiej sytuacji zasadnym wydaje się przedstawienie oligofrenologopedii jako specjalności zajmującej się problematyką teorii i praktyki komunikacji, mowy i języka osób z niepełnosprawnością intelektualną jako zaburzenia jednorodnego lub współwystępującego w innych chorobach i zaburzeniach w rozwoju. Takie podejście w sposób jednoznaczny wskazuje na wielość poruszanych aspektów, zarówno:

- czasu (we wszystkich okresach rozwoju człowieka),
- nasilenia (we wszystkich stopniach upośledzenia umysłowego),
- możliwości współwystępowania (jako efektu polietiologicznego).

3. Na obecnym etapie prowadzonych analiz należy stwierdzić, iż oligofrenologopedia jest dziedziną w niewielkim zakresie opisaną (co wydaje się zaskakującym), jak również wymagającą podjęcia szerszej eksploracji zarówno na poziomie teoretycznym (szczególnie współpracy interdyscyplinarnej), jak i opracowania strategii postępowania diagnostyczno-terapeutycznego. Obecnie występuje przede wszystkim tendencja wykorzystywania już wypracowanych modeli

<sup>8</sup> Autorzy w rozdziale upośledzenie umysłowe wprowadzili zespół Downa, zespół krzywego chromosomu X oraz jako zaburzenie pracy mózgu – autyzm.

<sup>9</sup> Wskazują na to badania przeprowadzone przez J. Kostrzewskiego.

w formie przystosowawczej, brakuje natomiast prób podejmowania eksperymentów i weryfikowania szerszych projektów innowacyjnych.

4. Koniecznym w przypadku podejmowania działań wspomagających osoby z niepełnosprawnością intelektualną jest zmierzanie do określenia poziomu rozwoju komunikacji, mowy i języka – kompetencji komunikacyjnych, nie tylko jako miernika rozwoju intelektualnego, ale przede wszystkim narzędzia komunikacji z najbliższym środowiskiem.

#### BIBLIOGRAFIA:

- Balejko A., 1994, *Jak usuwać wady wymowy*, Białystok.
- Balejko A., 2005, *Test nazywania. Diagnoza i terapia osób z zaburzeniami mowy*, Białystok.
- Błęszyńska L., 2006, *Zasób słownictwa uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim klas gimnazjalnych – diagnoza i propozycje rozwiązań*, [w:] Sadowska S. (red.), *Nauczanie uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim. Wybrane problemy z teorii i praktyki*, Toruń.
- Błęszyński J., 1999, *Metoda ułatwionej komunikacji. Dziecko autystyczne*, z. 7, nr 1, s. 26-35.
- Błęszyński J., 2005, *Rodzina jako środowisko osób z autyzmem. Aspekt wychowawczo-terapeutyczny*, Toruń.
- Błęszyński J., 2006a, *Zakresy semantyczne terminów upośledzenie umysłowe i niepełnosprawność intelektualna – jako przykład próby precyzyjnego określenia problemu*, [w:] Pańczyk J. (red.), *Forum Pedagogów Specjalnych XXI wieku*, t. 7, Łódź.
- Błęszyński J., 2006c, *Etiologia i wspomaganie rozwoju dzieci przejawiających autyzm i zespół kruchego chromosomu X*, [w:] Twardowski A. (red.), *Wspomaganie dzieci z genetycznie uwarunkowanymi wadami rozwoju i ich rodzin*, Poznań.
- Błęszyński J.J., 2008, *Optymalizacja w systemie edukacji specjalnej – wprowadzenie do problematyki*, referat na Międzynarodowej Konferencji Naukowej pt. „Pedagogika specjalna. Koncepcje i rzeczywistość”, w dniach 15-16 września 2008.
- Błęszyński J.J., 2008b, *Ułatwiona komunikacja*, [w:] Błęszyński J.J. (red.), *Alternatywne i wspomagające metody komunikacji*, Kraków.
- Błęszyński J.J., 2006b, *Pedagogika specjalna*, [w:] Śliwerski B. (red.), *Pedagogika*, t. 3, Gdańsk.
- Błęszyński J.J., 2006d, *Wykorzystanie metody ułatwionej komunikacji*, [w:] Błęszyński J.J. (red.), *Alternatywne i wspomagające metody komunikacji*, Kraków.
- Błęszyński J.J., 2012, *Diagnoza rozwoju mowy osób z niepełnosprawnością intelektualną*, [w:] Czapplewska E., Milewski S. (red.), *Diagnoza logopedyczna. Podręcznik akademicki*, Gdańsk.
- Błęszyński J.J. (red.), 2006b, 2008, *Alternatywne i wspomagające metody komunikacji*, Kraków.

- Bogdanowicz M., 1991, *Psychologia kliniczna dziecka w wieku przedszkolnym*, WSiP, Warszawa.
- Czapiga A. (red.), 2006, *Psychologiczne wspomaganie rozwoju psychicznego dziecka. Teoria i badania*, Wrocław.
- Czaplewska E., Milewski S. (red.), 2012, *Diagnoza logopedyczna. Podręcznik akademicki*, Gdańsk.
- Dykcik W. (red.), 2006, *Pedagogika specjalna*, Poznań.
- Frith U. (red.), 2005, *Autyzm i zespół Aspergera*, Warszawa.
- Gałkowski T., Jastrzębowska G. (red.), 1999, *Logopedia. Pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*, Opole.
- Gerenser J., Forman B., 2007, *Speech and language deficits in children with developmental disabilities*, [w:] Jacobson J.W., Mulick J.M., Rojahn J. (ed.), *Handbook of intellectual and developmental disabilities. Issues in clinical child psychology*, New York.
- Grochowska J., 2006, 2008, *Edukacja dzieci z autyzmem z wykorzystaniem wspomaganiej komunikacji*, <http://www.plock.edu.pl/prv/logopeda/komunikacja/wspomagana/wspomagana.html>.
- Grycman M., 2006, 2008, *Efektywność stosowania systemów komunikacji alternatywnej i wspomagającej u dzieci i młodzieży z ciężkimi zaburzeniami porozumiewania się na przykładzie Samodzielnego Publicznego Ośrodka Terapii i Rehabilitacji dla Dzieci w Kwidzynie*, [w:] Bleszyński J.J. (red.), *Alternatywne i wspomagające metody komunikacji*, Kraków.
- Jacobson J.W., Mulick J.M., Rojahn J., 2007, *Handbook of intellectual and developmental disabilities. Issues in clinical child psychology*, New York.
- Jastrzębowska G., 1999, *Klasyfikacje zaburzeń mowy*, [w:] Gałkowski T., Jastrzębowska G. (red.), *Logopedia. Pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*, Opole.
- Kitowska-Lysiak M., 2005, *Sylwetki sztuki wizualne – NIKIFOR*, [http://www.culture.pl/pl/culture/artykuly/os\\_nikifor\\_krynicky](http://www.culture.pl/pl/culture/artykuly/os_nikifor_krynicky) [dostęp: 24.08.08].
- Klein J., 2002, 2007, *Profil osiągnięć ucznia. Przewodnik dla nauczycieli i terapeutów z placówek specjalnych*, GWP, Gdańsk.
- Koper R., 1975, *Projekt ćwiczeń korekcyjnych mowy dla dzieci upośledzonych umysłowo w stopniu umiarkowanym*, [w:] *Materiały Informacyjno-Dydaktyczne ZG TPD*, z. 19-20, Warszawa.
- Kosakowski Cz. (red.), 2001, *Nauczanie i wychowanie osób lekko upośledzonych umysłowo*, Toruń.
- Kostrzewski J., 1981, *Podstawowe wiadomości o upośledzeniu umysłowym*, [w:] Kirejczyk K. (red.), *Upośledzenie umysłowe – pedagogika*, Warszawa.
- Kowalik S., 1981, *Rehabilitacja upośledzonych umysłowo*, Warszawa.
- Kruk-Lasocka J., 1994, *Autyzm a oligofrenia*, „Szkola Specjalna”, nr 4, s. 195-200.
- Kuhl K., 2007, *Język, umysł i mózg. Doświadczenie zmienia percepcję*, [w:] Bokus B., Shugar G.W. (red.), *Psychologia języka dziecka. Osiągnięcia, nowe perspektywy*, Gdańsk.
- Lausch-Żuk J., 2006, *Pedagogika osób z umiarkowanym, znacznym i głębokim upośledzeniem umysłowym*, [w:] Dykcika W. (red.), *Pedagogika specjalna*, Poznań.

- Makowska A., 1992, *Istota zaburzeń mowy dzieci głębiej upośledzonych umysłowo*, „Scholasticus”, nr 1.
- Martuszevska G., 1983, *Kształtowanie głosu dziecka upośledzonego umysłowo w stopniu lekkim*, „Szkoła Specjalna”, nr 4, s. 263-269.
- McBurney, D.H., 2008, *Myśleć jak psycholog*, tłum. M. Trzebiatowska, Gdańsk.
- Minczakiewicz E., 1984, *Kształtowanie i usprawnianie mowy dzieci upośledzonych umysłowo w stopniu umiarkowanym i znacznym*, „Szkoła Specjalna”, nr 3, s. 186-191.
- Minczakiewicz E., 1989, *Z badań nad zaburzeniami mowy u dzieci upośledzonych umysłowo*, [w:] Pańczyk J. (red.), *Z zagadnień oligofrenopedagogiki*, Warszawa.
- Minczakiewicz E., 1993a, *Zaburzenia mowy i ich odbicie w piśmie uczniów młodszych klas szkoły specjalnej dla lekko upośledzonych umysłowo*, „Logopedia”, nr 20, s. 113-119.
- Minczakiewicz E., 1993b, *Zaburzenia mowy u osób z upośledzeniem umysłowym*, „Scholasticus”, nr 1, s. 57-63.
- Minczakiewicz E., 1994, *Rozwój języka mówionego uczniów młodszych klas szkoły specjalnej dla lekko upośledzonych umysłowo w toku zamierzonych oddziaływań stymulacyjnych*, „Logopedia”, nr 21.
- Minczakiewicz E., 1996, *Logopedia. Mowa, rozwój, zaburzenia, terapia*, Kraków.
- Minczakiewicz E., 1999, *Zabawa w diagnozie i terapii logopedycznej dzieci głębiej upośledzonych umysłowo*, „Logopedia”, nr 26, s. 105-117.
- Pańczyk J., 1989, *Z zagadnień oligofrenopedagogiki*, Warszawa.
- Pańczyk J., 2006, *Forum Pedagogów Specjalnych XXI wieku*, t. 7, Łódź.
- Pisula E., 1995, *Autyzm i ułatwiona komunikacja*, „Nowiny Psychologiczne”, nr 3, s. 33-42.
- Pisula E., 2000, *Autyzm u dzieci. Diagnoza, klaryfikacja, etiologia*, PWN, Warszawa.
- Poniatowska S.A., 1993, *O usprawnianiu komunikacji słownej u dzieci upośledzonych umysłowo*, [w:] Sołtys-Chmielowicz A., Tkaczyk G. (red.), *Usprawnianie mowy dzieci specjalnej troski*, UMCS, Lublin.
- Pracownia Rozwoju Twórczości Osób Niepełnosprawnych (2008)*, [http://www.pedagogika.umk.pl/zps/zps\\_prton.htm](http://www.pedagogika.umk.pl/zps/zps_prton.htm) [dostęp: 24.08.08].
- Sadowska S., 2006, *Uczeń z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim w szkolnej sytuacji komunikacyjnej. O realizacji zadań wspomagania rozwoju umiejętności mówienia i pisanie*, [w:] Sadowska S. (red.), *Nauczanie uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim. Wybrane problemy z teorii i praktyki*, Toruń.
- Sadowska S. (red.), 2006, *Nauczanie uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim. Wybrane problemy z teorii i praktyki*, Toruń.
- Sękowska Z., 1982, *Pedagogika specjalna*, Warszawa.
- Sękowska Z., 1998, *Wprowadzenie do pedagogiki specjalnej*, Warszawa.
- Skorek E.M., 2002, *Z logopedią na ty. Podręczny słownik logopedyczny*, Kraków.
- Springer S.P., Deutsch G., 2004, *Lewy mózg, prawy mózg – z perspektywy neurologii poznawczej*, Warszawa.
- Stecko E., 2000, *Sprawdź jak mówię. Karta badania logopedycznego z materiałami pomocniczymi*, Warszawa.
- Styczek I., 1981, *Logopedia*, Warszawa.
- Surowaniec J., 1992, *Słownik terminów logopedycznych*, Kraków.

- Szeląg E., Szymaszek A., 2006, *Test do badania słuchu fonematycznego dzieci i dorosłych*, Gdańsk.
- Szurniewicz A., 1967, *Próba badania wad mowy dzieci upośledzonych umysłowo w warszawskich szkołach specjalnych*, „Logopedia”, nr 7.
- Tarkowski Z., 1988, *Agramatyzm u uczniów lekko upośledzonych umysłowo*, [w:] Sękowska Z. (red.), *Rewalidacja dzieci ze złożonymi niepełnosprawnościami*, Lublin.
- Tkaczyk G., 1998, *Rehabilitacja mowy u dzieci upośledzonych umysłowo – studium przypadku*, „Logopedia”, nr 25, s. 117-122.
- Tkaczyk G., 1999, *Znaczenie metody studium indywidualnego przypadku w terapii logopedycznej dzieci upośledzonych umysłowo*, „Logopedia”, nr 26, s. 227-232.
- Zaorska M., 2001, *Zajęcia logopedyczne*, [w:] Kosakowski Cz. (red.), *Nauczanie i wychowanie osób lekko upośledzonych umysłowo*, Toruń.

### **The development of speech and language in children with intellectual disability Summary**

The article discusses the speech of individuals with varying degrees of intellectual disability. The author presents information about the speech of mentally retarded individuals gathered so far, paying special attention to research on communication. In the introductory section, the author describes the clinical picture and therapeutic activities undertaken for a group of such individuals. Towards the end, the author presents conclusions regarding the direction that speech therapy should take and recommends to collect and analyse data associated with specific impairments which have not been previously described but remain an important condition enabling children to learn the language structure.

MARLENA KUROWSKA  
(Uniwersytet Warszawski, Warszawa)

## WPŁYW DYSFUNKCJI MÓZGOWYCH U DZIECI NA KSZTAŁTOWANIE SIĘ SŁOWNIKA

**ABSTRAKT:** W artykule przedstawiam analizę próby sprawdzającej rozumienie i samodzielne wypowiedzianie rzeczowników, czasowników i przymiotników przez dzieci z dysfunkcjami mózgowymi. Interpretacja wyników badań ukazuje nieznaczne ograniczenie u dzieci w zakresie rozumienia sprawdzanych form. Natomiast w wypowiedzaniu dzieci prezentowały bardzo zróżnicowany poziom w opanowaniu tej umiejętności. Wydaje się, że w przeprowadzonym badaniu udało się uchwycić pewne charakterystyczne dla całej badanej grupy zachowania językowe. Były to przede wszystkim reakcje, które można było ocenić jako prawidłowe ze względu na znaczenie, ale zrealizowane ze zniekształceniami fonetycznymi i fonologicznymi, zachowania kompensujące trudności w aktualizowaniu i realizowaniu prawidłowych form, zachowania zastępcze, nieprawidłowe reakcje, a także brak reakcji.

**SŁOWA KLUCZOWE:** dysfunkcje mózgowie, system językowy, rozumienie znaczeń: rzeczowników, czasowników, przymiotników, samodzielne wypowiedzianie

Niniejszy artykuł stanowi fragment niepublikowanej rozprawy doktorskiej nt. *Wykształcania się systemu językowego u dzieci z dysfunkcjami OUN* napisanej pod kierunkiem dr hab. Józefa Porayskiego-Pomsty. Przedstawiam w nim wyniki badań własnych<sup>1</sup> przeprowadzonych w dwóch czternastoosobowych grupach dzieci w wieku od 6 do 8 lat. Pierwszą grupę stanowiły dzieci z różnymi objawami zaburzeń rozwoju mowy uwarunkowanymi anatomicznymi uszkodzeniami i/lub dysfunkcjami mózgu. Druga grupa była grupą kontrolną i znajdowały się w niej dzieci o prawidłowym rozwoju mowy.

Podstawowym celem badań było sprawdzenie stopnia wykształcenia określonych zachowań językowych u każdego dziecka z dysfunkcjami i ocena jego trudności w werbalnym porozumiewaniu się. Efektem tych działań miało być sformułowanie diagnozy logopedycznej zaburzenia rejestrowanego u każdego dziecka.

---

<sup>1</sup> W badaniach własnych zostały zastosowane metody i narzędzia badawcze opracowane przez Halinę Mierzejewską i Danutę Emilutę-Rożę [Emiluta-Rożya, 2002].

## Metodologia przeprowadzonych badań

Badania dzieci z zaburzeniami miały charakter kompleksowy i składały się z dwóch części. W pierwszej z nich zostały przeprowadzone badania specjalistyczne: medyczne oraz badania psychologiczne. Drugą część badań stanowiły próby sprawdzające funkcjonowanie poszczególnych struktur językowych i podstawy organiczne prawidłowego ich rozwoju u każdego dziecka. Ich analiza i możliwość porównania zachowań dzieci z obu grup pozwoliła na sformułowanie pewnych ogólnych i wstępnych spostrzeżeń dotyczących opanowywania systemu językowego przez dzieci z dysfunkcjami mózgowymi.

Wśród prób sprawdzających funkcjonowanie poszczególnych struktur językowych przeprowadziłam próbę na sprawdzenie zdolności rozumienia znaczeń i samodzielnego wypowiedziania wyrazów należących do różnych kategorii znaczeniowo-gramatycznych.

Sprawdzany w próbie materiał językowy składał się z 68 rzeczowników. Były to nazwy: członków rodziny, zabawek, przyborów szkolnych, zwierząt, produktów żywnościowych, ubrań, mebli, wyposażenia domu. Z 58 czasowników i 25 przymiotników – wśród których było 11 nazw kolorów i 7 par określić cech przeciwnych.

Podstawą badania rozumienia i wywoływania głośnej realizacji wyrazów należących do danej kategorii był ten sam materiał obrazkowy.

Rozumienie rzeczowników sprawdzałam poprzez pytanie: *Pokaż, gdzie jest/są: mama (lalka, jajko, lampa, buty...)?*; czasowników: *Pokaż, gdzie siedzi (kroi, podlewa...)?*; przymiotników: *Pokaż, gdzie jest balon: (biały, żółty, szary...)?*; *Pokaż, gdzie jest/są: koszyk (mały, duży...)?*; *chłopiec (niski, wysoki...)?*; *kredka (krótka, długa)?*; *ręce (czyste, brudne...)?*

W celu wywołania głośnej realizacji rzeczowników zadawałam pytanie: *Kto to jest?, Co to jest?* Tak sformułowane pytanie miało wywołać wymówienie właściwej nazwy przedstawionego na obrazku desygnatu – odpowiednio – w formie mianownika liczby pojedynczej lub liczby mnogiej. Pytanie: *Co robi pani (pan, dziecko, dziewczynka, chłopiec...)?* miało wywołać wymówienie odpowiedniego czasownika w formie 3. osoby liczby pojedynczej. W kategorii przymiotników było to pytanie: *Jaki/jaka/jakie jest/są: balon, koszyk, chłopiec, kredka, ręce?*

## Wyniki badań specjalistycznych

Przeprowadzone badania medyczne i psychologiczne potwierdziły u wszystkich czternaściorga dzieci z grupy z nieprawidłowym rozwojem mowy obecność organicznych i/lub czynnościowych zaburzeń OUN.



## Wyniki przeprowadzonej próby

Przeprowadzona analiza jakościowo-ilościowa wyników uzyskanych w tej próbie badających rozumienie i samodzielne wypowiedzianie sprawdzanych określonych 68 rzeczowników, 58 czasowników i 25 przymiotników przez dzieci z dysfunkcjami mózgowymi i dzieci bez zaburzeń w rozwoju mowy – umożliwiła ukazanie wpływu tych dysfunkcji na stan funkcjonowania słownika.

### 1. Rozumienie sprawdzanych form

Tabela 1. Rozumienie sprawdzanych form

Rozumienie	Dzieci z prawidłowym rozwojem mowy	Dzieci z dysfunkcjami mózgowymi
Rzeczowników	100,00%	99,77%
Czasowników	100,00%	97,88%
Przymiotników	100,00%	82,77%
Średnia	100,00%	93,47%

W zakresie rozumienia – w grupie kontrolnej liczba reakcji „+” – w każdej próbie – wynosiła 100%. Natomiast w grupie dzieci z dysfunkcjami zanotowano nieznaczne ograniczenie rozumienia sprawdzanych rzeczowników – 99,77% i czasowników – 97,88%. Prawidłowe rozumienie przymiotników sprawiło tym dzieciom największe trudności, co odzwierciedla wynik – 82,77%. Jak się wydaje, ten niższy wynik może być również rezultatem rodzaju sprawdzonego materiału językowego. Wśród 25 przymiotników – 11 stanowiły nazwy kolorów. A więc były to nazwy abstrakcyjne. I właśnie w prawidłowym przyporządkowaniu danej nazwie odpowiedniej barwy dzieci popełniały najwięcej błędów.

### 2. Wypowiedzianie sprawdzanych form

Znacznie natomiast dysfunkcje ograniczyły zdolność zastosowania i głośnego zrealizowania właściwych ze względu na znaczenie i rozumianych rzeczowników, czasowników i przymiotników.

**Tabela 2. Wypowiadanie sprawdzanych form**

Rozumienie	Dzieci z prawidłowym rozwojem mowy	Dzieci z dysfunkcjami mózgowymi
Rzeczowników	98,42%	85,63%
Czasowników	98,65%	74,94%
Przymiotników	96,86%	75,09%
Średnia	97,98%	78,54%

Te informacje potwierdzają więc ogólne przekonanie, że kształtowanie się tzw. słownika biernego dokonuje się wcześniej i pełniej niż tzw. słownika czynnego. Należy też przypuszczać, że to właśnie dysfunkcje stwierdzone u dzieci w przeprowadzonych badaniach medycznych i badaniu psychologicznym w tak znaczny sposób ograniczyły prawidłowe wypowiadanie wyrazów, nie wpływając jednocześnie w tym samym stopniu na ich rozumienie.

### 3. Charakterystyka wypowiedzeń

W grupie kontrolnej – dzieci z prawidłowym rozwojem mowy – całą sumę reakcji „+”, to znaczy:

98,42% wywoływanych rzeczowników,

98,65% wywoływanych czasowników i

96,86% wywoływanych przymiotników

stanowiły realizacje bez żadnych zniekształceń fonetycznych i fonologicznych.

Natomiast w grupie dzieci z dysfunkcjami tylko:

33,82% – w próbie sprawdzającej realizację rzeczowników,

33,96% – w próbie sprawdzającej realizację czasowników i

21,24% – w próbie sprawdzającej realizację przymiotników

całej sumy reakcji „+” ze względu na znaczenie stanowiły reakcje bez zniekształceń fonetycznych i fonologicznych. A pozostałe:

85,63% – 33,82% = 51,81% wywoływanych rzeczowników,

74,94% – 33,96% = 40,98% wywoływanych czasowników i

75,09% – 21,24% = 53,85% wywoływanych przymiotników

to wymówienia uznane za prawidłowe ze względu na znaczenie, ale zrealizowane ze zniekształceniami fonetycznymi i fonologicznymi.

Uzyskane wyniki wskazują, że u badanych dzieci nawet w sytuacji, w której dochodzi do zniekształconej pod względem fonetycznym i fonologicznym realizacji, często możliwe jest utożsamienie jej znaczenia<sup>2</sup>. Niewątpliwie wpływa to na wzrost ogólnej oceny zdolności komunikacyjnych badanych dzieci z dysfunkcjami.

<sup>2</sup> Niezwykle ważny jest także kontekst obrazka.

Przykłady wypowiedzi prawidłowych ze względu na znaczenie, ale zrealizowanych ze zniekształceniami fonetyczno-fonologicznymi:

Rzeczowniki:

- małpa* → [mautka]<sup>3</sup>  
 → [mampka]  
*pomidor* → [podolek]  
*buty* → [butyk'i]  
*koszula* → [kośulka]  
 → [kośuška]  
*telewizor* → [beńev'i-zol]  
 → [v'izol]  
 → [f'izol]

Czasowniki:

- śpi* → [sp'i]  
 → [ćp'i]  
 → [pśi]  
 → [p'i]  
*placze* → [puace]  
 → [paće]  
 → [pa-te]  
 → [taće]  
*sprząta* → [spšonta]  
 → [spsonta]  
 → [psonta]  
 → [šonta]  
 → [ponta]  
 → [ńeći ponta]  
 → [bota]

Przymiotniki:

- niebieski* → [śeśeśk'i]  
 → [ebesk'i]  
*niski* → [ńisk'i]  
 → [ńisty]  
 → [ńik'i]  
*wysoki* → [vysok'i]  
 → [bysok'i]  
*czyste* → [tyste]  
*brudne* → [buudne]

<sup>3</sup> Podaję przykłady wypowiedzi różnych dzieci.

*krótka* → [krotka]  
*długa* → [duka]  
*cienka* → [tenka]  
*gruba* → [g(k)<sup>4</sup>rubka]

Jak się wydaje, główną przyczyną ograniczenia swobody w aktualizowaniu, stosowaniu i realizowaniu wywoływanych w próbie wyrazów było niedostateczne utrwalenie i zautomatyzowanie struktur dźwiękowych. U dzieci bez dysfunkcji żadne zniekształcenia dźwięków nie ograniczały prawidłowego funkcjonowania wyrazów. Na podstawie uzyskanych wyników można dokonać próby określenia różnicy sum leksykalnej sprawności pomiędzy dziećmi z obu grup i obliczenia tylko orientacyjnej wielkości wyniku w tych warunkach systemowego niedostatku:

- w zakresie rzeczowników:  
 badanych dzieci bez zaburzeń rozwoju mowy: 98,42%  
 i badanych dzieci z dysfunkcjami: 85,63%,  
 to znaczy:  $98,42\% - 85,63\% = 12,79\%$
- w zakresie czasowników:  
 badanych dzieci bez zaburzeń rozwoju mowy: 98,65%  
 i badanych dzieci z dysfunkcjami: 74,94%,  
 to znaczy:  $98,65\% - 74,94\% = 23,71\%$
- w zakresie przymiotników:  
 badanych dzieci bez zaburzeń rozwoju mowy: 96,86%  
 i badanych dzieci z dysfunkcjami: 75,09%,  
 to znaczy:  $96,86\% - 75,09\% = 21,77\%$

Otrzymane wyniki wskazują na największe ograniczenia w posługiwaniu się czasownikami i przymiotnikami. Nasuwa się zatem wniosek, że na wyniki te – oprócz dysfunkcji – może mieć również wpływ sam rodzaj pojęć reprezentowanych przez nazwy wchodzące w zakres tych kategorii gramatycznych. Wydaje się, że decydować mogła o tym również większa abstrakcyjność sprawdzanych w badaniu czasowników i przymiotników w stosunku do nazw wyrażonych rzeczownikami, odwołujących się do konkretnych desygnatów. Nie bez znaczenia może być również to, że najbliższe środowisko dziecka, ze względu na trudność w porozumiewaniu się z nim, formułuje najczęściej bardzo proste wypowiedzi.

Kolejnym wskaźnikiem opisującym funkcjonowanie słownika u dzieci z dysfunkcjami mózgowymi, jest liczba reakcji nieprawidłowych „-”. U dzieci bez zaburzeń ogólna ich liczba wynosiła – 1,75%, a w grupie dzieci z dysfunk-

<sup>4</sup> Osłabienie dźwięczności.

cjami – 15,93%. Zatem u dzieci z zaburzeniami odnotowano ich zdecydowanie więcej.

**Tabela 3. Liczbowe przedstawienie reakcji nieprawidłowych**

Reakcje nieprawidłowe	Dzieci z prawidłowym rozwojem mowy	Dzieci z dysfunkcjami mózgowymi
Rzeczowniki	–	2,15%
Czasowniki	0,61%	10,09%
Przymiotniki	1,14%	3,69%
Razem	1,75%	15,93%

Różnica między tymi sumami wymówień „-” tj.  $15,93\% - 1,75\% = 14,18\%$ , obrazuje ograniczenie liczby wywoływanych wyrazów właściwych w grupie dzieci bez zaburzeń mowy i w grupie dzieci z dysfunkcjami OUN. Jest to więc drugi – po sumach reakcji „+” – wskaźnik wpływu, jaki dysfunkcje mózgowe, wywierają poprzez destabilizację struktur dźwiękowych, na funkcjonowanie zasobu leksykalnego.

We wszystkich sprawdzanych kategoriach zarejestrowano następujące nieprawidłowe odpowiedzi:

1. persewercje – 1,60% – ogółem wszystkich reakcji, czyli inercyjne powtórzenie wyrazu bezpośrednio:
- a) po wcześniej wywołanym rzeczowniku, czasowniku lub przymiotniku stanowiącym przy tym niekiedy nazwę bliską znaczeniowo lub/i bliską budową sylabiczną do wyrazu wywoływanego, np.

Rzeczowniki:

*karuzela* → [kośk'i] (po rzeczowniku *klocki*)

*gruszka* → [iapko] (po rzeczowniku *jabłko*)

Czasowniki:

*karmi* → [važi] (po: *waży*)

*skacze* → [śada] (po czterech nazwach czynności, wśród których był czasownik: *siedzi*)

*oblewa* → [podleva] (po: *podlewa kwiaty*)

*zbiera (jagody)* → [tapk'i] (po: *zrywa kwiaty*)

Przymiotnik:

*długa* → [klutka] (po: *kredka krótka*)

- b) po osobie badającej użycie czasownika, będącego fragmentem pytania stawianego w tej próbie: „co robi...?”, np.

*leci* → [lob'i]

*czesze* (dziecko) → [žecaka uob'i]

*raǒbie* → [ževo lob'i tu]

→ [l'iop'i]

2. parafazje wyrazowe – tylko 1,37% wszystkich reakcji, tj.

*miš* → 1. [p'išek], 2. [l'isek]

*trǒbka* → [l'is]

*stól* → 1. [toš], 2. [tuu], 3. [duu]

*kredki* → [desk'i]

*brudne* → [nud-ne]

*cienka* → [ceńška]

*ciężka* → [ćenka] (lub persewercja po: *książka gruba – cienka*).

Nieprawidłowe reakcje tylko w zestawieniu czasowników:

3. opuszczenie zaimka zwrotnego – 3,85%, np.

*myje się* → [myie]

→ [m'iiie]

*bawi się* → [bav'i]

→ [ba-v'i]

→ [ba-ii]

*wyciera się* → [vyćerra]

*czesze się* → [ućeie] (*uczesze?*)

→ [ćeše]

*śmieje się* → [m'ieie]

*maluje się* → [maluie]

→ [maiuiie]

*waży się* → [vaży]

→ [vazy ile]

→ [faži]

4. reakcja odwrotna, tzn. nieadekwatne do przedstawionej na obrazku sytuacji zastosowanie zaimka zwrotnego, np.

*czesze* → [češe še]

5. wymówienia bez prefiksu – 1,86%, np.

*wylewa* → [leva vode] (wymówienie bez prefiksu, możliwa interpretacja: odpowiednik – *leje* z powodów formalnych, ale bez uzasadnienia znaczeniowego)

*podlewa* → [leva]

*oblewa* → [leva secynke vodom]

*zbiera* (jagody) → [b' i ela]

→ [b' i eia]

→ [beia]

*zrywa* (kwiaty) → [lyfa]

*rozbija* (jajko) → [b'ia iaiko]  
→ [byie iaika]

Nieprawidłowe reakcje tylko w kategorii przymiotników:

6. błędna interpretacja cechy danego desygnatu – w liczbie 1,23%, np.

*pomarańczowy* → [bońżovy]

*książka: cienka* → [duża]

*paczka: lekka* → [duża]

*ciężka* → [maua]

7. wymówienia niedające się utożsamić z brzmieniem wyrazów oczekiwanych – 6,02%, np.

Rzeczowniki:

*lampa* → [xuxa]

*syn* → [k'itko]

*radio* → [kalanka]

*szynka* → [ciża]

*fotel* → [vat'ia]

Czasowniki:

*maluje się* → [ioxocany]

→ [x'itolka buże]

*waży się* → [bevy]

*pisze* → [kuće]

*jedzie* → [fe – źi]

*czyta* → [pe]

*nalewa* → [e]

Przymiotniki:

*cienka* → [tele]

*ciężka* → [śiska]

*duży* → [iu]

*okrągły* → [ooo]

Nieznaczną liczbę reakcji nieprawidłowych zanotowano w grupie dzieci bez zaburzeń mowy. Odmienny jednak był mechanizm tych nieprawidłowości w porównaniu z popełnionymi błędami przez dzieci z grupy z zaburzeniami w rozwoju mowy. Były one raczej wynikiem dekoncentracji. Często dzieci potrafiły samodzielnie je spostrzec i poprawić, bez jakiegokolwiek ingerencji osoby badającej.

#### 4. Sposoby kompensowania trudności

Analiza wypowiedzi dzieci z grupy z zaburzeniami mowy ukazała, że występujące u nich utrudnienia w aktualizacji i realizacji sprawdzanych w badaniu rzeczowników, czasowników i przymiotników wywołują niekiedy pewnego rodzaju strategie kompensacyjne. Są to mechanizmy wewnątrzjęzykowe, wewnątrzsystemowe, stosowane przez dziecko nieświadomie.

Nieznaczną liczbę takich reakcji zarejestrowano także u dzieci bez zaburzeń mowy. Lecz w tej grupie dzieci mechanizm powstania takich wypowiedzi był odwrotny, tzn. niczym nieograniczona swoboda użycia – innego niż wywoływany, ale adekwatnego w danej sytuacji – wyrazu, zrealizowanego bez żadnych zniekształceń.

Tabela 4. Liczbowe przedstawienie reakcji

Reakcje	Dzieci z prawidłowym rozwojem mowy	Dzieci z dysfunkcjami mózgowymi
Rzeczowniki	1,58%	4,41%
Czasowniki	0,74%	6,88%
Przymiotniki	–	7,38%
Razem	2,32%	18,67%

Wśród reakcji można wyróżnić:

1. odmienną, ale uzasadnioną interpretację całego obrazka, wynikającą z doświadczenia dziecka, która umożliwia wymówienie innego właściwego wyrazu.

Przykłady wypowiedzi:

Rzeczowniki:

- syn* → [xuopcyk]  
 → [xopćik]  
 → [xopak]  
 → [żećak]
- szynka* → [vevl'ina]  
*lalka* → [detynka]  
*klej* → [pasta]  
*pies* → [ofcarek]  
*chleb* → [buka]  
 → [kanafka]  
 → [tanapk'i]
- mleko* → [fota]  
*obraz* → [deńće]



## Czasowniki:

<i>biegnie</i>	→ [b' i ega]
	→ [b'(p') i ega]
	→ [bega]
<i>jedzie</i>	→ [ieźzi]
<i>siedzi</i>	→ [śada]
<i>wycina (nożyczkami)</i>	→ [tńe]
<i>leci</i>	→ [la-ta]
	→ [iata]
<i>karmi</i>	→ [syp'ie] ( <i>ziarno</i> )
	→ [syp' i e]
<i>zrywa</i>	→ [zb'iera]
	→ [zb' i ela]
	→ [b' i ela]
	→ [beia]
<i>zbiera (jagody)</i>	→ [b' i eze]
<i>waży</i>	→ [m'iezy]
<i>waży się</i>	→ [m' i ezy sob'ie]
<i>śpiewa</i>	→ [muv'i]
<i>lepi</i>	→ [psykleia]
<i>rysuje</i>	→ [maluie]
<i>waży (w sklepie)</i>	→ [psedaie]
<i>stawia</i>	→ [kuaże na puuce]
	→ [każe]
	→ [daie]
	→ [tutai da] + G
	→ [stooi vazon]
<i>niesie</i>	→ [źv'iga]
<i>rąbie (drzewo)</i>	→ [scyna]
	→ [val'i]
<i>zbiera (jagody)</i>	→ [tu patśi] (patrzy dziewczynka, która zbiera jagody?)
<i>otwiera (okno)</i>	→ [otfozy]

## Przymiotniki:

<i>kredka: krótka</i>	→ [maua]
<i>          długa</i>	→ [duża]
	→ [du-duża i šeroka]
<i>chłopiec: niski</i>	→ [mauy] }
<i>          wysoki</i>	→ [duży] }
<i>fioletowy</i>	→ [l'ilovy]

2. kilkuwyrazowy opis obrazka (występuje tylko w zestawieniu sprawdzanych czasowników), w którym zjawia się inny niż spodziewany, ale również właściwy – czasownik

<i>lepi</i>	→ [ia skuadam i plastel'ina ia vuożyš i m'íso] → [lob'i patel'ina] (robi z plasteliny?)
<i>waży</i>	→ [kup'ić mleko iapko]
<i>karmi</i>	→ [tasek žucaiem žuca ieść] → [daie pakom ieść]
<i>rozbija</i>	→ [ia xcę ieść śńadańe iaika kanafke]
<i>myje się</i>	→ [umyi buże] → [umyi buše] → [m'ie buie]
<i>wyciera się</i>	→ [ia umyć rončk'i bo so bludne]
<i>maluje się</i>	→ [narysuie se na bužo]
<i>bawi się</i>	→ [m'ise lalk'i klock'i p'iuika ne xce pobav'ić lalkam'i ona]
<i>biegnie</i>	→ [šipko iže]
<i>niesie</i>	→ [iže ma tu kočk'i]
<i>gotuje</i>	→ [pañi lob'i župe]
<i>nalewa</i>	→ [p'ić lob'i]
<i>kroi</i>	→ [tanapk'i, lob'i namapk'i] (możliwa interpretacja: <i>robi kanapki</i> )
<i>nalewa</i>	→ [napate lob'i] (możliwa interpretacja: <i>robi herbatę</i> )
<i>maluje się</i>	→ [m'ie usta]
<i>prasuje</i>	→ [dotuie ubańa] ( <i>przygotuje ubrania?</i> )
<i>ściele</i>	→ [psygotuie tsy podusk'i]
<i>řąbie</i> (drzewo)	→ [rozb'ia áax]

3. wyrazy wyrażające niezupełnie ścisłą interpretację przedstawionego na obrazku desygnatu czy też przedstawionej czynności (w zestawieniu sprawdzanych rzeczowników i czasowników), pochodzące z bliskiego kręgu znaczeniowego wywoływanego wyrazu. Przykłady wypowiedzi:

Rzeczowniki:

*orzechy* → [kastany]

→ [šiska]

*gęś* → [ka š čka]

Czasowniki:

*rysuje* → [p'ise popaka] (*chłopaka?*)

*jedzie* → [iže na deskololce]

*pierze* → [m'ie ubańa]

→ [m'ie] (na obrazku przedstawiono panią piorącą w misce. Być może miska kojarzy się tym dzieciom z sytuacją mycia)

*pływa* → [m'iiē]  
*prasuje* → [š'iiē]  
*czyści (buty)* → [myie buty]

4. wymówienia stanowiące minimalne fragmenty wyrazów, które powinny być wypowiedziane

a) taka sama liczba sylab, zniekształcenia i redukcje dźwięków

Rzeczowniki:

*pies* → [pe]  
*słoń* → [šo]  
*lew* → [ie]  
→ [feś]

Czasowniki:

*placze* → [pa-te]  
→ [baie]

Przymiotniki:

*duży* → [iušy]  
*brudne* → [bug'e]  
*lekka* → [deka]

b) taka sama liczba sylab i taki sam układ samogłosek w wyrazie

*łóżko* → [uxo]  
*spodnie* → [pofē]  
*skakanka* → [ka-ia-d'ia]

c) podobieństwo – do wyrazu wywoływanego – tylko jakiegoś fragmentu

Rzeczowniki:

*krokodyl* → [kodyk]

Czasowniki:

*śmieje się* → [m' i eše]  
→ [m' iše]

*pije* → [p'i]

Przymiotniki:

*brązowy* → [vo-žoty]  
*fioletowy* → [io-fo-vy]  
→ [fovy]  
*kwadratowy* → [vatonty]  
→ [k'aćok'i]  
*wysoki* → [soty]  
→ [kek'i]  
*okrągły* → [uy]

Nie zawsze przedstawione przykłady można ocenić jednoznacznie. Zachowania te jednak można traktować jako przejaw aktywnego przeciwstawiania się trudnościom. Z jednej strony widać w nich przede wszystkim znaczne zniekształcenie struktury wyrazowej. Ale jednocześnie ukazują – w momencie jej rozchwiania – usiłowanie jej stworzenia, ukształtowania mimo nietrwałości jej elementów wymawianiowo-brzmieniowych.

To działanie odzwierciedla się w kształtowaniu „szkieletu” wyrazu, jego struktury sylabicznej, niekiedy z prawidłowo odtworzonym układem samogłosek, który dla ułatwienia realizacji bywa „zaakcentowany” przez dziecko podziałem na sylaby i wyskandowany. Również wymówienia stanowiące elementy opisu sytuacji przedstawionej na obrazku można zinterpretować jako sposób kompensowania trudności w aktualizacji i realizacji określonego wyrazu. I one mobilizują językową aktywność systemową, już nawet składniową. Wydaje się bowiem, że niekiedy te wypowiedzi są fragmentem dłuższej wypowiedzi – pełnią funkcję zdania.

Przykłady wymowień stanowiących elementy opisu sytuacji przedstawionej na obrazku:

Rzeczowniki:

*klocki* → [samek]

*obraz* → [tu momek, tu nonko] (*tu domek, tu słonko?*)

→ [tomek] (*domek?*)

*dżem* → [tuuskafk'i] (*na słoiku narysowane są truskawki*)

*krzesło* → [śadamy]

*skakanka* → [skakańe]

Czasowniki:

*zrywa* (*kwiaty*) → [ćf' i aty]

*kładzie* → [tutai sonsk'e]

*czesze się* → [vośi]

*wylewa* → [vode]

*waży się* → [vaga xuopčyk čtelžeści]

*czyści* (*buty*) → [buty čotke]

*rysuje* → [tomek, xokapa] (*domek, chłopaka?*)

*stawia* (*wazon*) → [sanom] (*wazon?*)

*przelewa* → [telka tu ies] (*butelka?*)

*nalewa* → [iebata]

Przymiotniki:

*stół: okrągły* → [kuueko]

→ [kouko]

→ [tuu] (*stół?*)

*kwadratowy* → [tuu]

## 5. Zachowania zastępcze

Do strategii kompensujących brak swobody w dowolnych realizacjach dźwiękowych sekwencji wyrazowych, rejestrowanych u dzieci z dysfunkcjami, można zaliczyć również zachowania zastępcze (tylko zestawienia rzeczowników i czasowników). Są to reakcje: gestowe, mimiczne, dźwiękonaśladowcze, które niekiedy towarzyszą wymówieniom. Jak się wydaje, wystąpienie tych zachowań dowodzi rozumienia wyrazów, które dziecko ma nazwać, ale brakuje mu w danym momencie „tworzywa” dźwięków, z którego mogłoby zbudować wywoływany wyraz. Zachowania te osiągnęły nieznaczną ogólną sumę – 4,33% i pojawiły się tylko w kategorii rzeczownika i czasownika.

Nie odnotowano takich zachowań w grupie dzieci bez zaburzeń, gdyż nie występowały u nich żadne ograniczenia w zakresie aktualizacji i realizacji określonych wyrazów.

Tabela 5. Liczbowe przedstawienie reakcji

Reakcje	Dzieci z prawidłowym rozwojem mowy	Dzieci z dysfunkcjami mózgowymi
Rzeczowniki	–	1,02%
Czasowniki	–	3,31%
Przymiotniki	–	–
Razem	–	4,33%

Przykłady reakcji:

1. Wymówienie „tak robi” – lub też inne wymówienia – poparte reakcją gestową ilustrującą (G), pełniącą rolę kompensacyjną wobec trudności aktualizacji i realizacji wyrazu oznaczającego konkretną czynność:

*wycina* → [tak uob’i]

*maluje się* → [tak uob’i]

*waży się* → [tu ieść]

*patrzy* → [tak]

2. Gest ilustrujący (G) zamiast wyrazów:

Rzeczowniki:

*żaba* → podskoki

*orzechy* → wskazanie obrazka w odpowiedzi na pytanie „Co to jest?”

Czasowniki:

*maluje, kroi, kopie, rąbie, wyciera się*

3. Wymówienie dźwiękonaśladowcze (O):

Rzeczowniki:

*kogut* → [ko ko]

Czasowniki:

*śpi* → [xxr xr...] (udawanie chrapania)

*śpiewa* → [la, la...]

*wycina* → [ćapa, ćapa] (dźwięk cięcia nożyczkami)

4. Gest ilustrujący zamiast wyrazów i wymówienie dźwiękonaśladowcze (G, O):

Rzeczowniki:

*skakanka* → [ana] + podskoki

*krokodyl* → [kuku] + wskazanie zębów krokodyla. W ten sposób dziecko – być może – starało się przekazać swoją wiedzę o tym, że krokodyl jest niebezpieczny

*krowa* → [kora + mu]

*dżem* → [nem] + oblizywanie warg

*rękawiczki* → [ni ma] + pokazanie rąk. Wypowiedź tę można było zrozumieć jako stwierdzenie: *nie mam rękawiczek*

Czasowniki:

*stoi* → [kop kop]

*biegnie* → [kop kop] (tu perseweruje?)

*rozbija* → [mńam, mńam] (udawanie jedzenia jajka)

5. Reakcja mimiczna i wymówienie dźwiękonaśladowcze (M, O) – zamiast wyrazów:

*śmieje się* → [x'i x'i]

*placze* → [ue ue]

## 6. Brak reakcji

Jak się wydaje, w sytuacji, w której nie możliwe jest zaktualizowanie i zrealizowanie wywoływanego wyrazu, jak również zastosowanie strategii zastępczej, dzieci nie udzielają żadnej odpowiedzi lub też reagują odpowiedzią „nie wiem”.

Tabela 6. Wyniki liczbowe

Brak reakcji	Dzieci z prawidłowym rozwojem mowy	Dzieci z dysfunkcjami mózgowymi
Rzeczowniki	–	6,79%
Czasowniki	–	4,78%
Przymiotniki	–	13,84%
Razem	–	25,41%

Nie odnotowano takich zachowań w grupie dzieci bez zaburzeń, gdyż nie występowały u nich żadne nieprawidłowości rozwojowe, które mogłyby ograniczać funkcjonowanie słownika.

Zachowania tej kategorii – „brak reakcji lub nie wiem” – należy porównać z reakcjami rozumienia. Jeżeli współwystępują z błędnymi wskazaniami, to można sądzić, że dziecko nie zna sprawdzanych pojęć.

Przykłady zarejestrowanych reakcji:

Rzeczowniki:

*karuzela, koszula, rękawiczki, radio, trąbka, skakanka, zeszyt, lis, krokodyl, koszula, czapka*

Czasowniki:

*rysuje, pisze, stawia, gotuje, ściele, czyści, wyciera, wyciera się, waży się, wylewa, oblewa, przelewa*

Przymiotniki:

*biały, żółty, szary, czarny, niebieski, czerwony, różowy, brązowy, zielony, fioletowy, pomarańczowy; niski, wysoki; czyste, brudne; krótka; cienka, gruba; lekka, ciężka; kwadratowy*

Zanotowanym reakcjom towarzyszyły prawidłowe wskazania w odpowiedzi na pytanie sprawdzające rozumienie. Zatem można je zinterpretować jako ograniczenie tylko w zakresie aktualizacji i realizacji, przy ukształtowanym już rozumieniu.

Ilościowa i jakościowa analiza zebranego materiału pozwoliła na wyodrębnienie charakterystycznych zachowań językowych badanych dzieci. Pozwoliła na uchwycenie ograniczeń, do jakich prowadzą występujące u nich dysfunkcje OUN w zakresie tworzenia się i funkcjonowania słownika. Ze względu na niewielką liczbę zbadanych dzieci uzyskane wyniki należy traktować jako wstępne.

#### BIBLIOGRAFIA:

- Emiluta-Roza D., 2002, *Projekt „Badania Mowy” Ireny Styczek jako pierwowzór Logopedycznego postępowania diagnostycznego*, „Szkoła Specjalna”, nr 3.
- Jastrzębowska G., 2001, *Z metodologii opisu alalii*, [w:] Grabias S. (red.), *Zaburzenia mowy*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin.
- Kaczmarek B., 1986, *Z zagadnień kształtowania mowy u dzieci z dysfunkcjami ośrodkowego układu nerwowego*, „Zagadnienia Wychowawcze a Zdrowie Psychiczne”, nr 2-3, Polskie Towarzystwo Higieny Psychiczej, Warszawa.
- Kaczmarek B., 2001, *Mózg a mowa*, [w:] Grabias S. (red.), *Zaburzenia mowy*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin.
- Kielar-Turska M., 1989, *Mowa dziecka. Słowo i tekst*, Uniwersytet Jagielloński, Kraków.

- Kordyl Z., 1965, *Z badań nad objawami niedokształcenia mowy u dzieci*, „Psychologia Wychowawcza”, t. 8, nr 1.
- Kordyl Z., 1968, *Psychologiczne problemy afazji dziecięcej*, PWN, Warszawa.
- Kordyl Z., 1969, *Mowa dzieci afatycznych*, „Logopedia”, nr 8-9, Lublin.
- Kordyl Z., 1969a, *Rozwój pojęć dzieci afatycznych*, „Psychologia Wychowawcza”, t. 12, nr 1.
- Kowszykow W.A., 1985, *Ekspresywna alalija*, Instytut A.U. Gerzena, Leningrad.
- Kurowska M., Mierzejewska H., 2001, *Z badań nad zaburzeniami językowymi u dzieci z dysfunkcjami OUN*, [w:] Przesmycka-Kamińska J. (oprac.), *Trudności w werbalnym porozumiewaniu się z otoczeniem dzieci z różnymi dysfunkcjami OUN*, Wrocław.
- Łuria A., 1967, *Zaburzenia wyższych czynności korowych wskutek ogniskowych uszkodzeń mózgu*, PWN, Warszawa.
- Mierzejewska H., 1971, *Zaburzenia polskiego systemu fonetycznego w niektórych wypadkach afazji*, Zakład Narodowy im. Ossolińskich Wydawnictwo PAN, Wrocław – Warszawa – Kraków – Gdańsk.
- Mierzejewska H., 1977, *Afatyczna dezintegracja fonetycznej postaci wyrazów*, Zakład Narodowy im. Ossolińskich Wydawnictwo PAN, Wrocław – Warszawa – Kraków – Gdańsk.
- Mierzejewska H., Emiluta-Rozya D., 1998, *Propozycja modyfikacji projektu „Badania Mowy” Ireny Styczek*, „Logopedia”, nr 25, Lublin.
- Parol U.Z., 1988, *Diagnostyka logopedyczna w przypadkach alalii (niedokształcenia mowy o typie afazji)*, „Szkoła Specjalna”, nr 3.
- Parol U.Z., 1989, *Dziecko z niedokształceniem mowy*, WSiP, Warszawa.

### **The effects of brain dysfunctions on vocabulary development in children**

#### **Summary**

The article presents an analysis of a test which checked the comprehension and independent articulation of nouns, verbs and adjectives by children with brain dysfunctions. The interpretation of research findings reveals certain limitations in children's understanding of the tested word forms. On the other hand, in children's own utterances, they presented a varied degree of mastery. It seems that the study managed to capture certain linguistic behaviours which are characteristic of the entire group under study. Above all, those were: reactions which can be viewed as correct in terms of meaning but actualised with phonetic and phonological distortions, behaviours compensating difficulties in actualising and producing correct word forms, substitutive behaviours, wrong reactions as well as non-reactions.



MARTA ANNA JANECZEK  
(Uniwersytet Warszawski, Warszawa)

## STAN MOWY DZIECI

### PREZENTACJA LOGOPEDYCZNYCH BADAŃ PRZESIEWOWO-DIAGNOSTYCZNYCH

**ABSTRAKT:** Niniejszy artykuł zawiera zarys opracowania teoretycznego zagadnień składających się na materię badania mowy u dzieci, jak również analizę materiału zebranego podczas badań empirycznych. Celem badań było poznanie stanu mowy grupy 147 dzieci w wieku od 3 do 12 lat z Zespołu Szkół w Mielniku. Ocena mowy przeprowadzona przy użyciu specjalnie dobranych narzędzi badawczych – kart badania przesiewowo-diagnostycznego. W badaniu oceniano szeroko rozumianą sprawność językową, tj. kompetencję komunikacyjną i sprawność systemową badanych. Zwrócono szczególną uwagę na artykulację oraz funkcje słuchowe: słuch fonemowy, procesy analizy i syntezy słuchowej. Badaniem objęto także warunki anatomiczne i funkcje fizjologiczne w obrębie aparatu artykulacyjnego, w celu stworzenia zestawień korelacyjnych tych czynników z zaburzeniami artykulacji oraz dokonania przyczynowej diagnozy zaburzeń mowy.

**SŁOWA KLUCZOWE:** badanie mowy, diagnoza logopedyczna, zaburzenia mowy, funkcje słuchowe, narząd mowy, artykulacja, kompetencja językowa, kompetencja komunikacyjna

## 1. Wprowadzenie

Badania dotyczące akwizycji języka zajmują w literaturze językoznawczej i pedagogicznej wiele miejsca. W opracowaniach poświęconych tej problematyce przedstawiane są zarówno prawidłowości przyswajania przez dziecko mowy, jak i poszczególnych podsystemów języka. Niewiele jest natomiast aktualnych publikacji, obejmujących badania nad stanem mowy dzieci z perspektywy logopedycznej, zwłaszcza w grupach nieselekcjonowanych czy też z obszarów oddalonych od dużych ośrodków miejskich, gdzie opieka logopedyczna prowadzona jest w bardzo ograniczonym zakresie lub całkowicie jej brak. Zbadanie tego typu potrzeb jest istotne dlatego, że środowiska wiejskie nie są miejscami eksplorowanymi badawczo. Już T. Kania [2001] pisał, że zakres potrzeb opieki logopedycznej w środowisku wiejskim jest bardzo duży, a decyduje o tym kilka istotnych przyczyn, m.in. znacznie mniejsza sieć przedszkoli, które mają dodatni wpływ na rozwój językowy dziecka, mniejszy dostęp do opieki lekarskiej czy mniejsze

zróznicowanie mowy otoczenia [Kania 2001: 156]. Brak w literaturze publikacji zwartych (monograficznych) podejmujących tę problematykę.

Materiał badawczy, zaprezentowany w niniejszym artykule, został zebrany w ramach projektu naukowego na przełomie listopada i grudnia 2005 roku przez 9 członków Naukowego Koła Logopedycznego. Pomysłodawcą projektu i inicjatorem przeprowadzenia logopedycznych badań przesiewowo-diagnostycznych był opiekun naukowy Koła prof. Józef Porayski-Pomsta, który wspierał jego realizację swoim doświadczeniem i wiedzą metodologiczną dotyczącą prowadzenia tego typu badań. Dr Ewa Jeżewska-Krasnodębska monitorowała od strony merytorycznej prowadzenie prac badawczych. Marta Janeczek, jako przewodnicząca NKL, była koordynatorem projektu.

Postaram się przedstawić zakres przeprowadzonych logopedycznych badań przesiewowo-diagnostycznych i ich wyniki, na podstawie których została określona liczba dzieci klasyfikujących się do terapii logopedycznej. Ponadto podejmę próbę odnalezienia zależności i określenia korelacji między zdiagnozowanymi wadami wymowy a zaburzeniami występującymi w obrębie narządu mowy.

## 2. Opis badań

Badania przeprowadzono w przedszkolu i szkole podstawowej w Zespole Szkół w Mielniku w województwie podlaskim. Ścisłejsze ramy badanej populacji określone zostały przez dodatkowe wyznaczniki. Są to mianowicie dzieci:

- w wieku od 3 do 12 lat w normie intelektualnej,
- z regionu Podlasia, z województwa podlaskiego,
- pochodzące z rodzin wiejskich, wychowujące się w środowisku wiejskim,
- uczęszczające do szkoły na wsi,
- w określonych przedziałach wiekowych, zgodnych z podziałem na grupy przedszkolne i klasy w szkole podstawowej,
- które zasadniczo nie były poddawane diagnozie i terapii logopedycznej.

Próbkę badawczą w wypadku niniejszych badań stanowi grupa 147 dzieci, w tym:

- dzieci przedszkolne w wieku od 3 do 6 lat – 29 (trzy grupy przedszkolne),
- dzieci szkolne w wieku od 7 do 12 lat – 118 (klasy I-VI, w tym po dwie klasy II i V).

Zadaniem projektu było:

- wykazanie odsetka dzieci w wieku przedszkolnym, które powinny zostać objęte opieką logopedyczną w zakresie stymulacji rozwoju mowy lub korekcji zidentyfikowanych zaburzeń mowy;
- wyznaczenie zakresu opieki logopedycznej, jaką powinny być objęte dzieci w wieku szkolnym w celu korekcji zdiagnozowanych zaburzeń mowy.

Metodą badawczą zastosowaną do przeprowadzenia badań była metoda sondażu diagnostycznego<sup>1</sup>. Badania tego typu służą do uchwycenia tendencji w zakresie zmian interesujących badacza zjawisk. T. Pilch pisze: „chodzi o zjawiska rozproszone w społeczeństwie, natomiast nieposiadające instytucjonalnej lokalizacji” [1995: 51]. Badanie procesu mowy należy uznać za badanie istotne w sensie społecznym i w tym względzie odpowiada ono istocie badania metodą sondażu diagnostycznego.

Głównymi technikami, podporządkowanymi wyżej wybranej metodzie, które zostały wykorzystane w badaniach były: dialog<sup>2</sup> i obserwacja<sup>3</sup>.

Punktem odniesienia w realizacji badań był projekt form zaburzeń mowy H. Mierzejewskiej i D. Emiluty-Roży [1997]. Pojedyncze badanie logopedyczne miało określić u badanych dzieci warunki anatomiczno-funkcjonalne aparatu artykulacyjno-fonacyjno-oddechowego i ocenić stan ich mowy. Dlatego dokonując logopedycznych badań przesiewowo-diagnostycznych, starano się określić dysfunkcje towarzyszące zaburzeniom mowy lub wadom wymowy. Oceny mowy dokonywano przy użyciu specjalnie dobranych narzędzi badawczych<sup>4</sup>:

1. Kwestionariusza *Logopedyczne badanie przesiewowo-diagnostyczne*, opracowanego przez dr E. Jeżewską-Krasnodębską,
2. Karty badania logopedycznego, opracowanej przez członków Naukowego Koła Logopedycznego pod kierunkiem dr E. Jeżewskiej-Krasnodębskiej,
3. *Kwestionariusza badania mowy*<sup>5</sup> autorstwa G. Billewicz i B. Ziolo,

<sup>1</sup> „Metoda sondażu diagnostycznego jest sposobem gromadzenia wiedzy o atrybutach strukturalnych i funkcjonalnych oraz dynamice zjawisk społecznych, opiniach i poglądach wybranych zbiorowości, nasileniu się i kierunkach rozwoju określonych zjawisk i wszelkich innych zjawisk instytucjonalnie nie zlokalizowanych – posiadających znaczenie wychowawcze – w oparciu o specjalnie dobraną grupę reprezentującą populację generalną, w której badane zjawisko występuje” [Pilch 1995: 51].

<sup>2</sup> Technikę dialogową za T. Pilchem [1995: 133] określa się jako czynność badawczą dokonującą się poprzez kontakt werbalny z badanym, która umożliwia zarówno nawiązanie relacji badający – badany, jak i pozwala na wydobycie materiału – mowy do analizy diagnostycznej.

<sup>3</sup> „Czynność badawcza polegająca na gromadzeniu danych drogą postrzeżeń” [Pilch 1995: 77].

<sup>4</sup> Zgodnie z zaleceniami teoretycznymi narzędzia do diagnozowania powinny być wystandaryzowane. W wypadku niniejszych badań okazało się jednakże niemożliwe przyjęcie któregośkolwiek z dostępnych narzędzi standaryzowanych. Do dyspozycji jest wprawdzie kilka narzędzi standaryzowanych, które jednak nie spełniają podstawowych kryteriów do przeprowadzenia diagnozy w tak licznej i zróżnicowanej wiekowo grupie. Narzędzie powinno bowiem spełniać dwie funkcje: diagnostyczną – wobec pacjenta i jego specyficznych potrzeb, i weryfikacyjną – wobec zebranych przez badacza danych diagnostycznych. Narzędzie powinno mieć jasno wyznaczone kryteria interpretacji zebranych danych i być dostosowane do takich zmiennych, jak np. wiek badanych. Istnieje dość szeroki wachlarz narzędzi niestandaryzowanych, odpowiadających rzeczywistym potrzebom badawczym, brak jednak jednogłośnie przyjętego przez środowisko logopedyczne narzędzia standaryzowanego. W tej sytuacji dla opisywanych badań zostały przyjęte narzędzia, które mimo że nie zostały wystandaryzowane, to są spójne wewnętrznie.

<sup>5</sup> G. Billewicz, B. Ziolo, *Kwestionariusz badania mowy*, Kraków 2004.

4. Obrazków sytuacyjnych z zestawu *Od obrazka do słowa*<sup>6</sup> H. Rodak i D. Nawrockiej,
5. Obrazków do sprawdzania słuchu fonemowego – samodzielne wykonanie na użytek badań.

Zespół badawczy składał się z dziewięciu osób pogrupowanych w czterech zespołach dwu-, trzyosobowych, które zostały przygotowane co do zakresu badań i procedury badawczej. Prace diagnostyczne odbywały się równolegle w zespołach. Trzy grupy pracowały z dziećmi w wieku szkolnym, a jeden, każdego dnia inny, z dziećmi przedszkolnymi. Badania prowadzono od godziny 9.00 do około 14.30. Całość badań poprzedzono zapoznaniem zespołu badawczego ze strukturą i funkcjonowaniem Zespołu Szkół w Mielniku. Była to jednocześnie okazja, aby uczniowie mogli poznać członków zespołu badawczego i dowiedzieć się ogólnie o przedmiocie badań. Zabieg ten został podjęty celowo, aby rozwiać obawy dotyczące badań i stworzyć pozytywne nastawienie wśród dzieci. Pojedyncze badanie trwało 20-25 minut.

Zasadniczą część badań poszczególnych dzieci była poprzedzona swobodną rozmową, w czasie której wykorzystywano niekiedy gry planszowe. W czasie tej rozmowy obserwowano i oceniano, czy występują u badanego dziecka jakiegokolwiek zaburzenia. W części zasadniczej sprawdzano kolejne punkty ujęte w karcie badania, istotne dla kompletności diagnozy.

### **3. Zakres badań i charakterystyka kategorii poddanych badaniom**

#### **3.1. Budowa aparatu artykulacyjnego**

W badaniach ocenie poddano poszczególne części aparatu artykulacyjnego: język, wargi, podniebienie twarde i miękkie, zęby i zgryz.

W budowie języka oceniano jego wielkość, obecność rowka językowego, powierzchnię języka, obecność *apexu* i długość wędzidełka podjęzykowego. Jeśli chodzi o wielkość języka, to brano pod uwagę zarówno proporcjonalność w stosunku do wielkości jamy ustnej, jak jego długość i grubość. Język zbyt gruby albo zbyt długi, niemieszczący się w jamie ustnej może bowiem wpływać zarówno na warunki twarzowo-zgryzowe; gdy wysuwa się poza granicę łuków zębowych lub czerwień warg, może być przyczyną – na skutek ograniczenia ruchów artykulacyjnych w obrębie jamy ustnej – wad wymowy.

W ocenie powierzchni masy języka zwracano uwagę na jej ciągłość, regularność i symetrię. Dla artykulacji jest istotne, czy na powierzchni języka nie występują zbliźnowacenia, mogące ograniczać ruchomość języka lub jego

---

<sup>6</sup> H. Rodak, D. Nawrocka, *Od obrazka do słowa*, Warszawa 2002.

elastyczność przy wykonywaniu precyzyjnych ruchów artykulacyjnych. Symetria masy języka oceniana była zarówno pod kątem uszkodzeń mechanicznych, jak i porażen języka; niezachowana symetria języka może wpływać na nieprawidłowe układanie się masy języka podczas ruchów artykulacyjnych i przez to prowadzić do defektów wymowy. Równie ważna w budowie tej części aparatu artykulacyjnego jest obecność rowka językowego, który wyznacza linię środkową wzdłuż masy języka, którą kierowany jest prąd powietrza wydechowego podczas realizacji głosek. Język niesprężysty lub bez wyraźnej linii środkowej jest charakterystyczny m.in. dla osób z nieprawidłowym bocznym sposobem realizacji głosek. Strumień powietrza w tym wypadku nie jest ograniczany przez brzożę języka i nie jest kierowany na wprost, ale w prawą lub lewą stronę; takiej realizacji mogą sprzyjać wady w budowie uzębienia.

W ocenie budowy języka ważnym elementem było sprawdzenie obecności *apexu* oraz długości i elastyczności wędzidełka podjęzykowego. Ponieważ język powinien mieć swobodę w wykonywaniu ruchów artykulacyjnych, sprawdzano, czy nie jest on przyrośnięty do dna jamy ustnej przez zbyt krótkie wędzidełko podjęzykowe. W takim wypadku wędzidełko podjęzykowe niejako skraca język oraz deformuje *apex*, nadając mu kształt serca. Jednocześnie zniekształcony koniuszek języka nie jest w stanie osiągnąć precyzyjnej pozycji w realizacji głosek: przedniojęzykowo-zębowych, wymagających aktywnego działania całego *praedorsum*, a zwłaszcza przedniojęzykowo-dziąsłowych, wymagających aktywnego działania *apexu* oraz pionizacji języka

Kolejna część oceny budowy aparatu artykulacyjnego obejmowała sprawdzenie budowy warg; oceniano ich symetrię, ciągłość i wielkość. W ocenie ciągłości warg brano pod uwagę, podobnie jak w przypadku języka, czy nie ma na nich blizn lub zrostów lub czy warga nie posiada uszkodzeń mechanicznych. Ocenie poddano również wielkość warg, która może mieć znaczenie przy realizacji głosek wargowych i wargowo-zębowych. Zbyt małe wargi (mikrostomia) mogą być czynnikiem ograniczającym ruchliwość żuchwy, co z kolei może wpływać na prawidłową emisję głosu i artykulację (niedostatecznie rozległy tor przepływu powietrza wydechowego może zaciemniać barwę głosek).

W budowie aparatu artykulacyjnego oceniano podniebienie twarde: jego wysklepienie, symetrię, powierzchnię, długość i proporcjonalność. Właściwe wysklepienie podniebienia twardego jest istotne dla mowy. Podniebienie nie powinno być ani zbyt płaskie, gdyż ogranicza ruchy pionowe języka, ani zbyt wysklepione, wysokie i wąskie (tzw. podniebienie gotyckie), ponieważ nie zapewnia właściwych warunków dla: a) rezonującego głosu, który nie jest odpowiednio wyprowadzany z jamy ustnej, b) realizacji głosek środkowojęzykowo-palatalnych, gdyż masa języka w części środkowej nie jest w stanie w odpowiedni sposób przyłączyć do zbyt wysoko wysklepionego podniebienia.

W ocenie powierzchni podniebienia sprawdzana była ciągłość podniebienia, czy nie występują na nim rozszczepy, również te podśluzówkowe. Ważnym sygnałem do precyzyjnego sprawdzenia szczelności podniebienia było występowanie nosowania, które może być uwarunkowane nie tylko czynnościowo, ale również anatomicznie – jako skutek rozszczepu podniebienia lub przetoki w podniebieniu. Przepływające przez szparę w podniebieniu powietrze uruchamia wówczas rezonator nosowy, nadając głosowi specyficzne brzmienie.

W ocenie podniebienia miękkiego sprawdzano, czy: 1) jest ono wykształcone symetrycznie, 2) nie jest rozszczepione, 3) nie ma porażenia języczka podniebienia miękkiego, co wpływa na odpowiednią ruchomość podniebienia miękkiego. Istotne jest, aby podniebienie twarde było szczelne, a podniebienie miękkie ruchome, aby oddzielać jamę nosową od ustnej w trakcie przepływu powietrza przy realizacji głosek ustnych. Podniebienie twarde oraz miękkie powinny przy tym zachowywać symetrię wzdłuż linii środkowej z zachowaniem proporcji budowy, 2/3 długości podniebienia powinno stanowić podniebienie twarde, 1/3 podniebienie miękkie. W wypadku wysłuchiwania nosowania oceniano drożność jamy nosowej pod kątem występowania infekcji kataralnych lub skrzywienia przegrody nosowej. Nie podejmowano się oceny obecności przewężeń lub przerostu śluzówki nosa czy też występowania polipów w nosogardzieli z racji tego, iż są to patologiczne zmiany możliwe do zdiagnozowania w badaniu laryngologicznym, nie zaś logopedycznym. Zwracano uwagę na przerost migdałków podniebiennych, który może ograniczać drożność gardła i prowadzić do wtłaczania powietrza do jamy nosowej zamiast wyłącznie do jamy ustnej.

W niniejszych badaniach uwzględniano zniekształcenia zgryzu: zgryz otwarty przedni lub boczny, przodozgrzyz, tyłozgrzyz oraz anomalie zębowe: trwałe – diastema, protruzja, retruzja; anomalie zębowe przejściowe – braki w uzębieniu w trakcie wymiany zębów lub w wyniku urazu.

### **3.2. Sprawność artykulacyjna języka i warg**

W trakcie badań dokonano obiektywnej oceny sprawności języka w stosownie dobranych próbach diagnostycznych: wysuwanie i chowanie języka, opuszczanie języka na brodę i unoszenie go w kierunku nosa, kierowanie języka w kierunku kącików ust, uniesienie języka w kierunku podniebienia twardego i przesunięcie go w kierunku podniebienia miękkiego, szerokie i wąskie ułożenie języka, podnoszenie brzegów języka, uniesienie brzegów języka i uformowanie go w kształt łyżeczki, oblizanie warg przy otwartych ustach [Jastrzębowska, Pelc-Pękała 2003: 314].

Sprawność warg badano następującymi próbami: mocne zaciśnięcie warg, zakrywanie wargi górnej dolną i odwrotnie, ściąganie warg w ryjek i rozciąganie ich w uśmiechu, przemieszczenie powietrza w obrębie jamy ustnej przy zamkniętych ustach, gwizdanie, wibrowanie warg, parskanie, cmokanie [Jastrzębowska, Pelc-Pękała 2003: 315].

W przeprowadzonych badaniach ruchomość żuchwy oraz podniebienia miękkiego nie stanowiły odrębnych kategorii podczas badania sprawności artykulacyjnej, niemniej jednak zwracano na nie uwagę. Czynność i prawidłowa ruchliwość żuchwy może zostać zaburzona w wyniku nadmiernego napięcia mięśniowego, powodującego szczękoscisk. Następuje to na poziomie neuronalnym czucia mięśniowego. Przypadki takie spotyka się stosunkowo rzadko i w opisywanych badaniach ich nie odnotowano. Co do sprawności pracy podniebienia miękkiego, to jest ona z pewnością obniżona w przypadku nosowania czynnościowego i takie uwagi poczyniono, zamieszczając odpowiednie adnotacje w przypadkach nosowej realizacji głosek ustnych.

Badając sprawność artykulacyjną, zwracano baczną uwagę na kinestezję artykulacyjną. I. Styczek podaje, że „jest to czucie ułożenia narządów mowy właściwe poszczególnym głoskom” [1982: 20]. Cechami diagnostycznymi dla prawidłowo rozwiniętej kinestezji artykulacyjnej jest szybkość wykonywanego ruchu, jego celowość oraz umiejętność utrzymania danej pozycji artykulacyjnej przez dłuższą chwilę. Cechy te stoją w opozycji do chwilowości, chwiejności i braku precyzji układu artykulacyjnego.

### **3.3. Funkcje fizjologiczne w obrębie aparatu artykulacyjnego**

Zarówno budowa aparatu mowy, jak i ukształtowanie funkcji fizjologicznych w jego obrębie wpływają na mowę. Problem kształtowania się artykulacji jako najwyższej funkcji rozwijającej się na podłożu dwóch podstaw: oddychania i połykania, analizowali m.in. B. Roślowski [1981], E. Stecko [1991], E.M. Skorek, M. Rządźka [2011]; zarówno w mowie, jak i w realizacji wymienionych funkcji fizjologicznych biorą udział te same części narządu mowy. Prawidłowo ukształtowane funkcje odgryzania i żucia wpływają dodatnio na kształtowanie się artykulacji, dzięki odpowiedniemu rozbudowywaniu się szkieletu mięśniowego twarzoczaszki, głównie mięśnia okrężnego warg i mięśni języka. Prawidłowe fizjologiczne ułożenie języka w czasie spoczynku jest położeniem na podniebieniu, z czubkiem dotykającym wewnętrznej strony górnych siekaczy, przy zamkniętej szparze ust. Właściwym sposobem oddychania wówczas jest oddychanie torem nosowym. Sytuacjami, w których może zostać włączony dodatkowo ustny tor oddychania, są mówienie, śpiew lub duży wysiłek fizyczny. Odgryzanie pokarmu siekaczami i żucie okrężnymi ruchami, aktywującymi na zmianę prawą i lewą

stronę narządu żucia<sup>7</sup> przy zamkniętej szparze ust jest prawidłową realizacją tych funkcji. Połykanie powinno następować z zamkniętą szparą ust i odpowiednim napięciem mięśni żwaczy. Masa języka w czasie połykania powinna dociskać się do podniebienia. Błędne nawyki, wypływające z nieprawidłowych funkcji fizjologicznych, znajdują odzwierciedlenie w artykulacji. Pozycja języka pozostaje bowiem dokładnie taka sama – międzyzębowa, np. przy dysfunkcji oddychania; boczna, mająca swoje źródło w złym, bocznym nawyku odgryzania.

### 3.4. Słuch fizjologiczny

Badanie słuchu za pomocą audiometrów pozwala określić stopień słyszalności, to znaczy wrażliwości na wysokość tonu i jego natężenie. Logopedyczne badanie orientacyjne słuchu przeprowadza się zaś na podstawie badania możliwości rozumienia mowy lub szeptu [Styczek 1979: 151]. Badanie polega na powtarzaniu przez badanego słów, sekwencji lub zdań wypowiedzianych przez logopedę. Zaleca się, aby badania dokonywać w pomieszczeniu bezgłośnym, badać prawe i lewe ucho oddzielnie, uniemożliwiając przy tym odczytywanie mowy z ust. Do badania wykorzystywane są listy wyrazów zróżnicowanych pod względem akustycznym, zawierające głoski o wysokich i niskich formantach akustycznych. Badanie przeprowadza się, wypowiadając wyrazy za pomocą szeptu, szept bowiem ma większą stałość natężenia niż mowa głośna, co sprawia, że istnieje realna możliwość zbadania każdego ucha oddzielnie, natomiast w badaniu słyszalności mowy głośnej nie ma możliwości wyizolowania jednego ucha. Słuch normalny to taki, gdy szept jest słyszalny z odległości co najmniej 6 m, szept słyszany z odległości 4-5 m może wskazywać na lekkie uszkodzenie słuchu, gdy odbiór dźwięków następuje z odległości 1-4 m, możemy mieć do czynienia ze średnim lub poważnym uszkodzeniem słuchu, a sytuacja, gdy szept jest słyszany z odległości mniejszej niż 1 m wskazuje na głębokie uszkodzenie słuchu [Styczek 1979: 151].

Jako że warunki podczas badań nie pozwalały na zachowanie odległości podawanych w literaturze przedmiotu, badanie przeprowadzano w taki sposób, że podczas wypowiadania szeptem słów do jednego ucha, zagłuszano ucho drugie poprzez pulsacyjne uciskanie wyrostka ucha.

<sup>7</sup> W. Kubik [2000: 31] zwraca szczególną uwagę na ścisły związek czynności mowy z czynnościami fizjologicznymi. Píše m.in.: „[...] narząd żucia [który w nomenklaturze logopedycznej określilibyśmy jako aparat artykulacyjny – przyp. M.J.] u człowieka stanowi zespół jednostek anatomicznych i czynnościowych, które należy rozpatrywać zawsze w ich wzajemnej zależności. W prawidłowym ukształtowaniu narządu żucia istnieje ścisła korelacja między wszystkimi jego elementami, zaś w obrębie narządu unerwieniu najwcześniej ulegają mięśnie umożliwiające ssanie, zgodnie ze stopniem rozwoju funkcji poszczególnych grup mięśni. [...] Fizjologia narządu żucia pozostaje w ścisłym związku między czynnością obwodowego narządu mowy, [...] narząd żucia bierze udział w jej kształtowaniu”.



### 3.5. Fonacja i prozodia

W badaniu diagnostycznym określano prawidłowość przebiegu linii intonacyjnej wypowiedzi, a także nastawienie głosu, tj. sposób przejścia fałdów głosowych z ustawienia spoczynkowego do fonacji. Można wyróżnić nastawienie:

- a) miękkie, fizjologiczne, gdy fałdy głosowe podczas fonacji zbliżają się do siebie, pozostawiając wąziutką szczelinę, co pozwala na swobodne drgania fałdów podczas fonacji;
- b) twarde, gdy fałdy głosowe napierają na siebie; w tym przypadku brakuje swobody i płynności w przebiegu drgań fonacyjnych;
- c) chuchające nastawienie głosu, które jest konsekwencją niedomykalności głośni podczas fonacji, w taki sposób, że część powietrza jest zamieniana w szmer.

Badanie głosu rozpoczynano od subiektywnego określenia charakteru głosu: czy jest czysty, dźwięczny, matowy, obłożony; czy wysokość tworzonego przez krtani tonu utrzymuje się przez cały czas trwania fonacji. Określa ponadto, czy głos jest tworzony w sposób swobodny i bezwysiłkowy, czy też w sposób party, z nadmiernym napięciem mięśni i żył szyjnych [Eberhardt 1998: 13].

Istotną uwagę, którą podaje G. Eberhardt [1998: 20], jest to, że w większości przypadków zaburzeń głosu u dzieci, stwierdza się jednocześnie zaburzenia słuchu i mowy. Uwaga ta znalazła potwierdzenie również w badaniach będących przedmiotem niniejszego artykułu.

### 3.6. Kompetencja komunikacyjna i sprawność systemowa

W ocenie dziecięcych wypowiedzi znalazła się również sprawność językowa. Wypowiedź sprawna językowo jest realizowana z udziałem metajęzykowej wiedzy, świadomości językowej. S. Grabias [1990: 60], powołując się na wcześniejsze ustalenia, wyróżnia kompetencję lingwistyczną i komunikacyjną.

Kompetencja lingwistyczna to po części umiejętność, po części zaś wiedza nabywana w procesie ontogenezy, inaczej, jest to znajomość systemu językowego, przejawiająca się w prawidłowym posługiwaniu się językiem.

Kompetencja komunikacyjna jest także rodzajem wiedzy, która przejawia się w odpowiednim zachowaniu komunikacyjnym. Ujawnia się ona w postaci sprawności: systemowej (językowej), społecznej, sytuacyjnej i pragmatycznej.

Oceniając kompetencję komunikacyjną badanych dzieci, zwracano uwagę na dwa aspekty: kontakt werbalny oraz reakcje pozawerbalne. Stwierdzono nieprawidłowy lub ograniczony kontakt u 6 dzieci przedszkolnych i 10 ze szkoły podstawowej. Kontakt werbalny – ograniczony lub nieprawidłowy – stwierdzano w sytuacji, gdy badane dziecko:

- nie podawało odpowiedzi na zadawane pytania lub miało znaczne trudności z werbalizacją myśli,
- nie dostosowywało formy wypowiedzi do sytuacji i rangi rozmowy, np. nie stosowało odpowiednich zwrotów i form grzecznościowych,
- podawało wypowiedzi krótkie, skąpe, zdawkowe, za pomocą pojedynczego wyrazu lub krótkiego zdania,
- ograniczało się do odpowiedzi na pytania, nie inicjowało wypowiedzi spontanicznych,
- mówiło bardzo cicho, niepewnie,
- logopeda był zmuszony do uporczywego dopytywania się o treść.

Oceniając kontakt pozawerbalny, brano pod uwagę przede wszystkim umiejętność skupienia przez dziecko uwagi na rozmowie lub sytuacji zadaniowej oraz nawiązywanie i podtrzymywanie kontaktu wzrokowego z badającym lub unikanie kontaktu wzrokowego. Zwracano uwagę na reakcje dziecka na bodźce somatyczne, np. pogłaskanie po głowie, ręce, które stanowiły pochwałę lub zachętę do rozmowy lub rozwiązywania zadania. Odnotowano, że 4 dzieci z przedszkola i 4 ze szkoły podstawowej ma ograniczony kontakt pozawerbalny.

W ocenie sprawności systemowej badanych dzieci brano pod uwagę poszczególne podsystemy języka: morfologiczny, składniowy, leksykalno-semantyczny i fonologiczny. Sprawność systemową badano przy użyciu narzędzi pomocniczych w formie obrazków sytuacyjnych; artykulację zbadano najdokładniej.

Sprawność w zakresie systemu morfologicznego uznawano za dobrą, gdy dziecko było w stanie wyrazić obecne na obrazkach relacje:

- osobowe, stosując formy odpowiednie dla 1., 2. lub 3. osoby *singularis* lub *pluralis*,
- liczby, stosując odpowiednie formy liczby pojedynczej lub mnogiej,
- rodzaju, stosując formy charakterystyczne dla rodzajów męskiego, żeńskiego lub nijakiego w liczbie pojedynczej oraz męskoosobowego i niemęskoosobowego w liczbie mnogiej,
- temporalne, wykorzystując końcówki fleksyjne odpowiedniego czasu,
- przypadku, przypisując odpowiednie końcówki deklinacyjne rzeczownikom, przymiotnikom, liczebnikom, korzystając swobodnie z repertuaru form zaimków.

Sprawność składniową oceniono jako wystarczającą, gdy dziecko w swoich odpowiedziach podczas rozmowy lub opowiadania na podstawie obrazka sytuacyjnego budowało rozwinięte zdania, używając konstrukcji zdania prostego lub złożonego, współrzędnie albo podrzędnie, stosując przy tym odpowiednie dla typu zdań spójniki.

Za dobrą sprawność w zakresie systemu leksykalno-semantycznego uznawano, gdy dziecko potrafiło nazwać występujące na obrazku sytuacyjnym przedmioty, zwierzęta, kolory, czynności, wykonawców czynności oraz odnieść sytuację z obrazka do życia codziennego lub do własnych doświadczeń.

Do oceny sprawności w zakresie fleksji, składni, słownictwa nie stworzono osobnych narzędzi, toteż ocenę i diagnozę w tym zakresie można określić jako subiektywną i intuicyjną.

### 3.7. Funkcje słuchowe

Do funkcji słuchowych zaliczane są słuch fonemowy, zwany też fonematycznym<sup>8</sup> oraz – w pewnym stopniu zależne od posłyszenia fizycznego – procesy analizy i syntezy słuchowej, które dokonują się na poziomie struktur korowych mózgu.

W tym opracowaniu „słuch fonemowy” jest rozumiany jako umiejętność rozpoznawania dystynkcji fonologicznych<sup>9</sup>. Podstawową jednostką różnicującą jest fonem<sup>10</sup>.

<sup>8</sup> Termin „słuch fonematyczny” jest kalką z języka rosyjskiego. Pojęcie wprowadził rosyjski neuropsycholog A.R. Łuria, dociekając przyczyn i patomechanizmu zaburzeń rozumienia jako konsekwencji uszkodzenia tylnej górnej części zawoju skroniowego, tj. okolicy Wernickego. H. Mierzejewska i M. Przybysz-Piwkova proponują zastąpienie przymiotnika *fonematyczny* polskim odpowiednikiem *fonemowy* lub stosowanie określenia „słuch mowny” [Mierzejewska H., Przybysz-Piwkova M. [1998: 149].

<sup>9</sup> Jak pisze I. Styczek [1982: 6], „słuch fonematyczny oznacza umiejętność rozróżniania najmniejszych elementów składowych wyrazów, czyli fonemów (np. *a* od *o*). Umiejętność ta umożliwia też rozróżnianie wyrazów, które zbudowane są z fonemów danego języka. [...] Rozróżnianie oraz utożsamianie głoski jest możliwe dzięki pewnym stałym i istotnym jej cechom, tzw. cechom dystynktywnym. Zespół cech dystynktywnych głoski, występujących jednocześnie i służących do odróżniania wyrazów, określa się terminem fonem. [...] Cechy dystynktywne głoski zależne są przede wszystkim od właściwości artykulacyjnych (wysokość, zwartość). Każda głoska ma cztery zasadnicze cechy artykulacyjne: miejsce artykulacji, stopień zbliżenia narządów mowy, dźwięczność lub bezdźwięczność, ustność lub nosowość. Niektóre z cech są ważne w procesie porozumiewania się, gdyż mają wartość dystynktywną, tzn. służąca do odróżniania wyrazów, inne zaś mają znaczenie drugorzędne. Zespół cech dystynktywnych występujących jednocześnie określamy terminem fonem. Fonem jest jednostką języka, głoska natomiast realizacją fonemu, jest jednostką tekstu mówionego i jest zespołem wszystkich cech zarówno dystynktywnych, jak i niedystynktywnych”. „Niedokształcenie lub zaburzenia słuchu fonemowego powoduje brak stabilności wzorców słuchowych wyrazów, a w związku z tym trudności w rozróżnianiu wyrazów podobnych brzmieniowo, różniących się tylko jedną cechą dystynktywną. Zaburzeniu mogą ulec także wzorce kinestetyczno-ruchowe tych wyrazów, a więc ich wymowa. Zaburzenia słuchu fonematycznego utrudniają dokonywanie analizy i syntezy słuchowej wyrazów, czyli podstawowej czynności w nauce czytania i pisania” [Styczek 1982: 10].

<sup>10</sup> „[...] odbiór mowy zależy od różnicowania głosek opozycyjnych, jak i umiejętności dokonania analizy fonetycznej tekstu w celu wyodrębnienia jego części składowych (głosek – dźwiękowych odpowiedników fonemów) oraz możliwości syntezy słuchowej, a dzięki niej rozumienia wypowiedzi” [Sachajska 1992: 53].

Powszechnie jest utożsamianie procesów analizy i syntezy słuchowej ze słuchem fonemowym, co wynika z mylnej interpretacji teorii A.R. Łurii. Są to jednak procesy zupełnie różne od słuchu fonemowego. B. Rocławski [1991: 8-9] w publikacji *Słuch fonemowy i fonetyczny. Teoria i praktyka* zwraca uwagę, że „Przedstawiony przez A.R. Łurię proces analizy i syntezy odnosi tylko do cech fonematycznych (fonologicznych) dźwięków, a nie do analizy wyrazów na fonemy (głoski) czy ich syntezy z fonemów (głosek)”. I dalej: „[...] analizy i syntezy fonemowej (głoskowej) kształconej w procesie przygotowywania do nauki czytania i pisanie nie można mechanicznie łączyć z analizą i syntezą, o których mówi A.R. Łuria”. W niniejszej pracy przyjmuję, że „analiza słuchowa” oznacza umiejętności wyodrębniania z ciągu fonicznego sylab lub głosek oraz podziału słów na wymienione elementy składowe z zachowaniem ich odpowiedniej kolejności. „Syntezą słuchową” nazywam zaś czynności przeciwstawne do dokonywanych w „analizie słuchowej”, tj. umiejętność scalenia głosek lub sylab tak, by utworzyły sensowną całość. Zarówno analiza, jak i synteza słuchowa wykorzystują w znacznej mierze pamięć słuchową, będącą funkcją środkowej części lewej okolicy skroniowej. „Pamięć słuchowa wyrazów jest to pamięć wzorców słuchowych wyrazów, tzn. pamięć ich długości (liczby sylab w wyrazie), kolejności sylab, a także liczby głosek w sylabie. Jest to zapewne także zdolność zatrzymywania w pamięci ciągu wyrazów połączonych związkami logiczno-gramatycznymi. Zrozumienie sensu całej wypowiedzi wymaga bowiem zatrzymania w pamięci kilku lub nawet kilkunastu wyrazów” [Styczek 1982: 10].

#### 4. Analiza wyników badań

Analiza materiałów zebranych w trakcie prowadzenia badań nad stanem mowy dzieci z Zespołu Szkół w Mielniku pozwala na podsumowanie wyników badań i sformułowanie wniosków następującej treści.

Wymowę prawidłową odnotowano w 80 przypadkach, co stanowi 54% całej badanej zbiorowości. U pozostałych 46% badanych odnotowano występowanie zaburzeń mowy, w tym wad wymowy zarówno w zakresie pojedynczych głosek, jak i całych szeregów głosek. Dzieci z zaburzeniami mowy odnotowano 17 w przedszkolu oraz 49 w szkole podstawowej, co łącznie stanowi 67 dzieci, tj. 46% z całej badanej zbiorowości.

Przypadków dyslalii anatomicznej ruchowej<sup>11</sup> odnotowano 15. Dyslalię o podłożu anatomiczno-funkcjonalnym odnotowano u 13 dzieci. Dyslalię funkcjonalną odnotowano w 9 przypadkach. Nie odnotowano przypadków dyslalii anatomicznej

<sup>11</sup> Nazewnictwo form zaburzeń mowy odnosi się do *Projektu form zaburzeń mowy* D. Mierzejewskiej i D. Emiluty-Rozyi zamieszczonego w 1997 roku w czasopiśmie „Audiofonologia”, t. 10.

słuchowej, choć u jednej uczennicy podejrzewałyśmy ubytek słuchu<sup>12</sup>. Wady o charakterze rozwojowym przybierające postać substytucji głosek dopuszczalnych dla danego wieku rozwojowego odnotowano u 4 dzieci, a u 2 dzieci można podejrzewać opóźnienie rozwoju mowy, tj. opóźnienie w wykształcaniu się wzorców kinetyczno-kinestetycznych i słuchowych. Odnotowano jeden przypadek jąkania oraz jeden przypadek zaburzeń o charakterze niedokształcenia mowy na poziomie korowym. U 22 dzieci badanie przesiewowe wykazało występowanie wad wymowy o charakterze deformacji, jednak czas badania okazał się niewystarczający do określenia etiologii występujących zaburzeń, dlatego w tych przypadkach postawiono diagnozę objawową.

Poniżej zamieszczone zestawienia tabelaryczne ilustrują rozkład zdiagnozowanych form zaburzeń mowy w stosunku do wieku i płci badanych.

**Tabela 1. Rozkład zaobserwowanych form zaburzeń mowy dla dzieci przedszkolnych**

Zestawienie zaobserwowanych form zaburzeń mowy	Wiek i płeć badanych						Ogółem		
	3- i 4-latki		5-latki		6-latki				
	3,5; 8		6,3; 9		6,6; 12		15,14; 29		
	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀♂
Dyslalia anatomiczna ruchowa	–	–	1	1	–	–	1	1	2
Dyslalia anatomiczna słuchowa	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Dyslalia funkcjonalna	–	1	–	–	1	–	1	1	2
Dyslalia anatomiczno-funkcjonalna	–	–	–	–	1	3	1	3	4
Wady o charakterze rozwojowym	2	1	–	–	1	–	3	1	4
Objawy dyslalii obwodowej	1	1	1	1	1	–	3	2	5
<b>Ogółem</b>									
Zaburzenia	3	3	2	2	4	3	9	8	17
	6		4		7		17		
Mowa prawidłowa	–	2	4	1	2	3	6	6	12
	2		5		5		12		

Obliczenia własne autora.

<sup>12</sup> Uczennica oprócz ubytku słuchu ma również obniżoną sprawność języka, nieprawidłowe wszystkie funkcje w obrębie aparatu artykulacyjnego oraz tyłozgryz. Na podstawie krótkiego badania przesiewowego trudno wyprowadzić jednoznaczny wniosek, która z przyczyn powodujących istniejące u dziewczynki zaburzenia jest czynnikiem dominującym w patomechanizmie powstawania wad wymowy. Badający nie uznali podejrzenia ubytku słuchu za główną przyczynę odnotowanych wad wymowy, choć jest to niewątpliwie czynnik obciążający.

Tabela 2. Rozkład zaobserwowanych form zaburzeń mowy dla uczniów szkoły podstawowej

Zestawienie zaobserwowanych form zaburzeń mowy	Klasy I-VI szkoły podstawowej												Ogółem		
	I		II		III		IV		V		VI		Ogółem		
	8,6; 14		14,12; 26		10,11; 21		13,10; 13		14,16; 30		7,7; 14		56,62; 118		
	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀♂
Dyslalia anatomiczna ruchowa	1	–	–	1	–	1	–	3	3	2	2	7	6	1	3
Dyslalia anatomiczna słuchowa	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Dyslalia funkcjonalna	1	–	–	3	1	1	–	–	–	1	–	–	2	5	7
Dyslalia anatomiczno-funkcjonalna	–	2	1	2	–	–	–	1	–	1	1	1	2	7	9
Wady o charakterze rozwojowym	1	1											1	1	2
Inne	1	–	–	–	–	–	–	1	–	–	–	–	1	1	2
Objawy dyslalii obwodowej	1	–	1	1	4	1	–	1	3	3	1	1	10	7	17
<b>Ogółem</b>															
Zaburzenia	5	3	2	7	5	2	1	3	6	8	4	4	23	27	50
	8		9		7		4		14		8		50		
Mowa prawidłowa	3	1	2	5	5	9	2	7	8	8	3	4	33	36	69
	6		17		14		9		16		7		69		

Obliczenia własne autora.

Najtrudniejsze w realizacji były głoski: [š], [ž] – 41 przypadków z nieprawidłową realizacją; [č], [ž] – 40 przypadków; [r] – 26 przypadków; [s] – 21 przypadków; [z], [c] – 19 przypadków; [ž], [š], [ć] – 17 przypadków; [ž], [ž] – 16 przypadków. Zgodnie z wymienioną kolejnością odnotowuje się od 16 do 41 przypadków, w których występują zaburzenia tych głosek. Na tej podstawie można wysnuć wniosek, że wbrew powszechnemu przekonaniu to nie głoska [r] spośród głosek polskiego systemu fonologicznego jest najtrudniejsza do przyswojenia. O wiele bardziej problematyczne jest przyswojenie głosek szumiących, co potwierdza fakt występowania ich wadliwej wymowy u niemalże dwukrotnie większej liczby dzieci. To powszechne mniemanie jest z pewnością spowodowane wyjątkowością głoski [r] na tle systemu fonologicznego języka polskiego. Głoski szumiące pozostają jednak bardziej kłopotliwe w przyswojeniu i realizacji, choćby dlatego, że są bliskie fonologicznie i akustycznie w stosunku do 8 innych głosek (syczących i ciszących).



Głoska	Realizacja głoski	Przedszkole				Szkoła podstawowa							Łącznie
		P1	P2	P3	Razem P	SP1	SP2	SP3	SP4	SP5	SP6	Razem SP	
[ʒ]	+	6	8	10	24	13	23	20	12	25	14	107	131
	D	2	–	1	3	1	3	1	1	5	–	11	14
	S	–	1	1	2	–	–	–	–	–	–	0	2
[r]	+	4	8	8	20	10	25	18	11	25	12	101	121
	D	2	–	–	2	2	1	3	2	5	2	15	17
	S	2	1	4	7	2	–	–	–	–	–	2	9
[l]	+	7	8	11	26	14	26	21	13	30	14	118	144
	D	1	–	–	1	–	–	–	–	–	–	0	1
	S	–	1	1	2	–	–	–	–	–	–	0	2
[k]	+	7	8	12	27	14	26	21	13	30	14	118	145
	D	–	–	–	0	–	–	–	–	–	–	0	0
	S	1	1	–	2	–	–	–	–	–	–	0	2
[g]	+	7	8	12	27	14	26	21	13	30	14	118	45
	D	–	–	–	0	–	–	–	–	–	–	0	0
	S	1	1	–	2	–	–	–	–	–	–	0	2
Nosowanie		–	–	1	1	–	1	1	–	–	2	4	5
[t]	+	6	9	12	27	14	26	21	13	29	13	116	143
	D	1	–	–	1	–	–	–	–	1	1	2	3
	S	1	–	–	1	–	–	–	–	–	–	0	1
[d]	+	7	9	12	28	14	26	21	13	29	13	116	144
	D	1	–	–	1	–	–	–	–	1	1	2	3
	S	–	–	–	0	–	–	–	–	–	–	0	0
[m]	+	7	9	12	28	14	26	21	13	30	14	118	146
	D	1	–	–	1	–	–	–	–	–	–	0	1
	S	–	–	–	0	–	–	–	–	–	–	0	0
[p]	D	–	–	–	0	1	–	–	–	–	–	1	1
[b]	D	–	–	–	0	1	–	–	–	–	–	1	1
[f]	D	–	–	–	0	1	1	–	–	–	–	2	2
[v]	D	–	–	–	0	1	1	–	–	1	–	3	3
[x]	S	–	–	–	0	–	1	–	–	–	–	1	1
[n]	D	–	–	–	0	–	–	–	–	1	1	2	2
Red. gr. sp.		1	3	2	6	–	1	–	–	–	–	1	7
Red. sylab		1	–	–	1	–	1	–	–	–	–	1	2
Ubezdzw.		–	1	–	1	–	–	–	–	–	–	0	1
Inne		–	–	–	0	kor.	–	–	jąkanie	–	–	2	2

Obliczenia własne autora.



Legenda do tabeli nr 3:

P1 – grupa przedszkolna 3-latków

P2 – grupa przedszkolna 4-latków

P3 – grupa przedszkolna 5-latków

SP1-SP6 – numery od 1 do 6 są oznaczeniami poszczególnych klas od I do VI

+ – realizacja prawidłowa głoski

D – deformacja głoski

S – substytucja głoski

Red. gr. sp. – redukcja grup spółgłoskowych

Red. sylab – redukcja sylab

Ubezdźw. – ubezdźwięcznianie głosek dźwięcznych, mowa bezdźwięczna

kor. – niedokształcenie mowy pochodzenia korowego

Jak można zaobserwować w tabeli zamieszczonej powyżej, zaburzenia o charakterze substytucji charakterystyczne są dla dzieci najmłodszych, tj. w wieku przedszkolnym i w młodszym wieku szkolnym, do drugiej klasy szkoły podstawowej, co wcale nie wyklucza występowania u dzieci w tym wieku deformacji głoskowych. Zauważono zdecydowaną przewagę substytucji nad deformacjami wśród dzieci przedszkolnych, która ma jednak miejsce jedynie w odniesieniu do szeregu głosek przedniojęzykowo-dziąsłowych, proporcje wynoszą 1:4, 3 dzieci deformujących te głoski do 11 dzieci dokonujących substytucji na inne elementy systemowe. Względem pozostałych głosek proporcje układają się równomiernie.

Stwierdzono brak zmian o charakterze substytucji u dzieci starszych, powyżej drugiej klasy szkoły podstawowej. Na podstawie tej obserwacji należy wyprowadzić wniosek, że jest to symptom rozwijającego się systemu językowego dzieci w zakresie wymowy i artykulacji. Oznacza to zatem rozwiniętą w znacznym stopniu świadomość językową, w tym fonologiczną, która nakazuje zróżnicowanie bliskich brzmieniowo elementów mowy. Próby różnicowania są podejmowane nawet w sytuacji ograniczeń anatomicznych lub przy niepełnym ukształtowaniu warunków kinetyczno-kinestetycznych, które nie pozwalają na artykulację wzorcową. Doprowadza to, naturalnie, do tworzenia deformacji artykulacyjnych, które można zinterpretować jako zachowanie kompensacyjne, wynikające z braku sprawności artykulatorów lub braku odpowiednich warunków fizjologiczno-anatomicznych w obrębie aparatu artykulacyjnego do poprawnej realizacji wzorców głosek.

Obserwowano następujące typy deformacji w odniesieniu do poszczególnych typów głosek:

- szumiące – realizacje koronalne, międzyzębowe, boczne;
- syczące, ciszące oraz [t], [d], [n] – realizacje międzyzębowe i boczne;
- [r] – boczne, języczkowe, podniebienne.

Zauważalna jest korelacja zaburzeń budowy aparatu artykulacyjnego z wadami wymowy. Stwierdzono, że u 35 (50%) dzieci z nieprawidłowościami budowy aparatu artykulacyjnego występują wady wymowy.

W budowie aparatu artykulacyjnego zaobserwowano wiele nieprawidłowości. I tak w budowie: warg (4), języka (10), podniebienia twardego (2), zębów i zgryzu (58). Nie odnotowano nieprawidłowości w budowie podniebienia miękkiego.

U dzieci przedszkolnych nie odnotowano nieprawidłowości w budowie warg oraz podniebienia. Stwierdzono natomiast u 3 dzieci nieprawidłowości w budowie języka: skrócone wędzidełko podjęzykowe, przerost migdałków podniebiennych oraz 1 przypadek makroglosji. W budowie zębów i zgryzu odnotowano 10 przypadków (łącznie) tyłozgryzu, przodozgryzu oraz retruzję zębów.

Wśród uczniów szkoły podstawowej nie odnotowano nieprawidłowości w budowie podniebienia miękkiego. Odnotowano zaburzenia w budowie warg (4): brak symetrii i mikrostomię; nieprawidłowości w budowie języka (6): makroglosję, mikroglosję, zbyt krótkie wędzidełko podjęzykowe; powiększone migdały; w budowie podniebienia twardego (2) – podniebienie gotyckie. Odnotowano też liczne przypadki anomalii w uzębieniu: retruzję, protruzję (7), diastemę (11), zęby wybite (2). Odnotowano licznie występujące wady zgryzu: tyłozgryz (10), przodozgryz (1), zgryz krzyżowy (6), zgryz otwarty (4), zgryz prosty (7). Wyraźnie zauważalne było, iż wady zgryzu – przodozgryz, tyłozgryz, zgryz krzyżowy, zgryz otwarty – prowadziły do deformacji pojedynczych głosek lub całych klas głosek. Dało się również zauważyć, że przerost masy języka w stosunku do wielkości jamy ustnej był także czynnikiem istotnie wpływającym na deformowanie głosek.

W opisywanych badaniach zaburzenia sprawności warg odnotowano u 27 dzieci, co stanowi nieco ponad 18% badanej populacji. W przedszkolu ta grupa zaburzeń wynosi 35%, a w szkole podstawowej 14,4%.

Wśród dzieci z zaburzeniami artykulacji 18 miało obniżoną sprawność artykulacyjną, przede wszystkim z powodu trudności w zakresie pionizacji języka, co wyraźnie rzutowało na mowę. Uznając, że kinestezja jest elementem sprawności artykulacyjnej, wyniki badań potwierdzają obserwację I. Styczek [1982: 10], że „rozwój kinestezji artykulacyjnej jest zapewne rozwojem czucia napięcia mięśniowego narządów mowy przy artykulacji poszczególnych grup głosek. Czucie to wykształca się nieco później niż słuch fonematyczny; świadczą o tym trudności artykulacyjne dzieci mających prawidłowy słuch fonematyczny”.

Co do korelacji zaburzeń mowy z zaburzeniami funkcji fizjologicznych, to należy stwierdzić, że wśród 69 dzieci, u których stwierdzono zaburzenia artykulacji, u 32 (46%) zdiagnozowano zaburzenie funkcji fizjologicznych w obrębie aparatu artykulacyjnego. Należy zauważyć, że zaburzenia funkcji fizjologicznych

prowadzą do nieprawidłowego układu masy języka w jamie ustnej podczas artykulacji, co w efekcie powoduje deformacje szeregów głosek lub zniekształcania co najmniej pojedynczych głosek. Zaburzenia funkcji fizjologicznych bez wątplenia mogą również wpływać na pracę mięśni podniebienia miękkiego i zwieracza podniebienno-gardłowego, co znajduje potwierdzenie w odnotowanych przypadkach dzieci z nosowaniem. Zaburzenia funkcji oddychania stwierdzono u 33 dzieci, zaburzenia gryzienia odnotowano u 8 dzieci, zaburzenia żucia stwierdzono u 11 dzieci, nieprawidłowe połykanie w 11 przypadkach.

U 77 badanych dzieci (52% całej badanej grupy) stwierdzono, że wszystkie funkcje były prawidłowe, odpowiednio:

- w przedszkolu – 14 dzieci (48%),
- w szkole – 63 dzieci (53%).

Niepokojący wydaje się fakt występowania zaburzeń funkcji fizjologicznych u pozostałych 48% badanych, niezależnie od tego, czy zaburzeniu podlega tylko jedna, czy wszystkie cztery funkcje fizjologiczne aparatu artykulacyjnego.

Na podstawie wyników badań zauważono w 13 wypadkach współwystępowanie nieprawidłowości w budowie anatomicznej aparatu artykulacyjnego i zaburzeń wszystkich lub niektórych funkcji fizjologicznych aparatu mowy. Stwierdzić należy, że zaburzenia te wzajemnie się warunkują, a wady wymowy mogą być powodowane przez wady anatomiczne aparatu artykulacyjnego, pogłębiane lub utrwalane przez nieprawidłowe nawyki funkcjonalne. Zaburzenia anatomiczne lub funkcjonalne znajdują zaś swoje odbicie w typie wady wymowy, jaki powodują. Przykładem mogą być chociażby deformacje głosek o bocznym charakterze realizacji.

Odnotowano 2 przypadki zaburzeń słuchu fizycznego (1,3%) wśród dzieci szkolnych. Jedna z dziewczynek miała zdiagnozowane uszkodzenie słuchu, nosi aparat słuchowy na obojgu uszach i jest pod stałą opieką logopedy. Jej artykulacja i akcent są prawidłowe. U drugiej z dziewczynek zdiagnozowano zaburzenie słuchu lekkiego stopnia. Dziewczynka nie nosi aparatu słuchowego. Występuje u niej cały szereg zaburzeń artykulacji, na które najwyraźniej wpływa wada słuchu.

Nie odnotowano zaburzeń fonacji wśród dzieci w wieku przedszkolnym. Głos u zdecydowanej większości dzieci był czysty, dźwięczny, o prawidłowym natężeniu. W szkole podstawowej odnotowano 2 przypadki dzieci z nieprawidłowościami fonacji (1,3%). Nie zaobserwowano natomiast zaburzeń prozodii mowy. Dzieci zachowywały akcent i linię intonacyjną odpowiednią do typów wypowiedzianych zdań, rytm i melodię mowy.

Nie w pełni ukształtowany proces analizy słuchowej odnotowano u 11% dzieci z całej zbiorowości. Spośród dzieci przedszkolnych wyłoniono 10 z kształtującym się procesem analizy słuchowej, co stanowi 34% badanych dzieci przedszkolnych. Badanie analizy słuchowej dało wynik negatywny dla 6 dzieci

ze szkoły podstawowej (5%). Począwszy od klasy trzeciej szkoły podstawowej nie obserwowano problemów z wykonaniem prób diagnostycznych, za pomocą których badano analizę słuchową.

Z badań nad analizą słuchową wynika, że najłatwiej jest wyodrębnić pierwszą samogłoskę w wyrazie, tworzącą samodzielną sylabę, kolejno względem częstości wyodrębniania jest nagłosowa spółgłoska, najrzadziej wysłuchiwane są głoski na końcu wyrazu, niezależnie od tego, czy jest to samogłoska, czy spółgłoska. Problem z analizą słuchową u dzieci przedszkolnych dotyczy przede wszystkim wyodrębniania ostatniej głoski w wyrazie lub wysłuchiwania ostatniej głoski wyrazu dłuższego niż dwuzgłoskowy. Często analiza jest dokonywana tylko na początku wyrazów lub tylko na początku w obrębie samogłosek, oraz w wyrazach nie dłuższych niż dwuzgłoskowe. W kilku przypadkach nieprawidłowemu wykonywaniu prób analizy i/lub syntezy słuchowej towarzyszy redukcja grup spółgłoskowych w mowie, co można interpretować jako niepełne ukształtowanie funkcji słuchowych analizy i syntezy.

Kształtujący się dopiero proces syntezy słuchowej stwierdzono u 6 dzieci w wieku przedszkolnym (4% całej badanej próby).

I. Styczek pisze, że umiejętność dokonywania analizy i syntezy słuchowej rozwija się dopiero podczas nauki czytania i pisanie [1982: 17]. Faktem jest, że dzieci 5-letnie i młodsze nie dokonywały analizy wyrazowej oraz nie dokonywały syntezy głoskowej, co najwyżej syntezę sylabową. W dwóch przypadkach odnotowano obok zaburzeń przeprowadzania procesów analizy i syntezy obniżenie pamięci słownej, co było czynnikiem rzutującym na zakłócenia pojawiające się w mowie: brak umiejętności powtórzenia ciągu słownego, trudności z analizą i syntezą dłuższych wyrazów, nieutralne repartycje sylabowe w zakresie wyrazów dłuższych, opuszczanie sylab oraz redukcja grup spółgłoskowych.

W mowie badanych dzieci zauważono odstępstwa od wzorcowej normy ogólnopolskiej. W ocenie diagnostycznej cechy te zostały uznane za prawidłowe i odnotowane jako regionalizmy. U 28 dzieci zauważono cechy właściwe wymowie północno-wschodniej (kresowej). Cechą często występującą była depalatalizacja głosek środkowojęzykowo-prepalatalnych: [ś], [ź], [ć], [ź]. Wysłuchano również występowanie dźwięcznego alofonu [ɣ]. Odnotowano 14 dzieci ujawniających cechy regionalne w zakresie systemu leksykalnego. Regionalną odmianę wyrazów odnotowano u 13 dzieci. W warstwie melodycznej mowy odnotowano 29 jednostek badania z charakterystyczną wschodnią prozodią.

W zakresie kompetencji językowej stwierdzono, że u 16 dzieci w wieku przedszkolnym występują znaczne nieprawidłowości, tj. sprawność w tym zakresie była znacznie obniżona w stosunku do wieku. Stwierdzono także obniżenie sprawności składniowej w stosunku do wieku u 11 dzieci, a w zakresie sprawności leksykalnej u 8 dzieci.

W ocenie kompetencji komunikacyjnej odnotowano ograniczenie kontaktu pozawerbalnego u 8 dzieci. W 3 przypadkach stwierdzono występowanie wad wymowy i jednocześnie oceniono kompetencję komunikacyjną jako niewystarczającą. Można by zatem interpretować ten fakt świadomością występowania wady, a przez to obniżeniem pewności siebie i wycofaniem dziecka z kontaktu. U pozostałych dzieci, u których oceniono kompetencję komunikacyjną jako niską, nie odnotowano zaburzeń mowy.

## **5. Podsumowanie i wnioski końcowe wobec stanu dotychczasowych badań nad mową dzieci**

W przedstawionych badaniach podjęto się określenia poziomu sprawności językowej dzieci z Zespołu Szkół we wsi Mielnik, tj. kompetencji komunikacyjnej oraz sprawności systemowej, ze szczególnym uwzględnieniem artykulacji. W diagnostyce przyczynowej zwrócono szczególną uwagę na zaburzenia w budowie aparatu artykulacyjnego, zaburzenia funkcji fizjologicznych w jego obrębie, obniżenie sprawności warg lub sprawności języka. Za równie ważne uznano orientacyjne sprawdzenie słuchu fizycznego oraz funkcji słuchowych, tj. słuchu fonemowego, procesów analizy i syntezy słuchowej. Badania z taką specyfikacją okazały się celowe, gdyż ich analiza wykazała wiele zależności między wymową a czynnikami anatomiczno-fizjologiczno-funkcjonalnymi. Zaburzenie któregośkolwiek z czynników, jako element jednostkowy lub przyczyna współistniejąca, okazywało się bardzo często źródłem problemów w płaszczynie wymawianiowej.

Analiza wyników prezentowanych badań wskazuje jednak przede wszystkim na zaktualizowane wartości istniejących w badanej populacji zaburzeń mowy, które bardzo się różnią od tych, jakie są podawane w literaturze przedmiotu. Według danych z dostępnych opracowań wynika, że zaburzenia mowy wśród dzieci, w tym wady wymowy, wynoszą od 19% do 30% (M. Demel – 29,8% [1959]; T. Bartkowska – 20% [1968]; H. Mystkowska – 24% [1970]; H. Spionek – 19,2% [1985]). Tymczasem wyniki niniejszych badań pokazują, iż nastąpił zdecydowany wzrost zaburzeń mowy u dzieci i kształtuje się on na poziomie co najmniej 46%, tj. dwukrotnie wyższym w stosunku do przytoczonych danych.

Jest to zjawisko niepokojące, które zobowiązuje do ustawicznej kontroli, podejmowania działań profilaktycznych w celu zapobiegania pogłębianiu się takiego stanu, a także nakłada obowiązek na instytucje edukacyjno-wychowawcze objęcia opieką logopedyczną coraz liczniejszej grupy dzieci. W tym też dostrzegam celowość przeprowadzana regularnych i ujednoliconych badań przesiewowo-

-diagnostycznych. Są one cennym źródłem informacji dla szkolnych i przedszkolnych zespołów edukacyjno-wychowawczych i profilaktycznych, ponadto mogą stanowić wytyczną dla rodziców w określeniu zakresu niezbędnej pomocy logopedycznej dla swoich dzieci. I wreszcie, badania o tym charakterze mają bez wątpienia wartość badawczą dla środowisk naukowych zajmujących się problematyką akwizycji mowy i opanowywania wzorców wymowy w zakresie normatywnym i w patologii.

#### BIBLIOGRAFIA:

- Bartkowska T., 1968, *Rozwój wymowy dziecka przedszkolnego jako wynik oddziaływań wychowawczych rodziny przedszkola*, Warszawa.
- Demel M., 1959, *Kilka liczb i uwag dotyczących mowy i głosu dzieci szkolnych*, „Życie Szkoły”, nr 2.
- Eberhardt G., 1998, *Zaburzenia głosu u dzieci w wieku rozwojowym*, [w:] Mierzejewska H., Przybysz-Piwko M. (red.), *Zaburzenia głosu – badanie diagnozowanie – metody usprawniania*, Warszawa.
- Grabias S., 1990, *Pojęcie sprawności językowej a praktyka logopedyczna*, „Logopedia”, t. 17.
- Jastrzębowska G., Pelc-Pękała O., 2000, *Metodyka ogólna diagnozy i terapii logopedycznej*, [w:] Jastrzębowska G., Gałkowski T. (red.), *Logopedia. Pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*, t. 2, Opole.
- Kania J.T., 2001, *Szkice logopedyczne*, Lublin.
- Kubik W., 2000, *Anatomia, fizjologia i patologia narządów głosu, mowy i słuchu. Materiały dla studium logopedii*, Gorzów Wielkopolski.
- Mierzejewska H., Przybysz-Piwkowska M., 1998, *Terminologia w logopedii jako nauce interdyscyplinarnej*, [w:] Mierzejewska H., Przybysz-Piwkowska M. (red.), *Zaburzenia głosu – badanie, diagnozowanie, metody usprawniania*, Warszawa.
- Mierzejewska H., Emiluta-Rozya D., 1997, *Projekt zestawienia form zaburzeń mowy*, „Audiofonologia”, t. 10.
- Mystkowska H., 1970, *Właściwości mowy dziecka sześć-, siedmioletniego*, Warszawa.
- Pilch T., 1995, *Zasady badań pedagogicznych*, Warszawa.
- Rocławski B., 1991, *Słuch fonemowy i fonetyczny. Teoria i praktyka*, Gdańsk.
- Rokitiańska M., 2004, *Podstawy ortodoncji dla logopedów*, Bydgoszcz.
- Sachajska E., 1992, *Uczymy poprawnej wymowy*, Warszawa.
- Skorek E.M., Rządźka M., 2011, *Profilaktyka i terapia dysfunkcji oddechowych u dzieci*, Zielona Góra.
- Spionek H., 1985, *Zaburzenia rozwoju uczniów a niepowodzenia szkolne*, Warszawa.
- Stecko E., 1991, *Wczesne rozpoznawanie i leczenie zaburzeń mowy. Doniesienia z praktyki*, Lublin.
- Styczek I., 1979, *Logopedia*, Warszawa.
- Styczek I., 1982, *Badanie i kształtowanie słuchu fonematycznego (komentarz i tablice)*, Warszawa.

**Condition of the speech of children.  
Presentation of diagnostic logopaedics research  
Summary**

This article presents theoretical logopaedics studies and analyses children's speech in empirical tests. The goal of the study was to diagnose speech disorders. It was carried out on a group of 147 children aged between 3 and 12 attending the Mielnik School Complex. The study employed a diagnostic test for speech evaluation, specifically developed for the research project. The individual test procedure involved checking communication and linguistic competence, in particular articulation and auditory functions as well as phonematic hearing, hearing analysis and synthesis processes. The tests also checked the anatomy and physiological functions of the vocal apparatus in order to juxtapose those elements with model speech disorders and make a preliminary diagnosis.

JAKUB SKRZEK

(Uniwersytet Warszawski, Warszawa)

## NARZĘDZIA DIAGNOSTYCZNE WYKORZYSTYWANE DO WYKRYWANIA WAD WYMOWY U DZIECI W WIEKU PRZEDSZKOLNYM I WCZESNOSZKOLNYM

**ABSTRAKT:** Głównym założeniem artykułu jest analiza i opis przydatności narzędzi diagnostycznych wykorzystywanych do wykrywania wad wymowy u dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym, dostępnych na polskim rynku wydawniczym. Podbudowę teoretyczną stanowi określenie celowości każdego logopedycznego postępowania diagnostycznego, a następnie zdefiniowanie kryteriów poprawności artykulacyjnej. Kluczowe z perspektywy praktyki logopedycznej jest tu także rozróżnienie wady wymowy i błędu wymowy. Określone zostały także rodzaje postępowania badawczego, które mają miejsce podczas rozpoznawania i opisywania wszystkich wad artykulacyjnych dzieci. Zwięźleniem artykułu jest prezentacja logopedycznych kwestionariuszy obrazkowych powstałych na przestrzeni lat w Polsce.

**SŁOWA KLUCZOWE:** dyslalia obwodowa, narzędzia diagnostyczne, opóźniony rozwój mowy, psycholingwistyka, właściwości mowy dziecka

### **1. Założenia logopedycznych narzędzi diagnostycznych**

Badanie wymowy to jeden z najważniejszych elementów postępowania diagnostycznego, jakie wykonuje logopeda, gdy zgłasza się do niego (lub jest zgłaszany) pacjent z problemami artykulacyjnymi. Paradoksalnie, mimo mnogości narzędzi badawczych oraz dużego ich zróżnicowania, wynik postępowania z założenia powinien być taki sam. Zastanawiające zdają się być zatem oferty prywatnych gabinetów logopedycznych proponujących „weryfikację diagnoz”. Problem zdaje się tu jednak oscylować wokół niekompetencji terapeuty, niedokładnie przeprowadzonej lub nietrafnie postawionej diagnozy lub niewłaściwie dobranego narzędzia badawczego. Niepewność budzi także odmienna terminologia dotycząca zaburzeń artykulacyjnych, która od lat stanowi problem polskiej logopedii.

We wszystkich prezentowanych narzędziach głównym założeniem pozostaje przede wszystkim to, że komunikacja to przekazywanie określonych treści za pomocą skonwencjonalizowanych form językowych, spośród których za najmniejszą formę można uznać wyraz<sup>1</sup>, jednostkę morfologiczno-syntaktyczną, zbudowaną z ciągu fonemów, realizowanych za pomocą odpowiednio artykuło-

---

<sup>1</sup> W istocie najmniejszą formą jest morfem, ale tu przyjąłem potoczny, bliski praktyce logopedycznej, sposób ujmowania rzeczywistości językowej.



wanych głosek – zatem badanie nie może dotyczyć wyłącznie izolowanych dźwięków mowy<sup>2</sup>.

Wspólne wszystkim narzędziom diagnostycznym są cele badań w zakresie artykulacji. Można je określić jako wykrywanie i/lub stwierdzanie:

- a) wadliwie wymawianych głosek oraz sposobu ich realizacji;
- b) przyczyn wad artykulacyjnych;
- c) relacji, w jakiej pozostają wady z przebiegiem procesu porozumiewania się;
- d) skutków nieprawidłowości;
- e) pierwotnych i wtórnych objawów wady wymowy, czyli wpływu na funkcjonowanie dziecka, np. w otoczeniu rówieśniczym (A. Sołtys-Chmielowicz, 2011, 65).

Głównym zadaniem każdego badania wymowy jest określenie granic wad artykulacyjnych, tj. dla jakiego okresu życia dziecka określona wymowa jest jeszcze realizacją właściwą dla wymowy dziecięcej (jest cechą rozwojową), a kiedy można ją uznać za nieprawidłową. Warto zatem przywołać kryteria oceny wad wymowy.

## 2. Kryteria poprawności artykulacyjnej

Poprawność artykulacyjną można określić, przyjmując kryteria opracowane przez J.T. Kanię (2001). Są one punktem wyjścia niniejszego artykułu – posłużą za wyznacznik do oceny wymowy dziecka w wieku przedszkolnym oraz wczesnoszkolnym za pomocą narzędzi diagnostycznych. Należy jednak pamiętać, że istnieją formy realizacyjne odbiegające od normy, a niebędące wadami wymowy, jak w przypadku wymowy regionalnej, gwarowej lub środowiskowej, z którą możemy się zetknąć w czasie badań.

Ważne dla diagnozy logopedycznej są cztery kryteria:

1. Ortoepiczne – stwierdzenie zgodności z normą, które oceniamy za pomocą słuchu (niekiedy do wychwycenia błędnej realizacji wymagana jest obserwacja audiowizualna).
2. Estetyczne – dopełniające kryterium ortoepiczne; polega na ocenie wzrokowej narządów artykulacyjnych<sup>3</sup>.

<sup>2</sup> Bywa jednak, że pacjent jest proszony o powtórzenie głoski w izolacji, co raczej trudno wyobrazić sobie szczególnie w przypadku diagnozy dziecka przedszkolnego, obserwowanego podczas mowy spontanicznej, zabawy lub nazywania wskazanych przez logopedę obrazków. Jednym z przykładów może tu być dźwięk wydawany chociażby przez zwierzę, np. węża [sss] (o ile ilustracja przedstawiająca go z językiem wysuniętym z „buzi” sama w sobie nie przestaje być wzorcowym przykładem). Inaczej dźwięki izolowane mogą być badane podczas rozmowy kwalifikacyjnej na studia logopedyczne, pedagogiczne czy aktorskie, gdzie wprost prosi się o zaprezentowanie osobnej głoski, celowo wydłużonej, stanowi to jednak swoisty wyjątek.

<sup>3</sup> Jak podkreśla A. Sołtys-Chmielowicz (2011), mimo prawidłowego brzmienia głoski, rażący może być nieprawidłowy układ warg i języka, jak w przypadku międzyzębowej lub przyzębowej realizacji głosek [t], [d], [n], [l].

3. Wiek – określenie, czy dane zachowanie językowe mieści się w normie rozwojowej (należy jednak zasady chronologii względnej oraz bezwzględnej stosować ostrożnie – niekiedy mimo opóźnienia w kalendarzu rozwojowym, głoski pojawiają się w logicznej kolejności, co już nie jest tak dużym powodem do niepokoju<sup>4</sup>).
4. Medyczne – wskazuje na anatomiczną etiologię zaburzenia<sup>5</sup>.

### 3. Wada wymowy a błąd wymowy

Przed rozpoczęciem przeglądu rodzajów badań diagnostycznych i przesiewowych w praktyce logopedycznej należy – za J.T. Kanią (2001) – przypomnieć dwa istotne dla każdego badania mowy pojęcia, mianowicie: wada wymowy oraz błąd wymowy. Błąd wymowy polega na odstępstwie od normy, np. z powodu interferencji (wpływy gwarowe, środowiskowe czy języka obcego). W tym przypadku ważne będzie skupienie uwagi na nauce prawidłowych form wymawianiowych, gramatycznych czy ortograficznych.

Wady wymowy są zjawiskiem patologicznym, spowodowanym wadami anatomicznymi w obrębie aparatu artykulacyjnego lub jego nieprawidłowym funkcjonowaniem. W tym przypadku nieskuteczne jest ograniczenie się tylko do podania wzoru. Konieczne staje się postępowanie logopedyczne: przygotowanie do wywołania głoski oraz utrwalanie jej realizacji (automatyzacja) przy zastosowaniu odpowiednich ćwiczeń terapeutycznych.

### 4. Rodzaje postępowania badawczego

H. Rodak i J. Wójtowiczowa (1986, 77) przedstawiają – na podstawie propozycji van Ripera – rodzaje postępowania badawczego przy ocenie wad wymowy. Wśród nich znajduje się:

- a) analiza dźwięków standardowych,
- b) porównywanie dźwięków w danej grupie wiekowej z uwzględnieniem określonych zaburzeń,
- c) kliniczne postępowanie weryfikujące.

---

<sup>4</sup> Chociażby wtedy, gdy w rodzinie dziecka pojawiały się podobne przypadki opóźnień rozwoju mowy. W żadnym jednak wypadku opóźnienia związane z predyspozycjami dziedzicznymi nie mogą zwalniać dziecka z obowiązku terapii logopedycznej.

<sup>5</sup> Ciekawe stanowisko prezentuje przy opisie kryterium medycznego A. Sołtys-Chmielowicz (2011) oraz B. Ostapiuk (2002a). Podczas niedokładnego badania narządów artykulacyjnych i ich motoryki pediatrzy, coraz częściej również logopedzi, dość często zapominają o dokładnej ocenie stanu wędzidełka podjęzykowego. W świetle konsekwencji ankyloglosji substytucja [r] na [j] niesie wielkie ryzyko deformacji [r]. Nie będzie to już zatem etap rozwojowy głoski drżącej, którą poprzedza [j] oraz [l].

Warto skupić się na ostatnim rodzaju postępowania logopedycznego, które może mieć formę bezpośrednią lub pośrednią. Przy bezpośrednim klinicznym postępowaniu weryfikującym logopeda stosuje badanie odsiewające oraz terapeutyczne.

Badanie odsiewające ma na celu stwierdzenie, czy zachowania artykulacyjne dziecka pozostają w normie rozwojowej właściwej dla grupy wiekowej, do której pacjent należy (podobnie jak kryterium wieku w badaniach Kani). Osoba badająca stwierdza zależność zachodzącą pomiędzy badanym a jego grupą wiekową. Sprawdzeniu nie podlegają tu poszczególne głoski. Przykładem takiego postępowania są zaproponowane przez D. Emilutę-Rożę, H. Mierzejewską i P. Atys (2011) badania przesiewowe dostosowane do wykrywania zaburzeń rozwoju mowy właściwych dzieciom z określonych grup wiekowych. Autorki przygotowały użyteczną pomoc dla pedagogów, psychologów i pracowników socjalnych, dzięki której można określić, czy i kiedy dziecko skierować na badanie specjalistyczne do logopedy lub neurologopedy. Należy jednak stanowczo zaznaczyć, że docelowym odbiorcą tych badań nie są logopedzi. W swojej praktyce spotkałem się niejednokrotnie z logopedami korzystającymi z omawianych badań. O ile dają one jednoznaczną i prostą ocenę rodzicom, o tyle nie posiadają one większej wartości odnośnie do szczegółowego opisu artykulacji i sprawności poszczególnych artykulatorów. Logopedzi powinni korzystać w swojej praktyce ze specjalistycznych, dostępnych na polskim rynku, narzędzi diagnostycznych, które będą służyły nie tylko do badań przesiewowych, ale będą także stanowiły narzędzie przydatne do planowania szczegółowo terapii zaburzeń mowy.

Przejdźmy teraz do badania terapeutycznego, które powinno dać terapiście odpowiedź na szereg pytań, między innymi:

- jaką terapię należy zastosować?
- z jaką częstotliwością powinny odbywać się zajęcia?
- od jakich głosek powinno się zacząć terapię?
- jaki postęp nastąpił od momentu rozpoczęcia terapii?
- czy wady wymowy mają swoje odzwierciedlenie w piśmie (jeżeli jest to dziecko wczesnoszkolne)?
- czy prawidłowy zapis wpływa na artykulację dziecka?

Narzędzia diagnostyczne, jak mówi H. Rodak (1994, 16), zazwyczaj zawierają trzy ważne elementy: metodę bodźców językowych, metodę obrazków językowych, normy interpretacyjne. Kompleksowa ocena mowy pacjenta zawiera nie tylko analizę brzmieniową, ale także opis sprawności aparatu artykulacyjnego, w tym przede wszystkim warg i języka. Podczas sprawdzania artykulacji metodą bodźców słownych wyróżnia się następujące ich typy ze względu na udział bodźców audiowizualnych:

- a) bez bodźców audiowizualnych,
- b) z udziałem słabych bodźców audiowizualnych,
- c) z udziałem silnych bodźców audiowizualnych.

Van Riper (1978) definiuje, zgodnie z nomenklaturą, powyższe bodźce przez audytywny bądź wizualny pokaz dźwięku przez logopedę, które powinien naśladować samodzielnie pacjent.

Opisów badań z udziałem bodźców audiowizualnych w porównaniu z mnogością materiałów diagnostycznych bez ich udziału jest na polskim rynku stosunkowo niewiele. Do powyższych typów dołączyć jednak należy sprawdzenie umiejętności artykulacyjnych dziecka z udziałem bodźców audytywnych, zarówno słabych, jak i silnych<sup>6</sup>, dzięki którym możliwe jest także sprawdzenie słuchu fizjologicznego i fonemowego. Należy jednak pamiętać, że powyższe metody mają przede wszystkim charakter stymulujący i demonstracyjny. Dopełnieniem jest tu badanie artykulacji z wykorzystaniem materiałów badawczych, których prezentacja zamieszczona zostanie poniżej.

Najpopularniejszym materiałem badawczym dostępnym na polskim rynku są obrazki lub kwestionariusze obrazkowe. Logopeda pokazuje dziecku obrazki i prosi, aby je nazwało lub opowiedziało, co na nich widzi. Obrazki pozwalają na określenie, jak wygląda realizacja głoski w określonej pozycji w wyrazie, tj. w nagłosie, śródgłosie i wygłosie – w przypadku głosek bezdźwięcznych, oraz w nagłosie i śródgłosie – w przypadku głosek dźwięcznych. Ważne jest, szczególnie z perspektywy pracy młodych logopedów, takie ułożenie obrazków na podstawie materiału językowego, by pierwsze badane wyrazy nie zawierały trudnych grup spółgłoskowych, w których zawarta jest badana głoska. W przypadku trudniejszych grup spółgłoskowych niemożliwe byłoby zbadanie i opisanie głoski szczególnie w przypadku młodszych dzieci, u których kinestezja artykulacyjna nie osiągnęła jeszcze odpowiedniego poziomu. W przypadku obrazków (wyrazów) najłatwiej jest zaobserwować realizację głoski w prostych wyrazach, w których spółgłoska występuje w sąsiedztwie fonetycznym samogłosek. Dopełnieniem jest tu, o ile to możliwe, zbadanie realizacji w izolacji.

Nie zawsze obrazek prezentowany dziecku sprowokuje do wypowiedzenia oczekiwanego wyrazu i realizacji oczekiwanego przez logopedę dźwięku. Bardzo trudno niekiedy dobrać obrazki tak, by jednoznacznie prowokowały do nazwania przez pacjenta prezentowanego na obrazku przedmiotu<sup>7</sup>.

---

<sup>6</sup> Badanie odbywa się w cichym gabinecie. Dziecko siada naprzeciw osoby badającej, która zasłania usta tekturową karteczką lub dłonią. Zadaniem badanego jest powtórzenie dźwięku bez naśladowania go przez bodźcowanie wizualne.

<sup>7</sup> Każdy logopeda powinien być zatem przygotowany, by zadać dziecku pytania naprowadzające, o których będzie mowa w kolejnej części artykułu. Należy jednak dbać o dyskrecję i swobodę rozmowy na temat prezentowanej ilustracji.

W świetle powyższego kryterium o wiele bardziej czytelne dla dziecka będą obrazki na białym tle, bez elementów dodatkowych. Dobrym przykładem są te dołączone do *Minimum logopedycznego nauczyciela przedszkola* G. Demel (1983), a budzącym wątpliwości – ilustracje w opracowaniu E. Stecko (2009), których duża część to pełne ilustracje z elementami wzbogacającymi, które to elementy mogą kierować uwagę pacjenta na nieistotne szczegóły. Bogate w elementy dodatkowe obrazki są bardziej przydatne przy sprawdzaniu elementów mowy opowieściowej, tworzeniu zdań, sprawności gramatycznej, kiedy pozostawiamy pacjentowi swobodę interpretacyjną.

Coraz rzadziej w badaniach diagnostycznych są stosowane jako narzędzia do badań przedmioty. Wyparte przez obrazki, częściej wykorzystywane są w przypadku bardzo małych dzieci lub dzieci z opóźnieniem rozwoju umysłowego. Z doświadczenia wiadomo, że nie wszyscy pacjenci reagują we właściwy sposób na najlepiej wykonaną ilustrację, z najdokładniej oddanymi szczegółami. Czasami warto wspierać się przedmiotami rzeczywistymi. Tak jest w przypadku wspomnianych młodszych pacjentów z opóźnionym rozwojem mowy, których lepiej prowokują rzeczywiste modele zwierząt w formie zabawek niż ilustracje zwierząt<sup>8</sup>.

Powyższe dwa rodzaje materiału badawczego wspomagane są pytaniami ustnymi. Zadawane pytania mają na celu rozpoczęcie spontanicznej rozmowy, którą logopeda powinien umiejętnie kierować, tj. nie dopuścić, by odbiegła od prowokowanego tematu. Niekiedy, szczególnie w przypadku dzieci starszych, sprawdzenie odbywa się bez pomocy wizualnej, chociażby wtedy, gdy zadajemy zagadkę, np. „po niej kominiarz idzie do góry, by czyścić komin z brudu bury”. Oczekujemy wówczas tylko jednowyrazowej i szybkiej odpowiedzi.

Ciekawą propozycją narzędzia do badań diagnostycznych są opracowane przez H. Rodak (1994, 18) listy wyrazów, zdań i tekstów. Lista ta służy do szybkiego sprawdzenia artykulacji dziecka, które opanowało umiejętność czytania. Takie listy wyrazów mogą być stworzone także na podstawie kwestionariuszy obrazkowych. W przypadku dzieci, które nie potrafią czytać, można stosować zadania oparte na czynnościach w znacznym stopniu zautomatyzowanych, np. mogą one polegać wymienianiu dni tygodnia, pór roku czy wygłoszeniu nauczonego w przedszkolu wierszyka. Należy jednak podkreślić, że taki sposób badania bywa nużący dla osoby diagnozowanej, powinien być zatem stosowany umiejętnie, z wyczuciem czasu.

Jednym z wariantów metody pytań mogą być tzw. czynności ustrukturyzowane (van Riper, 1978). Jest to kontrolowana, aczkolwiek swobodna rozmowa, kierowana w taki sposób, by umiejętnie i dyskretnie móc notować spostrzeżenia odnośnie do artykulacji osoby badanej. Dość trudno jest stworzyć taką atmosferę,

---

<sup>8</sup> W przypadku dzieci dwuletnich pozwala to doskonale zaobserwować naśladownictwo odgłosów zwierząt czy ich otoczenia. Chodzi tu przede wszystkim o formę zabawową, która jest doskonałą szansą obserwacji spontanicznej mowy pacjenta.

by badający nie występował w roli przesłuchującego. Trzeba jednak pamiętać, by rozmowa nie zesłała na boczne tory, gdyż w takim wypadku może być czasochłonne uzyskanie oczekiwanego materiału badawczego, np. badania realizacji określonego dźwięku we wszystkich pozycjach wokalicznych.

Aby sprawdzić, czy dana głoska jest prawidłowo realizowana w izolacji można korzystać z metody badania słabych lub silnych bodźców wizualnych. Materiałem mogą być tu także wyrazy lub zdania, których diagnozę można jednak z powodzeniem przeprowadzić z wykorzystaniem powyżej omawianych sposobów. Dźwięk izolowany (w rozumieniu sytuacji diagnostycznej wydłużony) możliwy jest do oceny przede wszystkim w przypadku samogłosek oraz spółgłosek szczelinowych. Pozostałe dźwięki są już realizowane w połączeniu z elementem samogłoskowym, choć, o ile to możliwe, krótkotrwałym. Jeżeli pacjent ma trudność po jednorazowym pokazaniu sposobu wymawiania głoski, należy czynność powtórzyć, a w razie potrzeby wyjaśnić ułożenie artykulatorów. Jest to jednak ćwiczenie dość żmudne, nie zawsze możliwe do wykonania w przypadku młodszych pacjentów.

Jak podkreśla van Riper (1978), badanie powinno dotyczyć oceny ogólnego brzmienia mowy, dopiero jego dopełnieniem jest szczegółowa ocena realizacji poszczególnych dźwięków mowy. Pierwszą ocenę możemy uzyskać na podstawie swobodnej rozmowy z pacjentem. Jest to punkt wyjścia do badania mowy pacjentów, którzy mają problemy z komunikowaniem się, nie tylko z powodu dyslalii wielorakiej, ale także w wyniku zaburzeń związanych z niewłaściwą techniką oddechową, jękaniem, głosem zbyt głośnym lub nosowaniem. W swojej praktyce logopedzi bardzo często mają do czynienia z pacjentami, których ocena mowy kończy się na ogólnym wrażeniu, którego dopełnienie ma miejsce dopiero po kilku spotkaniach, ponieważ opis artykulacji poszczególnych głosek wymaga czasu i zastosowania odpowiedniego materiału badawczego.

## 5. Analiza wybranych narzędzi diagnostycznych

Prezentowane tu polskie kwestionariusze do badania logopedycznego są jedynie wyborem. Głównym kryterium był poziom dostępności prezentowanych narzędzi w bibliotekach pedagogicznych, gabinetach logopedycznych (w przypadku starszych pozycji) oraz w księgarniach i sklepach internetowych (w przypadku pozycji nowszych)<sup>9</sup>.

<sup>9</sup> Jest to oczywiście uwarunkowane zapotrzebowaniem na dane narzędzia badawcze, co pozostaje w ścisłej relacji z użytecznością oraz popularnością uporządkowanego materiału. W tym przypadku zdefiniowanie grupy najbardziej popularnych materiałów do diagnozy nie jest trudne – wystarczy przyjrzeć się pozycjom używanym w standardowo wyposażonym gabinecie logopedycznym szkoły, przedszkola lub poradni.

Najstarszym kwestionariuszem do badania mowy dziecka jest kwestionariusz autorstwa L. Kaczmarka z 1955 roku. Współcześnie jest on wykorzystywany jako swego rodzaju wzorzec do konstruowania nowych narzędzi.

Kolejny kwestionariusz opracowała w 1968 roku T. Bartkowska. Kwestionariusz ten jest ciągle przydatnym narzędziem do diagnozy logopedycznej, jednak docelowo jest to arkusz, którego główny cel to wychwycenie prawidłowości rozwoju mowy w zakresie fonetyki. Zarzuty, jakie pojawiają się pod adresem tego kwestionariusza, dotyczą:

- a) niezbyt klarownej relacji pomiędzy głoską a literą,
- b) niedostosowanie materiału językowego do możliwości artykulacyjnych dziecka<sup>10</sup> (por. Sołtys-Chmielowicz 2011, 72).

Jednym z popularniejszych oraz najbardziej przemyślanych narzędzi diagnostycznych jest kwestionariusz opracowany przez D. Antos, G. Demel i I. Styczek (1978). Test jest ułożony z kart, na których na jednej stronie znajdują się obrazki do danej głoski, a na jej odwrocie – ilustracja sytuacyjna, do której omówienia należy użyć wyrazów zawierających pożądany dźwięk. Narzędzie to może zostać wykorzystane zarówno do diagnozy, jak i terapii logopedycznej. Na materiale obrazkowym i językowym można stworzyć ciekawe ćwiczenia do określonego etapu terapii.

Bardzo rozpowszechniony jest kwestionariusz opracowany przez Genowefę Demel (1978). Zawiera on 12 kolorowych kart, na których znajdują się – oprócz 12 obrazków do konkretnych głosek lub grup głosek – także uzupełnienia wyrazowe do obrazków. Do oceny mowy narracyjnej dołączono kartę „Co kto robi?”. Karty mogłyby zostać tutaj podzielone osobno dla danej głoski tak, by obrazki były większe, a przede wszystkim bardziej czytelne. Aby zapewnić odpowiednie skupienie dziecka, najbardziej pożyteczne byłoby stworzenie osobnych obrazków dla danego wyrazu. Rozmieszczenie 12 ilustracji na jednej karcie może utrudniać pracę szczególnie z dziećmi, które mają deficyty w zakresie koncentracji wzrokowej<sup>11</sup>. Atutem kwestionariusza G. Demel jest to, że może on zostać wykorzystany do badania słuchu fonematycznego.

Zaburzenia artykulacji bardzo często wynikają z zaburzeń słuchu fonematycznego czy analizy i syntezy sylabowej. Do tego typu badań wykorzystuje się kwestionariusze I. Styczek (1982) oraz B. Roślawskiego (1991), które wzbogacone zostały rozważaniami teoretycznymi i komentarzem.

<sup>10</sup> Głównym brakiem jest ominięcie w diagnozie głoski [y] jako trudnej z perspektywy „obrazkowej”. Do badania tej samogłoski przygotowano m.in. obraz ryby. Rzadko jednak dzieci trzy-, czteroletnie realizują tę trudną głoskę, w wyniku czego powstaje realizacja [l'iba].

<sup>11</sup> Przykładem kwestionariusza, którego ilustracje zawarte są na pojedynczych kartach, jest *Od obrazka do słowa* H. Rodak oraz D. Nawrockiej. Barwne ilustracje mogą być również z powodzeniem wykorzystywane w terapii dzieci z opóźnionym rozwojem mowy.

Innymi narzędziami diagnostycznymi dostępnymi na polskim rynku wydawniczym są kwestionariusze B. Ročlawskiego (1981), tzw. test ortofoniczny, *Przesiewowy test logopedyczny* Z. Tarkowskiego (1994), *Logopedyczny test przesiewowy dla dzieci w wieku szkolnym* S. Grabiasa, Z.M. Kurkowskiego oraz T. Woźniaka (2007), *Sprawdź, jak mówię* E. Stecko (2009) oraz *Dialogowy test artykulacji* A. Majewskiej-Tworek (2004).

Poza oceną artykulacji bardzo ważnym elementem badania diagnostycznego jest określenie sprawności aparatu artykulacyjnego, głównie warg i języka. Przykładem oddającym postępowanie logopedyczne na tym etapie sprawdzania jest *Karta badania motoryki artykulacyjnej* H. Rodak (1994). Wśród 12 prób sprawności języka i 12 prób warg znajdujemy kolejno:

- a) próby języka – 1. wysuwanie i chowanie języka, 2. opuszczanie języka na brodę, unoszenie do nosa, 3. kierowanie języka do kąćków ust, 4. przewężanie języka (grot – język wąski), 5. rozplaszczanie języka (szeroki – łopata), 6. unoszenie języka do podniebienia, 7. podnoszenie brzegów języka (nerka), 8. ułożenie języka w kształt łyżeczki, 9. oblizywanie warg przy otwartych ustach, 10. oblizywanie językiem zębów, 11. kłaskanie językiem, 12. wypychanie policzków językiem;
- b) próby warg – 1. zaciskanie warg, 2. zakrywanie wargi dolnej wargą górną, 3. zakrywanie wargi górnej wargą dolną, 4. przesuwanie na boki zamkniętych warg, 5. ściąganie i rozciąganie warg, 6. układanie warg w ryjek, 7. gwizdanie, 8. nadymanie policzków, 9. wibrowanie warg, 10. przepychanie powietrza wewnątrz jamy ustnej, 11. cmokanie, 12. parskanie.

Narządy mowy uznaje się za sprawne, gdy dziecko zdobędzie minimum 8 punktów z każdej próby.

Każda obserwacja motoryki aparatu artykulacyjnego i jego poszczególnych funkcji pozwala na określenie przyczyn problemu z realizacją odpowiadających ćwiczeniu głosek. Jest to także obraz ćwiczeń aparatu artykulacyjnego, jakie będą potrzebne w planowanej terapii.

Ciekawym wyznacznikiem sprawności aparatu artykulacyjnego, szczególnie dla dzieci starszych, jest propozycja minimum gimnastycznego J. Falany-Kozłowskiej (2003). Nie potrzeba bowiem wykonywać wszystkich ćwiczeń, by sprawdzić gotowość artykulatorów do realizacji określonych głosek, szczególnie tych, z którymi dzieci mają największe problemy<sup>12</sup>. Ważne jest dobranie materiału adekwatnego do możliwości poznawczych i motoryczno-artykulacyjnych pacjenta.

---

<sup>12</sup> Chodzi o głoski szeregu syczącego, ciszącego, szumiącego oraz głoski [r].



## Uwagi końcowe

W świetle powyższych rozważań pozostaje postawić sobie pytanie, z jakich materiałów badawczych korzystać, by diagnoza była trafna i jednocześnie komfortowa dla pacjenta. Wspólne dla wszystkich przedstawionych w tym artykule kwestionariuszy jest to, że zbadają realizację dźwięków mowy (fonemów-głosek) w kontekstach fonologicznych. U dzieci przedszkolnych i wczesnoszkolnych zaburzenia mają zazwyczaj charakter paradygmatyczny<sup>13</sup>. W przypadku opóźnionego rozwoju mowy obserwowalne są liczne zniekształcenia, przestawki, substytucje czy elizje o zmiennym charakterze. Powyższe fakty zmuszają terapeutę do umiejętnego korzystania z licznych, często różnych, narzędzi badawczych. Warto zatem korzystać z takich pomocy, które ułożone są przejrzysto pod względem metodycznym i językowym. Trafna diagnoza to punkt wyjścia do dobrze zaplanowanej terapii logopedycznej, która przynosi wymierne korzyści dla pacjenta, jak również logopedy.

## BIBLIOGRAFIA:

- Antos D., Demel G., Styczek I., 1978, *Jak usuwać seplenienie i inne wady wymowy*, Warszawa.
- Bartkowska T., 1968, *Rozwój wymowy dziecka przedszkolnego jako wynik oddziaływań wychowawczych rodziny i przedszkola*, Warszawa.
- Demel G., 1983, *Minimum logopedyczne nauczyciela przedszkola*, Warszawa.
- Emiluta-Rozya D., Mierzejewska H., Atys P., 2011, *Badania przesiewowe do wykrywania zaburzeń rozwoju mowy u dzieci dwu-, cztero- i sześciolletnich*, Warszawa.
- Falana-Kozłowska J., 2003, *Minimum gimnastyczne dla szeregów sz, ż, cz, dż, s, z, c, dz, ś, ź, ć, dź, głoski r*, Radomsko.
- Grabias S., Kurkowski Z.M., Woźniak T., 2007, *Logopedyczny test przesiewowy dla dzieci w wieku szkolnym*, Lublin.
- Kaczmarek L., 1955, *Kwestionariusz do ustalania zaburzeń mowy u dzieci*, Poznań.
- Kania J.T., 2001, *Szkice logopedyczne*, Lublin.
- Majewska-Tworek A., 2004, *Dialogowy test artykulacji*, Lublin.
- Ostapiuk B., 2002, *Rodzaje i jakość dźwiękowych realizacji polskiego fonemu [r] w ankyloglosji*, „Logopedia” 30, s. 91-103.
- Ostapiuk B., 2002, *Dziecięca artykulacja czy wada wymowy – między fizjologią a patologią*, „Logopedia” 31, s. 95-156.
- van Riper Ch., 1978, *Speech Correction. Principles and Methods*, Englewood Cliffs, N.J. Prentice Hall.
- Rodak H., 1994, *Terapia dziecka z wadą wymowy*, Warszawa.
- Rodak H., Nawrocka G., 2010, *Od obrazka do słowa*, Warszawa.

<sup>13</sup> Mowa oczywiście o dzieciach w normie intelektualnej.

- Rodak H., Wójtowiczowa J., 1986, *Terapia logopedyczna zaburzeń artykulacji*, Warszawa.
- Rocławski B., 1991, *Słuch fonemowy i fonetyczny*, Gdańsk.
- Sołtys-Chmielowicz A., 2011, *Zaburzenia artykulacji. Teoria i praktyka*, Kraków.
- Stecko E., 2009, *Sprawdź, jak mówię*, Warszawa.
- Styczek I., 1982, *Badanie i kształtowanie słuchu fonematycznego*, Warszawa.
- Tarkowski Z., 1994, *Przesiewowy test logopedyczny*, Lublin.

**Diagnostic tools used to detect articulation defects in children  
at the preschool and early school age**

**Summary**

The main idea of this article was to analyse and describe the usefulness of diagnostic tools available on the Polish publishing market that can be employed to detect articulation defects in children at the preschool and early school age. In the theoretical part, the purposefulness of each logopaedics diagnostic procedure is described and then the criteria of correct articulation are defined. From the perspective of speech therapy practice, a crucial distinction is made between articulation defects and articulation errors. The article also defines the types of research procedures which are followed when identifying and describing all articulation defects in children. In the final part of the article the author presents picture questionnaires for speech therapy purposes which have been developed in Poland in the course of many years.

JUSTYNA ŻULEWSKA  
(Uniwersytet Warszawski, Warszawa)

## ZABURZENIA MOWY U DZIECI Z DYSTROFIĄ MIĘŚNIOWĄ DUCHENNE’A

**ABSTRAKT:** W artykule opublikowane zostały wyniki badań ukazujące zaburzenia mowy u dzieci z dystrofią mięśniową Duchenne’a. Uzyskane wyniki badań przedstawiają obraz zaburzeń charakterystycznych dla dzieci z tą chorobą. Są to: obniżona sprawność aparatu artykulacyjnego, nieprawidłowa artykulacja, nieprawidłowa intonacja oraz akcent zdaniowy, problemy z utrzymaniem właściwego rytmu i tempa mówienia, dyskoordynacja oddechowo-fonacyjno-artykulacyjna, problemy z napięciem głosu, nieprawidłowy typ i rytm oddychania. W obrazie klinicznym dystrofii mięśniowej Duchenne’a zaburzenia mowy zajmują istotne miejsce. Podkreślono konieczność objęcia dzieci dotkniętych tą chorobą terapią logopedyczną.

**SŁOWA KLUCZOWE:** dystrofia mięśniowa Duchenne’a, mowa dzieci z dystrofią mięśniową

### WPROWADZENIE

Dystrofie mięśniowe Duchenne’a tradycyjnie definiowane są jako grupa genetycznie uwarunkowanych schorzeń, w których występuje postępujące zwyrodnienie mięśni szkieletowych, bez zaburzeń ze strony centralnego lub obwodowego układu nerwowego (Jóźwiak 2003). W dystrofii Duchenne’a stwierdza się w mięśniu brak lub śladowe ilości dystrofiny. Białko to jest ważne dla pracy mięśni, a jego brak powoduje postępujące osłabienie mięśni. Ważną rolę w powstawaniu dystrofii odgrywa czynnik genetyczny. Zgromadzono wiele obserwacji przemawiających na korzyść tego, że dziedziczenie ma charakter ustępujący sprzężony z płcią męską. Kobiety chorują na tę postać wyjątkowo rzadko, są jednak nosicielkami genu chorobotwórczego (McGuire 1989). Częstotliwość występowania dystrofii mięśniowej Duchenne’a wynosi jeden przypadek na 3000-3500, tj. 300 na milion nowo narodzonych chłopców (Emery i Muntoni 2003).

Pierwsze objawy kliniczne dystrofii mięśniowej pojawiają się pomiędzy drugim a szóstym rokiem życia. W tym okresie rodzice zauważają, że ich dziecko nieprawidłowo rozwija się pod względem ruchowym lub przejawia specyficzne zachowania ruchowe (pierwsze kroki stawia na palcach, skarży się na bóle nóg, często upada, ma niezgrabny chód, zaburzenia równowagi oraz

problemy we wchodzeniu na schody lub we wstawaniu z pozycji siedzącej albo leżącej).

Zanik i osłabienie dotyczy głównie mięśni pasa biodrowego oraz ksoalnych mięśni kończyn dolnych. W następnej kolejności atakowane są mięśnie pasa barkowego. W okresie późniejszym osłabione zostają i inne mięśnie (Walda i Członkowska 1987). Proces chorobowy jest ciągły, ale wykazuje znaczne różnice zaawansowania i ciężkości stanu pacjenta. Od 8.-9. roku życia rozwijają się przykurcze, głównie ścięgna Achillesa. Około 9.-10. roku życia chorzy nie mogą samodzielnie wstawać oraz siadać, chód możliwy jest tylko z pomocą, w okresie między 10. a 14. rokiem życia przestają samodzielnie chodzić. Średni wiek unieruchomienia przypada na 12.-13. rok życia (Bach 1994). Śmierć pacjenta następuje zazwyczaj przed 20. rokiem życia z powodu powikłań krążeniowo-oddechowych.

W przebiegu choroby dochodzi do stopniowego zaniku mięśni, utraty siły mięśni i ograniczeń ruchowych. W związku z powyższym w przebiegu choroby proces płynnego, sprawnego wypowiedania się może ulec zaburzeniom. Przeprowadzone badania zmierzały do przedstawienia stanu mowy dzieci z dystrofią mięśniową Duchenne'a. Artykuł zawiera opis i wyniki badań przeprowadzonych przez autorkę na grupie pięciorga dzieci z DMD w wieku 12-13 lat. Szczegółowo przeanalizowano: zaburzenia mowy obserwowane u tych dzieci oraz zależność między prezentowanymi objawami zaburzeń mowy a dystrofią mięśniową Duchenne'a.

## **METODA BADAŃ**

### **Osoby badane**

Badaniem zostało objętych pięcioro dzieci chorych na dystrofię mięśniową Duchenne'a. Wiek badanych dzieci to 12-13 lat. Szczegółowe informacje dotyczące badanych przedstawione zostały w tabeli 1. Dane dotyczące obrazu klinicznego dzieci uzyskano za pomocą analizy dokumentacji (historii choroby). Dane na temat przebiegu terapii mowy uzyskano z wywiadu z matką.

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy

Osoby badane	Wiek	Wiek zdiagnozowania choroby	Główne objawy kliniczne	Terapia logopedyczna
1	13,2 lat	6 lat	Ogólna niezgrabność ruchowa, problemy przy wstawaniu i we wchodzeniu po schodach. W wieku 12,7 lat operacja polegająca na wydłużeniu ścięgna Achillesa.	Terapia logopedyczna (od 3. do 7. roku życia) prowadzona ze względu na opóźniony rozwój mowy. Obecnie brak zajęć logopedycznych.
2	13,4 lat	3 lata	Porusza się na wózku inwalidzkim (od 3 miesięcy).	Zajęcia logopedyczne w przedszkolu. Obecnie zajęcia logopedyczne raz w tygodniu w szkole.
3	12,2 lat	6 lat	Problemy z równowagą, wstawaniem z pozycji siedzącej, wchodzeniem po schodach.	Zajęcia logopedyczne w przedszkolu. Obecnie zajęcia logopedyczne raz w tygodniu w szkole.
4	13 lat	6 lat	Porusza się na wózku inwalidzkim (od 6 miesięcy).	Zajęcia logopedyczne w przedszkolu. Obecnie zajęcia logopedyczne w szkole.
5	12 lat	8 lat	Bardzo wolny chód, nie biega, nie jeździ na rowerze.	Zajęcia logopedyczne w przedszkolu. Obecnie brak terapii logopedycznej.

### Narzędzia badawcze

Ciężkość zaburzeń mowy ustalono w oparciu o *Skale dysartrii* opracowaną przez U. Mirecką i K. Gustaw oraz uzupełniono próbami z badania logopedycznego według *Frenchay Dysarthria Assessment*. Użyte metody badawcze pozwoliły na ocenę poszczególnych aspektów mowy: czynności odruchowych, czynności fizjologicznych w obrębie aparatu mowy, budowy aparatu artykulacyjnego, stanu funkcjonowania mięśni aparatu artykulacyjnego, artykulacji, rezonansu, prozodii, fonacji, oddychania, ruchów naprzemiennych.

Badanie odbywało się w domu dziecka. W zależności od możliwości badanego zajęcia trwały 40 bądź 60 minut. Liczba spotkań również była dobrana indywidualnie do potrzeb danego dziecka, do jego tempa pracy, było to 5-6 spotkań. Rozmowy z chorymi zostały zarejestrowane za pomocą dyktafonu cyfrowego.

**WYNIKI:****OCENA ZABURZEŃ MOWY U DZIECI Z DYSTROFIĄ MIĘŚNIOWĄ DUCHENNE'A****Budowa aparatu artykulacyjnego**

Oceniając budowę aparatu artykulacyjnego dzieci z dystrofią mięśniową Duchenne'a, zauważa się nieprawidłowości. Czworo dzieci ma przerośnięty język – makroglosja. Poza tym widoczne są nieprawidłowości dotyczące zgryzu. Czworo z badanych ma wady zgryzu, są to: tyłozgryz, zgryz otwarty. Widoczne są duże szczeliny między bocznymi zębami u badanych. Podniebienie twarde jest zbudowane nieprawidłowo u dwojga dzieci (podniebienie gotyckie). U jednego z badanych nieprawidłowa jest budowa podniebienia miękkiego, jest ono skrócone i mało ruchome. Budowa nosa, zuchwy u wszystkich dzieci jest prawidłowa. Dwoje z badanych ma dużą górną wargę.

**Czynności fizjologiczne w obrębie aparatu artykulacyjnego**

Oceniając czynności fizjologiczne w obrębie aparatu artykulacyjnego u dzieci z dystrofią mięśniową Duchenne'a (odgryzanie, żucie, gryzienie, połykanie), nie zauważa się nieprawidłowości. Badani jedzą samodzielnie wszystkie pokarmy, jednak jedzenie i picie jest przedłużone. Przy picciu zauważa się więcej przerw, niż to konieczne.

**Sprawność aparatu artykulacyjnego**

Sprawność aparatu artykulacyjnego u dzieci z dystrofią mięśniową Duchenne'a jest znacznie obniżona. Żadne z dzieci nie wykonało próby polegającej na zwięzaniu języka („grot”), a próba naprzemiennego wykonania ruchów „łopata – grot” u czworga dzieci nie przypominała zademonstrowanej. Żaden z badanych nie potrafił wysunąć języka bez opierania go o dolne zęby. Bardzo duże trudności pojawiły się w próbach związanych z sekwencją ruchów języka w poziomie i pionie oraz jednoczesnym ruchem języka w poziomie i pionie. Wykonywane ruchy nie przypominały zademonstrowanej próby. Dużą trudność sprawiają również próby oparte na uniesieniu języka. Wszystkie dzieci mają duży język, przy wykonywaniu ruchów wychodzi on poza jamę ustną. Często badani nie są w stanie zapanować nad ruchami języka. Dużą trudność sprawia dzieciom zapamiętanie kolejności następujących po sobie ruchów.

Motoryka zuchwy jest nieznacznie obniżona u trojga chorych dzieci. Trudności dotyczyły głównie: przesuwania zuchwy w prawą i lewą stronę, wykonywania

ruchów kolistych żuchwą. Jeden z badanych w ogóle nie wykonał powyższych prób. Utrudnione jest otwieranie i zamykanie ust.

Próby motoryki warg nie zostały wykonane poprawnie przez dzieci z dystrofią mięśniową Duchenne'a. Żadne z nich nie potrafiło zaokrąglić warg (dzióbek). U czworga dzieci wystąpiły problemy z wykonaniem uśmiechu na przemian lewą i prawą stroną warg. Troje dzieci nie wykonało próby polegającej na naprzemiennym zaokrągleniu i spłaszczaniu warg.

### **Artykulacja poszczególnych głosek**

Bardzo charakterystyczna dla artykulacji badanych dzieci jest międzyzębowa realizacja trzech szeregów. Sygmatyzm interdentalny występuje u czworga badanych dzieci z dystrofią mięśniową Duchenne'a. Dwoje badanych realizuje w ten sposób wszystkie trzy szeregi, dodatkowo zdarza się międzyzębowa artykulacja również głoski [n]. Z kolei głoski [š], [ž], [č], [ž] mają często utylnioną artykulację. Dla jednego z badanych charakterystyczna jest boczna realizacja głosek [s], [z], [c], [z] oraz głosek [š], [ž], [č], [ž] (sygmatyzm lateralny). Poza tym widoczne jest u chłopca przesunięcie miejsca artykulacji do przodu przy większości głosek [š], [ž], [č], [ž]. U trojga dzieci pojawia się osłabiona i ściśzona realizacja części głosek lub sylab, znajdujących się w wygłosie wyrazu. W pojedynczych przypadkach mamy również do czynienia z utylnieniem artykulacji głoski [k] i [t], realizacją głoski [r] jako [l] lub jako [l] z małą wibracją, z utylnioną artykulacją głosek [š], [ž], [č], [ž], nieprawidłową realizacją rezonansu nosowego. Warto zaznaczyć, że wymienione wyżej nieprawidłowości nasilają się podczas mowy spontanicznej dzieci.

### **Realizacja rezonansu nosowego w wyrazach i zdaniach powtarzanych przez dziecko**

Realizacja cechy: ustność jest prawidłowa u czworga dzieci, co świadczy o prawidłowej wydolności podniebленно-gardłowej, natomiast u jednego badanego pojawia się rezonans nosowy zarówno w wyrazach, jak i zdaniach swobodnych. Mamy tu do czynienia z nosowaniem otwartym.

### **Stan elementów prozodycznych mowy**

Widoczne są umiarkowanie nasilone nieprawidłowości intonacji. Każde z wypowiedzianych przez dzieci zdań brzmi prawie tak samo. Ten sam problem

dotyczy wypowiedzi swobodnych, linia intonacyjna jest monotonna. Pojawiają się nieprawidłowości akcentu zdaniowego, akcent jest zbyt słaby. Duże problemy z utrzymaniem właściwego rytmu, szczególnie w wypowiedziach swobodnych. Związane jest to z trudnościami oddechowymi. Tempo mówienia jest zbyt wolne. Długość fraz w powtarzanych zdaniach jest prawidłowa, bywa jednak zaburzona w wypowiedziach swobodnych. Widoczna jest również dyskoordynacja oddechowo-fonacyjno-artykulacyjna, głównie w wypowiedziach swobodnych dzieci, co wpływa negatywnie na prozodię wypowiedzi oraz jej zrozumiałość. Bardzo charakterystyczne jest mówienie resztkami powietrza oraz wykonywanie dodatkowych wdechów.

### **Stan fonacji**

U trojga dzieci fonacja [a] trwa ponad 5 sekund, ale występują niewielkie nieprawidłowości w jej przebiegu. W przypadku dwojga fonacja [a] trwa ponad 5 sekund i jest prawidłowa. U czworga dzieci natężenie głosu jest zbyt małe. Zwiększanie i zmniejszanie natężenia głosu następuje zbyt gwałtownie u trojga dzieci. Pozostałe dzieci zwiększają i zmniejszają natężenie głosu tylko w niedużym stopniu. Głos trojga badanych jest cichy i słaby. Jeden z badanych ma niski głos, czasem pojawia się chryпка. Charakterystyczne dla wszystkich dzieci jest zbyt szybkie przejście do form skrajnych podczas podwyższania i obniżania wysokości głosu.

### **Typ i rytm oddychania w spoczynku i podczas mówienia**

Troje badanych reprezentuje szczytowy typ oddychania, dwoje piersiowy sposób oddychania. We wszystkich przypadkach oddychanie jest zaburzone. Oddech jest splotycony, nieregularny, widoczna jest zbyt krótka faza wydechu podczas wypowiedzi spontanicznych. Podczas wypowiadania dłuższych zdań charakterystyczne jest przerywanie zdania w środku, nabieranie dodatkowego powietrza, mówienie resztkami powietrza. Zaburzenia te są mniej nasilone u dwóch chłopców. Może to jednak wynikać z tego, że chłopcy ci są młodszy od pozostałych, a zaburzenia w oddychaniu nasilają się wraz z wiekiem. U dwojga dzieci długość wydechu podczas emisji [s] trwa ponad 5 sekund i jest prawidłowa, natomiast u jednego dziecka trwa jedynie 5 sekund. U dwojga pozostałych emisja [s] jest prawidłowa, ale trwa zaledwie 4 sekundy. Podobnie prezentuje się próba dotycząca emisji serii [s]. Tu jednak trudno podać dokładne wyniki, głównie z powodu złej realizacji próby.



## Ruchy naprzemienne

Ruchy naprzemienne sprawiają pewne trudności. Dzieci starają się wykonać określone ruchy bardzo szybko, co powoduje, że sposób wykonania ruchu jest niedokładny. Szczególne trudności u wszystkich dzieci pojawiają się w próbie szybkiego powtarzania [pa-ta-ka], dzieci wypowiadają zupełnie inne dźwięki lub przerwy między kolejnymi powtórzeniami są za duże. Podobne problemy występowały przy szybkim powtarzaniu [a-y] i [a-i].

## WNIOSKI:

### WPLYW DYSTROFII MIĘŚNIOWEJ DUCHENNE'A NA MOWĘ DZIECKA

Z przeprowadzonych badań można wnioskować, że dystrofia mięśniowa Duchenne'a może mieć niekorzystny wpływ na: budowę aparatu artykulacyjnego (makroglosja, wady zgryzu), sprawność aparatu artykulacyjnego (szczególnie motoryki języka i zuchwy), nieprawidłową artykulację (głównie z powodu przerośniętego języka, wad zgryzu, obniżonej sprawności aparatu artykulacyjnego, nasilonych problemów w oddychaniu), nasilone nieprawidłowości intonacji (monotonna), akcent zdaniowy (akcent zbyt słaby), na utrzymanie właściwego rytmu, szczególnie w wypowiedziach swobodnych (związane jest to z trudnościami oddechowymi), tempo mówienia (zbyt wolne), długość fraz w wypowiedziach swobodnych, dyskoordynację oddechowo-fonacyjno-artykulacyjną, natężenie głosu (zbyt małe), jakość głosu (jest dość cichy i słaby), typ i rytm oddychania (szczytowy typ oddychania lub piersiowy sposób oddychania, oddech splotycony, nieregularny).

Z powodu podanych wyżej trudności mowa dzieci z dystrofią mięśniową Duchenne'a może być spowolniona, fragmentaryczna, mogą wystąpić niekontrolowane przerwy w mówieniu, dodatkowe wdechy podczas mówienia, mówienie na wdechu lub mówienie resztkami powietrza. Szczególny wpływ na mowę dzieci z dystrofią mięśniową mają zaburzenia oddechowe. Zwiększają się one wraz z postępowaniem choroby. Na pogłębienie się zaburzeń oddechowych wpływają: siedząca pozycja ciała, skrzywienie boczne odcinka piersiowego kręgosłupa często połączone ze zwiększeniem kifozy tego odcinka, co jest powodem usztywnienia lub ograniczenia ruchomości żeber. Poza tym przerost języka, wady zgryzu, obniżona sprawność aparatu artykulacyjnego wpływają na artykulację i wyrazistość wypowiedzi. Zaburzenia w prozodii powodują, że mowa dziecka jest monotonna, powolna, akcent wyrazowy bardzo słabo zaznaczony. Pojawiają się problemy ze zwiększeniem i obniżeniem wysokości głosu oraz ze zwiększeniem i zmniejszeniem jego natężenia. Zatem wpływ dystrofii mięśniowej Duchenne'a na mowę dziecka jest bardzo duży i ważną rolę w poprawie funkcjonowania może odegrać odpowiednio przygotowany program usprawniania logopedycznego.

Tabela 2. Wyniki badania mowy uzyskane przez poszczególnych badanych

Badani	Budowa aparatu artykulatoryjnego	Czynności fizjologiczne w obrębie aparatu artykulatoryjnego	Sprawność aparatu artykulatoryjnego	Artikulacja poszczególnych głosek	Realizacja rezonansu nosowego w wyrazach i zdaniach
<b>1</b>	Góna warg du¿a, makroglosja, tyłozgryz, podniebienie miękkie jest skrócone i mało ruchome.	Szczytowy sposób oddychania, ruchy podczas ¼ucia bardzo powolne.	Motoryka języka i ¼uchwy oraz podniebienia miękkiego znacznie obniżona, motoryka warg obniżona w niewielkim stopniu.	Umiarkowany stopień trudności artykulatoryjnych. Międyzyębowa realizacja trzech szeregów, w niektórych wymówieniach również głoski [n], część głosek lub sylab ma osłabioną, ściżoną realizację. W wyrazach, zdaniach, a szczególnie w wypowiedziach swobodnych pojawiają się elizje lub upraszczenie grup spółgłoskowych. Sporadycznie występuje utylnienie artykulacji głosek [k] i [t].	Nieprawidłowości rezonansu występują w około 50-80% wyrazów.
<b>2</b>	Język jest du¿y (nie jest to jednak makroglosja).	Szczytowy sposób oddychania, ruchy podczas ¼ucia bardzo powolne.	Motoryka języka umiarkowanie obniżona, motoryka warg oraz ¼uchwy nieznacznie obniżona.	Umiarkowany stopień trudności artykulatoryjnych – międyzyębowa realizacja trzech szeregów. Poza tym część głosek lub sylab znajdujących się w wygłosie wyrazu ma osłabioną, ściżoną realizację.	+
<b>3</b>	Język – makroglosja, podniebienie twarde – gotyckie, du¿e przerwy pomiędzy dolnymi zębami.	Piersiowy sposób oddychania.	Motoryka języka znacznie obniżona, motoryka warg nieznacznie obniżona.	Umiarkowany stopień trudności artykulatoryjnych. Międyzyębowa realizacja trzech szeregów, a w niektórych wymówieniach również głoski [n], w wypowiedziach swobodnych sporadycznie występują upraszczenia grup spółgłoskowych. Poza tym widoczna jest realizacja głosek [r] jako [l] lub jako [l] z małą wibracją. Zdarza się, że Michał zastępuje głoski [š] i [ž] przez głoskę [s] i [z], szczególnie w mowie spontanicznej.	Nieprawidłowości rezonansu występują w około 20-50% wyrazów.

4	Makroglosja, zgryz otwarty.	Szczytowy sposób oddychania.	Motoryka języka znacznie obniżona, motoryka warg oraz żuchwy nieznacznie obniżona.	Umiearkowany stopień trudności artykulatoryjnych. Międzyzębowa realizacja głosek [s], [z], [c], [ʃ], a w niektórych wymówieniach również głosek [ʂ], [ʐ], [č], [č̣], [ʃ]. Z kolei głoski [ʂ], [ʐ], [č], [č̣] mają często utylnioną artykulację. Poza tym część głosek lub sylab ma osłabioną, ściśzoną realizację.	+
5	Makroglosja, przy zwarcie siekacze górne i dolne stykają się ze sobą brzegami siecznymi. Między boczными zębami dość duża szczelina.	Piersiowy sposób oddychania.	Motoryka języka znacznie obniżona, motoryka warg oraz żuchwy jest nieznacznie obniżona.	Umiearkowany stopień trudności artykulatoryjnych. Charakterystyczna dla artykulacji jest boczna realizacja głosek [s], [z], [c], [ʃ] oraz głosek [ʂ], [ʐ], [č], [č̣], [ʃ]. Widoczne jest też przesunięcie miejsca artykulacji do przodu przy większości głosek [ʂ], [ʐ], [č], [č̣].	+

Tabela 3. Wyniki badania mowy uzyskane przez poszczególnych badanych

Badani	Stan elementów prozodycznych mowy	Stan fonacji	Typ i rytm oddychania w spoczynku i podczas mówienia	Ruchy naprzemiennie
1	<p>Umiarkowanie nasilone nieprawidłowości. Intonacja, akcent, tempo i rytm w wypowiedziach chłopca są nieprawidłowe. Każde ze zdań wypowiedzianych jest w ten sam sposób. Dodatkowo zdania są przerywane z powodu trudności oddechowych. Duża część wypowiedzi chłopca realizowana jest z nieodpowiednim akcentem. Podczas zwalniania lub przyspieszania tempa mówienia, widoczne przestawienia wyrazów w zdaniu, dłuższe przerwy w wypowiedziach. Długość fraz w zdaniach jest prawidłowa, natomiast w wypowiedziach swobodnych jest zbyt krótka. Zaburzona jest synchronizacja oddychania, fonacji i artykulacji, szczególnie w wypowiedziach swobodnych chłopca. Mówienie resztkami powietrza, czasem na wdechu.</p>	<p>Umiarkowanie nasilone nieprawidłowości. Fonacja [a] trwa ponad 5 sekund, ale występują nieprawidłowości w jej przebiegu. Bardzo duży problem pojawia się przy podwyższaniu i zmniejszaniu natężenia głosu oraz podwyższaniu i obniżaniu jego wysokości.</p>	<p>Umiarkowanie nasilone nieprawidłowości. Oddychanie spłycone, nieregularne. Zbyt krótka faza wydechu podczas wypowiedzi spontanicznych. Zauważa się dobieranie powietrza w środku wyrazu; koniec wyrazu jest często pomijany lub wypowiedziany bardzo cicho i niewyraźnie. Głos jest słaby i bardzo cichy.</p>	<p>Umiarkowanie nasilone nieprawidłowości. Widoczne niekontrolowane ruchy. Zakłócona kolejność wykonywanych ruchów.</p>
2	<p>Znacznie nasilone nieprawidłowości. Obniżona jest zdolność do naśladowania intonacji. Intonacja w wypowiedziach spontanicznych jest monotonna, a akcent zbyt słaby. Utrzymanie właściwego rytmu, szczególnie w wypowiedziach swobodnych jest bardzo trudne. Związane jest to z trudnościami oddechowymi. Tempo mówienia jest zbyt wolne. Nie stwierdza się problemów z przyspieszaniem i zwalnianiem tempa. Długość fraz w wypowiedziach swobodnych jest nieprawidłowa. Poważnie zaburzona jest synchronizacja oddychania, fonacji i artykulacji zarówno w wyrazach, jak i zdaniach i dłuższych wypowiedziach swobodnych. Obserwuje się mówienie resztkami powietrza, dobieranie powietrza w trakcie wypowiedziania słów, dodatkowe wdechy.</p>	<p>Umiarkowanie nasilone nieprawidłowości. Nastawienie głosu podczas emisji [a] jest twarde. Fonacja [a] trwa ponad 5 sekund, ale występują nieprawidłowości w jej przebiegu. Natężenie głosu podczas mówienia jest niestabilne, choć w większości wypowiedziach głos jest zbyt niski. Zwiększenie i zmniejszenie natężenia głosu następuje zbyt gwałtownie, ta sama trudność pojawia się przy podwyższaniu i obniżaniu wysokości głosu. Głos jest niski, czasem pojawia się chrypka.</p>	<p>Umiarkowanie nasilone nieprawidłowości. Oddychanie w spoczynku i podczas mówienia jest spłycone, poza tym podczas mówienia dość nieregularne. Podczas wypowiedziania dłuższych zdań obserwuje się przerywanie zdania w środku, nabieranie dodatkowego powietrza, mówienie resztkami powietrza. Długość wydechu podczas emisji [s] trwa 5 sekund i jest prawidłowa. Długość wydechu podczas emisji serii [s] trwa 5 sekund, ale występują niewielkie nieprawidłowości.</p>	<p>Niewielkie nieprawidłowości. Ruchy naprzemiennie wykonywane dość dobrze, zauważa się pewne problemy przy ściągnięciu i rozciągnięciu warg oraz podczas przesuwania języka do prawego i lewego kąca warg. Podczas powtarzania [a-y] i [a-i] przerwy między kolejnymi powtórzeniami są dość duże.</p>

3	<p>Niewielkie nieprawidłowości. Naśladowanie intonacji oraz intonacja w wypowiedziach swobodnych są dość monotonne. Akcent zdaniowy jest słabo zaznaczony podczas próby naśladowania różnych wzorców akcentowania, rytm wypowiedzi, szczególnie w wypowiedziach swobodnych – nieprawidłowy. Badany bardzo często powtarza pierwszą sylabę wyrazu, który chce powiedzieć, powoduje to zakłócenie zarówno rytmu jak i tempa wypowiedzi. Długość fraz w powtarzanych zdaniach jest prawidłowa, bywa jednak zaburzona w wypowiedziach swobodnych.</p>	<p>Niewielkie nieprawidłowości. Fonacja [a] trwa ponad 5 sekund i jest prawidłowa. Natężenie głosu podczas mówienia jest zbyt małe, głos jest słaby i cichy. Zwiększenie natężenia głosu możliwe do uzyskania. Nieduży stopień trudności podczas wykonywania próby dotyczącej zmniejszenia natężenia głosu.</p>	<p>Niewielkie nieprawidłowości. Oddychanie lekko spłycone, dość nieregularne. Długość wydechu ponad 5 sekund i jest prawidłowa. Długość wydechu podczas emisji serii [s] jest ograniczona, głównie ze względu na nierównomierność wydechu.</p>	<p>Niewielkie nieprawidłowości. Próby dotyczące ruchów naprzemiennych są wykonane dobrze z wyjątkiem szybkiego powtarzania [pa-ta-ka], badany wypowiada zupełnie inne dźwięki [ka-ka-ka] lub [ta-ka-ka]. Widoczne problemy podczas szybkiego podnoszenia i opuszczania języka na zewnątrz jamy ustnej.</p>
4	<p>Widoczne są umiarkowanie nasilone nieprawidłowości intonacji. Każde z wypowiedzianych zdań brzmi tak samo. Ten sam problem dotyczy wypowiedzi swobodnych, linia intonacyjna jest monotonna. Pojawiają się niewielkie nieprawidłowości akcentu zdaniowego, akcent jest zbyt słaby. Rytm w powtarzanych zdaniach jest zakłócony w niewielkim stopniu przez trudności oddechowe. Natomiast charakterystyczne są znacznie nasilone nieprawidłowości w zakresie rytmu w wypowiedziach swobodnych. Zauważa się pauzy między poszczególnymi wyrazami, zdarza się, że oddzielane zostają od siebie nawet poszczególne dźwięki. Utrzymanie właściwego tempa mówienia w podanych zdaniach jest dobre, jednak w wypowiedziach swobodnych jest zaburzone. Tempo mówienia jest bardzo zwolnione. Chłopiec ma umiarkowanie nasilone problemy z przyspieszaniem i niewielkie problemy ze zwalnianiem tempa mówienia. Długość fraz w zdaniach jest prawidłowa, natomiast w wypowiedziach swobodnych w pewnym stopniu zaburzona.</p>	<p>Umiarkowanie nasilone nieprawidłowości. Fonacja [a] trwa ponad 5 sekund, ale występują niewielkie nieprawidłowości w jej przebiegu. Natężenie głosu podczas mówienia jest prawidłowe. Zauważa się problemy ze zwiększaniem i zmniejszaniem natężenia głosu. Chłopiec zwiększa i zmniejsza natężenie głosu tylko w niedużym stopniu. Wysokość głosu jest prawidłowa. Charakterystyczne jest zbyt szybkie przejście do form skrajnych podczas podwyższania i obniżania wysokości głosu.</p>	<p>Widoczna jest umiarkowanie nasiloną dyskoordynacja oddechowo-fonacyjno-artykulacyjna w wypowiedziach swobodnych. Bardzo charakterystyczne jest mówienie resztkami powietrza. Widoczny szczytowy typ oddychania. Oddychanie w spoczynku jest spłycone, tempo oddychania podczas mówienia jest nieregularne. Długość wydechu podczas emisji [s] oraz serii [s] trwa ponad 5 sekund, ale występują nieprawidłowości w jego przebiegu (wydech jest osłabiony lub dźwięki są powiadane na wdechu).</p>	<p>Niewielkie nieprawidłowości. Próba dotycząca wykonywania ruchów naprzemiennych wypada dość dobrze. Problemy przy szybkim podnoszeniu i opuszczaniu języka na zewnątrz jamy ustnej. Podczas powtarzania [pa-ta-ka] przerwy między kolejnymi powtórzeniami są zbyt duże.</p>

Badani	Stan elementów prozodycznych mowy	Stan fonacji	Typ i rytm oddychania w spoczynku i podczas mówienia	Ruchy naprzemiennie
5	<p>Umiarkowanie nasilone nieprawidłowości. Obserwuje się trudność z naśladowaniem intonacji. Intonacja w wypowiedziach swobodnych jest monotonna. Akcent wyrazowy w powtarzanych zdaniach jest słabo zaznaczony. Rytm w powtarzanych zdaniach jest dobry, natomiast w wypowiedziach swobodnych jest zaburzony (głównie ze względu na liczne przerwy podczas mówienia). Tempo mówienia w powtarzanych zdaniach jest prawidłowe, natomiast w wypowiedziach swobodnych jest zbyt wolne i niestabilne. Nie obserwuje się problemów z przyspieszaniem tempa mówienia oraz jego zwalnianiem. Długość fraz w powtarzanych zdaniach jest prawidłowa, natomiast nieprawidłowa w wypowiedziach swobodnych.</p>	<p>Umiarkowanie nasilone nieprawidłowości. Fonacja [a] trwa 5 sekund i jest prawidłowa. Natężenie głosu jest zbyt małe. Podczas zwiększenia i zmniejszenia natężenia głosu widoczne jest zbyt gwałtowne przejście do krzyku lub zbyt gwałtowne wyciszenie. Podobne problemy pojawiają się podczas próby podwyższenia i obniżenia wysokości głosu, zatem widoczne jest zbyt gwałtowne przejście do maksymalnej wysokości oraz zbyt gwałtowne obniżenie, bez poziomów pośrednich.</p>	<p>Umiarkowanie nasilone nieprawidłowości. Synchronizacja oddychania, fonacji, artykulacji w powtarzanych wyrazach i zdaniach jest prawidłowa, zaś w wypowiedziach spontanicznych badany często mówi resztkami powietrza. Oddychanie w spoczynku jest sphycone i dość szybkie. Długość wydechu podczas emisji [s] trwa 4 sekundy i jest prawidłowa. Przy emisji serii [s] wydech jest nierównomierny i trwa 5 sekund.</p>	<p>Umiarkowanie nasilone nieprawidłowości. Sposób wykonania ruchów naprzemiennych jest niedokładny. Podczas powtarzania [u-i] badany wypowiedział [y] zamiast [i], przy [a-y] pojawiają się nieregularne przerwy pomiędzy seriami, powtórzenie [pa-ta-ka] jest nierównomierne, widoczne dodatkowe wdechy w trakcie powtarzania jednej serii.</p>

## BIBLIOGRAFIA:

- Bach J.R., 1994, *The inspiratory aids – Update and Perspective on Noninvasive Respiratory Muscle Aids, part I*, „Chest Chicago”, nr 4.
- Bach J.R., 1994, *The expiratory aids – Update and Perspective on Noninvasive Respiratory Muscle Aids, part II*, „Chest Chicago”, nr 5.
- Baydur A., Layne A., 2000, *Long term non-invasive ventilation in the community for patients with musculoskeletal disorders: 46 year experience and review*, „Thorax”, nr 1.
- Buczkiwicz A., 1993, *Rehabilitacja w chorobach mięśni*, Warszawa.
- Dubovitz V., 1978, *Muscle disorders in childhood*, London.
- Drozdowski W. (red.), 2004, *Postępy w diagnostyce i leczeniu chorób mięśni*, Kraków.
- Emery A.E.H., 1998, *The muscular dystrophies – Fortnightly Review*, „British Medical Journal”, nr 10.
- Farnik-Brodzińska M., Trzaska M., Pierzchała W., 2002, *Rehabilitacja w chorobach układu oddechowego*, Katowice.
- Gardner A., 2007, *Muscular Dystrophy Treatment Shows Promise*, „HealthDay”, nr 11.
- Hausmanowa-Petrusewicz I., 2005, *Choroby nerwowo-mięśniowe*, Lublin.
- Jakimowicz W., 1981, *Neurologia kliniczna – podręcznik dla studentów medycyny*, Warszawa.
- Jóźwiak S., 2003, *Postępy w diagnostyce i leczeniu chorób układu nerwowego u dzieci*, t. 5, Lublin.
- Jurkowski A., 1986, *Ontogeneza mowy i myślenia*, Warszawa.
- Konturek S., Brzozowski T., 2002, *Fizjologia człowieka*, t. 1, Kraków.
- McGuire S., 1989, *Diagnosing Duchenne Muscular Dystrophy*, „The Western Journal of Medicine”, nr 5.
- Minczakiewicz E., 2005, *Mowa. Rozwój. Zaburzenia. Terapia*, Kraków.
- Mirecka U., Gustaw K., 2006, *Skala dyzartrii. Wersja dla dzieci*, Wrocław.
- Spodaryk K., 2002, *Patologia narządu ruchu*, Warszawa.
- Sussman M., 2002, *Duchenne muscular dystrophy*, „Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons”, nr 5.

### **Speech disorders in children with Duchenne muscular dystrophy Summary**

The article presents research results concerning speech disorders in children with Duchenne muscular dystrophy. The findings give a picture of disorders which are typical of children with this condition. Those include: reduced efficiency of the articulation apparatus, misarticulation, wrong intonation and sentence stress, problems with maintaining the right rhythm and tempo of speaking, discoordination of breathing, phonation and articulation, problems with vocal intensity, wrong breathing type and rhythm. Speech disorders represent an important part in the clinical image of Duchenne muscular dystrophy. The author stresses that children affected with this disease should undergo speech therapy.

OLGA JAUER-NIWOROWSKA

(Akademia Pedagogiki Specjalnej im. M. Grzegorzewskiej, Warszawa)

## TERAPIA LOGOPEDYCZNA PACJENTKI Z DYZARTRIĄ WIOTKĄ – OPIS PRZYPADKU

**ABSTRAKT:** Niniejszy artykuł stanowi opis kilkuletniej terapii logopedycznej 48-letniej pacjentki z objawami dyzartrii wiotkiej po usunięciu guza żyły szyjnej wewnętrznej. W artykule opisano zasady prowadzonej terapii, zamieszczono przykłady ćwiczeń werbalnych i niewerbalnych aparatu mowy, zawarto też opis uzyskanych efektów terapii. **SŁOWA KLUCZOWE:** dyzartria wiotka, przebieg terapii logopedycznej, studium przypadku

Dyzartria jest zaburzeniem mowy motorycznego wykonawstwa mowy. Stanowi zespół objawów obejmujących zaburzenia artykulacji głosek, oddychania i fonacji (emisji głosu). Objawy dyzartrii ujawniają się w wyniku uszkodzeń ośrodków i dróg nerwowych unerwiających mięśnie uczestniczące w czynności mówienia.

Dyzartria wiotka objawia się patologicznym obniżeniem napięcia mięśni uczestniczących w czynności mówienia. U osób z dyzartrią wiotką obserwuje się zmniejszenie siły i ruchomości mięśni aparatu mowy, a także zaniki tych mięśni.

Ten typ dyzartrii może wystąpić w wyniku uszkodzenia na poziomie ośrodkowego i/lub obwodowego systemu nerwowego.

W artykule przedstawiono długoterminową terapię logopedyczną 48-letniej pacjentki z dyzartrią wiotką wynikającą z uszkodzenia nerwów czaszkowych podczas zabiegu usunięcia guza żyły szyjnej wewnętrznej.

### **1. Opis stanu zdrowia pacjentki przed rozpoczęciem terapii logopedycznej (na podstawie danych z dokumentacji medycznej)**

Pacjentka trafiła do lekarza z objawami szumu w lewym uchu. Uskarżała się także na postępujące (aż do pełnej utraty) osłabienie słuchu w tym uchu. W badaniu rezonansem magnetycznym wykonanym w 2002 roku wykryto guz żyły szyjnej wewnętrznej po stronie lewej. Boczno-górna część guza wnikała do dolnej części jamy bębenkowej w kości skroniowej (część ucha środkowego), tzw. zachyłka podbębenkowego, powodując zaburzenia słuchu. W przebiegu



leczenia nastąpił udar niedokrwienny w obszarze płatów czołowych lewej półkuli mózgu, co spowodowało wystąpienie u pacjentki objawów afazji ruchowej.

W listopadzie 2002 roku przeprowadzono operację częściowego usunięcia guza (nadal utrzymuje się resztkę guza o wymiarach 28/21/19 mm). Po zabiegu operacyjnym wystąpił niedowład obwodowy nerwu twarzowego po stronie lewej powodujący zaburzenia połykania i osłabienie ruchomości podniebienia po stronie lewej. Objawy afazji ustąpiły po terapii logopedycznej, natomiast utrzymywały się objawy dyzartrii wiotkiej.

## **2. Przebieg terapii logopedycznej – zasady i etapy terapii, czynniki wpływające na jej efektywność**

Pacjentka trafiła na terapię logopedyczną w październiku 2007 roku. Od tego momentu prowadzone są z pacjentką ćwiczenia logopedyczne z częstotliwością raz w tygodniu (od 30 do 45 minut). Pacjentka systematycznie ćwiczy w domu stosując się do podanych zaleceń.

### **2.1. Cel terapii**

Celem prowadzonej terapii było uzyskanie wypowiedzi zrozumiałych dla otoczenia. W praktyce oznacza to, że w realizacjach pacjentki uznaje się za funkcjonalnie poprawne takie ułożenia kompensacyjne narządów mowy, które umożliwiają realizację zrozumiałego, a nie w pełni poprawnie realizowanego dźwięku mowy (głoski) – na przykład boczna realizacja głoski [s]. Tego typu realizacje są akceptowane, jeśli uzyskanie realizacji poprawnej nie jest możliwe z powodu porażenia mięśni aparatu mowy.

### **2.2. Terapeutyczny kontakt z pacjentką jako podstawa usprawniania ruchowego**

Istotnym czynnikiem wspierającym przebieg terapii był nawiązany podczas pierwszych spotkań kontakt terapeutyczny z pacjentką. W rozmowach z pacjentką wyrażono wsparcie dla jej dotychczasowego aktywnego udziału w procesie rehabilitacji (chora pokonała afazję i nadal nie rezygnuje z usprawniania – chce kontynuować terapię zaburzeń dyzartrycznych).

Poinformowano pacjentkę zarówno o technice ćwiczeń (wykonywanie masażu, wielokrotne powtórzenia ćwiczonych ruchów od prostych do bardziej złożonych), jak i o ich celu. Wy tłumaczono, że celem prowadzonych ćwiczeń jest „zapamiętanie przez mózg sposobu wykonania ruchów języka i warg w czasie mówienia”,

czyli wytworzenie adekwatnych, funkcjonalnych i możliwie poprawnych wzorców tych ruchów (możliwych do wykonania przy ograniczeniach motorycznych pacjentki).

Upředzono pacjentkę o konieczności użycia w początkowym etapie terapii tekstów łatwiejszych realizacyjnie i przez to banalnych w treści. Poproszono także pacjentkę o przekazywanie na bieżąco informacji zwrotnych o trudnościach w wykonywaniu ruchów do konkretnych układów artykulacyjnych języka i warg. Pozwalało to na dobieranie pozycji kompensacyjnych aparatu mowy (opartych na znajomości ułożeń artykulatorów podczas realizacji dźwięków mowy) z uwzględnieniem subiektywnych odczuć pacjentki. Tego rodzaju rozmowy poprawiły znacząco efektywność terapii.

Świadomy udział pacjenta w prowadzonej terapii nie jest bowiem możliwy bez podtrzymania zaangażowania emocjonalnego i zapewnienia stałego przepływu informacji zwrotnych między terapeutą a pacjentem (Ossowski, 1999).

Aktywny, świadomy udział pacjenta w terapii ruchowej stanowi istotny czynnik pozwalający na ponowne ukształtowanie się dynamicznych wzorców ruchowych mowy i ich utrwalanie. O efektach usprawniania decyduje nie tylko sama liczba powtórzeń ćwiczonego ruchu, lecz przede wszystkim takie powtórzenia, które poprzez świadome ich wykonanie umożliwiają powstanie jednoczesnych korowo-podkorowych połączeń między strukturami uczestniczącymi w wykonaniu ruchów werbalnych.

Mechanizm ten stanowi podstawę plastyczności funkcjonalnej układu nerwowego i usprawniania ruchowego pacjentów z neurogennymi zaburzeniami mowy, w tym z dysfarią.

Jednym z istotnych zadań terapeuty jest nauczenie pacjenta uszkodzonego neurologicznie odczytywania bodźców czuciowych (często zaburzonych) płynących z jego ciała (w tym przypadku z narządów mowy) i połączenia ich z wykonywanym ruchem. Sprzyja to tworzeniu trwałych skojarzeń między konkretnym doznaniem czuciowym, a ćwiczonym ruchem i zgodne jest z zasadami uczenia się neuronalnego. Tylko tego rodzaju biofeedback ma terapeutyczny sens. Daje on pacjentowi podstawy do właściwej interpretacji doznań czuciowych i pozwala uzyskać adekwatne reakcje motoryczne poprzez powstawanie nowych połączeń synaptycznych, co stanowi jeden z mechanizmów mózgu.

Istotą poprawnie prowadzonej rehabilitacji neurologicznej jest znalezienie równowagi między mechanizmami powrotu funkcji i kompensacji uszkodzeń. Takie założenia przyjęto akceptując ułożenia kompensacyjne dla głosek, których w pełni poprawna realizacja nie jest możliwa dla pacjentki.

Nauka złożonych wzorców ruchowych oparta jest na opanowaniu ruchów prostszych realizacyjnie. W myśl tych założeń rozpoczęto usprawnianie od prostszych wykonawczo ruchów pozawerbalnych, przechodząc stopniowo do realizacji

coraz bardziej złożonych układów do ruchowych wykonywanych podczas ruchów werbalnych wymagających skoordynowanej pracy wszystkich układów uczestniczących w realizacji mowy.

Korzystano także z zasad usprawniania ruchowego, w myśl których ćwiczenia wykonania ruchu poprzedzone są (szczególnie w przypadku mięśni wiotkich) zabiegami usprawniającymi, służącymi przyrostowi masy i siły mięśniowej. Celowi temu służyły zabiegi stymulujące polegające na zastosowaniu bodźców czuciowych powodujących odruchowy skurcz mięśni języka (energiczny, szybki masaż powierzchniowy z wibracją) oraz ćwiczenia polegające na oporowaniu z użyciem szpatułki na powierzchnię grzbietową i boki języka, a także na bruzdę środkową języka. W miarę poprawy sprawności ruchowej pacjentki w terapii stosowano także techniki wykorzystywane w terapii logopedycznej pacjentów z dyslalią (na przykład technikę fonetycznego przekształcania dźwięków), modyfikując je jednak w taki sposób, by uwzględnić możliwości motoryczne pacjentki.

Metoda przekształcania fonetycznego opiera się na znajomości zasad fonetyki i polega na wywołaniu głoski przez przekształcenie głoski już realizowanej (na przykład wydłużenie realizacji zwarto-szczelinowej głoski [č] powoduje uzyskanie realizacji głoski [š] przez przejście od zwarcia w szczelinę).

### 2.3. Szczegółowy opis zastosowanych ćwiczeń wraz z oceną ich efektywności

W usprawnianiu logopedycznym pacjentki stosowano znane z literatury logopedycznej ćwiczenia pozawerbalne artykulatorów (Tłokiński, 2005) oraz własne ćwiczenia autorskie. Wyboru ćwiczonych ruchów dokonano po analizie zasadniczych elementów składowych ruchów artykulacyjnych zawartych w opisach sposobu artykulacji głosek polskich (Dłuska, Sawicka, 1995). Celem terapeuty było, aby utrwalane pojedyncze, prostsze wykonawczo ruchy stanowiły część składową później tworzonych złożonych schematów ruchowych potrzebnych do wykonania układów artykulacyjnych do głosek, a w następnej kolejności wyrazów.

#### 2.3.1. Przykłady ćwiczeń motoryki niewerbalnej artykulatorów

- Masaż wzmacniający języka (dość silne, szybkie bodźce dotykowe mające na celu wywołanie obronnego skurczu mięśni języka);
- Ćwiczenia napinania warg bez oporowania i z oporowaniem (ćwiczenia ze szpatułką polegające na napinaniu warg w odpowiedzi na dotyk szpatułki; przytrzymywanie szpatułki wargami z pomocą i bez pomocy terapeuty; przytrzymywanie szpatułki wargami wbrew próbom wyjęcia jej z ust pacjenta przez terapeutę);

- Ćwiczenia wysuwania i cofania warg (dzióbek i uśmiech);
- Ćwiczenia kasłania i ziewania z wysuniętym językiem (usprawniające podniebienie miękkie);
- Ćwiczenia unoszenia języka do dziąseł;
- Ćwiczenia wypychania policzków językiem;
- Ćwiczenie rozszerzania języka – „łopata”;
- Ćwiczenie ze szpatułką – unoszenie brzegów języka ku górze – „łyżeczka”.

Po około czterech miesiącach widoczna była wyraźna poprawa siły mięśnia okrężnego ust oraz w symetrii ułożenia warg. Prowadzono ćwiczenia seriami – po trzy serie każdego z nich. W miarę poprawy siły mięśniowej zwiększano stopniowo liczbę powtórzeń każdego ćwiczenia od 3 do 10 powtórzeń w jednej serii.

Ruchomość języka nie poprawiała się tak szybko jak ruchomość warg. Widoczne było ścieńczenie mięśni języka po stronie porażonej. Mimo zastosowania bodźców czuciowych w postaci masażu i uciśnięć szpatułką na bruzdę pośrodkową i górną powierzchnię języka (dla uzyskania reakcji skurczu z mięśni pionowych) uzyskana reakcja z mięśni była minimalna. Pacjentka przy próbie zwiększenia nacisku odczuwała ból. W porozumieniu z pacjentką ustalono konsultację lekarską, celem sprawdzenia możliwości prowadzenia zabiegów elektrostymulacyjnych na mięśnie podniebienia miękkiego i języka.

Po zastosowaniu elektrostymulacji nastąpił wyraźny przyrost masy mięśniowej języka, co umożliwiło uzyskanie reakcji napięcia i skurczów mięśni w odpowiedzi na bodźce czuciowe i dalsze prowadzenie ćwiczeń usprawniających. Odczucie bólu przy stosowaniu nacisku szpatułki ustąpiło po uzyskaniu poprawy masy i napięcia mięśni języka. Wykonywano dociskanie języka szpatułką do dna jamy ustnej i przesuwanie języka na boki. Wprowadzono też izometryczne ćwiczenia języka, podczas których pacjentka miała jak najdłużej napinać mięśnie języka w odpowiedzi na ucisk szpatułki. Na kolejnych spotkaniach utrudniano ćwiczenia, wydłużając czas napięcia mięśni. Każdy minimalny postęp wyraźnie podkreślano, aby pacjentka otrzymywała informacje zwrotne o uzyskiwanych umiejętnościach ruchowych. Zalecono pacjentce, aby uważnie obserwowała swoje reakcje na ćwiczenia powtarzane w domu i w razie potrzeby modyfikowano nieco prowadzone ćwiczenia, zmieniając liczbę powtórzeń lub czas trwania poszczególnych ćwiczeń stosownie do możliwości.

Następnym etapem ćwiczeń pozawerbalnych były ćwiczenia izotoniczne – próby unoszenia języka do dziąseł – początkowo z pomocą szpatułki, a już po kilku spotkaniach wykonywane czynnie przez pacjentkę. Wydłużano czas utrzymywania języka w pozycji uniesionej oraz liczbę powtórzeń każdego ćwiczenia.

Stopniowo wprowadzano coraz więcej ćwiczeń usprawniających podniebienie miękkie:

- kasłanie z wysuniętym językiem;
- ziewanie z wysuniętym językiem;
- wymawianie logatomów *akka, okko, ekke, ukku*.

Po wstępnym okresie ćwiczeń pozawerbalnych artykulatorów (prowadzonych przez ok. 1 miesiąc) zaczęto wprowadzać równolegle ćwiczenia związane z realizacją głosek. Oznaczało to w praktyce wydłużenie czasu spotkań z 30 do 45 minut lub czasem dłużej, zależnie od możliwości pacjentki. Każde spotkanie było podzielone na wstępne ćwiczenia pozawerbalne dobrane w taki sposób, by ćwiczone ułożenia języka i warg odpowiadały wprowadzanym głoskom (ok. 15-25 minut). Po ćwiczeniach pozawerbalnych pacjentka wykonywała ćwiczenia na materiale werbalnym, odczytując wydrukowany tekst (15-20 minut). Poszczególne składowe konieczne do uzyskania układu artykulacyjnego były wprowadzane stopniowo, w ćwiczeniach pozawerbalnych, a następnie koordynowane jako całość poprzez ćwiczenia prowadzone na materiale językowym. Każde ułożenie do danej głoski było więc uzyskiwane poprzez jednoczesne ćwiczenia werbalne i niewerbalne.

Tego typu podejście również okazuje się zgodne z doniesieniami z prowadzonych badań, w myśl których zróżnicowanie treningu wydaje się sprzyjać kształtowaniu się wzorców ruchowych (Maas, 2008).

### 2.3.2. Zasady wprowadzania i przykłady ćwiczeń na materiale werbalnym

Materiał językowy był konstruowany w oparciu o głoski możliwe do realizacji przez pacjentkę. W razie użycia bardziej skomplikowanego realizacyjnie wyrazu informowano pacjentkę, że dane słowo nie musi być na razie wymówione w całości poprawnie i zwracano uwagę, na jakich głoskach powinna się skupić w czasie wymawiania wyrazu.

W początkowym okresie terapii głoski szczelinowe były wymawiane ze zmiękczeniem. Zezwalano świadomie na taką realizację, jeśli realizacja dłuższego tekstu pozytywnie motywowała chorą do terapii. Starano się jednak w większości tak budować materiał językowy, aby mógł on być w całości zrozumiale zrealizowany przez pacjentkę. Pozwalało to na uzyskiwanie możliwie jak najbardziej poprawnych układów artykulacyjnych.

Pierwszymi wprowadzanymi głoskami były głoski dwuwargowe [p, b, m], następnie zwarto wybuchowe [t, d] oraz głoski sonorne [n, l] i kolejno głoski wargowo-zębowe [v, f].

**☐ Wyrazy zastosowane w początkowym etapie terapii**

- pogoda
- woda
- dowody
- dywany

**☐ Zdania**

- Agata ma koty.
- Magda myje podłogi mopem.
- Mamy ładną pogodę.
- Ewa ma nową podomkę.

Po uzyskaniu możliwości uniesienia przedniej części języka ku górze, w kierunku dźwięka, ćwiczone z pacjentką realizację głoski [t], podając instrukcję, by wymawiała [t] „z wyczuwalnym przepływem powietrza między językiem a dźwiękami – jakby z przydechem”. Uzyskano tym samym ułożenie do głoski [č]. Ćwiczenia realizacji głoski [č] prowadzono początkowo w sylabach i krótkich wyrazach złożonych z sylab otwartych (zakończonych samogłoską). Następnie wprowadzono ćwiczenia na wyrazach 2- i 3-sylabowych oraz zdaniach, które stopniowo wydłużano. Taka technika ćwiczeń służyła jednocześnie wydłużeniu fazy wydechowej i ćwiczeniom intonacji zdaniowej. Pozwoliło to usprawnić funkcjonowanie i koordynację wszystkich układów aparatu mowy (układu oddechowego, fonacyjnego i artykulacyjnego).

Stosowano w ćwiczeniach „minidialogi” w formie pytań i odpowiedzi, wymagających celowej zmiany intonacji w odczytanym tekście.

W czasie zajęć z pacjentką nie prowadzono odrębnych ćwiczeń oddechowych, gdyż skrócenie fraz obserwowane u pacjentki wynikało w większym stopniu z zaburzeń ruchomości podniebienia miękkiego niż z osłabionej pracy mięśni oddechowych. Postanowiono w tej sytuacji w pierwszej kolejności skupić się na likwidacji najbardziej nasilonych objawów.

Dla uzyskania jak najbardziej poprawnych ułożeń artykulacyjnych zaserwowano pacjentce celowe, kompensacyjne dzielenie wyrazu na sylaby lub logatomy.

**☐ „Minidialogi” stosowane w terapii**

- Czy czujesz wysiłek?
- Nie. To mnie nie męczy.
  
- Czyje to buty?
- Moje.

**□ Coraz dłuższe zdania twierdzące w dialogach**

- Umyję głowę.
- I uczesz się.
  
- Te leki nikomu nie pomogły.
- To lecz się innymi.
  
- Tomek kupił Eli botki.
- To dobry pomysł, bo Ela nie ma butów.
- Magda nie lubi Agaty.
- To chyba niedobrze, bo obie będą u mnie w piątek na obiedzie.

Kolejnym dźwiękiem mowy uzyskanym w terapii była głoska miękka [ć] – uzyskana ze zmiękczonego [t] realizowanego „z wyczuwalnym przepływem powietrza”; oraz głoska [ś] – uzyskana poprzez wydłużenie głoski [č]. Uzyskaniu tych dźwięków służyły także celowo prowadzone ćwiczenia pozawerbalne odpowiednich ułożeń artykulatorów koniecznych do realizacji głosek – na przykład próby unoszenia brzegów języka do szpatułki (z uwzględnieniem bocznych ułożeń kompensacyjnych), unoszenie języka do dziąseł z zawiniętymi ku górze brzegami języka, koordynacja ruchów języka z ruchem wysunięcia warg – konieczne do uzyskania głoski [ś].

Jednocześnie z materiałem językowym służącym ćwiczeniu nowych głosek stosowano wyrazy i zdania utrwalające realizację wcześniej wyćwiczonych dźwięków mowy, starając się, aby materiał realizowany na jednych zajęciach nie był zbyt trudny do wykonania dla pacjentki. W doborze materiału językowego nie chodziło o jego „obiektywną trudność realizacyjną” odzwierciedlającą się w normatywnej kolejności pojawiania się głosek w procesie rozwoju mowy. Istotne były przede wszystkim subiektywnie doświadczane przez pacjentkę trudności w wykonaniu konkretnych układów ruchowych. Podejście takie można uzasadnić różnicami obserwowanymi w kolejności „pojawiania się” głosek w normie rozwojowej i kolejności ich torowania w patologii mowy (także w dyzartrii). Głoski były przez terapeutę wyćwiczone (torowane) z zastosowaniem początkowo biernych, a następnie wspomaganych i czynnych ćwiczeń artykulatorów. Termin „manualne torowanie głosek” wprowadziła do polskiego piśmiennictwa logopedycznego E. Wianecka w opisach ćwiczeń służących usprawnianiu mowy u osób z autyzmem (Wianecka, 2008).

W opisie procesu terapeutycznego osoby z dyzartrią użycie terminu „torowanie” wydaje się być trafniejsze od użycia terminu „wywoływanie” głosek, ponieważ podkreśla podobieństwo ćwiczeń realizacyjnych w dyzartrii, jako usprawniających mięśnie aparatu mowy, do innych ćwiczeń rehabilitacyjnych stosowanych w leczeniu niedowładów i porażań.

Poniżej zamieszczono przykłady materiału językowego o różnym stopniu złożoności realizacyjnej prezentowanego pacjentce na zajęciach.

**Sylaby z nowo wyćwiczaną (torowaną) głoską**

- CZA CZO CZE CZU
- ACZA OCZO ECZE UCZU
- ACZ-ASZ OCZ-OSZ

**Wyrazy z głoskami torowanymi i już realizowanymi poprawnie**

- mutant
- hipopotam
- hotelowy

**Zdania z głoskami torowanymi i utrwalanymi**

- Ela lubi kaszkę na mleku.
- A mała Edyta nie lubi mleka.
  
- Ilona ma lalki.
- Maciek ma Batmana.
  
- Piszesz czy nie?
- Piśzę niewiele, ale dużo myślę.

Po około półrocznej terapii uzyskano zrozumiałe realizacje głosek [p, b, m, t, d, n, k, g, w, f, cz, sz, ć, ś]. W tym okresie zaczęto pracę nad uzyskaniem zrozumiałych głosek [s, c, z, ʒ]. Głoskę [s] udało się uzyskać w ułożeniu kompensacyjnym bocznym. Ćwiczone pozawerbalnie utworzenie szczeliny do [s] przy dolnych i górnych zębach. Konsultowano z pacjentką, które z tych ułożeń wydaje się jej łatwiejsze realizacyjnie i takie ułożenia i realizacje utrwalano, jako przydatne funkcjonalnie. Ostatecznie głoskę [s] uzyskano, początkowo w sąsiedztwie dźwięku [t], w realizacjach typu [st], a dopiero w następnej kolejności w sylabach otwartych i zamkniętych oraz w izolacji. Ćwiczenia realizacji głoski [s] i utrwalania głosek wcześniej wyćwiczonych prowadzono przez 7 miesięcy, stopniowo zwiększając poziom trudności materiału językowego – od wyrazów zawierających głoski [st] do wyrazów zawierających głoskę [s] bez ułatwiającego sąsiedztwa – z początkowym podziałem wyrazów na sylaby lub logatomy dla ułatwienia realizacji ćwiczonej głoski. Wyrazy z ćwiczoną głoską, podobnie jak w poprzednich etapach terapii, były utrwalane w zdaniach zawierających głoski torowane i już realizowane.



□ **Przykładowe wyrazy z głoską [s] zastosowane w toku terapii – uszeregowane według rosnącego stopnia trudności realizacyjnej**

- stówa
- stopa
- mosty
- tosty
- pestka
- postać
- list
- pastylki
- miska
- masło
- soli
- sady
- systemy

Po uzyskaniu głoski [s] prowadzono ćwiczenia nad uzyskaniem jej dźwięcznej opozycji, czyli głoski [z] oraz ćwiczenia realizacji głosek wcześniej utrwalanych w trudniejszych sąsiedztwach (zbitki spółgłoskowe, wyrazy wielosylabowe, coraz dłuższe zdania z ćwiczonymi głoskami). Dla zwiększenia atrakcyjności zajęć na dalszych etapach terapii starano się, aby zdania z ćwiczonymi głoskami tworzyły w miarę spójny treściowo tekst.

□ **Przykładowe zdania stosowane w terapii tworzące spójny treściowo tekst**

- Chodzę do lasu na grzyby i jagody.
- Lubię chodzić po lesie albo leżeć na zielonej polanie.
- To wspomniały pomysł na odpoczynek.
- Cieszy mnie pobyt w spokojnym odludnym zakątku.
- Zawsze bierzemy ze sobą naszego psa.
- Jest z nim nieco kłopotu, bo nie przepada za innymi psami.

Równoległe do ćwiczeń utrwalających wyćwiczone głoski prowadzono także ćwiczenia nad uzyskaniem realizacji ich dźwięcznych odpowiedników. W ćwiczeniach torowania głosek dźwięcznych [ʒ, ʒ, ʒ, ʒ] zwracano pacjentce uwagę na pracę fałdów głosowych w czasie realizacji głosek dźwięcznych – proszono pacjentkę o dotknięcie dłonią do szyi i wycucie drgań. Wyczuwanie pracy fałdów głosowych rozpoczęto od porównania realizacji samogłosek z głoską bezdźwięczną [p].

Po 14 miesiącach terapii zaczęto stosować ćwiczenia mające na celu uzyskanie głoski [r]. Głoska ta jest najtrudniejsza do realizacji. W normie rozwojowej

pojawia się jako ostatnia z głosek systemowych języka polskiego (Dukiewicz, Sawicka, 1995). Jej realizacja nie zawsze jest poprawna także u osób bez objawów porażenia mięśni aparatu mowy. Ćwiczenia poprawnej realizacji głoski [r] prowadzone są nadal. Początkowo głoskę zbliżoną do [r] z lekką wibracją bocznej i częściowo przedniej części języka udało się uzyskać w sąsiedztwie głoski [d] w zbitce [dr], a następnie [tr]. Obecnie ćwiczona jest realizacja głoski [r] w nagłosie wyrazów. W czasie ostatnich trzech miesięcy zaczyna pojawiać się słyszalna wibracja przy realizacji głoski [r] w ułożeniu kompensacyjnym. Najczęściej podczas realizacji głoski [r] wibruje prawy bok języka, wyjątkiem jest w sytuacji, gdy głoska [r] sąsiaduje z głoską tylnojęzykową, dochodzi wówczas do wibracji velum.

Obecnie prowadzone są też ćwiczenia z wyrazami i zdaniami zawierającymi zbitki głosek ustna – nosowa – ćwiczące szybkość ruchów podniebienia miękkiego [tn, dn, nt, nd].

W miarę trwania terapii i uzyskiwania zrozumiałych realizacji kolejnych dźwięków mowy wydłużano czas poświęcany na czytanie materiału językowego, służący utrwaleniu uzyskanych głosek, a skrócono czas pozawerbalnych ćwiczeń artykulatorów, będący wstępem do uzyskania konkretnych układów artykulacyjnych. W chwili obecnej ćwiczenia prowadzone są wyłącznie na materiale wyrazowym i zdaniowym. Pacjentka przyjmuje tę zmianę jako dowód postępów w terapii.

### 2.3.3. Stan mowy pacjentki po 36 miesiącach terapii

W momencie skupienia uwagi na sposobie mówienia głosek pacjentka realizuje zrozumiale wszystkie głoski języka polskiego oprócz utrwalanej cały czas realizacji głoski [r]. Poprawiła się praca podniebienia miękkiego, co umożliwia lepszą rozróżnialność głosek ustnych od nosowych. Stan ten umożliwia pacjentce werbalne skomunikowanie się z otoczeniem, gdy mówi ona powoli i świadomie kontroluje swoją wymowę. Realizacje zrozumiałe wymagają wciąż od pacjentki znacznego wysiłku i skupienia uwagi.

Pacjentka na obecnym etapie terapii odczuwa zmęczenie po zakończeniu 30-minutowych zajęć logopedycznych. Podczas realizacji wyrazów kilkusylabowych zawierających zbitki spółgłoskowe pacjentka stosuje kompensacyjny podział wyrazów na sylaby.

W mowie spontanicznej realizowanej bez świadomej kontroli i przy szybkim tempie realizacji nadal słyszalne są zmiękczenia głosek. Pacjentka mimo odczuwanego po ćwiczeniach zmęczenia jest zmotywowana do kontynuowania terapii logopedycznej. Dostrzega też wyraźną poprawę stanu swojej mowy.

### 3. Rokowania i dalszy program terapii

Na dalszych etapach terapii planuje się kontynuację ćwiczeń podniebienia miękkiego oraz wprowadzenie ćwiczeń płynności ruchów artykulacyjnych języka i warg ze wsparciem wzrokowym, aby umożliwić ich utrwalenie, a następnie automatyzację. Utrzymanie uzyskanych efektów terapii wymagać będzie jednak stałej kontynuacji ćwiczeń logopedycznych.

### Podsumowanie i wnioski

W polskim piśmiennictwie logopedycznym brakuje publikacji zawierających opisy długotrwałego procesu terapeutycznego pacjentów z dyzartrią. Długoczasowe obserwacje pozwalają śledzić dynamikę zmian w możliwościach realizacyjnych pacjenta i mogą dać dokładniejszy ogląd sytuacji warunkujących te zmiany. Obserwacje poczynione podczas prowadzonej terapii ugruntowały przekonanie autorki o znaczącej roli świadomego współdziałania pacjenta w terapii jako czynnika warunkującego efektywność terapii długofalowej i facylitującego jej przebieg. Tego rodzaju stanowisko wynika z rozumienia werbalnych czynności ruchowych jako uwarunkowanych zarówno biologicznie, jak i psychicznie. Współdziałanie pacjenta powinien (w miarę możliwości) opierać się na ukształtowanej przez terapeutę wiedzy pacjenta o własnych możliwościach ruchowych i uwzględniać subiektywne odczucia pacjenta.

W procesie terapii zaadaptowano metody usprawniania funkcji ruchowych do potrzeb terapii logopedycznej pacjentki z dyzartrią.

Istotne jest w tym kontekście wprowadzenie przez autorkę pojęcia „ułożeń kompensacyjnych”, zgodnych z normą funkcjonalną i osiągniętych dzięki świadomej współpracy terapeuty i pacjenta.

W artykule opisano stopniowe przechodzenie od ćwiczeń biernych do ćwiczeń wspomaganych i czynnych artykulatorów, podając konkretne przykłady technik usprawniających i materiał językowy. Wyodrębniono poszczególne elementy ćwiczonych układów ruchowych. Są one stopniowo torowane podczas pozawerbalnych ćwiczeń aparatu artykulacyjnego (masaże, ćwiczenia ułożeń poprawnych lub kompensacyjnych) i realizacji materiału językowego. Ten sposób terapii ułatwia pacjentowi opanowanie całościowego układu ruchowego/artykulacyjnego.

Ujęcie takie stanowi uzupełnienie i rozszerzenie o nowe aspekty dotychczasowych zawartych w polskim piśmiennictwie logopedycznym zasad terapii osób z dyzartrią (Tłokiński 2005; Jauer-Niworowska, 2009).

Autorka ma nadzieję, że przedstawiony w artykule opis zasad i technik terapii logopedycznej pacjentki z dyzartrią wiotką okaże się przydatny dla osób zajmujących się usprawnianiem pacjentów z dyzartrią lub zainteresowanych problematyką neurogennych zaburzeń mowy.

#### BIBLIOGRAFIA:

- Aleksandrowicz R., Ciszek B., 2007, *Anatomia kliniczna głowy i szyi*, Warszawa.
- Dukiewicz L, Sawicka I., 1995, *Fonetyka i fonologia*, [w:] Wróbel H. (red.), *Gramatyka współczesnego języka polskiego*, Kraków.
- Durdik S., Malinovsky P., 2002, *Chemodectoma – carotid body tumor surgical treatment*, „Bratislavske Lekarske Listy”, 103 (11), s. 422-423.
- Maas E. i in., 2008, *Principles of Motor Learning in Treatment of Motor Speech Disorders*, „American Journal of Speech-Language Pathology”, vol. 17, s. 277-298.
- Milanowska K., Dega W. (red.), 2001, *Rehabilitacja medyczna*, Warszawa.
- Jauer-Niworowska O., 2009, *Dyzartria nabyta. Diagnoza logopedyczna i terapia osób dorosłych*, Warszawa.
- Kowalczyk M., 2009, *Neuroplastyczność w rehabilitacji – mechanizmy aktywności neuralnej*, „Postępy Rehabilitacji”, t. 23, nr 3.
- Ossowski R., 1999, *Teoretyczne i praktyczne podstawy rehabilitacji*, Bydgoszcz.
- Tłokiński W., 2005, *Zaburzenia mowy o typie dysarthrii*, [w:] Gałkowi T., Szelaż E., Jastrzębowska G. (red.), *Podstawy neurologopedii*, Opole.
- Wianecka E., 2008, *Manualne torowanie głosek*, Kraków.

#### **Speech therapy of a patient with flaccid dysarthria. A case study Summary**

This article describes a long-time management process of a 48-year-old female patient with flaccid dysarthria symptoms, after resection of the jugular vein tumour. The article offers a description of speech therapy rules and examples of verbal and nonverbal exercises for the speech apparatus. The author also presents the outcomes of the patient management process.

# RECENZJE



AGATA WADOWIK

(Uniwersytet Warszawski, Warszawa)

**Elżbieta Wichrowska, *Twoja śmierć. Początki dziennika intymnego w Polsce na przełomie XVIII i XIX wieku. Antoni Ostrowski „Życie najlepszej żony opisane przez czulego jej małżonka dla kochanych dzieci” oraz „Dziennik moich uczuć, czyli elegia serca”, Warszawa, Wydawnictwo Spectrum Press 2012.***

Książka Elżbiety Wichrowskiej jest publikacją wyjątkową na tle wydawanych dotychczas prac z zakresu dziewiętnastowiecznego edytorstwa. Zawarte w niej wyniki kwerend wprowadzają do badań nad literaturą autobiograficzną nowo odkryte przez autorkę teksty źródłowe, które pozwalają na rewizję dotychczasowych ustaleń badaczy w kwestii początku polskiego dokumentu osobistego, przesuując ten moment z przełomu XIX i XX wieku na okres blisko o wiek wcześniejszy.

Pierwsza część publikacji podzielona została na cztery rozdziały, w których prowadzone są rozważania nad historią oraz funkcją literackich form diarystycznych aż do progu XIX wieku, dalej nad rolą korespondencji prywatnej jako źródłem badań autobiograficznych oraz ewolucją, jaka charakteryzuje relację pomiędzy korespondencją prywatną a dziennikiem intymnym. Badaniom tym nieustannie towarzyszy podkreślona w ostatnim podrozdziale tej części pracy refleksja nad zmianami na płaszczyźnie języka, stylu oraz konwencji, którymi posługują się autorzy przywoływanych przez badaczkę fragmentów obszernej epistolografii rodu Ostrowskich. Ród ten, a ściślej prowadzone przez jego członków konwersacje listowne pełnią funkcję niezastąpionego kontekstu, który wzbogaca główny temat książki, jakim jest dokonujący się w pierwszych dekadach XIX wieku przełom w sposobie nazywania i wyrażania uczuć. Analizę oraz reinterpretację tego zagadnienia umożliwiły odkryte przez badaczkę dwa dzienniki z 1813 roku pióra Antoniego Ostrowskiego. Dokumenty te łączy postać jego małżonki, Józefy z Morskich Ostrowskiej: *Życie najlepszej żony opisane przez czulego jej małżonka dla kochanych dzieci* oraz *Dziennik moich uczuć, czyli elegia serca*.

Antoni Ostrowski – *par excellence* człowiek epoki Oświecenia – to jednocześnie, jak go nazywa autorka, klasyczny *homo scribens*, „uzależniony od pisania, od notowania, poszukiwania różnych środków i form pisemnego wyrazu” (s. 85). Dzięki bardzo szeroko zakrojonym kwerendom udało się poszerzyć, znacznie obszerniejszy niż podejrzewał Estreicher, rejestr literackich, publicystycznych oraz historycznych prac założyciela Tomaszowa Mazowieckiego.

W *Twojej śmierci...* autorka koncentruje się na jego dwóch tekstach autobiograficzno-wspomnieniowych. Próba precyzyjnego określenia ich formy gatunkowej prowadzi do interesującego „spotkania” świadomości pisarskiej Ostrowskiego z myśleniem bliskim współczesnej teorii autobiograficznej Philippa Lejuene’a. Mianowicie pierwszy z nich, *Życie najlepszej żony opisane...*, jak pisze autorka, „trzeba by więc analizować w perspektywie biograficzno-pamiętnikarskiej z elementami funkcji diariuszowej”, drugi zaś – *Dziennik moich uczuć...* – „byłby, jak chciał tego Ostrowski, przykładem praktyki diariuszowej” (s. 76). Oba zaś teksty zawierające, choć z różnym natężeniem wyodrębniane przez badaczkę, plany uczuć, wspomnień i wydarzeń pełnią w głównej mierze funkcję terapeutyczną.

Wojewoda w swoich codziennych zapiskach najmniej miejsca poświęcił, co w kontekście dokumentu intymnego oczywiste, aktualnym wydarzeniom politycznym. Nie oznacza to jednak, że wydarzenia roku 1813 w ogóle nie są obecne wśród zapisanych przez niego refleksji natury osobistej. Wręcz przeciwnie, nie tylko pojawiają się krótkie a znaczące informacje o działaniach Napoleona, ocena bitwy pod Lipskiem, a także przewidywania co do dalszych losów Europy. Ich wartość, co podkreśla Elżbieta Wichrowska, nie powinna być jednak orzekana wyłącznie pod względem liczby nawiązań. Stanowią one bowiem relacje naocznego świadka tych wydarzeń historycznych, o których dziś niewiele wiemy z przekazów o charakterze dokumentu osobistego.

Antoni Ostrowski skupia się jednak przede wszystkim na analizowaniu swoich uczuć do małżonki, Józefy z Morskich Ostrowskiej. Niemożność psychicznego poradzenia sobie z ciosem, jakim była dla niego jej śmierć w 1813 roku, skłoniła osamotnionego męża do chwycenia za pióro po to, by najpierw przez niepełną miesiąc opisywać codzienne jej życie, a następnie, po dwutygodniowej przerwie, rozpocząć przelewanie na papier swoich emocji, których nie mógł już przekazać ukochanej w tak żywo prowadzonej przez nich w trakcie rozstań korespondencji. Z tej uprzedniej praktyki korespondencyjnej, jak sugeruje badaczka, wynika forma diarystyczna prowadzonych przez Wojewodę zapisków. Obie te formy charakteryzują się wspólnymi cechami gatunkowymi, które umożliwiają proces przeniesienia praktyki epistolograficznej na diariuszową, a więc proces określany przez autorkę mianem „transpozycji form literatury dokumentu osobistego” (s. 192).

Tym, co zdumiewa na niemalże każdej stronicy dzienników Antoniego Ostrowskiego, które wraz z profesjonalnie opracowanym aparatem krytycznym składają się na drugą część omawianej publikacji, jest ich język, zarówno w warstwie leksykalnej, jak i stylistycznej. Wskazuje to na fakt, że na przełomie XVIII i XIX wieku można już mówić „o autorefleksji, analizie własnych przeżyć i uczuć” (s. 79). Co ciekawe, badaczka sytuuje ten proces przejścia „od traktatu



do wyznania” w kontekście równoległe trwającego wówczas przewrotu intymistycznego w kulturze europejskiej (s. 117). Jego rezultatem była chociażby niezwykła popularność portretu intymistycznego czy też – co istotniejsze – rewolucja lingwistyczna, której efektami na gruncie polskim były, między innymi, dyskusje na temat poprawności językowej związanej ze słownictwem oraz stylistyką, jak również wzrost świadomości językowej. W tym świetle dodatkowego znaczenia nabiera to, że Ostrowski świadomie spisywał swoje teksty o charakterze pamiętnikarskim w języku polskim, nie zaś w dość powszechnym wówczas w kręgach polskiej arystokracji języku francuskim. Autorka stawia bardzo ciekawą tezę, że „to, co można by nazwać funkcjonalną bliskością francuszczyzny, miało ogromny wpływ na kształtowanie się ówczesnej polszczyzny, która przechodziła w tym czasie proces przekuwania: musiała [...] wyrazić więcej i inaczej niż dotąd” (s. 82).

Język oraz stylistyka, jakimi posłużył się Antoni Ostrowski do spisania biografii swojej żony oraz uczuć po jej stracie, stanowi zupełne *novum* w literaturze przełomu XVIII i XIX stulecia. Mamy tu więc zarówno sformułowania tkliwe, jak chociażby „anioł cnoty i słodczy [...] spoił duszę swoją z moją, oddał mi serce i wziął moje nawzajem [...]”. Słowem jedna w dwojgu natura”, jak również opisy intymnych przeżyć: „ja, nierozdzielny z moim cierpieniem, więcej znowu zwrócony jestem ku sobie samemu”, „Rozigrały się ciągłym smutkiem rozdrażnione nerwy. Miłość, nadzieja, nieporównany żal, słabość udęczonego człowieka, na przemian pokonywane lub usiłowały wziąć górę nad rozumem i pociechami religii. Te wszystkie tak rozmaite uczucia sprawiają we mnie ciągłą niespokojność, która mnie na moment jeszcze nie opuściła. Ten stan jest dla duszy stanem ciągłej gorączki” – i jeszcze jeden fragment: „Bo nadzwyczajnie, z najtkliwszym uczuciem kocham mojego anioła. Jego wizerunek na duszy mojej wryty niedostępnym jest ode mnie. W dniu i w nocy jest mi przytomnym. Tak dalece, iż nie raz zdaje mi się, iż nie jestem z nim rozłączonym”. Autorka zadaje w tym kontekście pytanie, na ile Ostrowski korzystał w swych dziennikach z konwencji sentymentalnych – i wskazuje na występujące pomiędzy nimi zbieżności konstrukcyjne. Analizuje ponadto świadomość literacką diarysty, który nie chciał wkroczyć w obszar fikcji, co udało mu się osiągnąć dzięki przyjęciu konwencji „opowieści o uczuciu”, która, jak sugeruje badaczka, utorowała drogę nowoczesnemu dziennikowi.

Przeżywanie śmierci żony przynależy do sfery prywatnej diarysty – stanowi tym samym zupełnie unikatowy dokument osobisty z początku XIX stulecia, co nie oznacza, że w archiwach nie znajdują się kolejne świadectwa procesu intymizacji diarystyki polskiej. W swojej nowej książce Elżbieta Wichrowska przekonująco udowadnia, że powstanie dziennika intymnego należy przesunąć o prawie sto lat wcześniej, aniżeli wskazywały na to dotychczasowe badania.

Tym samym obala ona tezę o opóźnieniu kultury polskiej w stosunku do ewolucji zachodnioeuropejskiego piśmiennictwa autobiograficznego (tak zwany zwrot ku prywatności) oraz wpisuje autobiograficzno-wspomnieniowe teksty Antoniego Ostrowskiego w krąg badań nad kategorią szczerości na przełomie XVIII i XIX stulecia. Sygnalizuje również potrzebę dalszych badań archiwalnych, zwłaszcza w archiwach prywatnych, oraz akcentuje wagę korespondencji prywatnej jako źródła rozważań nad szeroko rozumianą kulturą dawną, której badania dotychczas opierają się przede wszystkim na materiałach drukowanych.

W tym kontekście istotny jest również fakt, że już na kartach tej publikacji autorka zapowiedziała wydanie korespondencji Ostrowskich. Korespondencji, która, poza wątkiem relacji małżeńskiej Józefy i Antoniego, tworzy również „bogata źródłowo, dotąd niewykorzystana, panoramę życia politycznego i kulturalnego Księstwa Warszawskiego” (s. 97). Wyjątkowo wysoka wartość materiału opisowego, źródłowego oraz ilustracyjnego, który został zawarty w *Twojej śmierci...* tym przyjemniejszym czyni oczekiwanie na lekturę listów.

**STRESZCZENIA PRAC  
HABILITACYJNYCH  
I DOKTORSKICH  
PRACOWNIKÓW INSTYTUTU  
POLONISTYKI STOSOWANEJ**



GRZEGORZ P. BĄBIAK

## „SOBIE, OJCZYŹNIE CZY POTOMNOŚCI”. WYBRANE PROBLEMY MECENATU ELIT NA ZIEMIACH POLSKICH W XIX WIEKU

### STRESZCZENIE PRACY HABILITACYJNEJ

Powszechnie znany i przyjęty jest ogląd kultury polskiej XIX wieku i kreujących ją wybitnych jednostek w dekoracjach patriotycznych rekwizytów. Wówczas najjaskrawiej wydobyte zostaje cywilizacyjne znaczenie kultury i samego mecenatu. Instytucje kulturalne i naukowe, które zakładano we wszystkich zaborach, nie miały jedynie wypełniać swoich statutowych zobowiązań. Powstawały, aby być przyczółkami, krzewić i reprezentować „umiejętności narodowe”, zaświadczać o żywotności „narodu bez państwa”. Niewątpliwie jest to istotna i swoista cecha kultury polskiej XIX stulecia. Jednak przy próbie całościowego spojrzenia na epokę należy również pamiętać, że nie była to postawa jedyna, a co więcej – nawet nie była dominująca. Poprzez losy, wybory i inicjatywy poszczególnych mecenasów autor starał się pokazać w książce również drugą stronę heroicznego medalu porozbiorowych dziejów Polski.

Kłęski kolejnych narodowych zrywów i następujące po nich represje, które w znacznym stopniu dotykały również cywilizacyjnej spuścizny narodu, spowodowały m.in. ukierunkowanie mecenasowskich działań na zachowanie pamiątek i spuścizny minionych pokoleń. Zauważa to większość badaczy, zwracając uwagę na prawidłowość, iż pod wpływem zagrożeń politycznych kultura coraz wyraźniej przybierała charakter manifestacji narodowej. Zważywszy ponadto, że zaborcy w takim samym stopniu stosowali prawo wojenne wobec ludzi, jak i wobec znajdujących się w gestii państwa publicznych kolekcji i instytucji kulturalnych, cały trud społeczeństwa skierowany został na oddolne inicjatywy, które zastąpić miały likwidowane ogniska nauki i sztuki. To swoiste samoopodatkowanie szło w parze z wykształceniem, w potocznej świadomości, imperatywu służby na rzecz narodu nałożonym na wyższe warstwy, które jeśli go nie wypełniały, narażały się na gwałtowne ataki, publikowane na łamach ówczesnej prasy. Nawet jeśli nie z przekonania, to z konieczności i pod wpływem obyczajowego uzusu w mniejszym bądź większym stopniu należało wspierać jakieś społeczne przedsięwzięcia i inicjatywy. Mecenat prywatny, poczynając od połowy stulecia, przestawał już wyraźnie odgrywać rolę autokreacji,

choć i takie elementy do końca wieku w wielu wypadkach pozostały, a zaspokajając miał kulturalne potrzeby „narodu bez państwa”.

Trzeba jednak pamiętać, że równoprawnie wobec tego „walczącego” patriotycznego mecenatu podejmowane były inicjatywy „niezaangażowane”, wypływające z zainteresowań mecenasów bądź tylko ze zobowiązań wynikających z przynależności do „towarzystwa” i z panujących konwenansów. Pamiętać również należy, że niejednokrotnie rolę inspirującą dla przedstawicieli polskich elit odgrywał mecenat Rosjan czy Niemców oraz wzorce płynące z Petersburga, Berlina i Wiednia. Rola ta, postrzegana pozytywnie w chwilach względnej swobody, np. czasów Królestwa Kongresowego czy autonomii galicyjskiej, po klęsce kolejnej irredenty przyjmowana negatywnie, stawała się impulsem do poczynań światłych jednostek oraz do powstawania inicjatyw społecznych. Mecenat carski w Warszawie (zwłaszcza po zdławieniu powstania listopadowego), który owocował wznoszeniem pomników carskich dowódców, stając się elementem represji, wyzwolił imperatyw wznoszenia ze składek społecznych własnych monumentów, tak w kościołach, jak i w przestrzeni miejskiej. Kilkadziesiąt metrów od posągu księcia warszawskiego Iwana Paskiewicza stanęła wyższa i bardziej monumentalna figura „księcia poetów” polskiego romantyzmu, wieszczą Adama Mickiewicza.

Bez wątplenia jednak zarówno mecenat zaangażowany patriotycznie, jak i ten, który z założenia wolny miał być od tego typu manifestacji, w polskich realiach mniej lub bardziej uwarunkowany był czynnikami politycznymi. Nawet legalne inicjatywy wyznaczały sferę dozwolonych przez władzę koncesji i swobód podbitego narodu, a ich szerokość odzwierciedlała aktualną politykę wobec Polaków na dworach Romanowów, Habsburgów czy Hohenzollernów. Podobnie jak ideologiczne ramy dla mecenatu patriotycznego w pierwszych dziesięcioleciach XIX wieku wyznaczało dziedzictwo Puław Czartoryskich, tak poczynania księcia Adama Jerzego i jego potomków już na emigracji wskazywały kierunek kolekcjonerstwa jako służby narodowej. Czartoryscy, a za nimi inne czołowe rody, splatając własne, odpowiednio przetworzone dzieje z historią ojczystą, tworzyli sanktuaria pamięci narodowej, wyznaczając sobie rolę ich strażników i depozytariuszy wobec przyszłych pokoleń.

Prezentowane w książce badania obejmują szeroko pojęte życie artystyczne, którego jednym z kluczowych elementów był mecenat, obejmujący nie tylko powstawanie samych dzieł sztuki, ale także instytucji kulturalnych, artystycznych czy nawet naukowych. Dzięki niemu skupiały się i kształciły elity twórców, gromadzone były dzieła, a także chronione dziedzictwo cywilizacyjne narodu bez państwa. Bez względu jednak na podłoże ideowe bądź jego brak, produktom artystycznym w tej części Europy (niezależnie od intencji twórców, ale często zgodnie z zamierzeniami ich mecenasów) przypisywane były

wartości światopoglądowe. Dzieło sztuki bądź dotacja udzielona instytucji stały się komunikatem określonych treści, zaangażowaniem bądź jego brakiem w rozgrywające się współcześnie wydarzenia.

W całym obrazie zjawiska, oprócz syntetycznego ujęcia, nowym spojrzeniem jest zaprezentowanie go w świetle intencji fundatorów: intencji o wiele szerszych niż oddziaływanie patriotyczne. Dla ukazania wielostronności i wielopłaszczyznowości mecenatu wprowadzony został podział na trzy jego odmiany, który znalazł odbicie w tytule tej książki. Nowym ujęciem jest też włączenie w krąg zainteresowania mecenatu „zaborczego”, również zaangażowanego ideologicznie, jednak o przeciwstawnych celach po klęsce listopadowego zrywu. Był on jednym z elementów sprawowania władzy, manifestacją jej możliwości oraz podkreśleniem jej splendoru.

Książka składa się z dwóch części prezentujących mecenat państwowy i społeczny na ziemiach polskich poczynając od dziedzictwa czasów Stanisława Augusta Poniatowskiego, poprzez przeobrażenia represji po zdławieniu powstania listopadowego, aż po schyłek stulecia. W poszczególnych rozdziałach tej części znajdują się również rozważania na temat mecenatu emigracyjnego oraz inicjatyw podejmowanych w imieniu państwa i komplementarnych z nimi projektów społecznych w autonomicznej Galicji. Paralelne do tych fragmentów będą studia dotyczące przedsięwzięć prywatnych mecenasów, które rozpięte były pomiędzy dziedzictwem Puław księżnej Izabeli Czartoryskiej (zaangażowanie patriotyczne), a realizacją własnych pasji, jak np. u Michała Tyszkiewicza (służba nauce – jego zbiory starożytności egipskich) czy uzusem towarzyskim (działalność filantropijna Aleksandry Potockiej z Wilanowa).

Szczegółowe rozważania dotyczące mecenatu na ziemiach polskich od schyłku I Rzeczypospolitej do wybuchu Wielkiej Wojny uwzględniają zatem wybrane ujęcia klasycznych i współczesnych badaczy oraz propozycję autorską polegającą na wprowadzeniu kilku kluczowych kwestii. Należy do nich problem mecenatu zaborczego, w dotychczasowych badaniach wyłączany poza problematykę mecenatowórczą, równorzędne traktowanie mecenatu zaangażowanego i niezaangażowanego, dalej łącznego opisu wszystkich dzielnic zaborczych i „kolonii kulturalnych” na emigracji, wreszcie próba diachronicznego ujęcia ewolucji mecenatu na ziemiach polskich.

Zjawisko mecenatu przedstawione zostało w książce na przykładzie mecenasów działających na ziemiach polskich. Elit, do których w tradycyjnej perspektywie badawczej zaliczani byli przedstawiciele polskiego establishmentu politycznego i członkowie największych domów arystokratycznych: Czartoryskich, Zamoyskich, Radziwiłłów, Raczyńskich, Działyńskich, jak również elit zaborczego aparatu państwowego.

Równie istotne, co samo zjawisko mecenatu i jego owoce, pozostają determinanty, które je kształtowały, a przede wszystkim podstawy finansowe podejmowanych inicjatyw. To one stanowią będą klucz do zrozumienia i rozwoju mecenatu ziemiańskiego na początku stulecia, jak również jego zaniku u schyłku wieku. Paradoksalnie to kres państwa uruchomił pierwsze z przeobrażeń ekonomicznych. Carskie konfiskaty, kasaty zakonów, przejęcie dóbr koronnych, dzięki czemu znaczna część ziemi, znajdującej się najczęściej w rękach niewielkiej grupy magnatów, zmieniła właścicieli, i to wyłącznie na korzyść jednej z trzech ówczesnych warstw szlachty polskiej, tzn. średniej. Miało to olbrzymie znaczenie tak ekonomiczno-socjalne, jak i „kulturalno-narodowościowe”. Powstałe dzięki temu liczne dwory stawały się potencjalnymi ośrodkami mecenatu: artystycznego (wznoszenie siedzib i ich wyposażanie, jak również kolekcjonerstwo) i kulturowego (m.in. zatrudnianie prywatnych nauczycieli).

Mimo wszystkich tych trudności i uwarunkowań dorobek kulturowy polskiego wieku dziewiętnastego wydaje się imponujący. Jeśliby tylko przez jego pryzmat dokonać oceny tamtego czasu, musi ona pozostać więcej niż pozytywna. Determinacja, z jaką naród pozbawiony własnego bytu stworzył alternatywną wobec struktury państw zaborczych „infrastrukturę” kulturalną, poświęcenie, z jakim odbudowywał ją po kolejnych klęskach i zniszczeniach, tworząc w miejscach wywiezionych bądź zniszczonych kolejne fundacje i zbiory, były olbrzymie. Wysilek ten poświadczał, że w tak ekstremalnej sytuacji, w jakiej znaleźli się Polacy, rozwój ekonomiczny, jak również postęp cywilizacyjny zależy nie od kolejnego powstania, ale od konsekwentnej pracy i poświęcenia.

Nie byłoby mecenasów na ziemiach polskich, gdyby nie było Mecenasów na tronie (Stanisława Augusta Poniatowskiego u schyłku XVIII w.), tak wśród arystokracji, jak i wśród jego następców w Warszawie. To on wyznaczył standardy, poniżej których mówiono raczej o „wspieraniu” jałmużną artystów, aniżeli o otaczaniu ich „mecenatem”. Wreszcie nie byłoby politycznej roli kultury w działaniach Hotelu Lambert, gdyby nie działalność krewniaka na tronie i nawet rozejście się z nim u schyłku I Rzeczypospolitej, które zaowocowało „królewskimi de facto” Puławami, a te z kolei Paryżem, a potem Krakowem.

Biblioteki: Ossolińskich, Zamoyskich, Raczyńskich, Krasińskich, Baworowskich, Przezdzieckich i dziesiątki innych. Zbiory: Czartoryskich, Lubomirskich, Raczyńskich, Działyńskich, Pusłowskich i setki mniejszych i większych kolekcji. Naukowe przedsięwzięcia Branickich, Dzieduszyckich i Tyszkiewiczów. Działalność Kronenbergów, Blochów, Epsteinów, Grossmanów, Bersohnów i innych potentatów finansowych, starających się na płaszczyźnie kultury nie tylko o zmanifestowanie zdobytej pozycji, ale potwierdzenie przynależności do zachodnioeuropejskiego kręgu cywilizacyjnego. Stowarzyszenia i fundacje, jak Kasa im. Mianowskiego, Towarzystwa Sztuk Pięknych i liczne muzea



to najważniejsze z wyznaczników owej drogi mecenatu kulturalnego na ziemiach polskich w XIX stuleciu. Drogi, która czasem krętym duktem biegła przy oficjalnym trakcie państwowych zleceń, o których również zapominać nie należy, przynależą one bowiem do tych samych czasów i składają się na ten sam dorobek. Ów katalog dokonań zapełniać można byłoby dalej dziesiątkami, jeśli nie setkami podobnych owoców mecenatu wspomnianych i niewymienionych z imienia benefaktorów. Tych, którzy działali dla Ojczyzny, i tych, którzy wyczuleni na piękno otaczali się nim dla siebie i przyjaciół. Jeśli nawet nie wszystkim im przyświecała sentencja znad puławskiego przybytku *Przeszłość – przyszłości*, to kierowała nimi jej zmieniona wersja *Teraźniejszość – przyszłości*, samostanowiąc o cywilizacyjnym dorobku społeczeństwa polskiego u progu współczesności.

AGATA WADOWIK

STRATEGIE AKTUALIZACJI  
TRADYCJI OŚWIECENIOWYCH  
W PUBLICYSTYCE SPOŁECZNO-LITERACKIEJ  
LAT 1944-1989

STRESZCZENIE ROZPRAWY DOKTORSKIEJ

Autorka analizuje w swojej dysertacji doktorskiej tradycje oświeceniowe, które były przywoływane w polskiej publicystyce społeczno-literackiej z lat 1944-1989. Podstawowym zagadnieniem pracy, pisanej pod kierunkiem dr hab. Elżbiety Wichrowskiej, jest problem rekonstruowania tradycji, którą chcemy z Oświeceniem utożsamiać. Okazuje się bowiem, że tradycja ta ewoluowała i zaprzęgana była do różnych zadań w polityce społecznej oraz kulturalnej władz komunistycznych.

Jednym z postulatów – od dawna zresztą wyrażanych przez badaczy polskiego Oświecenia – był postulat rozszerzenia studiów nad recepcją oświecenia w kulturze dwudziestowiecznej, ze wskazaniem na zagadnienie marksistowskich interpretacji literatury. Rozprawa Agaty Wdowik jest próbą odpowiedzi na tę propozycję badawczą. W konsekwencji do podstawowych założeń prezentowanej pracy należy stwierdzenie, że współczesne funkcjonalizowanie dziedzictwa Oświecenia w sferze ideowo-światopoglądowej podejmowane było i nadal jest przede wszystkim w obszarze publicystyki. Autorzy tych funkcjonalizacji posługiwali się (i czynią to w dalszym ciągu) tymi samymi, choć stosowanymi w różnych konfiguracjach strategiami aktualizacji tradycji oświeceniowych, które występowały w interpretacjach prasowych w latach 1944-1989.

Punktem wyjścia przeprowadzonych analiz były rozległe kwerendy, mające na celu dotarcie do jak największej liczby tekstów źródłowych dotyczących osiemnastego wieku w publicystyce społeczno-literackiej wskazanego wyżej okresu. Wszystkie badane czasopisma wydawane były w Polsce w obiegu oficjalnym. Nie zostały uwzględnione czasopisma emigracyjne i te należące do drugiego obiegu. Dominanta myślowa, teza oraz argumentacja pracy zmierzały bowiem nie tyle do ukazania rozwoju badawczej refleksji nad oświeceniem w latach 1944-1989, co do zbadania różnych sposobów ideologicznego wykorzystania tej epoki przez dwudziestowiecznych publicystów.

Źródłowa część rozprawy stanowi zbiór artykułów dotyczących epoki Oświecenia. Punktem wyjścia publicystycznych dyskusji związanych z polskim wiekiem świateł była zazwyczaj działalność postaci tej epoki – polityka, literata czy osoby związanej z instytucjami ówczesnego życia kulturalnego, naukowego lub też z oświatą. Innym razem było to wydarzenie rocznicowe o charakterze kulturalnym (np. ustanowienie Komisji Edukacji Narodowej), politycznym (Sejm Wielki, Konstytucja 3 Maja, rozbiory) czy też publikacja współczesnej już pracy dotyczącej epoki Oświecenia (*Polscy jakobini* Bogusława Leśnodorskiego). Warto dodać, że perspektywa umieszczania danego zjawiska w epoce Oświecenia lub poza nią stanowiła już sama w sobie element interpretacji polskiego wieku świateł, a tym samym była przedmiotem rozprawy (sytuację taką prezentują odczytania literatury lat 1795-1830).

Rozprawa doktorska Agaty Wdowik wpisuje się w nurt historyczno-literackich badań nad tym zagadnieniem, zwłaszcza ze względu na to, że autorka przeprowadziła analizę artykułów z lat 1944-1989 pod kątem strategii aktualizacji tradycji oświeceniowych. Podkreślenie aspektu perswazyjnego funkcjonalizowania tych tradycji wedle bieżących potrzeb społeczno-politycznych stanowiło istotny problem badawczy. W ujęciu chronologicznym, poddając analizie publicystykę kolejnych dekad omawianego okresu, autorka wyróżniła dwie nadrzędne strategie: sukcesu oraz klęski, oraz występujące w ich ramach strategie: postępową, rewolucyjną, antyklerykalną, antymagnacką, anarchistyczną, wspólnotową, reformatorską, rewolucyjną, niepodległościową, internacjonalistyczną, antyrosyjską, laicką, tolerancyjną oraz zawiedzionych nadziei. Rzecz jasna, nie występowały one osobno, lecz zazwyczaj współwystępowały, dopełniając sens publicystycznej interpretacji. Funkcjonowanie tych strategii nie wygasło po roku 1989 i nadal obecne jest na łamach polskich czasopism społeczno-kulturalnych, a zwłaszcza w analizowanych przez autorkę w zakończeniu pracy czasopismach z lat dziewięćdziesiątych, w których części nastąpił powrót do strategii z lat socrealistycznych *à rebours*.

Publicystyczny charakter tekstów aktualizujących zjawiska oświeceniowe w latach 1944-1989 sprawiał, że przedstawiane były one w sposób uproszczony, jednowymiarowy, przyczyniając się do utrwalenia schematycznego wizerunku Oświecenia w kulturze współczesnej. Dzięki temu tworzyły one łatwą w odbiorze argumentację, która wspierała z góry przyjętą tezę. Celem dysertacji Agaty Wdowik było wskazanie na to, jak ważna jest świadomość mechanizmów współtworzących tradycję, do których między innymi należą strategie aktualizowania historii kultury w publicystyce, oraz zaprezentowanie tych mechanizmów, które w ubiegłym stuleciu zatarły możliwość pełniejszego przyswojenia wielowymiarowego i bogatego dziedzictwa polskiej kultury wieku osiemnastego.

KATIA VANDENBORRE

## BAŚŃ W LITERATURZE POLSKIEJ DWUDZIESTEGO WIEKU

AUTOREFERAT Z ROZPRAWY DOKTORSKIEJ

Moja rozprawa doktorska zatytułowana *Baśń w literaturze polskiej XX wieku* stanowi próbę zbadania historyczno-estetycznego rozwoju literackiej baśni polskiej od czasów Młodej Polski do roku 1989. Świadomie wybrałam tak szeroką perspektywę w celu podjęcia próby uzupełnienia dotychczasowych badań literackich nad baśnią. Perspektywa ta miała mi posłużyć przede wszystkim do całościowego zrozumienia zjawiska i zaproponowania przeglądu baśni. Chciałam dzięki temu móc ustalić dalekosiężne powiązania pomiędzy dziełami i uchwycić wzajemnie wpływy, jak i tendencje właściwe baśni polskiej XX wieku. Za takim całościowym podejściem przemawiał także nieodzowny, badawczy dystans wobec pojęcia baśni, który wybrana przez mnie perspektywa narzucała.

### **Koncepcja konwencjonalistyczna baśni literackiej**

Przyjęta perspektywa badawcza okazała się fundamentalna także dla prowadzonej przeze mnie narracji. W istocie, podstawę mojego szkicu historyczno-estetycznego stanowią przemyślenia dotyczące pojęcia baśni i jej formy literackiej, wzbogacone badaniami interdyscyplinarnymi i międzynarodowymi. Skupiając się na literaturze polskiej, dokonałam próby analizy baśni w szerokim ujęciu, przyglądając się metodzie naukowej, służącej do jej badania w literaturze. Takie podwaliny teoretyczne wydały mi się koniecznością, zwłaszcza że takiego etapu teoretycznego brakowało w większości badań nad baśnią, a szczególnie nad baśnią w literaturze. Niemniej badania literackie przeprowadzone na temat baśni istnieją w dużej liczbie i zostały przeprowadzone przez czołowych badaczy, takich jak Jolanta Ługowska, Anna Czabanowska-Wróbel, Violetta Wróblewska, Grzegorz Leszczyński, by ograniczyć się tylko do obszaru Polski. Jednak nawet u tych naukowców kwestia statusu baśni w literaturze pozostawała problematyczna, przemilczana, nierozwiązana lub niedokończona, jeśli dla porównania weźmiemy pod uwagę prace takich autorów, jak Liubow Owcinnikowa w Rosji czy Jens Tismar w Niemczech. Nie znajdując satysfakcjonującej koncepcji baśni jako formy literackiej, podjęłam próbę własnego przemyślenia tej kwestii. Aby tego dokonać, zapoznałam się najpierw z głównymi badaniami polskimi,

rosyjskimi, niemieckimi, francuskimi i anglosaksońskimi. To właśnie w dialogu, ale i w polemice z nimi wypracowałam konwencjonalną koncepcję baśni, a uczyniłam to sięgając po konwencję w ujęciu Aleksandry Okopień-Sławińskiej.

Analiza baśni z punktu widzenia konwencji oznaczała wyłamanie się ze zwyczajowej i naturalnej klasyfikacji baśni, przedstawiającej ją jako gatunek. Badając obiektywnie klasyfikację gatunkową baśni, doszłam do wniosku, że pojęcie gatunku było zbyt sztywne, aby pozwolić włączyć dynamizm i polimorfizm baśni. Otóż te dwie cechy leżą u podstaw wielorakiego rozwoju i bogactwa literackiego baśni. To dzięki nim baśń może przybierać formy noweli, powieści, sztuki teatralnej czy też wiersza. Także dzięki nim ten sam motyw baśniowy może pojawiać się w wielu dziełach, a jego wymowa może zmieniać się i przybierać to dziecięcą, to filozoficzną narrację. Dynamizm i polimorfizm składają się na to, co w baśni okazuje się najbardziej interesujące. Jako że pojęcie gatunku nie pozwala na ich zbadanie, postanowiłam przyjrzeć się baśni w perspektywie konwencji. Według Aleksandry Okopień-Sławińskiej konwencje to „zwyczaje lub normy decydujące o pojawianiu się i sposobach organizacji wszelkich różnorodnych elementów utworu”<sup>1</sup>. Każdy element treści w tekście literackim jest więc bardziej lub mniej związany z pewną konwencją. Tymczasem związek z konwencją może być równie dobrze transgresywny, co pokazuje, że konwencje literackie nie są skostniałe, ale dynamiczne i to właśnie w dynamice twórczości powstają i znikają. I tak, ze względu na same swoje właściwości, konwencja niewątpliwie pozwala na lepsze zbadanie baśni, a szczególnie jej rozwoju dynamicznego i polimorficznego.

Jako że w ramach mojego doktoratu chciałam podkreślić rozwój historyczno-estetyczny baśni i dostrzegłam pewien potencjał w pojęciu konwencji, zdecydowałam się uczynić zeń moje główne narzędzie teoretyczne. Zastosowanie pojęcia konwencji okazało się zresztą relatywnie proste. Założyłam, że rozwój literacki baśni wynikał z wykorzystywania przez pisarzy zbioru konwencji typowych dla baśni. Innymi słowy, stosując pewne konwencjonalne elementy baśniowe, pisarze nadają baśni nowej dynamiki na poziomie literackim i tworzą oryginalne dzieła nawiązujące do baśni. Aby tego dokonać, owo wykorzystanie konwencji baśni może być albo tradycyjne, to znaczy wpisywać się w ciągłość konwencji baśni, niekiedy wręcz tworząc ją od nowa; albo transgresyjne, a więc odrzucające lub zmieniające normy konwencjonalne baśni; albo też łączyć po trochu oba podejścia. Wykorzystanie konwencji baśni tłumaczy procesy konwencjonalizacji i dekonwencjonalizacji, leżące u podstaw dynamiki literackiej baśni. Zauważyłam, że pisarze polscy sięgali głównie po cztery aspekty

---

<sup>1</sup> A. Okopień-Sławińska, *Rola konwencji w procesie historycznoliterackim*, [w:] M. Janion, A. Piorunow (red.), *Proces historyczny w literaturze i sztuce, materiał konferencji naukowej*, maj 1965, PIW, Warszawa 1967, s. 61.

konwencji baśni: konwencję świata przedstawionego, konwencję motywów, konwencję narracyjną i konwencję stylistyczną, które zarysowałam w pierwszym rozdziale swojej pracy.

1) Czym charakteryzuje się świat przedstawiony baśni? Przede wszystkim jest on zamknięty, niezależny i rządzi się własnymi prawami. Jego fundamentalnym prawem jest cudowność. Dzięki magii, cudowność umożliwia i wyjaśnia wydarzenia ponadnaturalne, które zachodzą w baśni, ale gwarantuje też harmonię tego świata. Harmonia wypływa z panującej w tym świecie zasady sprawiedliwości, zapewniającej zwycięstwo dobra nad złem i szczęście wszystkim, którzy kierują się dobrem. Wreszcie, w świecie przedstawionym wszystko dzieje się w czasoprzestrzeni nieokreślonej względem naszej rzeczywistości, ale dobrze zdefiniowanej w ramach akcji baśni.

2) Akcja ta leży w centrum organizacji struktury narracyjnej baśni, zgodnie z definicją Proppa, i stanowi ważną bazę konwencji narracyjnej baśni. Jednakże konwencja narracyjna baśni nie ogranicza się do wewnętrznej struktury zbudowanej na akcji, której podporządkowane są postaci. Konwencja narracyjna charakteryzuje się też dualizmem, wynikającą z połączenia narracji bezosobowej z narracją osobową, nawiązującą do przekazu ustnego.

3) Mówiąc o konwencji motywów mam na myśli to, że baśń złożona jest z serii motywów konwencjonalnych, które są używane, przekształcane i adaptowane przez pisarzy. W literaturze polskiej XX wieku występują motywy europejskie, takie jak „Kopciuszek”, „Czerwony Kapturek” i „Śpiąca Królewna”, a także bardziej polskie motywy, jak „Szkłana góra”, „Kwiat paproci”, „Z chłopą król”.

4) W końcu wszystkie cechy związane z trzema wymienionymi wyżej aspektami konwencji baśni, czyli ze światem przedstawionym, narracją i motywami, znajdują odzwierciedlenie w czwartej kategorii konwencjonalnej, a mianowicie w stylu. Konwencja stylistyczna baśni wywodzi się z tradycji ustnej i ludowej, pociągając za sobą styl prosty, linearny, potoczny, oszczędny i powtórzeniowy. Powtarzalność dotyczy szczególnie zwrotów początkowych i końcowych, które oddają stereotypowy styl baśni, wzmocniony typową dla niej leksyką, będącą zbiorem słów, które automatycznie odsyłają do baśni, jak na przykład „królewicz”, „czarodziejska różdżka”, „los”, „czarownica”, czy „księżniczka”.

Oto w skrócie charakterystyka konwencji baśni.

Zdefiniowawszy jej główne cechy, chciałam wykazać, że bogactwo literackie baśni brało się z oryginalnego wykorzystania przez pisarzy czterech wymienionych wyżej aspektów. Aby tego dokonać, odniosłam pojęcie konwencji do dużego zbioru baśni, które skatalogowałam na początku moich badań. Ten sam materiał posłużył mi do wypracowania teorii. Pragnę tylko dodać, że wybrałam te baśnie bez wcześniejszego definiowania pojęcia baśni. Rozważyłam wszystko, co związane było z baśnią, czy to za sprawą samych autorów, krytyków, wydawców,

czy też badaczy. Oczywiście, próbowałam zrozumieć, dlaczego rozważane teksty nazywano baśniami. Podobne otwarcie na poziomie badań bibliograficznych wiązało się z całościowym podejściem do kwestii baśni. Brak granic teoretycznych czy definicyjnych u podstaw mojego repertuaru baśni wydawał mi się najbardziej obiektywnym podejściem, nawet jeśli oznaczał zbadanie obszernego materiału.

### Zarys historyczny

Narzędzie konwencji okazało się skuteczne w porządkowaniu obszernego materiału literackiego, ale także w analizie historyczno-estetycznej tych dzieł polskich powiązanych z baśnią na całej przestrzeni XX wieku. Analiza osobistego wkładu poszczególnych pisarzy w oryginalne podejście do wykorzystania konwencji baśni pozwoliła mi odtworzyć nową historię baśni literackiej, co stanowi temat drugiego rozdziału mojego doktoratu. Ze względu na silny wpływ nurtów estetycznych, które zaznaczyły się w literaturze XX wieku, ewolucja baśni przebiegała torem rozwoju literatury polskiej XX wieku. Aby przedstawić historię literacką baśni, za najważniejsze uznałam przyjęcie tradycyjnego podziału czasowego w literaturze polskiej, zaczynając od Młodej Polski.

Zacząłam od Młodej Polski i obdarzyłam ją szczególną uwagą ze względu na zbiór czynników, które czynią ten okres decydującym etapem w późniejszym rozwoju baśni. Anna Czabanowska-Wróbel i Grzegorz Leszczyński już wcześniej zbadali baśń modernistyczną pod wieloma względami i ich rozważania stanowiły dla mnie cenną pomoc. Chciałam się jednak od nich zdystansować i zrozumieć zjawisko baśni młodopolskiej w perspektywie makroskopijnej, włączając zbiór czynników, które były decydujące dla jej dalszego rozwoju. W skrócie chodzi o europejskie ujęcie baśni, odbiór Maeterlincka, wartościowanie baśni w kontekście sztuki dla sztuki, „ludomanii” w Polsce i nadanie wagi dziecku. Co więcej, termin „baśń” staje się coraz bardziej popularny w kontekście literackim. Po opisaniu sprzyjających warunków, naszkicowałam historię baśni Młodej Polski. Zaczyna się ona tak naprawdę w roku 1896 publikacją *Cudownych bajek* Adolfa Dygasińskiego i utworu *O krasnoludkach i sierotce Marysi* Marii Konopnickiej. Od tego momentu pisarze sięgają coraz chętniej po motywy folklorystyczne i wielu przypisuje im wymiar symboliczny. Rok 1905 sygnalizuje prawdziwy zwrot w Młodej Polsce, naznaczony pojawieniem się baśni politycznych, choćby autorstwa Wacława Sieroszewskiego. Ten nowy zwrot idzie w parze z estetyką groteskową i ekspresjonistyczną w baśni. Historię baśni w Młodej Polsce zamykają dzieła Leśmiana, łączące zbiór cech baśni Młodej Polski, obwieszczając przejście ku dwudziestoleciu międzywojennemu.

O wiele trudniej streścić rozwój baśni w dwudziestoleciu międzywojennym, ponieważ wiąże się to z analizą różnych dzieł, czasem radykalnie przeciwstawnych. Spuścizna modernizmu utrzymuje się, podczas gdy baśń coraz częściej

nawiązuje do świata rzeczywistego, na przykład u Kazimiery Iłakowiczówny. Baśń służy najczęściej jako konwencja dla realizmu w masowej literaturze realistycznej, ale jest zestawiana też z modernizmem i technikami futurystycznymi, pozostając przy tym symbolem prymitywizmu.

Baśń inspiruje wielkich twórców, jak na przykład Gombrowicz, Witkacy, Schulz, ale też Józef Czechowicz, którzy swym kosmicznym i metafizycznym podejściem zapowiadają nadejście baśni katastroficznej Krzysztofa Kamila Baczyńskiego i Tadeusza Gajcego.

Ci dwaj ostatni przywłaszczają sobie niemal baśniową twórczość okresu II wojny światowej i ich pesymizm daje się odczuć jeszcze tuż po wojnie i po ich śmierci. Ale wojna nie sprzyja zasadniczo baśni. Co więcej, rok 1949 przyniesie wyraźne zerwanie z baśnią. Realizm socjalistyczny odsuwa na dalszy plan świat fantazji, więc i baśni. Ostaną się jedynie baśnie wykorzystywane do celów ideologicznych, szczególnie te związane z folklorem śląskim. I tak, lata 1939-1955 to niezapisane karty baśni. W roku 1954 *Złoty lis* Jerzego Andrzejewskiego obwieszcza nadejście nowego etapu, ponieważ baśń ta jest, w istocie, rozważaniem nad miejscem fantastyki w społeczeństwie Polski Ludowej.

Fantastyka zostaje przywrócona do łask w roku 1956. Rok 1956 to odrodzenie baśni. Nie tylko na nowo zostaje odkryta literatura dwudziestolecia międzywojennego, ale co więcej wyłania się seria młodych poetów, którzy tworzą nowe baśnie. Jedną ze znaczących postaci tego okresu odrodzenia baśni jest Jerzy Harasymowicz ze swoim zbiorem *Cuda* (1956). Jednak nie on jeden podejmuje spuściznę baśniową; przykładem niech będzie zbiór Zbigniewa Herberta *Hermes, pies i gwiazda* (1957). W nurt włączają się szybko poeci pochodzenia chłopskiego, jak na przykład: Tadeusz Nowak. Okazuje się, że swoje apogeum baśń osiąga w latach sześćdziesiątych. Podczas tego dziesięciolecia przybiera ona najróżniejsze formy i miesza się z różnymi stylami, na przykład ze stylem fantastycznonaukowym. Jednocześnie twórczość masowa konwencjonalizuje baśń i jej wykorzystanie. Utrata metafizycznego wymiaru baśni w latach sześćdziesiątych na rzecz jej konwencjonalizacji pozwala na przykład zrozumieć wielowarstwowość powieści *Zwierzczałekoupiór* (1969) Konwickiego, który domaga się powrotu do baśniowości.

Po tym ostatnim porywie wyobraźni w utworze Konwickiego rewolucja artystyczna potępia baśń definitywnie w latach 70. Jedyne baśnie napisane w tym okresie, jak *Słowik* (1977) Ernesta Brylla czy *Kopciuch* (1979) Janusza Głowackiego, należą do realizmu antysocjalistycznego. Tendencja ta tłumaczy niedocenywanie baśni Zbigniewa Brzozowskiego. Dopiero około 1985 roku pisarze zwracają się na nowo ku baśni, obwieszczając nowy zwrot mający nastąpić w roku 1989. W ten sposób zamyka się mój drugi rozdział pracy doktorskiej. Chodzi więc o historię literatury w tradycyjnej formie, ale zaprezentowaną z perspektywy baśni i pozwalającą na skuteczne zrozumienie historycznego dynamizmu baśni.



## Tendencje estetyczne

W trzecim rozdziale mojej pracy ponownie badam literacką kreację baśni na całej przestrzeni XX wieku w Polsce, ale tym razem obieram perspektywę historyczną, aby ująć baśń przekrojowo w perspektywie estetycznej. Próbuję tym samym wyłonić główne tendencje estetyczne w wykorzystaniu konwencji baśni w XX wieku. Tendencje te obejmują zbiór dzieł cechujących się wspólnymi strategiami wykorzystania konwencji baśni. Jawi się ona jako środek służący wywołaniu szczególnej estetyki, która wyraża się w formie przedstawienia świata i rzeczy. Znowu chcę zaproponować ogólne i szerokie podejście, aby wykazać całościowe bogactwo estetyczne baśni. Ważne było dla mnie przede wszystkim nie tyle dokładne definiowanie, co zarysowanie tendencji, pozwalające na tworzenie różnorodnych powiązań. Wyodrębniłam tym samym cztery główne tendencje: baśń młodopolską, subiektywizację przez baśń, baśń groteskową oraz baśń w dziedzinach powiązanych z literaturą fantastycznonaukową i fantasy.

Zaczęłam od zbadania na nowo baśni w Młodej Polsce, gdyż stanowi ona ważną tendencję estetyczną. Niemniej jednak nie powtarzam tego, co przedstawiłam w rozdziale poświęconym rozwojowi baśni i próbuję uchwycić tutaj charakterystykę tej tendencji w Młodej Polsce. Stwierdziłam, że istnieje prawdziwa eksplozja formalna baśni, która przybrać może formę zarówno sztuki teatralnej, powieści, noweli, jak i wiersza. Najwyraźniej waga baśni nie tyle tkwi w jej formie, co w symbolice. Baśń służy najczęściej do obrazowania uczuć i stanu ducha podmiotu lub bohatera. Tym samym baśń odgrywa główną rolę w poszukiwaniach własnego ja. A poszukiwania te są bezpośrednio związane z próbą uchwycenia świata, ale i w sposób absolutny esencji bytu. Najpowszechniej wykorzystywanym w tym celu elementem konwencji baśni, poniekąd na niekorzyść narracji baśni, jest motyw. Prawdziwa eksplozja gatunkowa, której jesteśmy świadkami w Młodej Polsce, jest bardzo ważna na całej przestrzeni XX wieku, uwydatniając wartość głębokiego sensu baśni.

Ów wpływ symbolizmu odnajdujemy w drugiej przedstawionej przeze mnie głównej tendencji „Subiektywizacja przez baśń. Świadomość i nieświadomość baśniowa”. Dla symbolistów baśń stanowi sposób dotarcia do głębin nieświadomości bytu, co przyczynia się do literackiej materializacji świadomości jednostki, a szczególnie dziecka. Zjawisko związane jest z subiektywizacją, obecną w nurcie XX wieku, to znaczy przedstawienia świata i rzeczy takimi, jakimi się jawią postrzegane subiektywnie. Rzeczy ujęte są przez pryzmat świadomości, która funkcjonuje często na bazie takich samych archetypów, jakim jest baśń. Baśń jako filtr świadomości zaczyna się w romantyzmie, ale tak naprawdę krystalizuje się w Młodej Polsce. Mnożenie się teorii psychoanalitycznych podczas dwudziestolecia międzywojennego czyni wtedy ten proces szczególnie popularnym. Można go odnaleźć u Brunona Schulza, a jej tradycję kontynuują w drugiej

połowie XX wieku tacy autorzy, jak na przykład Czesław Miłosz w utworze *Świat* (1943), a także Dygat, Mach i Harasymowicz.

Mogłabym przestudiować groteskowe zniekształcenia baśni w kontekście wspomnianej subiektywizacji, jednak rezerwuję tę kwestię dla ustępu poświęconego baśni groteskowej. Elementy baśniowe są w niej wykorzystywane bowiem w sposób groteskowy, począwszy od *Balladyny* (1834) Słowackiego, a szczególnie od czasów Młodej Polski w takich dziełach jak *Ofiara królowny* (1906) Jana Lemańskiego. Groteskowe wykorzystanie konwencji baśni jest bardzo zróżnicowane i, co ciekawe, można ją odnaleźć u głównych pisarzy, takich jak Witkacy, Gombrowicz, Gałczyński i Mroźek. Trzeba zauważyć, że według zasady „dekontekstualizacja – rekontekstualizacja”, wykorzystanie elementów wywodzących się z konwencji baśni, jak motywy, postaci, wystrój czy zwroty językowe, poza baśnią stanowi doskonały środek do stworzenia hybrydowości i dziwności: kontrast między elementami baśniowymi i niezwiązanymi z baśnią sprzyja wywołaniu efektu groteski.

Wreszcie w ostatniej części wykazuję, w jaki sposób pisarze posługują się konwencją baśni w dziełach fantastycznonaukowych i fantasy. Interesuje mnie szczególnie *Babcia-robot przy kominku* (1963) Macieja Kuczyńskiego, *Bajki robotów* (1964) i *Cyberiada* (1965) Stanisława Lema, ale też teksty teoretyczne poruszające te kwestie, których autorem jest na przykład Ryszard Handke. Biorąc pod uwagę przemyślenia zawarte przez Lema w *Fantastyce i futurologii* (1970), widzimy że baśń leży w centrum dyskusji o wyznaczaniu granic między fantastyką naukową i fantasy. Pozwala mi to tym samym wspomnieć kilka dzieł fantasy, między innymi *Wrońca* (2009) Jacka Dukaja. Tak dobiega do końca rozdział trzeci mojej dysertacji.

## Podsumowanie

Moim celem było przedstawienie rozwoju historyczno-estetycznego baśni w literaturze polskiej XX wieku. Na tym skupiam się w drugim i trzecim rozdziale, przy czym drugi rozdział stanowi zarys historyczny, a trzeci przedstawia główne tendencje estetyczne. Obrane narzędzie konwencji, które zaproponowałam w pierwszym rozdziale, umożliwiło mi podkreślenie znaczenia rozwoju historyczno-estetycznego baśni. Konsekwentnie podejście to pozwoliło ocenić wkład pisarzy polskich w konwencję świata przedstawionego, w konwencję motywów, narracji i stylu baśni. To właśnie zbiór indywidualnych, autorskich akcentów przyczynił się do ogólnego rozwoju literackiego baśni, której bogactwo i złożoność jako autorka dysertacji starałam się zaprezentować.

Moja rozprawa doktorska z pewnością nie wyczerpuje kwestii baśni w literaturze polskiej XX wieku, natomiast mam głęboką nadzieję, że uchyla w tej dziedzinie drzwi, które do tej pory były zamknięte lub niewidoczne.

**BIBLIOGRAFIA PUBLIKACJI  
PRACOWNIKÓW INSTYTUTU  
POLONISTYKI STOSOWANEJ  
(2011)**



- Bąbiak G.P., *Człowiek na przedzie, człowiek wstecz! W pochod, jakiego nie znają dzieje. Polski kult Feliksa Dzierżyńskiego*, [w:] M. Bogusławska, Z. Grębecka, E. Wróblewska-Trochimiuk (red.), *Komunistyczni bohaterowie*, t. 1: *Tradycja, kult, rytuał*, Warszawa – Kraków: Wydział Polonistyki UW, Wydawnictwo LIBRON, 2011, s. 223-244.
- Bąbiak G.P., *Doświadczenia totalitarne polskich twórców kultury po 1945 roku (na podstawie dzienników Iwaszkiewicza, Nałkowskiej, Szczepańskiego, Lechonia)*, [w:] J. Goszczyńska, J. Królak, R. Kulmiński (red.), *Doświadczenie i dziedzictwo totalitaryzmu na obszarze kultur środkowoeuropejskich*, Warszawa: Instytut Sławistyki Zachodniej i Południowej UW, 2011, s. 130-155.
- Budzyńska-Daca A., „*Pan Cogito o cnocie*” Zbigniewa Herberta wobec tradycji aretologicznej. *Próba ponownej lektury*, [w:] D. Rott, P. Wilczek, B. Stuchlik-Surowiak (red.), *Liber amicorum Professoris Ioannis Malicki*, seria: „Prace Naukowe Uniwersytetu Śląskiego”, nr 2824, Katowice: Wydawnictwo UŚ, 2011, s. 62-73.
- Budzyńska-Daca A., *Anatomia sukcesu mówcy politycznego, czyli o przemówieniu „Ich bin ein Berliner”*, [w:] S. Górczyński (red.), *Rhetorica. Regina artis scientiaeque*, Warszawa: Wydawnictwo DiG, 2011, s. 67-80.
- Budzyńska-Daca A., *Debaty konkursowe i telewizyjne debaty przedwyborcze – problemy dispositio w dwóch realizacjach gatunkowych*, „Forum Artis Rhetoricae” 2011, nr 2 (25), s. 139-155.
- Budzyńska-Daca A., *O problemach rzecznika prasowego*, „Zeszyty Prasoznawcze” 2011, z. 3-4, s. 232-234.
- Cegięła A., *Dyskusja o metodzie „in vitro” jako spór niewłaściwie prowadzony*, „Poradnik Językowy” 2011, z. 10, s. 10-30.
- Cegięła A., *Językowy obraz moralności*, „Poradnik Językowy” 2011, z. 2, s. 45-58.
- Cegięła A., *Moralność w perspektywie słownika i wypowiedzi. Studium z zakresu leksykologii i pragmatyki językowej*, Warszawa: Wydział Polonistyki UW, 2011.
- Cegięła A., *O różnicy między „ambasadorem marki” a „artystą kanapkowym”, czyli o nobilitującej funkcji języka*, [w:] B. Pędzich, D. Zdunkiewicz-Jedynak (red.), *Polskie dźwięki, polskie słowa, polska gramatyka (system – teksty – norma – kodyfikacja)*, Warszawa: Wydział Polonistyki UW, 2011, s. 381-387.
- Chojak J., [opracowanie 170 artykułów hasłowych], [w:] S. Dubisz, Z. Zaron (red.), *Słownik nazw osobowych (multimedialny)*, Warszawa: Wydział Polonistyki UW, 2008-2011 [www.sno.uw.edu.pl].
- Chojak J., *Czy przypominać się komuś to „przypomnieć komuś o sobie”?*, „Poradnik Językowy” 2011, z. 1, s. 16-26.
- Chojak J., *Głównie o przede wszystkim. Uwagi na marginesie prób eksplikacyjnych*, „Prace Filologiczne” 2011, t. 60, s. 49-60.

- Chojak J., *O zjadaczach chleba i aniołach*, [w:] B. Pędzich, D. Zdunkiewicz-Jedynak (red.), *Polskie dźwięki, polskie słowa, polska gramatyka (system – teksty – norma – kodyfikacja)*, Warszawa: Wydział Polonistyki UW, 2011, s. 369-380.
- Drózdź-Łuszczczyk K., *O PRACOHOLIKU słów kilka*, [w:] S. Dubisz, Z. Zaron (red.), *Osoby i działania. Wokół „Słownika nazw osobowych”*, Warszawa: Wydział Polonistyki UW, BEL Studio, 2011, s. 105-116.
- Drózdź-Łuszczczyk K., [opracowanie 1150 artykułów hasłowych], [w:] S. Dubisz, Z. Zaron (red.), *Słownik nazw osobowych (multimedialny)*, Warszawa: Wydział Polonistyki UW, 2008-2011 [www.sno.uw.edu.pl].
- Drózdź-Łuszczczyk K., *A debata wciąż trwa. Rozważania o znaczeniu leksemu DEBATA*, „Prace Filologiczne” 2011, t. 62, s. 97-106.
- Drózdź-Łuszczczyk K., *Człowiek się rodzi na pracę, a ptak na latanie. Semantyczno-składniowe a kontekstowe właściwości leksemu PRACOWAĆ*, „Poradnik Językowy” 2011, z. 1, s. 43-52.
- Drózdź-Łuszczczyk K., *PRACOHOLIK w polszczyźnie. O właściwościach semantycznych*, „Prace Filologiczne” 2011, t. 60, s. 87-98.
- Drózdź-Łuszczczyk K., Zaron Z., *Zły to uczeń, który nie przewyższa swego mistrza. O właściwościach relacji mistrz – uczeń*, [w:] S. Dubisz, Z. Zaron (red.), *Osoby i działania. Wokół „Słownika nazw osobowych”*, Warszawa: Wydział Polonistyki UW, BEL Studio, 2011, s. 117-126.
- Dubisz S. (red.), *Wielki słownik języka polskiego PWN*, t. 1: *A – Astronomia*, t. 2: *Astronomicznie – Blok*, t. 3: *Blok – Chodziarz*, t. 4: *Chodzić – Dawstwo*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2011.
- Dubisz S., *Językoznawstwo polonistyczne w minionym dwudziestoleciu (1990-2009) – próba opisu i wniosków*, „Przegląd Humanistyczny” 2011, nr 5/6, s. 93-110.
- Dubisz S., *Kultura językowych zachowań w dziejach polszczyzny*, „Poradnik Językowy” 2011, z. 8, s. 5-13.
- Dubisz S., *Kwalifikatory w słowniku – problem nie tylko leksykograficzny*, „Prace Filologiczne” 2011, t. 60, s. 99-108.
- Dubisz S., *O niektórych tendencjach rozwojowych leksyki polszczyzny ogólnej w XXI wieku (na podstawie danych leksykograficznych)*, [w:] B. Pędzich, D. Zdunkiewicz-Jedynak (red.), *Polskie dźwięki, polskie słowa, polska gramatyka (system – teksty – norma – kodyfikacja)*, Warszawa: Wydział Polonistyki UW, 2011, s. 239-246.
- Dubisz S., *Od osoby do działania. Wprowadzenie*, [w:] S. Dubisz, Z. Zaron (red.), *Osoby i działania. Wokół „Słownika nazw osobowych”*, Warszawa: Wydział Polonistyki UW, BEL Studio, 2011, s. 7-10.
- Dubisz S., P. Sobotka, *Informacja diachroniczna w badaniach współczesnych pospolitych nazw osobowych (uwagi z zakresu leksykografii i etymologii)*, [w:] S. Dubisz, Z. Zaron (red.), *Osoby i działania. Wokół „Słownika nazw osobowych”*, Warszawa: Wydział Polonistyki UW, BEL Studio, 2011, s. 21-44.

- Dubisz S., *Rozwój polskiego języka naukowego – uwagi porządkujące*, „Poradnik Językowy” 2011, z. 5, s. 5-20.
- Dubisz S., *Tradycja sztuki wersetu w przekładzie Czesława Miłosza „Księgi psalmów”*, „Poradnik Językowy” 2011, z. 8, s. 47-62.
- Dubisz S., Zaron Z. (red.), *Osoby i działania. Wokół „Słownika nazw osobowych”*, Warszawa: Wydział Polonistyki UW, BEL Studio, 2011.
- Dubisz S., Zaron Z. (red.), *Słownik nazw osobowych (multimedialny)*, Warszawa: Wydział Polonistyki UW, 2008-2011 [www.sno.uw.edu.pl].
- Dubisz S., Zaron Z., Chojak J., Drózdź-Łuszczczyk K., Sobotka P., Stepień M., Heliasz C., Horodeńska-Ostaszewska M., *O pracy nad projektem „Synchroniczno-diachroniczne badania nad współczesnymi nazwami osobowymi”*, [w:] S. Dubisz, Z. Zaron (red.), *Osoby i działania. Wokół „Słownika nazw osobowych”*, Warszawa: Wydział Polonistyki UW, BEL Studio, 2011, s. 11-20.
- Dubisz S., Zaron Z., Stepień M., *Wprowadzenie*, [w:] S. Dubisz, Z. Zaron (red.), *Słownik nazw osobowych (multimedialny)*, Warszawa: Wydział Polonistyki UW, 2008-2011 [www.sno.uw.edu.pl].
- Dziurzyński D., *Boris Vian: poeta melanżu*, [w:] A. Ślusarska, D. Dziurzyński (red.), *Boris Vian. W hołdzie pletwom. Wybór wierszy; À nageoires. Choix de poèmes*, Gniezno: Zeszyty Poetyckie, 2011, s. 67-76.
- Dziurzyński D., *Podróże z Profesorem [wspomnienie o profesorze Stanisławie Makowskim]*, [w:] A. Fabianowski, E. Hoffman-Piotrowska (red.), *Słowacki mistyczny – rewizje po latach*, Warszawa: Wydawnictwa UW, 2011, s. 310-316.
- Frużyńska J., Owczarek B. (red.), *Kultura popularna – części i całości. Narracje w kulturze popularnej*, „Studia Pragmalingwistyczne”, t. 3, 2011.
- Frużyńska J., *Intertekstualność prozy Borysa Akunina. Strategia apokryficzna (tom „Nefrytowy różaniec”)*, [w:] B. Stempczyńska, L. Mięśowska, „Literatura środka”. *Kontekst słowiański*, Katowice: Wydawnictwo UŚ, 2011, s. 121-129.
- Frużyńska J., *Lost i Lostopedia. Renarracje encyklopedyczne*, [w:] J. Frużyńska, B. Owczarek (red.), *Kultura popularna – części i całości. Narracje w kulturze popularnej*, „Studia Pragmalingwistyczne” 2011, t. 3, s. 157-168.
- Klejnocki J., Kowalczyk A.S. (red.), *Buntownik – Cyklista – Kosmopolak. O Andrzeju Bobkowskim i jego twórczości*, Warszawa: Muzeum Literatury im. Adama Mickiewicza, 2011.
- Klejnocki J., *Ponieważ nie chcę być pchłą. Czytając „Z notatek modelarza, Andrzeja Bobkowskiego*, [w:] J. Klejnocki, A. S. Kowalczyk (red.), *Buntownik – Cyklista – Kosmopolak. O Andrzeju Bobkowskim i jego twórczości*, Warszawa: Muzeum Literatury im. Adama Mickiewicza, 2011, s. 132-148.
- Knysz-Tomaszewska D., Bąbiak G.P., Bocianowski C. (red.), *La Morale de Madame Dulska. Moralność pani Dulskiej. Edition bilingue, traduction de Paul Cazin (1933), suivie d'une sélection de textes critiques de Gabriela Zapolska*, Warszawa: Wydział Polonistyki UW, 2011.

- Knysz-Tomaszewska D., *Gabriela Zapolska, pisarka zbuntowana (1857-1921). Biografia niepokorna; Gabriela Zapolska, la femme de lettres insoumise (1857-1921). Biographie en révolte*, [w:] M. Chudzikowska, J. Żukowska (red.), *Gabriela Zapolska. Zbuntowany talent; Le talent en révolte*, Warszawa: Teatr Wielki-Opera Narodowa. Muzeum Teatralne, 2011, s. 19-35.
- Knysz-Tomaszewska D., *Présentation de l'oeuvre de Zapolska*, [w:] D. Knysz-Tomaszewska, G.P. Bąbiak, C. Bocianowski (red.), *La Morale de Madame Dulska. Moralność pani Dulskiej. Edition bilingue, traduction de Paul Cazin (1933), suivie d'une sélection de textes critiques de Gabriela Zapolska*, Warszawa: Wydział Polonistyki UW, 2011, s. 345-359.
- Kopczyński K., *Nowe zbliżenia do znanych biografii: „Honor Generała” Joanny Pieciukiewicz i „O moim ojcu” Bożeny Garus-Hockuby*, [w:] P. Zwierzchowski (red.), *Kino polskie wobec II wojny światowej*, Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, 2011, s. 52-57.
- Kopczyński K., *O narracji filmu dokumentalnego*, „Studia Pragmalingwistyczne” 2011, t. 3, s. 183-188.
- Lehr-Splawinski P., *Powieść na wokandzie, czyli dochodzenie pragmaliterackie*, [w:] A. Mróz, A. Niewiadomski, M. Pawelec (red.), *Prawo, język, media*, Warszawa: Linqua Iuris, 2011, s. 139-153.
- Lehr-Splawinski P. (red.), *Rodzaje dyskursów*, Warszawa: Wydział Polonistyki UW, 2011.
- Lichański J.Z., *Edukacja retoryczna w USA*, [w:] B. Sobczak, H. Zgólkowa (red.), *Dydaktyka retoryki*, Poznań: Wydawnictwo Poznańskie, 2011, s. 183-196.
- Lichański J.Z., *Hermann Broch – dramaturg*, „Twórczość” 2011, nr 7, s. 124-128.
- Lichański J.Z., *Idea szlachectwa w I Rzeczypospolitej. Wokół książki Sławomira Baczewskiego*, „Roczniki Polskiego Towarzystwa Heraldycznego” 2011, t. 10 (21), s. 125-136.
- Lichański J.Z., *Kazania Świętokrzyskie – aspekt retoryczny*, „Z Badań nad Książką i Księgozbiorami Historycznymi” 2010, (właśc. 2011), t. 4, s. 37-49.
- Lichański J.Z., *Kwintylianowskie rozumienie retoryki – przeoczona definicja*, [w:] D. Rott, P. Wilczek, B. Stuchlik-Surowiak (red.), *Liber amicorum Professoris Ioannis Malicki*, seria: „Prace Naukowe Uniwersytetu Śląskiego” 2011, nr 2824, Katowice: Wydawnictwo UŚ, s. 161-166.
- Lichański J.Z., *Literatura popularna i sztuka opowiadania: glosy*, „Studia Pragmalingwistyczne” 2011, t. 3, s. 20-29.
- Lichański J.Z., *Po co literatura, czyli o walce ze zmistyfikowaną rzeczywistością*, [w:] Sz. Kawalla, E. Lewandowska-Tarasiuk, J.W. Sienkiewicz (red.), *Słowa – obrazy – dźwięki w wychowaniu*, Warszawa: Wydawnictwo Trio, 2011, s. 17-38.
- Lichański J.Z., *Podmiot*, [w:] J.P. Hudzik, J. Kłós (red.), *Charlesa Taylora wizja nowoczesności. Rekonstrukcje i interpretacje*, Warszawa: Oficyna Wydawnicza ŁośGraf, 2011, s. 273-287.



- Lichański J.Z., *Polonika ze zbiorów zamku Skokloster: glosy użytkownika katalogu*, „Studia Źródłoznawcze” 2011, t. 49.
- Lichański J.Z., *Rhetoric and Politics: sir Bertrand Russell and rhetoric... a case study*, „Forum Artis Rhetoricae” 2011, s. 7-20.
- Lichański J.Z., *Teoria chaosu i badania literatury: problemy metodyczne i metodologiczne*, [w:] K. Bakula, D. Heck (red.), *Efekt motyla II. Humanisci wobec metaforyki chaosu*, Kraków, 2011, s. 37-50.
- Lichański J.Z., *Tolkienowska Mythopoeia – Bóg, wiara i wolność?*, „Aiglos” 2011, t. 16, s. 57-65.
- Mikołajczuk A., *Mówiąc o uczuciach: między naturą i kulturą. O podstawach konceptualizacji uczuć w kontekście semantycznych badań porównawczych*, „Etnolingwistyka” 2011, t. 23, s. 67-82.
- Owczarek B., *Narracyjność literatury popularnej*, „Studia Pragmalingwistyczne” 2011, t. 3, s. 11-19.
- Owczarek B., *Wstęp*, „Studia Pragmalingwistyczne” 2011, t. 3, s. 7-8.
- Podracki J., *Jesteśmy kwita*, „Polski w Praktyce” 2011, nr 2, s. 49-51.
- Podracki J., *Nietypowy i trudny przymiotnik „wart”*, „Polski w Praktyce” 2011, nr 1, s. 49-51.
- Podracki J., *Stan (nie)świadomości językowej pracowników TVP, czyli o pytaniach i problemach lingwistycznych dziennikarzy*, [w:] B. Pędzich, D. Zdunkiewicz-Jedynak (red.), *Polskie dźwięki, polskie słowa, polska gramatyka (system – teksty – norma – kodyfikacja)*, Warszawa: Wydział Polonistyki UW, 2011, s. 43-51.
- Podracki J., Budkiewicz J., *Norma językowa w radiu i telewizji*, [w:] A. Piotrowicz, M. Witaszek-Samborska, K. Skibski (red.), *Norma językowa w aspekcie teoretycznym i pragmatycznym*, Poznań: Wydawnictwo Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauki, 2011.
- Porayski-Pomsta J., *Rozwój zasobu słownikowego dzieci w wieku przedszkolnym. Przegląd stanowisk*, „Poradnik Językowy” 2011, z. 9, s. 5-25.
- Porayski-Pomsta J., *Witolda Doroszewskiego program badań nad gwarami Mazowsza w świetle jego prac*, [w:] H. Sędziak, D. Czyż (red.), *Polszczyzna Mazowsza i Podlasia*, t. 15: *Językowa przeszłość i współczesność Mazowsza i Podlasia*, Łomża: Towarzystwo Kultury Języka. Oddział w Łomży, 2011, s. 9-14.
- Porayski-Pomsta J., *Zagadnienie periodyzacji rozwoju dziecka*, Z. Ratajek, Z. Zbróg (red.), „Studia Pedagogiczne. Problemy Społeczne, Edukacyjne i Artystyczne”, t. 20, Kielce: Wydawnictwo Akademii Świętokrzyskiej, s. 173-198.
- Porayski-Pomsta J., *Zakresy (pola) tematyczne zapożyczeń z języka francuskiego w polszczyźnie*, „Poradnik Językowy” 2011, z. 4, s. 5-25.
- Przybysz-Piwko M., *Nietrwałość postaci fonetyczno-fonologicznej i graficznej wyrazów w afazji ruchowej oraz w niedokształceniu mowy*, „Poradnik Językowy” 2011, z. 9, s. 60-70.

- Przybysz-Piwko M., *Od samogłosek nosowych do tzw. samogłosek nosowych, czyli o zmianach w systemie fonetyczno-fonologicznym polszczyzny w ostatnich czterdziestu latach*, [w:] B. Pędzich, D. Zdunkiewicz-Jedynak (red.), *Polskie dźwięki, polskie słowa, polska gramatyka (system – teksty – norma – kodyfikacja)*, Warszawa: Wydział Polonistyki UW, 2011, s. 465-473.
- Sękowska E., *Nowy typ słownika gwarowego*, „Literatura Ludowa” 2011, nr 4/5, s. 97-99.
- Sękowska E., *Oreędzie prezydenta Bronisława Komorowskiego*, [w:] B. Pędzich, D. Zdunkiewicz-Jedynak (red.), *Polskie dźwięki, polskie słowa, polska gramatyka (system – teksty – norma – kodyfikacja)*, Warszawa: Wydział Polonistyki UW, 2011, s. 181-186.
- Sękowska E., *Przemówienie noblowskie Czesława Miłosza – między językiem oficjalnym a poetyckim*, [w:] T. Dalecka, M. Dawlewicz (red.), *W kręgu idei Miłoszowskich*, Wilno: Centrum Polonistyczne Uniwersytetu Wileńskiego, 2011, s. 229-236.
- Sękowska E., *Świat języka i kultury w życiu emigracji*, „Białostockie Archiwum Językowe” 2011.
- Sękowska E., *Wyznaczniki stylistyczne publicystyki Jana Baudouina de Courtenay*, [w:] U. Sokólska (red.), *Odmiany stylowe polszczyzny – dawniej i dziś*, Białystok: Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, 2011, s. 277-285.
- Siudzińska N., [opracowanie 700 haseł], [w:] S. Dubisz, Z. Zaron (red.), *Słownik nazw osobowych (multimedialny)*, Warszawa: Wydział Polonistyki UW, 2008-2011 [www.sno.uw.edu.pl].
- Siudzińska N., *Co to jest fonetyka artykulacyjna (patofonetyka)?*, „Poradnik Językowy” 2011, z. 9, s. 52-59.
- Siudzińska N., Stępień M., *Polisemia i homonimia w ujęciu Jana Tokarskiego oraz w świetle nowszych ujęć językoznawczych (na materiale pospolitych nazw osobowych)*, [w:] S. Dubisz, Z. Zaron (red.), *Osoby i działania. Wokół „Słownika nazw osobowych”*, Warszawa: Wydział Polonistyki UW, BEL Studio, 2011, s. 195-204.
- Siudzińska N., Stępień M., *Reguły słowotwórcze tworzenia nazw osobowych na materiale odmiejscowych nazw mieszkańców*, [w:] S. Dubisz, Z. Zaron (red.), *Osoby i działania. Wokół „Słownika nazw osobowych”*, Warszawa: Wydział Polonistyki UW, BEL Studio, 2011, s. 57-82.
- Siudzińska N., Stępień M., *Wariantywność polskich rzeczowników na przykładzie pospolitych nazw osobowych. Rozważania na marginesie projektu „Synchroniczno-diachroniczne badania nad współczesnymi nazwami osobowymi”*, [w:] S. Dubisz, Z. Zaron (red.), *Osoby i działania. Wokół „Słownika nazw osobowych”*, Warszawa: Wydział Polonistyki UW, BEL Studio, 2011, s. 155-166.
- Siudzińska N., Stępień M., *Wariantywność polskich rzeczowników na przykładzie pospolitych nazw osobowych. Rozważania na marginesie projektu*

- „Synchroniczno-diachroniczne badania nad współczesnymi nazwami osobowymi”, KARL, Katrin Bente; KRUMBOLZ, Gertje; LAZAR, Marij, „Beiträge der Europäischen Slavistischen Linguistik (Polyslav)”, seria: „Die Welt der Slaven. Sammelbände”, München – Berlin: Verlag Otto Sagner, 2011, s. 218-226.
- Siudzińska N., *Problemy z równokształtnością nazw miejscowych z innymi nazwami miejscowymi oraz z pospoliczonymi*, „Prace Filologiczne” 2011, t. 62, s. 329-336.
- Siudzińska N., *Reguły słotwórcze na materiale derywatów żeńskich (feminativów)*, [w:] S. Dubisz, Z. Zaron (red.), *Osoby i działania. Wokół „Słownika nazw osobowych”*, Warszawa: Wydział Polonistyki UW, BEL Studio, 2011, s. 45-56.
- Siudzińska N., Zaron Z., *Reguły słotwórcze*, [w:] S. Dubisz, Z. Zaron (red.), *Słownik nazw osobowych (multimedialny)*, Warszawa: Wydział Polonistyki UW, 2008-2011 [www.sno.uw.edu.pl].
- Stępień M., [opracowanie autorskie 1100 haseł], [w:] S. Dubisz, Z. Zaron (red.), *Słownik nazw osobowych (multimedialny)*, Warszawa: Wydział Polonistyki UW, 2008-2011 [www.sno.uw.edu.pl].
- Stępień M., *Co łączy, a co różni inteligenta i intelektualistę? Rozważania (około)semantyczne*, [w:] S. Dubisz, Z. Zaron (red.), *Osoby i działania. Wokół „Słownika nazw osobowych”*, Warszawa: Wydział Polonistyki UW, BEL Studio, 2011, s. 177-194.
- Stępień M., *Po co logopedzie językoznawstwo, czyli jak dziecko uczy się fleksji i jak językoznawcy mogą pomóc w zrozumieniu tego procesu*, „Poradnik Językowy” 2011, z. 9, s. 22-35.
- Stępień M., *Pospolite nazwy osobowe i ich przymiotnikowe homonimy. Rozważania na marginesie projektu „Synchroniczno-diachroniczne badania nad współczesnymi nazwami osobowymi”*, [w:] S. Dubisz, Z. Zaron (red.), *Osoby i działania. Wokół „Słownika nazw osobowych”*, Warszawa: Wydział Polonistyki UW, BEL Studio, 2011, s. 167-176.
- Stępień M., *Próba rozróżniania konstrukcji parentetycznych z wyrażeniem „jak”*, „Poradnik Językowy” 2011, z. 1, s. 84-95.
- Stępień M., *Według x-a – kłopotliwy przyimek*, „Prace Filologiczne” 2011, t. 60, s. 233-244.
- Stępień M., *Zagadki fleksji, czyli jak dziecko opanowuje kategorie werbalne i nominalne*, „Prace Filologiczne” 2011, t. 62, s. 347-361.
- Szamburski K., *Dziecko jākające się w szkole – jak pomóc?*, [w:] A. Karpiński, K. Borawska-Kalbarczyk (red.), *Horyzonty rozwoju edukacji w dialogu i perspektywie*, Warszawa: Difin, 2011, s. 322-330.
- Szamburski K., *Współczesne poglądy na temat istoty jākania się na podstawie badań własnych i literatury przedmiotu*, [w:] M. Młynarska, T. Smerka (red.), *Logopedia u progu XXI wieku*, Wrocław: Mkwadrat Maciej Młynarski, 2010 (właśc. 2011), s. 152-155.

- Ślusarska A., Dziurzyński D. (red.), *Boris Vian. W hołdzie pletwom. Wybór wierszy; À nageoires. Choix de poèmes*, Gniezno: Zeszyty Poetyckie, 2011.
- Trysińska M., „*Nic co ludzkie nie jest nam obce*” – o łamaniu tabu językowego w filmach animowanych dla dzieci, [w:] I. Hofman, D. Kępa-Figura (red.), *Współczesne media. Wolne media?*, Lublin: Wydawnictwo UMCS, 2010 (właśc. 2011), s. 174-185.
- Trysińska M., *Współczesne dialogi dla współczesnych widzów, czyli zachowania komunikacyjno-językowe filmowych bohaterów (na przykładzie filmu dla dzieci „Magiczna karuzela”)*, [w:] I. Matusiak-Kempa, S. Przybyszewski (red.), *Nowe zjawiska w języku, tekście i komunikacji*, t. 3: *Kontekst a komunikacja*, Olsztyn: Zakład Poligraficzny UWM, 2011, s. 414-424.
- Wichrowska E., *O romantykach i klasykach, raz jeszcze... Kilka przypomnień*, [w:] R. Dąbrowski, B. Doparta (red.), *Długie trwanie. Różne oblicza klasycyzmu*, Kraków: Księgarnia Akademicka, 2011, s. 217-233.
- Wolańska E., *Bibliografia publikacji pracowników Instytutu Polonistyki Stosowanej (2010)*, „*Studia Pragmalingwistyczne*” 2011, t. 3, s. 493-500.
- Wolańska E., *Rodzaje i funkcje napisów ekranowych w programach stacji TVN24*, [w:] B. Pędzich, D. Zdunkiewicz-Jedynak (red.), *Polskie dźwięki, polskie słowa, polska gramatyka (system – teksty – norma – kodyfikacja)*, Warszawa: Wydział Polonistyki UW, 2011, s. 197-210.
- Zaron Z., [opracowanie 500 haseł], [w:] S. Dubisz, Z. Zaron (red.), *Słownik nazw osobowych (multimedialny)*, Warszawa: Wydział Polonistyki UW, 2008-2011 [www.sno.uw.edu.pl].
- Zaron Z., *Andrzej Stefan Bogusławski – uczony i nauczyciel*, [w:] Z. Zaron, *Bibliografia prac Andrzeja Bogusławskiego*, 2011, Warszawa: Wydział Polonistyki UW, BEL Studio, 2011, s. 7-13.
- Zaron Z., Drózdź-Łuszczuk K., *Jesienna depresja*, [w:] B. Pędzich, D. Zdunkiewicz-Jedynak (red.), *Polskie dźwięki, polskie słowa, polska gramatyka (system – teksty – norma – kodyfikacja)*, Warszawa: Wydział Polonistyki UW, 2011, s. 359-368.
- Zaron Z., *Ktoś to znaczy kto? O językowym statusie roślin*, „*Poradnik Językowy*” 2011, z. 1, s. 20-30.
- Zaron Z., *Uwag kilka o połączeniach ‘(TEN)..., KTÓRY...’ z nazwami własnymi*, „*Prace Filologiczne*” 2011, t. 60, s. 341-352.
- Zaron Z., *Zmienne losy towarzysza. Wędrując po słownikach*, [w:] S. Dubisz, Z. Zaron (red.), *Osoby i działania. Wokół „Słownika nazw osobowych”*, Warszawa: Wydział Polonistyki UW, BEL Studio, 2011, s. 205-213.

oprac. Ewa Wolańska